

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“ SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES ”

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

PRESENTADO POR:

Bach. JESSY CHAVEZ SANTILLAN

TARAPOTO – PERU

1999

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MONOGRAFIA PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRIZ**

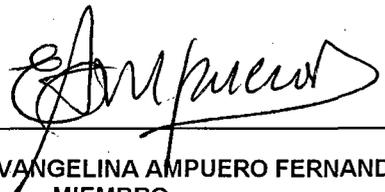
“SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES”

PRESENTADO POR:

BACH. JESSY CHAVEZ SANTILLAN

JURADO CALIFICADOR


Dr. NESTOR ESTACIO PINO
Presidente


OBST. EVANGELINA AMPUERO FERNANDEZ
MIEMBRO

OBST. GABRIELA PALOMINO ALVARADO
SECRETARIA

**“SALUD SEXUAL DE LOS
ADOLESCENTES”**

DEDICATORIA

A mi querida madre, Carmelita.

POR SU INFATIGABLE APOYO PARA
EL LOGRO DE MI FORMACION
PROFESIONAL.

Con todo cariño a MI ESPOSO
CARLOS, y mi hija ANDREA XIMENA.

A mis hermanos JORGE, JAVIER Y ENRIQUE

AGRADECIMIENTO

A los Docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Profesional de Obstetricia, por haber compartido sus conocimientos teóricos y práctico en mi formación profesional.

Un especial agradecimiento a todos los profesionales de la Salud del Hospital Integrado IPSS Rioja, por su valiosa orientación y experiencia compartida durante mi permanencia en el internado.

A todos ellos mi sincero agradecimiento:

JESSY.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	08
I. OBJETIVOS :	
GENERALES	09
ESPECIFICO	09
II.- MARCO TEORICO :	
2.1. DEFINICIONES.....	10
2.2. SALUD DE LOS ADOLESCENTES	11
2.3. SALUD SEXUAL.....	12
2.3.1 SALUD REPRODUCTIVA	14
2.4. CONOCIMIENTO SOBRE SUXUALIDAD	17
2.5. ADOLESCENCIA Y DESARROLLO SEXUAL	19
2.5.1. Importancia Demográfica del grupo adolescente	20
2.5.2. Delimitando la Adolescencia Conceptualmente	22

2.5.3.	Cambio Integral - desarrollo del ser humano y consolidación de identidad, socialización, roles	31
2.5.4.	Interacción de las tareas bio-sociales del adolescente con su desarrollo sexual	37
2.5.5.	El desarrollo Sexual y la Iniciación Sexual	42
2.6.	SALUD REPRODUCTIVA	45
2.6.1.	Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes	47
2.6.2.	Factores de Iniciación Sexual Precoz ..	51
III.-	CONCLUSIONES	52
IV.-	RECOMENDACIONES	53
V.-	GLOSARIO DE TÉRMINOS	54
VI.-	BIBLIOGRÁFICA	57
VII.-	ANEXOS	6

INTRODUCCION

Los adolescentes y jóvenes como segmento poblacional tienen una problemática especial, que sin embargo, refleja la problemática de cada país. Muchas veces sus problemáticas son vistas como hechos aislados, e incluso sub-divididas en un conjunto de situaciones (Rebeldía, Drogadicción, Fertilidad) que no permiten la integralidad de sus vidas.

Desde 1985, Año Internacional de la Juventud, se impulsaron desde las Naciones Unidas, diferentes iniciativas que impactaron en los organismos públicos y privados de cada país, contribuyendo a colocar la problemática y potencialidad de los jóvenes como punto de agenda en planes y programas. En la perspectiva de hacer "visible" la problemática se impulsaron programas, desde la Iglesia y algunos organismos no gubernamentales con especial contenido en Liderazgo, prevención del abuso de drogas, deportes y arte popular. Hoy nos encontramos ante el reto de impulsar y consolidar técnicas y políticamente este proceso.

Es necesario convertir la atención de la problemática del adolescente en un eje central para la labor del Estado. La acción del estado en este ámbito deben ser masiva, de convocatoria multisectorial, con tecnología apropiada, peso político y apoyo presupuestal. Esto es parte del aporte al desarrollo integral del país y a la lucha contra la pobreza.

I.- OBJETIVOS:

1. Objetivo General:

- Proporcionar conocimientos actualizados sobre la salud sexual de los adolescentes.

2. Objetivo Específico:

- Brindar un marco conceptual para apoyo de la comunidad estudiantil sobre adolescencia.
- Identificar los principales problemas de los adolescentes.
- Reconocer las principales causas de Morbilidad en los adolescentes.
- Determinar los cambios sociales y el impacto en los adolescentes.

II. MARCO TEORICO :

2.1. DEFINICIONES :

ADOLESCENCIA :

Los adolescentes viven una etapa de tránsito, cuyo valor social es el prepararse con éxito en el mundo adulto. Ellos expresan en su conducta la herencia de la cultura que han interiorizado mediante diferentes campos de socialización. Sus comportamientos, actitudes y prácticas obedecen por lo general a normas sancionadas en el sentido común e inscritos en el inconsciente colectivo de la población (1)

De un espacio generalmente estructurado, como es la infancia, el adolescente pasa a constituir su propio espacio, en un largo proceso de individualización. No es joven, ni es niño, por lo que su Status social es ambiguo. Algunas de sus conductas no son aceptadas por "Infantiles" y otras por no corresponder a su edad y ser prerrogativa del mundo "adulto". (4)

Les es difícil por tanto; ubicarse socialmente y ejercer sus obligaciones y derechos, lo que, se ve reflejado en su conducta. Deben aprender a moverse en espacios desconocidos, descubrir diferentes perspectivas del tiempo, de las relaciones sociales, aceptar su nueva imagen corporal (Tan rápidamente cambiantes).

La adolescencia es un período dinámico, de cambio continuo, en el que se vive. Como tal, la adolescencia es un tiempo para el ensayo, error, en que el adolescente tiene una exacerbada autopercepción,

necesidad de ideales y de adquisición de nuevos roles. Es una etapa que plantea como necesidad básica apoyo efectivo, presencia de diferentes adultos saludables y presencia de diferentes adultos saludables y condiciones reales para el desarrollo integral (Salud, oportunidades efectivas, empleo, recreación, participación social, etc.).
(5)

No podemos hablar de una forma única de "ser adolescente", pues hay muchos tipos de adolescentes y jóvenes, marcados básicamente por el espacio social en que se desarrollan; la familia, el barrio, la escuela, los espacios de organización juvenil (parroquias, clubes, pandillas, etc.), y por el impacto de las instituciones de mayor cobertura social. (5)

2.2. SALUD DE LOS ADOLESCENTES :

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población adolescente y juvenil peruana son los accidentes, la violencia, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, el aborto, la desnutrición y los problemas odontoestomatológicos.

Estas causas tienen que ver directamente con los procesos de crecimiento y desarrollo que viven los adolescentes y las capacidades que tiene la sociedad para acompañarlos saludablemente.

El Ministerio de Salud, ha definido como áreas prioritarias de atención el crecimiento y desarrollo, la salud mental y la salud reproductiva. En este marco se plantea como estrategias: la

organización de servicios de atención integral especializada, desde el primer nivel (educación, consejería, orientación), hasta el último nivel (atención especializada y rehabilitación) y el desarrollo masivo de actividades educativas a través del convenio salud-educación y el reforzamiento de la relación con las instituciones de la sociedad civil que desarrollan actividades con los adolescentes. (2)

2.3. SALUD SEXUAL :

La Salud Sexual en la adolescencia constituye un eje específico de intervención, puesto que de ella depende en gran medida la salud mental y el crecimiento y desarrollo óptimo del adolescente. Más aún, creemos que los daños más comunes T.B.C. y los problemas odontoestomatológicos, si bien merecen una atención especializada en términos técnicos de una especialización en el grupo etario juvenil, pues los signos, síntomas y posibles secuelas de estas enfermedades son generalizables a cualquier grupo etario a diferencia de la salud sexual y reproductiva. (6)

La Salud Sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) como la "integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

En nuestro país, la sexualidad, expresada en relación con los comportamientos, actitudes y prácticas de los adolescentes y jóvenes,

manifiesta una serie de cambios y permanencias con respecto a otras generaciones. Los adolescentes y jóvenes por medio de la interacción social, recrean e incluso cambian los elementos culturales básicos recibidos a través de la socialización. (6)

Probablemente hoy es más difícil afirmar que los estereotipos machistas y patriarcales funcionan plenamente. Es más frecuente escuchar de los adolescentes y jóvenes discursos diferenciados según el interlocutor presente. Por ejemplo, en un ambiente masculino puede suceder que el conjunto de los presentes hablen de sus hazañas sexuales con mujeres y se refieran a ellas como un objeto sexual, sin embargo, estos mismos hombres al conversar en privado con sus mejores amigos pueden expresar temores que aparentemente nunca existieron al estar en el grupo de amigos. A su vez estos hombres al participar en grupos mixtos harán largas reflexiones sobre el machismo y darán testimonio de su experiencia al realizar tareas domésticas. (11)

Los cambios sociales, el impacto del trabajo reivindicativo de la mujer y por la mujer, su presencia en la escena pública, la crisis económica y política, el avance de la ciencia y la tecnología, la llamada "Revolución sexual" y los descubrimientos biológicos, ponen en cuestión la salud sexual de los jóvenes, en la medida en que los viejos esquemas, a ratos remozados con discursos nuevos, niegan a los hombres y mujeres el pleno desarrollo de sus capacidades, los llenan de temores y contradicciones e incluso actúan como factores de riesgo individual y social. (17)

2.2.1. SALUD REPRODUCTIVA :

Según la Organización Mundial de la Salud, involucra los siguientes aspectos:

- a) Que las personas puedan decidir sobre el número de hijos que desean tener y cada que tiempo deben tenerlos. Ello conduce al libre acceso que deben otorgárseles a los programas de Planificación Familiar.
- b) Que mujeres puedan tener embarazos y partos sin riesgo obstétrico, para lo cual debe garantizárseles un control pre-natal oportuno y una atención de parto a cargo del personal calificado para hacerlo.
- c) Que los hijos sobrevivan y tengan buena salud.
- d) Que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del embarazo no deseado y a las enfermedades de Transmisión sexual, entre ellas el SIDA.

En el Perú (según la ENDES 92) el 41.2 % de las mujeres en edad fértil tienen menos de 25 años, lo que quiere decir que son adolescentes y jóvenes.

Sin embargo, en el sector público sólo existen 20 servicios para los adolescentes y en el sector privado hay un escaso número de servicios, las que generalmente están restringidos a Lima.

De acuerdo a los ENDES 92 "el 11 % de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. La cifra más alta se da en las mujeres sin instrucción (39 %) y en las residentes de las regiones Loreto y San Martín (más del 30 %). (14)

Dado el incremento de la población joven en cifras absolutas, preocupa el comportamiento sexual y reproductivo de este grupo etéreo dada la asociación que tiene con una mayor mortalidad materna e infantil en el caso de embarazos en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y las secuelas psicológicas y sociales de un manejo poco saludable y responsable de la sexualidad. A continuación presentamos un conjunto de datos que cimentan la preocupación por el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes adolescentes.

En el estudio de Delicia Ferrando y colaboradores, se señala que en "1986 el 13 % de los adolescentes peruanas habían contraído algún tipo de unión, dos tercios eran uniones consensuales y un tercio matrimonio legal, la edad promedio al contraer su primera unión fue de 16 años, con una diferencia de siete años con sus pares varones en la edad media que ellos se casan en promedio a los 23 años. Adicionalmente al momento de realizarse la ENAF (1977), el 37 % de mujeres casadas de 15 a 19 años, lo hizo con hombres por lo menos 10 años mayores que ellos". (10)

Según el estudio, entre los adolescentes unidas, el 21 % estaba embarazada, el 23 % estaba usando alguna forma de contracepción, y el 56 % restante no usaba nada. (10)

El 55 % de los adolescentes casadas (legal o consensualmente) mencionó que su embarazo no había sido planeado. Se registró que un 21 % de las adolescentes unidas tienen 2 o más hijos, cifra que condicionamos alarmante, dado que la edad de la primera unión es un determinante importante para el tamaño de la familia peruana (las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 20 años, tienen 2.5 hijos menos que las que tuvieron su primer hijo antes de cumplir los 20 años).

Uno de cada cinco niños de madres adolescentes está creciendo sin un padre en casa. El 57 % de estos niños tienen una madre que no está legalmente casada con el hombre con quien vive. (10)

Ferrando concluye diciendo que "las mujeres que se casan antes de los 20 años de edad, tienen más probabilidad que las mujeres que demoran el matrimonio, de vivir en pobreza y de sufrir disolución del matrimonio, especialmente si la primera unión es consensual". (10)

Un embarazo en la adolescencia generalmente supone deserción escolar, subempleo, rechazo de la familia, abandono de la pareja, constitución de familias inestables y grandes, así como dificultades para alcanzar una madurez psicológica e

incluso física, lo que luego se refleja en las posibilidades y la calidad de sobrevivencia del infante y la calidad de vida de la madre.

Datos sobre la mortalidad infantil con relación a los hijos de madres adolescentes pueden dar evidencia del impacto de un embarazo adolescente. (18)

La tasa de mortalidad infantil en el Perú es de 64/1000 nacidos vivos. Sin embargo, analizando este indicador por grupos etáreos, vemos que la mortalidad de los niños de madres de 15 a 19 años es de 79/1000, mientras que la tasa en los niños de madres de 20 a 29 años es de 58/1000.

Esto se relaciona básicamente con el desarrollo psico-social de la madre adolescente y el escaso apoyo social con que cuenta para la crianza de su niño.

2.4. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Si nos acercamos al nivel de conocimiento sobre sexualidad que tienen los adolescentes, nos será posible deducir el nivel y o ámbito de diálogo que han logrado con los adultos.

En la encuesta nacional sobre sexualidad humana, se registra que el 65 % de estudiantes del 1er y 2do grado de secundaria estudiados tenían dificultades para establecer una

definición correcta de la masturbación. El 42 % no sabía como se producía el embarazo.

En la investigación psicológica que desarrolló la Dra. Laffose, considerando una muestra de 337 estudiantes (hombres y mujeres) y 304 docentes, se señala que: "El grupo de pares (coetáneos) son los informantes más importantes en la formación de las opiniones de los alumnos sobre la iniciación sexual (38 %), luego los padres (31 %) y en tercer lugar el profesor (25 %). (20)

En esta misma investigación se señala que el 40 % de los alumnos consideran que la primera relación sexual debe ser con la pareja conyugal, por razones de temor al embarazo, lo que en opinión de la investigadora : "deja traslucir que el uso de anticonceptivos no es conocido o internalizado". El estudio concluye también que hay diferencias en el comportamiento sexual tipo de colegio (mixto, varones o mujeres), y que la capacitación de los adolescentes en educación sexual es dramáticamente deficitaria. (20).

En un estudio comparativo entre un grupo de jóvenes de secundaria que recibieron un curso de educación sexual (considerando una muestra de 446 mujeres y hombres) y otro grupo que no recibió curso alguno (410) en la ciudad de Ica, se concluye que: "la actividad educativa influye para que los escolares sean menos liberales. Los más conscientes de los problemas relacionados con la sexualidad y más responsables de su conducta sexual; los conocimientos sobre sexualidad son

mayores en escolares que participaron de la experiencia educativa, que el de aquellos que no participaron, sin embargo, las actitudes de la sexualidad son similares entre escolares que participaron y no participaron en el programa de educación sexual”.

REFLEXIONES:

Es importante mencionar que no estamos estableciendo un vínculo determinista entre Salud

Reproductiva ----- Planificación Familiar. De lo que se trata es de vincular salud.

Reproductiva ----- Sexualidad Responsable, porque los adolescentes y jóvenes al plantearse tener relaciones sexuales, no buscan planificar una familia, están respondiendo a la necesidad de expresar afecto, intimidad y búsqueda de placer.

(12)

2.5. ADOLESCENCIA Y DESARROLLO SEXUAL:

El fenómeno de la adolescencia es sumamente complejo y, por lo tanto, debe ser trabajado desde diversas perspectivas. En primer lugar

es necesario establecer las dimensiones de la población que puede considerarse adolescente, para esto trabajaremos el comportamiento demográfico de este grupo etéreo. Ello, sin embargo, no es suficiente. Para tener una aproximación adecuada al fenómeno de la adolescencia creemos necesario acudir a punto de vista que, siendo diferentes, pueden complementarse. Nos referimos a la aproximación biológica y, finalmente, la sociología.

2.5.1. Importancia Demográfica del Grupo Adolescente:

Desde el punto de vista demográfico se asume la edad como el criterio decisivo para delimitar la adolescencia como una etapa del ciclo vital. Así, se considera como adolescentes a las personas que tienen entre 10 y 19 años. Se trata entonces de una etapa claramente definida; aunque pueden distinguirse al interior del mismo, etapas más específicas como la pubertad y la adolescencia propiamente dicho.

En el Perú, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1993, los adolescentes constituyen el 22 % de la población total (5'027,000 jóvenes). En términos absolutos la población adolescente peruana se incrementó en el período 1981 - 1993, ya que según el censo de 1981 existían 4'041,000 adolescentes en el país. Sin embargo, se observa un descenso de su importancia relativa, ya que la población adolescente en 1981 representaba el 23 % de la población total.

La disminución de la importancia relativa del grupo etéreo adolescente se vincula al proceso de transición demográfica de base ancha en que va entrando al país. Al respecto, basta mencionar que la media de edad en el ámbito nacional ha pasado de 17 a 21 años.

Existen, sin embargo, notables diferencias en cuanto a la importancia relativa del grupo adolescente en el medio urbano y el rural, como muestra el cuadro N° 01.

**POBLACION NOMINALMENTE CENSADA DE 10 A 19 AÑOS, SEGÚN AREA
URBANA A RURAL (miles de habitantes)**

POBLACION	19 81		19 93	
	ABSOLUTA	%	ABSOLUTA	%
Población Total	17,005	100.0	22,048	100.0
Población 10 - 19 años	4,045	23.8	5,027	22.8
Rural	1,730	10.0	1,876	8.5
Urbana	2,688	5.8	3,532	26.0

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda (1983).

El acelerado proceso de urbanización del país también se refleja en este grupo poblacional. Así entre 1981 y 1993 la población adolescente rural descendió en términos relativos, mientras que la urbana se elevó en un pequeño porcentaje.

Sin embargo, aunque el incremento relativo de la población adolescente urbana es pequeño, en términos absolutos se ha incrementado en un 844,000 habitantes. En el caso del medio rural, el incremento absoluto es de tan sólo 146,000 habitantes.

2.5.2. Delimitando la Adolescencia Conceptualmente.

Hablaremos en tres puntos de vista que permiten delimitar conceptualmente la adolescencia. A continuación expondremos muy brevemente las aproximaciones biológica, psicológica y sociológica de la adolescencia.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia es entendida como lo que algunos llaman una "revolución hormonal". Ella se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, los cambios hormonales y el logro de la plena madurez física. (7)

El proceso de crecimiento se inicia en las púberes entre los 9 y 10 años, alcanzando valores máximos entre los 12 y 13 años, en cambio en el varón púber, se inicia entre los 11 y 12 años, llegando a sobrepasar los valores del otro sexo entre los

14 y 15 años. Algunos autores sostienen que esta situación tiene implicancias no sólo antropométricas, sino que existe un período donde los intereses de los dos sexos se separan.

En tanto que la niña observa que va llegando a ser mujer, el varón continúa con su existencia de pre-púber. A los 14 años el varón alcanza una estatura promedio mayor que la muchacha, que generalmente ya ha finalizado su empuje puberal. Al cabo de estos años, se reinicia el diálogo entre los dos sexos. (7)

Con relación a los cambios en la composición corporal, en esta edad el incremento de la masa celular total del organismo aumenta en forma significativa. Se destaca una notoria multiplicación del tejido muscular, mayor fuerza, resistencia y en forma paralela se producen modificaciones en el metabolismo basal.

Según Cusminsky y Vajkovic "el aumento de tamaño de los músculos va acompañado de un incremento en la fuerza, siendo mucho más notable en el varón que en la mujer, debido a cambios estructurales y bioquímicos de las células musculares producidos por la hormona sexual masculina". (7)

"El tamaño del corazón de los muchachos aumenta mucho más que el de las muchachas, lo mismo que los pulmones, teniendo los primeros mayor capacidad vital, capacidad respiratoria máxima y valores más altos en la presión sistólica. En el varón, el número de glóbulos rojos así

como la cantidad de hemoglobina aumentan en la adolescencia. Este fenómeno, es producido por el estímulo de la testosterona sobre la médula ósea". (3)

Los cambios físicos son más evidentes si nos referimos a la maduración sexual. Esta puede valorarse según los estadios descritos por Tanner para poblaciones anglo-sajonas que califican el desarrollo genital, el desarrollo del vello pubiano, el desarrollo del vello axilar y en las mujeres además el desarrollo mamario.

Estas categorías van desde el período pre-puberal o estadio I, hasta el período adulto o estadio V.

El inicio de la maduración sexual está expresado por el estadio II del desarrollo mamario (aparición del botón mamario) en niñas y por el incremento del volumen testicular, a 4 ml. en niños. (13)

Estos estadios han sido estandarizados por ellos en el Perú para poblaciones que viven a nivel del mar y a las que viven en altura (Freyre, 1974, Gonzáles y col 1,982, Coyotupa 1,986).

Los resultados de los estudios demuestran que la maduración sexual expresada como estadios de Tanner es más tardía en la altura (Cerro de Pasco, 4340) que a nivel del mar. Este fenómeno ocurre en niños como en niñas (Tablas 1 y 2) (Coyotupa 1986).

Tabla 1. MADURACION SEXUAL EN NIÑOS DE LIMA (150 m.) Y CERRO DE PASCO (4340 m.)

ESTADIO DE TANNER	EDAD (años)	
	LIMA	CERRO DE PASCO
I	7.8 +/- 0.19	8.4 +/- 0.24
II	10.4 +/- 0.14	11.6 +/- 0.23
III	11.7 +/- 0.18	13.5 +/- 0.20
IV	14.0 +/- 0.24	15.0 +/- 0.20
V	15.0 +/- 0.18	16.1 +/- 0.21

Los datos son promedios +/- Es.P<0.01 con respecto a Lima (150 m.)

Fuente Coyotupa, 1986.

Tabla 2. MADURACION SEXUAL EN NIÑAS DE LIMA (150 m.) Y CERRO DE PASCO (4340 m.)

ESTADIO DE TANNER	EDAD (años)	
	LIMA	CERRO DE PASCO
I	7.5 +/- 0.11	8.6 +/- 0.21
II	9.8 +/- 0.20	11.4 +/- 0.20
III	11.5 +/- 0.22	12.9 +/- 0.21
IV	13.5 +/- 0.18	14.4 +/- 0.18
V	13.5 +/- 0.24	15.7 +/- 0.19

Los datos son promedios +/- Es.P<0.01 con respecto a Lima (150 m.)

Fuente Coyotupa, 1986.

Tal como puede observarse en ambas tablas, la maduración sexual ocurre más tempranamente en niñas que en niños.

En Cusco a 3400 m. de altitud también se ha observado un retardo en el inicio de la maduración sexual en niñas (aparición del botón mamario). En Lima (150 m.) a los 12 años, el 100 % de las niñas ya han iniciado la maduración sexual, mientras que en el Cusco (3400 m.), esto ocurre recién a los 13 años. Según los investigadores este "retardo en la maduración sexual en la altura parece deberse al factor ambiental y no alguna deficiencia nutricional, concluye Coyotupa" de los estudios se puede deducir que con respecto a las poblaciones de nivel del mar, el inicio de la pubertad está retrasada en un año a 3400 m. de altura, y en 1,5 años a 4340 m. de altura".

(11)

En términos globales los cambios hormonales que se dan en esta etapa tienden al logro de las características propias de cada sexo hasta alcanzar la capacidad de procreación.

Desde una perspectiva psicológica suele describirse a la adolescencia no precisamente como una etapa sino como un proceso, en la medida que este concepto destaca de un cambio continuo. A lo largo de este proceso el sujeto tiene una serie de tareas psicológicas que cumplir, las que van desde lograr una identificación sexual hasta optar por una ocupación.

Este proceso de cambio puede concebirse básicamente como un momento de transición, en el cual el sujeto puede experimentar como adulto pero sin la responsabilidad aparente. Como tal, la adolescencia es un tiempo para el ensayo-error, en el que el adolescente tiene una exacerbada autopercepción, necesidad de ideales y de adquisición de nuevos roles. Al respecto, Erickson señala que "la mente del adolescente es esencialmente una mente del moratorium, una etapa psicosocial entre la infancia y la adultez, y entre la moral aprendida por el niño y la ética que ha de desarrollar el adulto".

(10)

Entendiendo la adolescencia como un momento de ensayo-error, gran parte de las actitudes de los adolescentes pueden considerarse como juego social, legítimo sucesor del juego infantil. Mediante roles, probando así sus gustos y capacidades así como las reacciones de su entorno (familia, pares, profesores, etc.)

Buscando jugar, experimentan probar sus capacidades, se enfrentan a situaciones que no esperaban y por lo tanto no pueden controlar, por ejemplo, un embarazo.

Una tarea básica de la adolescencia es la construcción de la propia identidad. El desarrollo del YO requiere introspección y espacios para la experimentación y confrontación con otros.

Para desarrollar una identidad propia, el sujeto contrasta constantemente su propia autopercepción con la que su entorno tiene de él.

Como indica Erickson "Los jóvenes que crecen y se desarrollan, enfrentados con esta revolución fisiológica en su interior, y en tareas adultas tangibles que los aguardan, se preocupan ahora fundamentalmente por lo que parecen ser ante los ojos de los demás, en comparación en lo que ellos mismos sienten que son" (8). Para cumplir estas tareas los adolescentes se ayudan formando grupos de pares, los constituyen uno de sus elementos referenciales básicos. Los collares y pandillas con espacios para desarrollar su identidad la experimentación de situaciones nuevas. De esta manera, afirman paulatinamente su individualidad ante la familia, su primer grupo de referencia.

Según el Dr. Florenzano "Las diferentes tareas son enfrentadas paulatinamente a lo largo de la transición adolescente. Ellas pueden ser esquemáticamente agrupadas en tres fases o subetapas: Adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

La duración de estas etapas es variable tanto individual como culturalmente, aunque muy en general se puede afirmar que cada una dura en promedio tres años, desde los 10 a los 13 años, desde los 14 a los 16 y de los 17 a los 19, respectivamente". (8)

Finalmente consideremos los aportes de la perspectiva sociológica. En ella, el tema de la adolescencia se sitúa en el interior de la reflexión del período juvenil este se entiende como un período dinámico y de transición, cuyo valor social es el de prepararse adecuadamente para el futuro desempeño exitoso de roles propios del adulto.

El entorno social exige a cada individuo situarse dentro del complejo tejido de roles y posiciones sociales. Para ello, especialmente en sociedades con una importante división del trabajo, los individuos deben pasar por un período de aprendizaje social, de entrenamiento y prueba.

Durante este período el entorno no espera aún respuestas adecuada u precisas del individuo. Como señala Coleman "Al parecer, la sociedad permite o incluso fomenta una etapa de la vida en que el individuo está en posibilidad de demorar la toma de importantes decisiones con respecto a su identidad, una etapa en la que puede experimentar con diferentes roles a fin de descubrir que clase de persona es y no es". (5)

Esto conlleva a que el joven sea sumido como un ser social que aún no ha llegado a la plenitud de su desarrollo. Como tal, todavía no participa plenamente en la vida colectiva.

Al respecto, Cortázar plantea "Ser considerado como joven coloca a una persona en una situación en la que se halla "socialmente fuera de juego". En la vida cotidiana, se reconoce

al joven como un ser incompleto, que todavía no ha desarrollado plenamente sus capacidades y el que, en consecuencia, no se le pueden reconocer plenamente todavía derechos y obligaciones. El joven es un "futuro adulto" o en el presente un "adulto incompleto". (6)

De esta manera, para Erickson el adolescente vivía una etapa de moratorium psico-afectivo, Cortázar señala que el adolescente vivía una etapa de moratorium social. Ella "implica dos dimensiones. Por un lado, implica la marginación social legítima del sujeto. Por el otro, el reconocimiento como válido y necesario de un cierto margen de "permisibilidad" y de "liberalidad" hacia el joven". (8)

Es posible vincular estos conceptos como el tema de "ensayo-error" que planteamos anteriormente. Así, no sólo el adolescente mismo, está dispuesto a ensayar y equivocarse, sino que su medio social está abierto a tolerar búsquedas y cambios, resulta evidente, esta capacidad de ensayo por una parte y de permisividad del otro, son aplicables también al desarrollo de una identidad sexual.

Entrando en mayores precisiones, el período de aprendizaje social al que hacemos referencia es conceptualizado por la sociología como el proceso de socialización. Mediante la socialización el individuo es introducido por su grupo social al conjunto de normas, disposiciones y actitudes que rigen su vida colectiva.

2.5.3. Cambio Integral - Desarrollo del Ser y Consolidación de Identidad, Socialización, Roles:

A continuación buscamos profundizar sobre estos elementos integradores que nos explican el proceso de la adolescencia.

Los cambios tanto fisiológicos, psicológicos, como sociales, llevan a que el individuo se vea obligado a hacer nuevos análisis y evaluaciones de su propia persona. De allí que el autoconcepto sea un elemento sustancial, este se construye en gran medida por una interacción entre las relaciones que mantiene el individuo con las personas en que percibe las expectativas de aquellas personas. (5)

Al respecto plantea Christopher Wilson en Coleman: "El adolescente se encuentra de pronto revestido y engalanado con vestimenta, cuerpo e intelecto de adulto, pero son demasiados los sitios a donde debe ir. Le es menester descubrir, explorar y definir en forma simultánea los aspectos sexuales, intelectual e independiente de su ser. Sobre estas tres dimensiones, el adolescente tiene el potencial, mas no la experiencia, de desarrollar un ser cohesivo y equilibrado. (5)

Este período representa para el adolescente una carga muy especial, un desafío y una oportunidad, Danid Offer (1975) citado por Coleman, plantea que el adolescente necesita definirse como individuo, adquirir confianza en sí mismo y en

sus capacidades, tomar importantes decisiones concernientes a su futuro y librarse de lazos infantiles con sus padres (13)

Diferentes investigaciones señalan que el adolescente está constantemente buscando normas y valores que satisfagan su interés por entender el mundo y adecuarse a él en forma satisfactoria, donde su rol esté definido, por ello su inclinación por ideologías y estereotipos rígidos con los cuales identificarse. De otro lado en este proceso de afirmación personal, el adolescente trata de probar a sus pares (otros adolescentes), en relación a sus capacidades para ser fieles y cambiables.

Blos y Erickson, citado por Coleman proponen un esquema de desarrollo psicosexual del adolescente, ellos distinguen cuatro etapas, que enriquecen las fases planteadas por Florenzano.

- Aislamiento 12 a 17 años, motivada por los profundos cambios puberales.
- Incertidumbre 14 a 15 años, motivada por el relativo dominio sobre sus cambios púberales y la búsqueda de figuras identificatorias fuera de las parentales.
- Apertura a la heterosexualidad 15 a 17 años motivada por la afirmación de su identidad sexual y un fuerte narcisismo, esto se manifiesta en relaciones entre ambos sexos, intensos pero con poco compromiso, fugaces.

- Consolidación 17 a más, motivada por una identidad lograda, manifiesta en mayor estabilidad emocional, objeto armonioso único, intercambio amoroso (dar y recibir) elecciones a más largo plazo.

Los investigadores coinciden (Coyotupa, Ferrando, La Rosa) en reportar que la iniciación sexual se da básicamente entre los 15 y 16 años para hombres y mujeres respectivamente, o sea entre la segunda y tercera etapa señalada por Blos y Erickson.

La iniciación sexual es un hecho normal, no debería significar preocupación sin embargo las condiciones en que ésta se de pueden tener gran trascendencia en la salud física y psicosocial del adolescente y su entorno, durante esta fase y en las etapas inmediatamente sucesivas.

Dado el nivel de desarrollo psicoafectivo y social el adolescente no estaría en capacidad de asumir por ejemplo un embarazo, ni la responsabilidad afectiva de otro mundo afectivo como es el de la pareja sexual. La actividad sexual de los adolescentes obedece a un proceso de conocimiento y madurez sexual y afectiva, más no a un interés de pareja a largo plazo. (5)

El adolescente está buscando figuras amables de su entorno familiar, sale a la búsqueda de "otros" para encontrarse consigo mismo, él se está buscando en los demás, por eso su iniciación sexual, puede ser una oportunidad para conocerse

más, para verse en su rol de hombre o mujer, de receptor y dador, una oportunidad para descubrir su cuerpo, sus dimensiones de placer, descubriendo el cuerpo de otro y el placer de otro, una oportunidad para sentir y crecer afectivamente, una oportunidad para ganar ante sí mismo y ante los demás el status de adulto "experimentado".

Esta oportunidad puede implicar riesgo a diferentes niveles, sino se prevén las decisiones a tomar y no se actúan con responsabilidad.

De allí que la tarea es, sino se pudo actuar en su formación, por lo menos llegar a tiempo con la información y la actitud adecuada para ayudarlo a tomar decisiones respetando su momento personal. (12)

SOCIALIZACIÓN - ROLES:

Alude a la teoría del aprendizaje social o teoría del desarrollo cognoscitivo e incluye los siguientes conceptos:

SOCIALIZACIÓN:

Proceso de adquisición de valores culturales y de condicionamiento de la ansiedad moral o conciencia. El resultado óptimo de este proceso es la autodirección o autocontrol, por parte del individuo, de los propios impulsos en formas compatibles con su cultura.

Cada cultura genera sus propios adolescentes, no podemos hablar de forma de ser "Adolescente", pues hay muchas formas de vivir la adolescencia, marcadas básicamente por el espacio social en que se desarrollan: La familia, el barrio, las escuelas, los espacios de organización juvenil (parroquias, clubes, pandillas, etc.) y por el impacto de las instituciones de mayor cobertura social.

La socialización primaria de la persona es vivida en la infancia en el marco de la familia, así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utilización de los servicios de atención médica.

Según Horwitz "aún cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de la vida, alejándose de una para formar otra". (12)

La familia constituye entonces una imagen y un ejercicio permanente en la vida humana que se caracteriza por sus relaciones de intimidad, solidaridad y duración y es, por lo tanto, un agente "estabilizador". "Este carácter estabilizador de la familia se manifiesta en las funciones sociales que cumple: Reproducción, crianza y mantenimiento de los hijos. Desarrollo de una base emocional, transmisión de pautas conductuales y valorativas" (12)

De un espacio generalmente estructurado, como es la infancia, vivida en el marco básicamente de la familia, el adolescente pasa a constituir su propio espacio, en un largo proceso de individualización, el rol de su familia para ser de base emocional, rol central en el desarrollo saludable de la persona puesto que una familia desestructurada al no estar en condiciones de cumplir su rol, puede constituirse en un factor de riesgo, en la medida que el abandono de hogar de uno de los padres o las relaciones conflictivas con violencia verbal y/o física, afecta directamente la autoestima del adolescente y la construcción de su identidad pudiendo influir en la adopción de conductas de riesgo.

Según Lewis, citado por Coleman, los adolescentes "tienen una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones sociales (estructura cognoscitiva), por lo que la conducta refleja esta inseguridad. A esto se suma el cambio que implica el pasar de un espacio relativamente estructurado como es la infancia, a regiones desconocidas propias de la adolescencia, que incluyen: su imagen corporal, las relaciones sociales, los alrededores geográficos y las perspectivas del tiempo". (5)

No es joven ni es niño, por lo que su status social es ambiguo. Le es difícil por tanto, ubicarse socialmente y ejercer sus obligaciones de derechos, lo que, se ve reflejado en su conducta.

2.5.4. Interacción de las Tareas Bio-Sico-Sociales del Adolescente con su desarrollo Sexual:

Implica precisar los siguientes conceptos:

SEXO:

Se refiere a los aspectos biológicos y fisiológicos de las especies vivas que nos diferencian en machos y hembras.

SEXUALIDAD:

Está constituida por el sexo y por los comportamientos y roles sexuales adscritos al sexo por la cultura y su entorno socio-económico de la sociedad en que se desarrolla el individuo.

En las culturas en general, el sistema de normas, valores y creencias es dinámico, evoluciona, es influido por los avances de la ciencia, sin embargo los cambios ideológicos son más lentos que los que provienen del conocimiento. (19)

ROL SEXUAL:

Es un concepto que alude a ordenanzas sociales y culturales con respecto a lo que debe ser una conducta masculina o femenina apropiada.

En nuestra sociedad la ideología con relación a los roles sexuales ha asignado históricamente al varón un rol activo, el llamado rol de la "responsabilidad sexual" y a la mujer el rol

pasivo de la "aceptación sexual". Así, se han ido consolidando estereotipos que no toman en cuenta las aptitudes y potencialidades de cada individuo o núcleo social. De acuerdo a estos estereotipos sexuales, el deseo, el placer y la conducta sexual en general están pactados no para buscar y experimentar libremente sino para aprender lo que debe ser, por naturaleza".

APRENDIZAJE DE LOS ROLES SEXUALES:

Identidad de género, se refiere a una temprana conciencia, con raíces corporales del ser masculino o femenino. Identidad del rol sexual, percepción del propio rol social. Este concepto alude al modo personal de desempeñar el propio rol social. En la identidad de rol sexual, el género es un rasgo y las personas son clasificables sobre escalas (de rasgo) de masculinidad y feminidad. Durante la adolescencia el género asume ordenanzas normativas y las características de un rol dentro de un sistema social. El joven experimenta toda clase de presiones o imperativos, expectativas por parte de sus padres y otros adultos, pero, en forma más crítica aún en el sentido de cumplir satisfactoriamente con su rol de varón o mujer.

Estudios empíricos demuestran que en los hombres se da una intensificación del impulso sexual en la etapa de la pubertad. (19)

Los datos de Kinsey (1953), lo mismo que estudios realizados con otras muestras de individuos (Stanford 1943, Symonds 1949), revelan actividades y fantasías sexuales más intensos.

Entre las chicas, no se observa un acrecentamiento equivalente de los intereses, actividades o fantasías sexuales. Más bien, lo que parece manifestarse en sus fantasías es una más frecuente ocurrencia de temas de autohumillación a los que se interpretaron como señales de culpabilidad y represión del impulso sexual (Donovan, 1970).

Esta diferencia en la expresión del impulso sexual entre chicos y chicas adolescentes, el hecho de que, entre las mujeres, sea más susceptible la represión y sublimación ha sido asociada con diferencias en la expresión biológica del sexo durante la pubertad (Chilman, 1977, Douvan 1970; Badwick 1971) y con los condicionamientos sociales que devienen de una socialización estereotipada en cuanto al sexo.

(19)

Para el varón, el impulso sexual encuentra una expresión relativamente precisa y explícita en órganos externos que son para él, fuentes conocidas y familiares de placer. El varón por lo menos conoce la naturaleza y la ubicación de sus impulsos en una forma precisa y explícita que, biológicamente, no es accesible a la mujer.

La labor de resolución erótica consiste, en el caso del varón, en desligar catexias del núcleo familiar y transferir su interés sexual hacia una compañera accesible. En la mujer, los órganos sexuales primarios son internos y están ocultos; por los que el despertar de la sexualidad asume formas más difusas y ambiguas sensibilidad cutánea, lubricación vaginal y excitación difusa de la región pélvica.

Ella, antes que nada, necesita descifrar la naturaleza y el significado de sus impulsos sexuales.

El aprender a expresar sexualmente sentimientos amorosos y conquistar a un compañero o compañera, son, a veces, tareas difíciles y dolorosas. (16)

Por socialización, las chicas, ven favorecidas sus dotes de comunicación interpersonales que en la adolescencia, se desarrollan aún más, pues utilizan estos dotes en relaciones amistosas con fines de autoexplicación y adquisición de conocimientos de crucial importancia acerca de sí mismas.

Según los niveles de estereotipo sexual, en general se espera que el hombre sea el experto sexual que guste de una mujer para satisfacerse. Se espera que la mujer no exprese deseo sexual y sea iniciado por el hombre que ama, con quien se vincula en matrimonio y del que aprende el comportamiento sexual realizando con ello una de sus tareas más importantes: La reproducción.

El paso de relaciones de servidumbre - dominación a relaciones igualitarias, entre los sexos y las sexualidades, que es un proceso lento que incluye exploración y ejercicio del potencial de cada individuo. (17)

En el adolescente el desarrollo sexual tiene directa relación con la construcción de su identidad, cuya preocupación sustancial es por lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son y por lograr armonizar los roles y aptitudes aprendidas con los prototipos de hombre o mujer del momento.

Según Erickson "La etapa de enamoramiento no es un modo total o siquiera primariamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando la propia imagen y/o una difusa en otra persona y logrando así que se refleje y se aclare tan considerable del amor juvenil consista en conversación. (8)

La presión por la iniciación sexual de los varones adolescentes y el terror de los adultos al interés sexual de las mujeres adolescentes muchas veces es injustificado dado que sus procesos personales probablemente van por otros senderos.

Asumimos con Erickson que "el adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansiosa y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está

preparada para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando éstos puedan exigir sacrificios significativos". (13). Es el adulto joven, no el adolescente, el que está preparado para el encuentro sexual, sus placeres y responsabilidades.

Masters y Johnson, en el texto ya citado, señalan al respecto que, el sentimiento de compromiso de una pareja no termina con su preocupación mutua, sino que se extiende hasta incluir su recíproca obligación de ejercer el control de la concepción o de aceptar la responsabilidad de los resultados de su unión, es decir, el embarazo".

2.5.5 El Desarrollo Sexual y la Iniciación Sexual:

Entendemos la iniciación sexual como el primer coito que tiene una persona con otra. Asumimos que la iniciación sexual es una experiencia de comunicación íntima de deseo, afecto y/o instinto, que involucra dos seres humanos, aún cuando está se de en forma voluntaria o involuntaria.

El desarrollo sexual se ve influido por el entorno social en que se desarrolla el adolescente, al respecto asumimos la tipología planteada por el Dr. Castro de la Matta, sobre familias

y tratamos de ampliar su caracterización incluyendo los entornos: barrio, grupo de pares, referentes efectivos.

El Dr. Castro de la Matta describe en su tipología a la Familia despótica, patriarcal y la familia compañera. (3)

Familia despótica o Machista: En este tipo de familia el padre castiga a sus hijos cruelmente a la menor provocación, no se acerca emocionalmente a ellos, ni permite que hablen en voz alta, hagan ruido o rian en su presencia. Se cultiva la distancia en la relación de padres a hijos. Probablemente puede existir violencia contra la esposa. La autoridad indiscutible en esta relación es el padre.

Familia Patriarcal: Los padres observan una actitud protectora hacia su familia. Fomentan en sus hijos el afán de superarse mediante el estudio, las buenas maneras y la eficiencia en el trabajo, dándose ellos como ejemplo. A pesar de esto las relaciones entre los hijos y sus padres son más bien ceremoniales, los hijos los tratan con mucha etiqueta y se dirigen a ellos tratándoles de Ud. El jefe del hogar es el padre, ocupando la madre un segundo lugar en la línea de autoridad.

Familia Compañera: La relación entre el padre, la madre y los hijos es libre y fácil. No hay relaciones de temor sino de confianza. La familia actúa como un todo organizado, con las mismas perspectivas. Las decisiones se toman en común.

Creemos que el desarrollo sexual y la iniciación sexual está directamente relacionado con la presión o el comportamiento del entorno social machista que obviamente en un entorno democrático.

En un entorno machista, la iniciación sexual del varón es precoz y el afecto no es un intermediario: La prostituta, la ruca, la jugadora (chicos que tienen relaciones con diferentes compañeros sexuales, sin cobrar dinero por ellas), son sus compañeras sexuales, estas relaciones tienen un ingrediente de agresividad. La conciencia de riesgo de embarazo o de contraer enfermedades de transmisión sexual es mínima o no existe. Soy hombre, a mí me pasa nada.

En un entorno patriarcal, la iniciación sexual siendo precoz puede o no tener un componente afectivo: La amiga, la conocida. La conciencia de riesgo de embarazo o de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual es amplia, básicamente porque la relación es utilitaria: Me cuido porque sino me puedo "enfermar" o me pueden culpar de un embarazo y frustrar mi vida.

Generalmente tiene un entorno democrático la iniciación sexual tiene un componente afectivo y suele ser más tardía. La conciencia de riesgo es amplia y está asociada a no hacerse daño, planificar juntos lo que pueden asumir: Hay que cuidarnos para no complicar nuestras vidas.

**VAMOS A VARIAR LA INICIACION SEXUAL EN RELACION A LAS ETAPAS DE
DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE, PLANTEADO POR FARINA
DE LUNA, RETOMANDO A RÍOS Y ERICKSON**

ETAPA	EDAD	MOTIVACION	MANIFESTACION
AISLAMIENTO	12 - 14	- Profundos cambios puberales	Varón: tendencia al mismo sexo.
INCERTIDUMBRE	14 - 15	Independencia de los padres. Relativo dominio de sus cambios puberales. Canalización de lo erótico a través de confidencias.	Masturbación Idealización Amigo íntimo Búsqueda de figuras identificatorias parentales.
APERTURA A LA HETEROSEXUALIDAD	15 - 17	Afirmación de su Identidad Sexual	Masturbación Relaciones Homos. Relación ambivalentes entre ambos sexos, pero con poco compromiso.
CONSOLIDACION	17 - 19	Fuerte narcisismo Identidad lograda Objeto amoroso único.	Fugaces Mayor estabilidad emocional

Esto significa que de existir consecuencia del ejercicio sexual, como un embarazo, el adolescente no estará en

condiciones biológicas, afectivas, psicológicas ni sociales de asumirlas sin dañar sus posibilidades de desarrollo integral.

2.6. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

La Salud Sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) como la "integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

En el nivel de Salud Sexual de un individuo o una población se evidencian los resultados de la Socialización primaria antes descrita, la armonía entre sus construcciones sociales de la sexualidad y sus expectativas, capacidades y potencialidades.

Postulamos que los estereotipos sexuales tradicionales como son el patriarcal y el machista atentan, contra la Salud Sexual, porque inhiben el libre desarrollo y exploración de las potencialidades de cada individuo y de la sociedad con respecto a sí mismos y a su sexualidad.

Un elemento importante en la Salud Sexual es la Reproducción, por sus dimensiones de placer, perpetuación de la especie, riesgos físicos, expectativas individuales y sociales.

La Salud Reproductiva, según la O. M. S. Involucra los siguientes aspectos:

- a) Que las personas puedan decidir sobre el número de hijos que desean tener y cada que tiempo deben tenerlos. Ello conduce al libre acceso que debe otorgárseles a los programas de Planificación Familiar.
- b) Que las mujeres puedan tener embarazos y partos sin riesgos obstétricos, para lo cual debe garantizárseles un control pre-natal oportuno y una atención del parto a cargo de personal calificado para hacerlo.
- c) Que los hijos sobrevivan y tengan buena salud.
- d) Que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del temor al embarazo no deseado y a las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA.

La sexualidad reproductiva parte del derecho que tienen las personas a una sexualidad plena y enriquecedora como un elemento importante para alcanzar el bienestar individual y colectivo. El ejercicio de este derecho con responsabilidad individual, familiar y social aporta significativamente a la búsqueda de una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio con el ecosistema que sirve de base para este desarrollo.

El enfoque emocionado mencionado tiene dos principios básicos: el desarrollo humano tiene como elementos esenciales la perspectiva de género, la sexualidad, la integralidad biosicosocial y la participación

social. La responsabilidad social tiene como elementos esenciales la ética, la equidad, en respecto a la autodeterminación y el ambiente humano.

La Salud Reproductiva en nuestro país está generalmente afectada por los estereotipos de comportamiento sexual machista y patriarcal, que influyen y a veces determinan niveles de salud reproductiva realmente alarmantes. Como son las tasas de embarazos no deseados, abortos, mortalidad materna, mortalidad infantil de hijos madres adolescentes, entre otros.

2.6.1. SITUACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES:

La situación de salud de los jóvenes y adolescentes es un hecho poco conocido, según la O. P. S. Esto podría deberse a una serie de factores entre los que menciona:

- a) Ambos períodos no pertenecen a ninguna especialidad médica y por lo tanto pierden la atención que ese hecho les daría;
- b) Los adolescentes y jóvenes constituyen un grupo difícil de tratar, con una problemática muchas veces difusa e inespecífica.
- c) La misma naturaleza de sus problemas es un obstáculo para su demanda de atención médica. (22)

Sin embargo, la complejidad de los cambios que ellos sufren y la trascendencia de los problemas que los afecta, hacen imprescindible su conocimiento y atención.

La adolescencia es una etapa crucial para la formación de hábitos de conducta y comportamiento sociales. Los hábitos que se adquieren a esa edad pueden tener una importancia clave en la vida futura de los adolescentes y permitirles, o impedirles, un pleno aprovechamiento de su potencial.

Se han realizado algunos estudios sobre los factores vinculados a malas condiciones de salud en la adolescencia y muchos de ellos citan los siguientes:

- a) Condiciones de vida precarias, situaciones de extrema pobreza y con deficiente Saneamiento ambiental.
- b) Medio familiar desfavorable (familia con solo uno de los componentes paternos, alcoholismo o adicción a drogas en los padres u otros miembros de la familia, criminalidad, etc.)
- c) Aquellos que resultan de las posibilidades de empleo.
- d) Nutrición inadecuada, comienzo prematuro del ciclo reproductivo.
- e) Participación en grupo de pares con prácticas violentas o delictivas.

La Organización Panamericana de la Salud señala prioridades de atención en los servicios para adolescentes, las siguientes:

- a) Atención preventiva y curativa con énfasis en el control y estímulo del crecimiento y desarrollo, la atención gineco-obstétrica y regulación de la fecundidad, la detección y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el apoyo psicológico y las acciones de salud mental.
- b) Rehabilitación del adolescente discapacitado.
- c) Protección legal, especialmente en el área de los derechos laborales y sociales.
- d) Orientación vocacional y recreacional, que ofrezcan a los jóvenes las máximas oportunidades para utilizar sus talentos y habilidades.

Una prioridad en la planificación y evaluación de las actividades vinculadas a la salud de los adolescentes es medir la importancia de los Factores de Riesgo y protectores de su salud, de allí la importancia de realizar investigación constante de nuestra realidad.

2.6.2. INICIACIÓN SEXUAL PRECOZ y los siguientes factores:

- Proceder de una familia desestructurada, en la que exista violencia, relaciones conflictivas, separación de los padres.
- Estudiar en colegios separado por sexo (sólo varones y sólo mujeres), en especial si se asiste en el turno tarde.
- Compartir el estudio con el trabajo.
- Participar, el grupo de pares iniciados sexualmente o que tienen hijos o experiencia abortiva.
- Tener actitudes estereotipadas de carácter machista.

La iniciación sexual debe ser estudiada según características del hecho: Iniciación voluntaria, iniciación por violación, iniciación por presión de familiares o amigos.

La Salud sexual en la adolescencia es resultado de la socialización primaria y secundaria y su interacción con ella, así como de los espacios y fuentes de información adecuada sobre sexualidad, la accesibilidad a servicios de consejería y asistencia en salud y de un entorno social que potencie la toma de decisiones responsables, la autoestima y la asertividad.

III.- CONCLUSIONES:

- Las organizaciones de base e instituciones públicas y privadas de las comunidades están divorciadas de la problemática de los adolescentes.
- El protagonismo de los adultos, interfiere de manera negativa en la salud sexual de los adolescentes.
- Los Adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios.
- Los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción, son las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Los programas educativos modernos de Educación Sexual para la Juventud, presentan información física (Genital). Están desprovistas de los valores éticos y morales de la familia.
- Proporcionar los patrones de comportamiento para que modelen constructivamente la vida humana de las futuras generaciones.
- El entorno social exige a cada individuo situarse dentro de los roles y posiciones sociales.
- La llamada Revolución Sexual, y los descubrimientos biológicos, ponen en cuestión la Salud Sexual.

IV.- RECOMENDACIONES

- El adolescente debe desarrollar sus potencialidades humanas, sin presiones de estereotipos sexuales impuestos por la sociedad.
- Iniciación sexual por decisión propia, sin presiones y utilizando los medios adecuados para prevenir consecuencias no deseadas.
- Decisión responsable sobre su actividad sexual, sin presiones de ningún tipo.
- Capacitación de promotores y líderes juveniles que debe realizar el sector educación en vinculación con salud.
- Fortalecer la Educación Mixta en todos los colegios, motivando y sensibilizando a las autoridades y profesores sobre su importancia para una educación sexual integral.
- Apoyar y promover los servicios de consejería y orientación en salud integral para adolescentes y jóvenes a nivel local, por medio de la instalación de casas para la juventud.
- Brindar asesoría legal, apoyo psico-social y de ser necesario, refugio en hogares especiales a los adolescentes violadas (os), embarazadas.

VI.- GLOSARIO DE TERMINOS

ADOLESCENTES

Se considera como adolescentes a todas las mujeres entre los 15 y 19 años, ya que ésta es la definición asumida por las (ENDES).

ABORTO

Expulsión del producto antes que sea viable.

CONDUCTA SEXUAL

Es esencialmente aprendida. Es la medida en que se actúa en respuesta a los impulsos sexuales.

ESTEREOTIPOS

Figura, imagen o idea aceptada por un grupo. Opinión o concepción muy simplificada de algo o de alguien.

FERTILIDAD

Virtud de producir abundantes frutos.

GENERO

Se refiere a las relaciones sociales desiguales entre varones y mujeres que se generan como resultado de una construcción social basado en las diferencias sexuales.

IDENTIDAD DE GENERO

Se refiere al sentir o pensar como varón o mujer. Por lo general corresponde con el sexo físico. Se forma en la primera infancia. En la adolescencia se consolida.

IDENTIDAD SEXUAL

En el aspecto psicológico de la sexualidad. Se construye a lo largo de la vida. Tiene que ver con el sexo con el cual el individuo se identifica y asume como ser sexual.

ORIENTACION SEXUAL O PREFERENCIA SEXUAL

Es el sexo frente al cual siente atracción. Se puede sentir placer o erotizar con una persona del otro sexo, del mismo o de ambos sexos. Según la OPS, existen personas heterosexuales, homosexuales y bisexuales.

ROLES

Está ligado a cual es el papel que una persona representa para ser aceptada e incluida dentro de un conjunto determinado de personas.

ROL SEXUAL

Es el comportamiento masculino o femenino expresado de acuerdo a costumbres y normas de la sociedad. Es todo lo que la persona hace o dice para indicar a sí mismo y a otros. El grado en el que se es hombre o mujer.

SEXO

Está relacionado a lo biológico esto involucra a los cromosomas (XX, XY). La fisiología está determinada por las hormonas, sean estas la testosterona en el caso de los machos y los estrógenos en el caso de las hembras.

SEXUALIDAD

Es uno de los aspectos más importantes de nuestra vida. Aún cuando ella esté vinculada al sexo, que es un determinante biológico, la sexualidad comprende además aspectos psicológicos, sociales y culturales; ella tiene además, una relación muy estrecha con nuestra salud física y mental.

VI.- BIBLIOGRAFIA

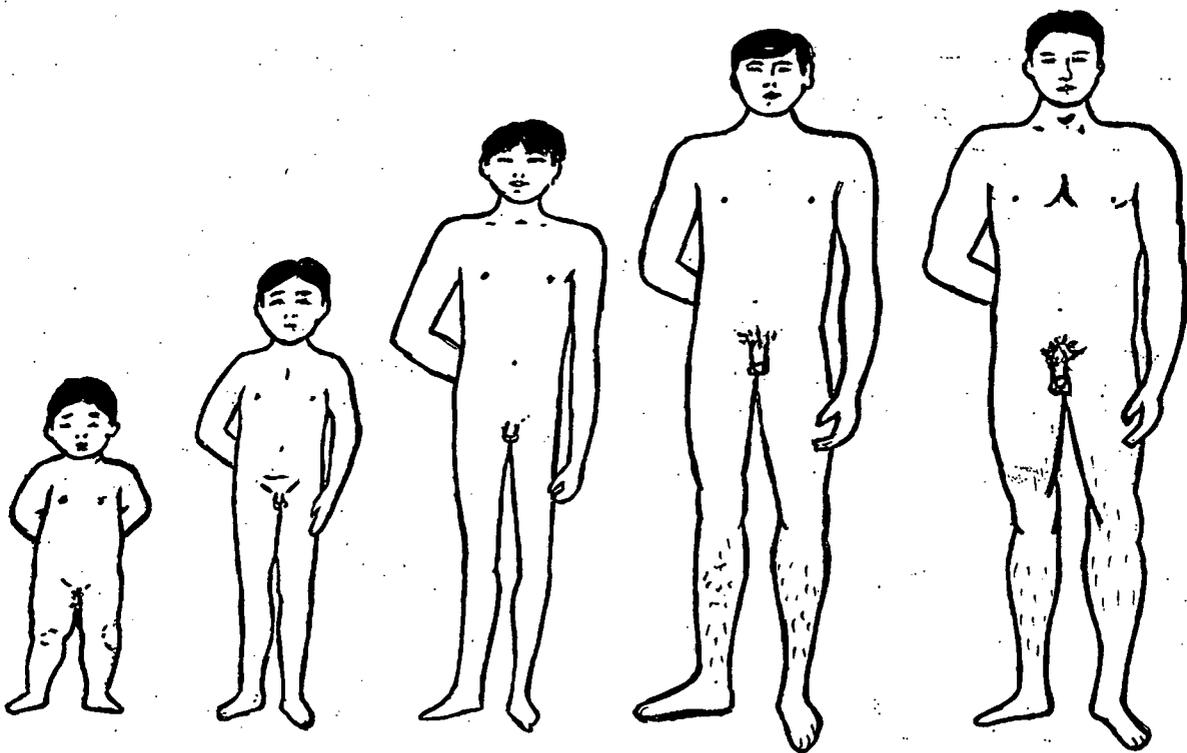
1. ARAMBURU, Carlos Nuñez, Leopoldo. Los jóvenes y los programas en Salud y Sexualidad en América Latina. Editora: Pathfinder International. México D. F. Noviembre de 1993. p. (118 - 223)
2. BERGER, Peter, LUCKMAN, Thomás. La Construcción de la Realidad. Amoirortu Editores. Buenos Aires. 1979. (p. 99 - 122)
3. CASTRO de la Mata Renato. El Impacto de la Incapacidad del padre sobre la Dinámica Familiar. Tesis doctoral UPCH. Programa Académico de Medicina. Lima - Perú. 1972. (p. 344)
4. CERRUTI, Stella. Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar Docencia en Educación Sexual. O. P. S. Brasília. Abril de 1991. (p. 100 - 149)
5. COLEMAN, John. Los años escolares: problemas comunes en la Socialización de los Jóvenes. Compañía Editorial Continental. 1984. México. (p. 348)
6. CORTAZAR, Juan Carlos. Política Municipales para la Juventud en Lima Metropolitana. Diagnóstico y Perspectivas de Trabajo. CISEPA-Pucp. Lima. Agosto de 1993. (p. 28 - 50)
7. CUSMINSKY, Marcos, VOJROVIC, María Clementina. Crecimiento y Desarrollo en: Manual de Medicina de la Adolescencia O. P. S. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud. p. 47.

8. BRINSON, Erik. Infancia y sociedad Ediciones Hormé S. A. E. Distribución Especial Editorial Paidós. Buenos Aires. 9ª edición. 1989. (p. 40)
9. FARIÑA de Luna Mora. Aspectos Psicológicos en Sexualidad Humana. Cerruti y Colaboradores O. P. S. Brasilia. Abril de 1991. (p. 628)
10. FERRANDO, Delicia, Susheela, Singh, Wulf, Deirdre. Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. Perú. The Alan Guttmacher. Insitute. Editorial Presencia. 19189. Colombia. (p. 736)
11. G. F. GONZALES. La Adolescencia en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de Investigación de la Altura. Año 1993. (p. 233)
12. HOROWITZ NINA, Florenzano Ramón, Ringeling Isabel, Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la O. P. S. Vol 98 N° 2. Págs. 144 - 145. Febrero de 1985. Washington D. C. E. U. A. p. 144.
13. INSTITUO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 1991 - 1992. Perú. p. 521.
14. LOPEZ, Lucy, LA ROSA, Liliana. Capacitando Profesionales de Salud para la Atención Integral de Adolescentes con Énfasis en Salud Reproductiva. Tarea Gráfica. Lima 1993.
15. MANSILLA, maría Eugenia. Los Niños Adolescentes en Alto Riesgo Los Niños en y de la Calle.

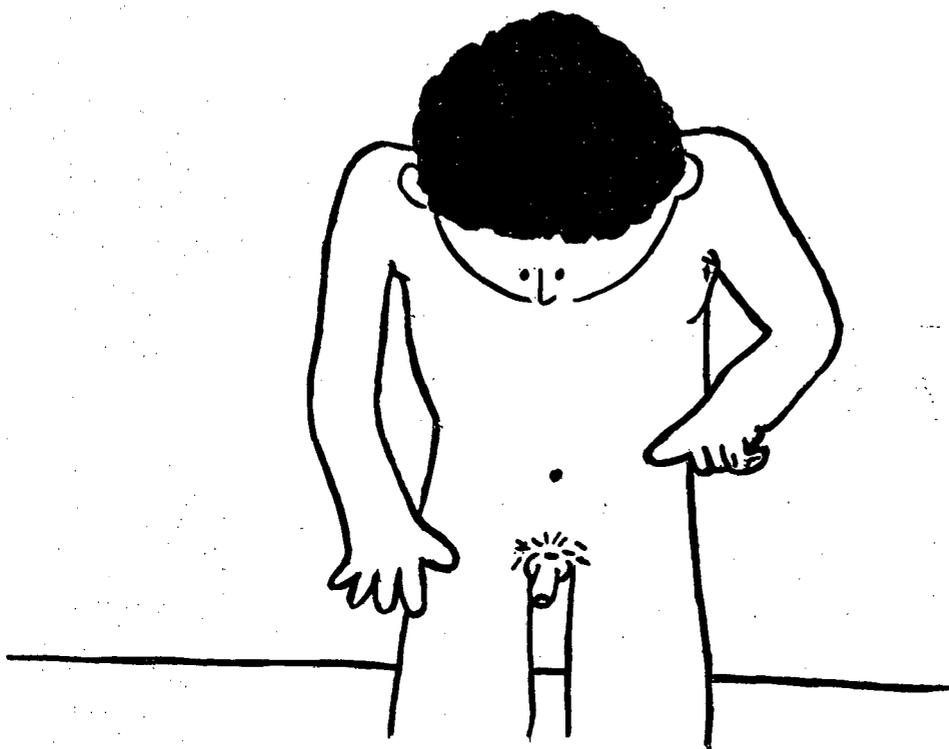
16. MASTER, Willian, JOHNSON, Virginia. El Vínculo del Placer. Editorial Grijalbo. Colombia. 1989. p 355.
17. MATURANA, Humberto, VERDEN - ZOLLER. Amor y Juego. Fundamentos Olvidados de lo Humano. Desde el Patriarcado a la Democracia. Colección Experiencia Humana. Instituto de Terapia Cognitiva. 1993. p. 641
18. MINISTERIO DE SALUD. Normas Técnico Administrativos para la Atención Integral de la población de 5 a 19 años. Impreso en los Talleres Gráficos de MINSAL. Lima 1992. p. 244
19. SARA LAFFOSE, Violeta, Chira, Carmen Fernández, Blanca. Escuela Mixta: Alumnos y Maestros la Prefieren. Pontificia Universidad Católica. Fondo Editorial 1989. Lima. p. 122
20. SUSHEELA, Singh, Wuir, Deirdre. Adolescentes de Hoy. Padres del Mañana: Un Perfil de las Américas. The alan Cuttmacher Institute. 1990. p. 233.
21. O. P. S. La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas. Washington 1985. p. 124.

A N E X O S

CRECIMIENTO FÍSICO DE NIÑO A HOMBRE

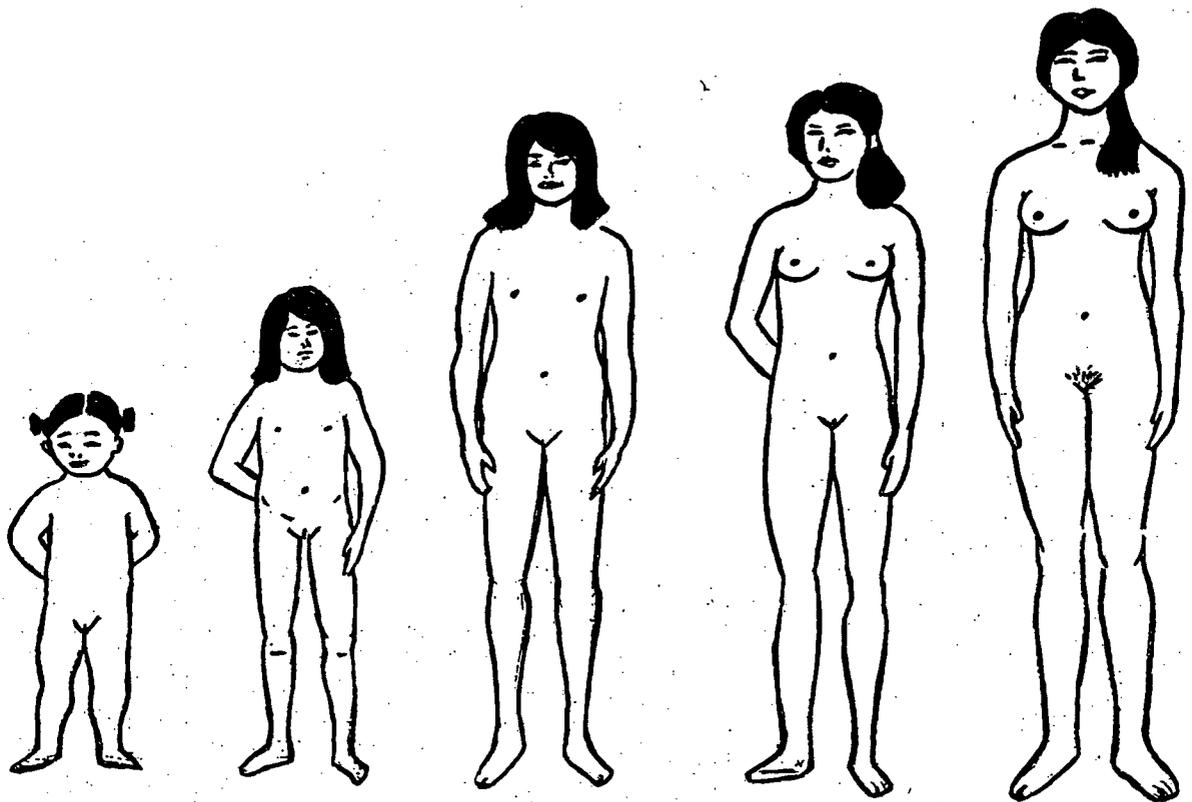


TAMBIÉN PARA LOS MUCHACHOS LA HIGIENE ES MUY IMPORTANTE



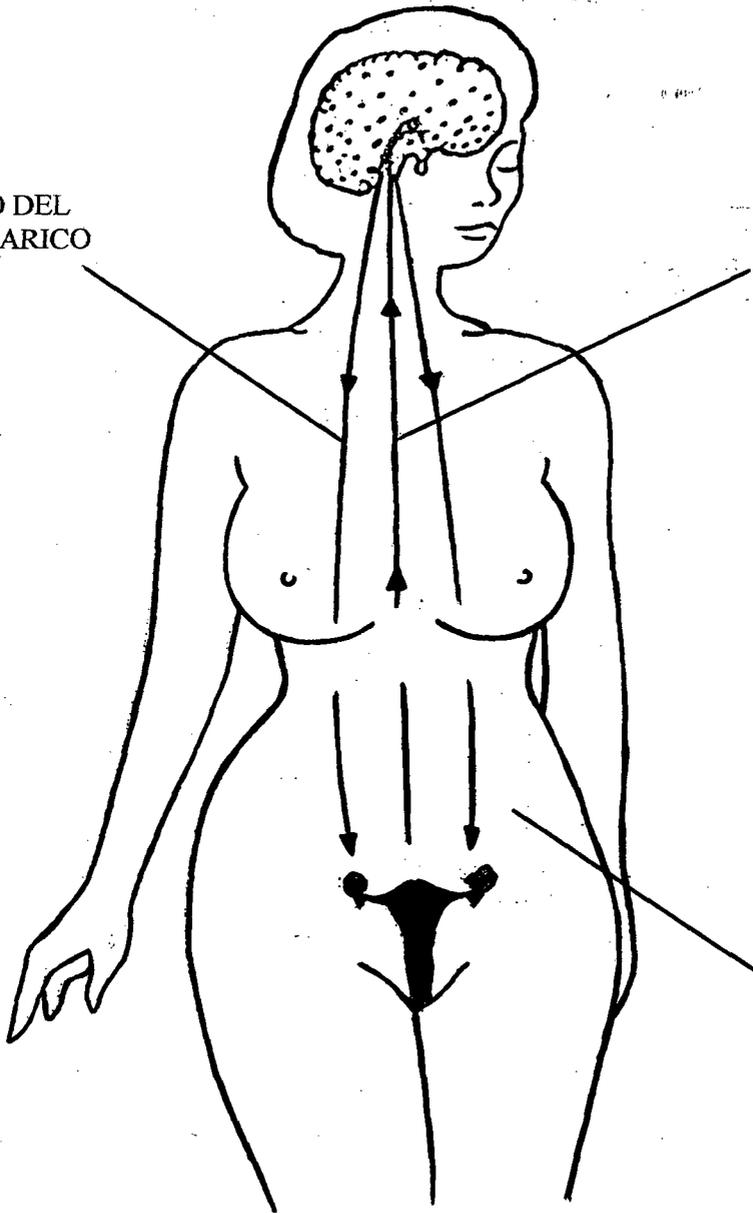
Los genitales deben asearse diariamente para que no acumulen secreciones, sudor y restos de orina, los que a veces forman una sustancia blanquecina y con mal olor.

CRECIMIENTO FÍSICO DE NIÑA A MUJER



EJE HIPOTALAMO - HIPOFISIS - OVARIOS

FSH DE LA
HIPOFISIS
ESTIMULA EL
CRECIMIENTO DEL
FOLICULO OVARICO



EL ESTROGENO
PRODUCIDO POR
EL FOLICULO EN
CRECIMIENTO
AUMENTA A UN
NIVEL LO SUFI-
CIENTEMENTE
ALTO COMO PARA
INHIBIR FSH DE LA
PITUITARIA.

CUANDO DISMINUYE
LOS NIVELES DE
FSH, LA PITUITARIA
LIBERA LH EN FORMA
REPENTINA Y SE
PRODUCE LA OVULA-
CION.