



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES PUÉRPERAS

AUTORES:

Br. Bouzos, Silvana
Br. García, Lucía
Br. Guerrero, Gabriela
Br. Mata, Catherine
Br. Morales, Lilián
Br. Samudio, Mónica

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

SUMARIO

SUMARIO	3	DEFINICION DE VARIABLES	58
INTRODUCCION.....	4	DISEÑO METODOLOGICO	59
PROBLEMA.....	6	PRESENTACIÓN de DATOS	60
OBJETIVO	7	ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN	69
OBJETIVOS ESPECIFICOS	7	CONCLUSIONES	73
MARCO TEÓRICO	8	SUGERENCIAS.....	75
ADOLESCENCIA.....	8	BIBLIOGRAFIA	76
<i>Maduración biológica</i>	9	ANEXOS	78
<i>Crecimiento y desarrollo</i>	13	Anexo I	
<i>Dimensión psicológica</i>	16	Anexo II	
<i>Dimensión intelectual</i>	19	Anexo III.....	
<i>Dimensión social</i>	20		
ENFERMEDADES DE			
TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA			
ADOLESCENCIA.....	23		
EMBARAZO y ADOLESCENCIA .	37		
PSICOLOGÍA del PUERPERIO....	43		
FACTORES DE RIESGO	48		
EDUCACIÓN SEXUAL	54		
EL MARCO CONCEPTUAL DE			
LA SALUD INTEGRAL DEL			
ADOLESCENTE Y DE SU			
CUIDADO.....	56		

1 INTRODUCCION

El presente estudio fue realizado por seis estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (INDE), cursando el cuarto año de la carrera Licenciatura en Enfermería como requisito curricular de aplicación de la metodología científica.

El mismo se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte longitudinal, el cual se llevó a cabo en Uruguay departamento de Montevideo, en el Hospital Pereira Rossell, en el período comprendido entre noviembre de 1998 - mayo de 1999.

A partir de la interrogante: ¿ Que factores de riesgo inciden en que un adolescente contraiga o no una Enfermedad de Transmisión Sexual?, se desarrolla nuestro trabajo. Teniendo como objetivos específicos:

- 1) Conocer la prevalencia de la ETS en adolescentes.
- 2) Como índice de IRS, la cantidad de parejas sexuales, la información sexual, la antecedente personal y familiares, los hábitos y la edad real, la situación familiar y social en la aparición de ETS en los adolescentes mujeres.

La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico, cuyos criterios de inclusión fueron: adolescentes, puérperas, entre 15 y 17 años, que fueron internadas en el Hospital Pereira Rossell, en sala 4 de adolescentes entre octubre de 1998 y febrero de 1999.

La fundamentación de este problema esta dada por datos estadísticos obtenidos del estudio "La sexualidad de los adolescentes" Portillo, en el cual se destaca que el 31% de los menores de 24 años padecen Enfermedades de Transmisión Sexual. Con este dato y tomando en cuenta que el riesgo de contraer una ETS y el embarazo están relacionados, destacamos que según el estudio "Uruguay Perfil del País 1998", los nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años pasaron del 16,9% en 1993-94, al 17,6% en 1995, y siendo la tasa de fecundidad en 1996 para adolescentes entre 15 y 19 años de 76.1 por mil, se observa una tendencia a aumentar el número de embarazos adolescentes, por lo tanto el riesgo de contraer una ETS. Hecho que se ve agravado por:

- *El porcentaje de uso de preservativo es menor en las adolescentes embarazadas, esto podría estar indicando que la púerpera no utilizará métodos de barrera cuando reinicie sus relaciones sexuales.*
- *El no uso de métodos anticonceptivos en sucesivos embarazos se ve acentuado, llegando a ser del 100% en el tercer embarazo.*
- *La mitad de las embarazadas adolescentes llegan al final del embarazo en total ignorancia con respecto a la educación sexual. (Ver Anexo 1)*

Tomando en consideración lo anteriormente mencionado, se destaca la importancia del estudio en adolescentes púerperas como grupo de alto riesgo para contraer una ETS y con el cual la Licenciada de enfermería y el equipo de salud puede trabajar brindando información sobre la salud sexual y reproductiva, mejorando la calidad de vida y disminuyendo los factores de riesgo.

2 PROBLEMA

¿Que factores de riesgo inciden en que un adolescente contraiga o no una ETS?

Tomando como población a estudiar puerperas adolescentes de 15 a 17 años que fueron atendidas en el Hospital Peralta Rossell en el periodo octubre-febrero 1998-1999

3 OBJETIVO

Conocer como inciden los distintos factores de riesgo en que una adolescente contraiga o no una ETS, tomando como población las puerperas adolescentes entre 15 y 17 años, que fueron atendidas en el Hospital Pereira Rossell en el período octubre-febrero 1998-1999.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1)- *Conocer la prevalencia de las ETS en adolescentes.*
- 2)- *Como incide el IRS, la cantidad de parejas sexuales, la información sexual, los antecedentes personales y familiares, los hábitos y la vida social, la situación familiar y psicosocial en la aparición de ETS en las adolescentes puerperas.*

4 MARCOTEÓRICO

ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de transición que se extiende desde el final de la infancia hasta el principio de la vida adulta y que los autores sitúan entre los 12-14 años y los 18 y 20 años.

A diferencia de otras etapas del ciclo vital, la adolescencia es la etapa más corta, cronológicamente hablando, pero por el contrario en ella están más marcados los cambios tanto biológicos como psicosociales.

Si en la infancia podemos decir que los cambios biológicos determinan principalmente el desarrollo del niño y en la edad adulta son los aspectos de tipo psicosocial, en la adolescencia todos los cambios se entremezclan haciendo de ella una etapa complicada.

Con el fin de ofrecer una visión holística de esta etapa del desarrollo, cuando hablemos de adolescencia nos vamos a referir a los cambios psicológicos; al hablar de pubertad nos estaremos refiriendo a los cambios biológicos, y por último al hablar de juventud, nos referiremos a los cambios sociales.

Lo anteriormente expuesto nos induce a pensar que la pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, como hecho biológico. La adolescencia es un hecho psicológico no necesariamente universal y que adopta distintos patrones de comportamiento en las diversas culturas, lo mismo que ocurre con las características sociales que hacen referencia a la juventud.

Por lo tanto, podemos considerar este período del ciclo evolutivo como un proceso de maduración con las siguientes características principales:

- 1) *Maduración biológica. Es la época en que se producen los más importantes cambios físicos y culmina con la capacidad de procrear.*
- 2) *Maduración psíquica. La maduración de la inteligencia se determina por la aplicación de la facultad intelectual con sentido crítico; la maduración emocional por la capacidad de controlar las emociones, y la maduración afectiva por la ausencia de depender de otras personas.*

MADURACIÓN BIOLÓGICA

- 3) *Maduración social. Se refiere a la capacidad profesional y socioeconómica para hacer frente con éxito a las exigencias ambientales y vivir con los propios medios.*

MADURACIÓN BIOLÓGICA

Concepto Biológico: Adolescencia, como crecimiento morfológico y maduración sexual, surge de la suma de ambas definiciones, pero, no basta la transformación del niño en adulto, desde la aparición de los primeros caracteres sexuales secundarios hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento, se acompaña de importantes cambios emocionales, intelectuales, espirituales y sociales. La duración, el contenido y la forma de la adolescencia difieren según los individuos, la raza, el clima y diversos factores educativos y sociales inherentes a cada cultura o subcultura.

El período de la vida en el que se produce el desarrollo de la capacidad para la reproducción. Incluye el período de crecimiento de los órganos reproductivos.

Durante la infancia, los cuerpos de los niños y las niñas son fundamentalmente iguales, y solo se diferencian por su genitalidad. En la

pubertad se ponen en marcha una serie de mecanismos hormonales que provocan cambios somáticos, que traen como consecuencia las características del adulto, biológicamente hablando, con un patrón diferencial para los chicos y para las chicas, que hace que los cuerpos masculinos y femeninos se diferencien.

En los varones los principales cambios que tienen lugar en esta época son:

- 1- *El crecimiento de los testículos y del pene se acelera, alcanzando las proporciones y tamaño del adulto.*
- 2- *El vello blando del labio superior se hace más duro y oscuro.*
- 3- *La región púbica se cubre de vello.*
- 4- *La voz empieza a hacerse más grave.*
- 5- *El cuerpo alcanza plenamente su tamaño y vigor.*
- 6- *El vello del cuerpo se desarrolla por completo.*

En las mujeres se produce:

- 1- *Desarrollo de los senos.*
- 2- *Crecimiento rápido del cuerpo.*
- 3- *Aparición del vello púbico rizado.*
- 4- *Menarquia.*
- 5- *Crecimiento del vello de las axilas.*

El período juvenil (15 a 25 años) abarca la etapa post puberal y alrededor

de un lustro de la adultez. El joven biológicamente maduro debe (a los 18 – 20 años), por razones socioculturales completar su desarrollo emocional y social para integrarse al mundo de los adultos.

Características comunes del adolescente normal: los cambios somáticos son los más constantes y no hay otro período (excepto el fetal) más rico en transformaciones que la pubertad; Crecimiento esquelético, aumento y redistribución de los tejidos blandos, involución linfática, nuevas proporciones corporales, caracteres sexuales primarios y secundarios.

La adolescencia se ha dividido en tres etapas:

Temprana (10 a 14 años).

Media (15 a 16 años).

Tardía (17 a 20 años).

El modo previsible y ordenado con que ocurren diversos cambios, permitió a Tanner establecer niveles de maduración sexual (de 1 a 5) más fieles que la edad cronológica, para tales etapas.

El esquema de Tanner es el más utilizado para valorar el Índice de Madurez Sexual (IMS), correspondiendo los estadios I y II al inicio, III y IV al período medio y V al final de la misma y a la madurez sexual.

El comienzo de la adolescencia (IMS II) suele producirse entre los 8 y los 13 años y dura 6 meses a un año en las mujeres. En los varones comienza entre los 10.5 y los 15 años y dura 6 meses a 2 años.

El aumento de peso y talla es similar a años anteriores, 2 kilos y 6 a 8 cm por año. En las mujeres va aumentando el depósito de grasa, en los varones aumenta más la masa muscular, disminuyendo la grasa corporal al alcanzar IMS II.

El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios define la pubertad. El marcapaso biológico para la iniciación de los fenómenos puberales, se sitúa en la eminencia media del hipotálamo; desde aquí son secretados por terminaciones nerviosas factores liberadores de gonadotrofinas y vertidos en vasos portales, hacia la hipófisis anterior. Al inicio se trata de una secreción pulsátil durante el sueño; luego, durante todo el día, determinando a nivel hipofisario por la activación de un sistema adenilciclasa – AMP cíclico la síntesis y liberación de las gonadotrofinas- hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), que actúan sobre las gónadas.

En el 85 % de las niñas, la primera manifestación de pubertad es la aparición del botón mamario. El desarrollo mamario unilateral es normal y puede persistir hasta 6 meses antes de que aparezca el botón mamario bilateral. Un 15% inician la pubertad con el desarrollo del vello pubiano antes que el brote mamario y es debido a la secreción ovárica de estrógenos como respuesta a la FSH; en general se da entre los 9.5 y 13.5 años. Cuando la menarquia es el primer evento puberal se llama pubertad disociada.

La FSH estimula además el crecimiento de los ovarios que se inicia un año antes que el crecimiento mamario. Aumenta el grosor de la mucosa vaginal; la pigmentación, vascularización y sensibilidad de labios mayores; el tamaño del útero; el espesor y diferenciación del endometrio y el contenido de actomiosina, creatinquinasa y ATP de las células del miometrio.

Aumenta así mismo, el glucógeno en las células de la mucosa vaginal, lo que favorece el crecimiento de los bacilos de Doderlein, productores de ácido láctico, disminuyendo así el PH vaginal y aumentando la sensibilidad a infecciones por levaduras.

La hormona luteinizante estimula la ovulación y la formación del cuerpo luteo.

En los varones, IMS II; implica el aumento de tamaño testicular debido al crecimiento de los tubos seminíferos y el aumento de las células de Leydig y de Sertoli. La LH estimula la maduración y la capacidad esteroidogénica de las células de Leydig y la iniciación de la espermatogénesis. La secreción de testosterona provoca el comienzo del crecimiento del epidídimo, vesículas seminales y próstata. Se adelgaza e hipervasculariza el escroto, luego comienza a crecer el pene aunque sigue siendo estrecho, en relación a su longitud en etapas posteriores, donde se acelera el crecimiento de los cuerpos cavernosos.

Es así entonces que la primera manifestación de pubertad en varones es el estadio II de genitales y/o el aumento testicular. La aparición del vello pubiano se da entre los 12 y 15.5 años.

En mujeres y varones, aumenta la secreción de andrógenos suprarrenales que causan el crecimiento del vello axilar y pubiano. Su consistencia y distribución siguen un camino fijo en ambos sexos, por lo que es un buen índice de progresión puberal junto con el

desarrollo mamario en la mujer y de los genitales en el varón.

Otro efecto de los andrógenos es el aumento de tamaño y secreción de folículos sebáceos, causantes del acné por lo que podría considerarse también como una característica sexual secundaria.

La eyaculación, suele empezar un año luego del crecimiento testicular, cuando aparece el vello pubiano.

El período medio de la adolescencia (IMS III-IV), puede alcanzarse en las mujeres entre los 11 y los 14 años y dura 2 a 3 años promedio, en los varones se alcanza entre los 13 y los 15.5 años y dura 6 meses a 3 años.

Es el período de mayores cambios. Hay una aceleración del aumento del peso y talla. La curva de aumento de peso alcanza su pico máximo unos 6 meses después de que se llega al máximo aumento de la talla. En el período máximo de crecimiento, llamado comúnmente estirón, las mujeres crecen promedio de 8 cm al año, suele verse a una edad media de 13 años; la menarquía es generalmente posterior. Los varones crecen un promedio de 10 cm por año a una edad media de 14 años. El pico de velocidad máximo ocurre cuando el desarrollo sexual está bastante avanzado con volumen testicular de 12 ml. Aumenta enormemente la

acumulación de tejido adiposo en la mujer y la masa muscular en los varones.

El crecimiento del esqueleto sigue un esquema ordenado de las partes distales a las proximales. El cartilago epifisario de los huesos largos actúa como efector importante de los esteroides sexuales, inicialmente del sector inferior del cuerpo, lo que lleva a una alteración de la armonía corporal. Luego del crecimiento de los miembros, se ensancha el tórax y las caderas.

Se siguen desarrollando los caracteres sexuales secundarios. El momento álgido de la pubertad femenina es la menarquía cuya edad promedio para el Uruguay es 12.5 años, con un rango de 9 a 16 años.

El período final (IMS V) se alcanza entre los 13 y 17 años para las mujeres y entre los 14 y 18 años para los varones, aproximadamente. El cuerpo va adquiriendo las proporciones y dimensiones adultas; apenas se crece longitudinalmente, se cierran las epífisis. Se completa el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello púbico toma la cara interna de los muslos, y los genitales de varón alcanzan la configuración adulta. En el varón el vello facial se extiende a la barbilla y

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

aparece el vello en el pecho. Cambia el tono de voz por acción de la testosterona sobre el crecimiento de los cartílagos tiroideos y cricoides y músculos laríngicos.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CRECIMIENTO: Ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.

DESARROLLO: es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los cambios de **MADURACIÓN**, **DIFERENCIACIÓN** e **INTEGRACIÓN DE FUNCIONES**.

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez.

Este proceso biológico que el hombre comparte con todos los seres vivos, presenta la particularidad de requerir un lapso más prolongado para madurar durante la niñez, infancia y adolescencia.

El concepto de crecimiento y desarrollo implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño y del adolescente. El objetivo de la atención a su salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un crecimiento y un desarrollo normales para que llegue a ser un adulto sano.

El crecimiento y el desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo.

Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo, así como los conceptos que expresan, se entremezclan, dado que ambas se refieren a un mismo resultado: la maduración del organismo. En general, todo crecimiento conlleva a cambios en la función.

El crecimiento o aumento de tamaño ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: La **hiperplasia** o aumento del número de células que ocurre a través de la multiplicación

celular; y la hipertrofia o aumento del tamaño de las células. Ambos mecanismos contribuyen al crecimiento humano, aunque operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida.

PERÍODOS DE CRECIMIENTO

1- *Periodos de crecimiento intrauterino.*

1.1 *Periodo embrionario – Se extiende desde la fecundación hasta la 12ª semana de vida intrauterina, se caracteriza por una intensa multiplicación celular (hiperplasia) con un escaso aumento del tamaño del embrión.*

1.2 *Periodo Fetal – Se extiende desde la 13ª semana hasta la 40ª semana, es decir, hasta el término de la gestación y se caracteriza principalmente por una combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia celular, por el cual aumentan de tamaño los órganos ya formados.*

2- *Periodo de crecimiento postnatal.*

2.1 – *Primera infancia – Abarca desde el nacimiento hasta los 3 años de edad y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable*

desaceleración en relación al periodo anterior.

2.2 – *Segunda Infancia o Intermedia – A partir de los tres años y hasta el comienzo de la edad puberal, transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante. Desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios muy importantes en la motilidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a una educación formal.*

2.3 – *Etapa de aceleración o empuje puberal – El empuje puberal señala los grandes cambios que sufre el niño en su constitución somática y su desarrollo psicosocial. Es un período de rápidas transformaciones que en las niñas alcanzan, en promedio, su máxima velocidad a los 12 años, y en los varones a los 14 años y que condiciona en gran parte el ajuste que ha de tener el joven a su ambiente.*

2.4 – *Fase de detención final del crecimiento – Es el fin de un proceso complejo que se inició en el momento de la concepción y que finaliza aproximadamente en la mitad de la segunda década de la vida. El individuo se encuentra ya en este*

CRECIMIENTO y DESARROLLO

momento en condiciones físicas, que sumadas a las experiencias de aprendizaje, posibilitarán su expresión en el medio social. No todos los tejidos detienen completamente su crecimiento en la vida adulta. Hay algunos como la piel y la mucosa intestinal, que a través de un proceso de desgaste y regeneración, conservan su capacidad de crecimiento durante toda la vida.

CONCEPTO DE MADURACIÓN

Se entiende por maduración el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características, que se inicia con la concepción y finaliza cuando se alcanza el estado adulto. Este concepto debe diferenciarse bien del crecimiento, que se caracteriza por el aumento de tamaño y se mide en centímetros, kilos, etc. La maduración en cambio, se mide por la aparición de nuevas funciones (caminar, hablar, sostener la cabeza), o eventos (aparición

de un diente, aparición de la primera menstruación en la niña, etc.). No todos los niños terminan su crecimiento con el mismo peso, o con la misma estatura; en cambio, todos los niños terminan su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

Existe una variación normal en la velocidad con que los niños maduran. En efecto, hay niños que comienzan a caminar a los 11 meses, otros lo hacen a los 16. En algunos el primer diente aparece a los 5 meses, en otros a los 8; hay niñas que menstruan por primera vez a los 10 años, en tanto otras lo hacen a los 15. Cada niño madura a una velocidad que le es propia; cada niño tiene un tiempo madurativo.

Existen varios tipos de maduración del niño, A saber:

- 1 - *Maduración dentaria.*
- 2 - *Maduración sexual.*
- 3 - *Maduración Psicomotriz.*
- 4 - *Maduración ósea.*

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA - ADOLESCENCIA

Dimensión emocional:

En esta etapa, el adolescente ya tiene conocimiento suficiente para asociar sus órganos genitales con la sexualidad. Es consciente de sus tensiones corporales y las reconoce como sexuales.

Una de las prácticas sexuales más habituales en este período y (que inicia al adolescente en su vida sexual) es la masturbación. A través de esta práctica el adolescente tiene conocimiento de su propio cuerpo y funcionamiento sexual, además de aliviar la tensión sexual y la obtención del placer.

La mayoría de los autores afirman que las actitudes sexuales constan de tres componentes: información, sentimientos y actos, tomando matices diferentes en chicas y chicos.

En la vida del adolescente no solo los deseos sexuales tienen fuerza, durante esta etapa, vive con gran intensidad todas las emociones. Estas emociones son, en muchos casos vividas interiormente. Al adolescente le gusta permanecer solo, refugiarse en sí mismo o en sus iguales, por quienes se siente ontendido.

Su experiencia emocional quieren vivirla en soledad o con sus iguales, pues si la comparte con los adultos, estos van a intentar a hacerle ver las cosas desde la objetividad, desmoronando así su estado emocional, algo a lo que no está dispuesto. Estos grados de soledad, sobre todo con respecto a los adultos, le permite sentir su individualidad, que no puede ser arrebatada.

El adolescente busca en la amistad el apoyo emocional que necesita. El amigo le aceptará tal y como es, pudiendo contar con él en el momento de los fracasos, proporcionándole el consuelo que la realidad le niega.

De forma general podemos afirmar que la experiencia emocional del adolescente está caracterizada por: el amor, la melancolía, la angustia y la despersonalización (Monedero, 1986).

El amor:

No podemos afirmar que el amor lo descubre el adolescente, pero el enamoramiento es muy típico de este período de la vida. Este amor parece separado del cuerpo (relación desexualizada) y su misión es ir fusionando ese amor y la sexualidad que parece que vienen de sitios distintos.

Unido al primer amor surge la primera frustración, pues los primeros amores suelen terminar en fracaso. Con este primer amor, el adolescente se da cuenta de que las cosas ideales no existen, que todo tiene su lado positivo y negativo, y debe aprender a vivir la pérdida.

Melancolía o tristeza ante esta situación de pérdida, es la respuesta esperada. El adolescente se refleja en sí mismo, le gusta vivir en soledad su tristeza, llegando en algunos casos a obtener cierto "placer", ya que es suya y la vive solo él. Así se siente una persona absolutamente independiente. Esta tristeza puede manifestarse de diversa manera de forma depresiva, con una fuerte culpabilidad respecto a la ruptura o abandono de la relación o, por el contrario, adopta actitudes omnipotentes y alegres que no le deja sentir la tristeza.

La Angustia en el adolescente parece estar relacionada con la transición de abandonar unos roles conocidos, de la vida infantil, para enfrentarse con la vida adulta, en definitiva determinada por el miedo a lo desconocido y la confusión.

El adolescente se enfrenta a numerosos problemas que pueden producir mucha angustia entre los que se encuentra la manera de aprender la

sexualidad, la elección de la carrera, la decisión de seguir o no los estudios, mayor exigencia en las relaciones de amistad, etc. Tiene que integrar dentro de sí mismo la sexualidad, (unir el amor y el cuerpo) unir todo lo que ha aprendido sobre sí mismo como hijo, estudiante, amigo etc., e integrar todas esas imágenes y darles un sentido.

La despersonalización puede ser definida como una vivencia de extrañeza hacia sí mismo y hacia el mundo exterior. Se siente extraño en su "nuevo cuerpo", que tan bruscamente ha cambiado; incluso las sensaciones que percibe de su cuerpo ya no son como antes, sus sensaciones sexuales son buena prueba de ello.

La adolescencia es un momento clave y también crítico en la formación de la identidad.

El individuo alcanza ese punto que le permite vivir en sociedad y relacionarse con los demás como persona psico socialmente sana.

La identidad personal y el desarrollo del yo son términos difíciles de definir, pero de forma sencilla nos referiremos a ellos como el núcleo que rige los comportamientos del adolescente, sus proyectos y expectativas de futuro y que está estrechamente ligado con la propia historia del adolescente. En esta época de

la vida comienza a tener su propia historia, fomentando su individualidad por la que lucha, pues puede sentir el miedo que se la arrebate.

Cuando no sea así y no pueda alcanzar el sentimiento de identidad personal, debido a una infancia desafortunada, por circunstancias sociales no favorecedoras, etc., mostrara gran confusión (no sabe lo que es, adonde va, a que pertenece, etc.).

En la adolescencia existen 3 duelos fundamentales:

- 1- *duelo por el cuerpo infantil*
- 2- *duelo por la identidad y el rol infantil*
- 3- *duelo por los padres de la infancia*

1- El individuo asiste pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en sus propia estructura y creando un sentimiento de impotencia frente a una realidad concreta que lo lleva a desplazar la rebeldía hacia la esfera del pensamiento.

2- Es la infancia la relación de dependencia, una situación natural y lógica. El niño acepta su relativa impotencia. En la adolescencia hay una confusión de roles ya que al no poder mantener la dependencia infantil y al no poder asumir su independencia adulta,

el sujeto sufre un fracaso de personificación y así el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades.

El pensamiento comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, que le permiten una mayor estabilidad a través del apoyo y con los que el sujeto se identifica.

3- Se pretende no sólo tener a los padres protectores y controladores sino que periódicamente se idealiza la relación con ellos.

La necesidad apremiante en el período de la adolescencia es de la información autorizada de individuos a quienes puedan tenerles confianza y respetar.

Existe una continua insatisfacción de los jóvenes respecto a la "educación sexual" que han recibido.

Necesita hechos directos acerca de ser sexuales incluyendo el acto sexual, los genitales masculinos y femeninos, anticonceptivos, enfermedades veneras y funciones sexuales. Necesitan oportunidad de explorar en una atmósfera no censurante, las actividades sexuales propias y de otros.

Los adolescentes necesitan información verídica y honesta sobre las enfermedades venéreas.

Existe una mitología general que persuaden a los jóvenes de que conocer a su compañero/a es protección adecuada y que la "gente decente" no contrae enfermedades de transmisión sexual. Aún en estos días no saben nada de enfermedades de transmisión sexual y sus causas, sus síntomas y tratamiento. Ignoran las consecuencias.

DIMENSION INTELECTUAL

La evolución intelectual es determinante en este momento de la vida.

Según Piaget, el adolescente llegara al desarrollo intelectual máximo cuando supere el egocentrismo cognoscitivo.

Concepto de Desarrollo según PIAGET:

El desarrollo comprende un progresivo equilibrio, un continuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior.

Características del Desarrollo:

Es un proceso continuo. Va de respuesta globales a respuesta

específicas y se da a diferentes ritmos en las distintas etapas. Es un proceso de interacción entre el ambiente y lo genético, de integración y diferenciación.

Al desarrollarse intelectualmente va logrando estados de equilibrio superiores y una adaptación al medio con respecto a la etapa anterior.

Al nacer es el reflejo el 1er mecanismo que permite reconocer el mundo. Es un primer estado de equilibrio para relacionarse con el medio; pero es un estado inferior al de un niño de 3 años que va desarrollado otras estructuras cognoscitivas (lenguaje, etc). Va desarrollando un tipo de pensamiento que le permite relacionarse con el mundo.

Nuestro pensamiento siempre está buscando formas de equilibrio, es una motivación propia de la inteligencia y se da en todas las etapas del desarrollo del niño.

Para Piaget inteligencia = pensamiento

Compara lo que ocurre a nivel de la inteligencia en el desarrollo del niño con lo que sucede a nivel de la evolución orgánica.

El desarrollo es continuo lo que varía es la velocidad con que se da. Nos referimos a los picos que dan por

ejemplo: en el 1er año de vida (se encuentran avances más pronunciados en menor tiempo). Esos picos de desarrollo no se dan generalmente al mismo tiempo en todos los aspectos psíquicos (en la etapa escolar, los cambios más grandes son en el plano intelectual en cambio en la pubertad los más pronunciados son los cambios afectivos).

Por ejemplo

- *en el lenguaje ahí vinculamos lo orgánico-articulatorio con lo psicológico simbólico.*

Respuestas globales:

- *niño a todos los hombres le llama "papá"*
- *niño a todos los perros, leones les dice "ba bau"*

Las respuestas psicométricas que al principio son globales luego se hacen específicas.

Habrán esquemas visuales sensores-motores primero globales y luego específicos, a medida que se desarrolla el niño relacionará los esquemas y obtendrá un conocimiento más perfecto de su medio (coordinación).

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA.

1º período sensorio motor (desde que nace hasta 2 años)

2º período de operaciones concretas (de 2 a 11 años)

3º período formal (pubertad y adolescencia hasta 15 años, se formaliza el pensamiento adulto. Puede pensar, reflexionar inducir, deducir generalizar sin objetos presentes (pensamiento abstracto). Cada vez más se extiende la noción de tiempo y espacio.

DIMENSION SOCIAL. JUVENTUD.

En los primeros años de vida y hasta el momento de entrada en la escuela, la familia constituye para el niño el grupo más importante y casi único de referencia. es el grupo social donde tiene lugar su principal interacción con otras personas (padres, hermanos o abuelos). Con la entrada en la escuela el niño conoce a nuevos compañeros y a nuevos adultos que se constituyen como segundo grupo social de interacción.

En la adolescencia, los grupos y situaciones donde son posibles los intercambios sociales se amplían, a la vez que se debilita mucho la relación con la familia. El adolescente "se aleja" de su familia, se deteriora la comunicación, aumentan las discusiones y los padres comienzan a intervenir en el comportamiento del adolescente, que no puede llevar a cabo muchos de los proyectos pensados.

La emancipación con respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes. Es probable que se mantenga durante tiempo la situación ambigua de independencia-dependencia, no alcanzando siempre el logro de la independencia. Retrasar la entrada en la vida adulta manteniendo comportamientos infantiles, no aceptar responsabilidades sociales, así como las dificultades en la adquisición de la propia identidad pueden alargar considerablemente este proceso.

DIMENSION ESPIRITUAL

En esta etapa de gran confusión y dificultad el adolescente intentará adecuar, su conducta, por un lado, a la realidad, y por el otro, a los valores. Se encuentra ensimismado, intentando un

mayor conocimiento de sí mismo, de su existencia y del mundo que lo rodea.

En esta época aparecen por primera vez las reflexiones metafísicas sobre los grandes problemas: el sentido de la vida, el significado de la muerte, el sentido de la culpa, el sentido de la amistad, la responsabilidad ante los demás, etc.

LA FAMILIA

Tipo de familia: Hay familias nucleares que constan de padre, madre e hijos, y éstas pueden dividirse en completa e incompleta. Es mixta cuando hay padrastro, madrastra, hijos de uniones previas o hijos adoptivos, y es extensiva cuando la familia está viviendo con los padres de alguno de los cónyuges o de alguna amistad.

Función de la familia: El papel fundamental es educativo a través de la experiencia de cada uno de sus miembros. Ello es lo que proporciona seguridad al menor.

Es probable que la coexistencia bajo el mismo techo y los vínculos de sangre que la definen no basten para unir a sus miembros, falta algo muy importante como es el amor que es el auténtico cimiento de toda la familia.

Quienes se han dedicado a los problemas de la familia, refieren que debe existir un equilibrio permanente entre amor y autoridad, entre rivalidad y solidaridad, y éstos cuatro papeles son representados en la sociedad familiar por los siguientes personajes: el padre, que debe, en esta organización social, manejar la autoridad; la madre, el afecto; los hermanos, la rivalidad, y el hogar, la solidaridad. Debe entenderse que el papel de cada uno de los elementos no es exclusivo.

Concepto de Normalidad -

Límites, valores:

La estructura familiar establece límites con el afuera, y dentro de ella, con los subsistemas y los miembros entre sí. Ejemplo: MADRE / PADRE subsistema relacionado con cada uno de los hijos, abuela - nieto, etc.

La claridad de estos límites es un indicador básico de la normalidad de la estructura familiar.

Hablar de límites significa que debe existir una diferenciación muy clara y jerárquica y de roles lo que protege la distancia adecuada entre los miembros. Estos límites tienen que ser claros sin ser rígidos sino flexibles sin volverse muy difusos. El riesgo que se corre en la familia con límites rígidos es el

desligamiento, con una comunicación muy compartimentada.

En el caso de familias con límites difusos se tiende a la aglutinación, donde la comunicación es alta pero hay poca diferenciación de sus miembros.

Dependerá de la flexibilidad o de la rigidez del sistema familiar la posibilidad de brindar nuevas respuestas a situaciones nuevas adaptadas al estado del ciclo del desarrollo.

Etapas en el desarrollo de la familia:

- a) *Constitución de pareja*
- b) *Nacimiento de los hijos*
- c) *Adolescencia*
- d) *Desprendimiento de los hijos o casamiento de estos*
- e) *Pareja nuevamente sola (nido vacío)*

Adolescencia y Familia: Durante la adolescencia se procesa una serie de cambios en lo biológico y por ende lo social que planteados desde el punto de vista sistémico va a producir cambios en la dinámica familiar.

El intercambio afectivo debe adecuarse a un hijo que ya no acepta las mismas formas de contacto que un niño o que cuestiona constantemente los

"proyectos" que sus padres tienen sobre él.

El sistema debe ir generando nuevas reglas, nuevos límites, nuevas respuestas, si esto no sucede la situación tiende a polarizarse y da lugar al "supercontrol" del adolescente o por el contrario, puede llegar a "confundirse" con él.

Autoridad y paridad son situaciones que conducen a la disfunción familiar afectando el desarrollo del adolescente y dificultando su desprendimiento.

La "rebeldía" o el "sometimiento" frente a la autoridad parental conducen en muchos casos a imposibilitar la separación normal.

Desde el punto de vista epidemiológico las diversas estadísticas ponen en evidencia la relación entre la frecuencia con que se presentan los trastornos de conducta del adolescente y la incidencia de situaciones familiares anormales.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN:

Comprende un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que

se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías; las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por contacto sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión.

Las ETS son un importante problema de salud pública en nuestro país y en el mundo.

Como se presentan en la población sexual y laboralmente activa, su repercusión va más allá del área de la salud, afectando la economía individual y de la comunidad.

La OMS estima que una de cada 20 personas en el mundo padece enfermedades de transmisión sexual al año.

Esta demostrado el rol de las ETS como factor predisponente y amplificante de la epidemia del VIH, así como el rol del VIH retroalimentando a las otras ETS.

METODOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

La anamnesis del adolescente debe incluir los siguientes aspectos:

- Inicio de relaciones sexuales (IRS)
- Número de parejas sexuales

- Embarazos - Partos - Abortos espontáneos o provocados (complicaciones o no)
- Métodos anticonceptivos utilizados
- Relaciones sexuales con personas que padecen o padecieron E.T.S
- Adicción a drogas o alcohol
- Homosexualidad
- Abuso sexual - Violación
- Automedicación
- Antigüedad de los síntomas y signos
- Grado de severidad del cuadro (síntomas)
- Presunción del factor desencadenante
- Modificaciones del flujo vaginal

El examen físico y ginecológico debe ser prolijo, exhaustivo y respetuoso, explicando a la adolescente lo que se busca, enseñándole el instrumental a utilizar, respetando su pudor.

Debe incluir: región urogenital, anal, orofaríngea, sistema linfático (región inguinal), piel del resto del cuerpo, inspección clínica del tracto genital inferior, especuloscopia, Colposcopia y vulvoscopia, evaluación de la secreción.

SIFILIS:

Agente: *Treponema pallidum*
Es una treponematosis recurrente,

de evolución crónica con períodos de agudización. Afecta por igual a hombres y mujeres con mayor prevalencia en zonas urbanas que rurales.

La transmisión puede ser: sexual, placentaria o transfusional.

T.pallidum penetra a través de mucosa sana o piel erosionada y rápidamente se disemina por el

Clasificación clínica de la sífilis:

- * Sífilis adquirida
 - Temprana
 - Primaria
 - Secundaria

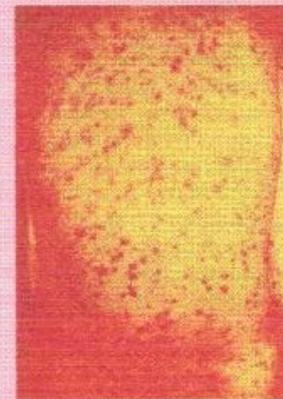


Figura 1:
Sífilis secundaria: erupción en la espalda.

- Tardía
 - Serológica
 - Neurológica
 - Cutánea y visceral
 - Cardiovascular

- * Sífilis congénita
 - Precoz (hasta los 2 años de edad)
 - Tardía (luego de los 2 años de edad)

organismo, por lo que desde etapas precoces la infección es sistémica.

a) *Sífilis primaria*

Después del período de incubación que tiene una duración media de 3 semanas, aparece el chancro sifilítico que está constituido por una ulceración superficial en el sitio de inoculación del *Treponema*. La lesión es generalmente única, redondeada, de hasta unos 2 cm de diámetro, de color ajamonado, de fondo limpio, no dolorosa, de límites netos, que no supura. Su localización más frecuente es el área genital, pero puede verse en labios, lengua, amígdala, mama, dedos, región perianal, etc. Puede pasar inadvertido por estar localizado en una zona donde la persona no lo percibe (cuello uterino). Siguiendo en pocos días al chancro, se desarrollan adenomegalias regionales que son múltiples, una de mayor tamaño, móviles, indoloras, sin carácter inflamatorio, elásticas que no modifican la piel, no se reblandecen, ni fistulizan.

El chancro desaparece espontáneamente, aun sin tratamiento, en un plazo de 3 a 8 semanas, aunque el paciente permanece infectado.

También las adenopatías regresan en meses.

El diagnóstico de certeza en esta etapa es el hallazgo del *treponema* en la lesión (por fondooscuro) o en el ganglio satélite por punción. Tener en cuenta que tratamientos previos, aún locales, pueden impedir la observación del *treponema*. El fondo oscuro es el método de elección para la elaboración del diagnóstico de sífilis primaria y debe ir acompañado de las pruebas serológicas (no *treponémicas* y *treponémica*).



Figura 2:
Chancroide: varón.

Reacciones serológicas no treponémicas:

El más utilizado es el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Es una técnica sencilla y poco costosa que se positiviza entre los 10 y 20 días de aparición del chancro, y los títulos suelen relacionarse con la actividad de la enfermedad. Títulos $>1/4$ se relaciona con infección activa. El VDRL cuantitativo permite seguir la

evolución y respuesta al tratamiento. Su negativización es tanto más tardía cuanto más se demoró el tratamiento.

No son específicas porque pueden dar falsos positivos al detectar anticuerpos a componentes normales de los tejidos.

Son inespecíficas e investigan la presencia de anticuerpos llamados reaginas.

Existen otras pruebas no treponémicas como son: Reagína plasmática rápida (RPR), Prueba de reagína automatizada (PRA), Prueba de determinación de regína (PDR).

Reacciones serológicas treponémicas:

La FTA abs (inmunofluorescencia) se hace reactiva a partir de la primera semana de aparición del chancro. Es la prueba serológica más precoz en el paciente con sífilis. Es altamente específica y confirma el diagnóstico. No se utiliza para el seguimiento porque en algunos pacientes puede no negativizarse aún curados.

La MHA-TP (reacción de microhemaglutinación), se hace reactiva a las dos semanas de aparición del chancro. Es altamente específica y similar a la anterior.

TPHA-TP (análisis de hemaglutinación del T.Pallidum), se hacen reactivas al principio del estadio primario y siguen siendo reactivas durante más tiempo incluyendo después del tratamiento donde los resultados no varían con la actividad de la enfermedad.

b) Sífilis Secundaria

Es una expresión de la diseminación de la enfermedad. La sintomatología evoluciona en forma irregular con remisiones y reparaciones en el curso de 1 a 2 años. Entre seis semanas a seis meses después del período primario, si el paciente no recibió tratamiento o este fue insuficiente, se inicia lo que se denomina el secundarismo sífilítico.

Lesiones de la sífilis secundaria

Lesiones en piel:

Roseola: buscarla preferentemente en tronco. Generalmente no pica ni descama.

Pápulas: buscarlas en cuero cabelludo, palmas, plantas, surco nasogeniano, región peribucal, perineal, y perigenital.

El tamaño es de 0,5 a 1 cm, de color jamón.

Duelen al frotarlas o comprimirlas con un objeto romo, las principales

variantes clínicas: cubiertas con escamas, papuloescamosas (psoriasiformes), cubiertas con una costra, papulocostrosas (impetigoides).

Lesiones en faneras

Alopecia en claros (cola de cejas y región temporal)

Lesiones en Mucosas y semimucosas

Erosión, eritema, pápulas blanquecinas, pápulas hipertróficas.

El diagnóstico de certeza en esta etapa se realiza con las reacciones serológicas treponémica, la reacción de VDRL cuantitativa se utiliza para seguimiento.

Otros síntomas del secundarismo sífilítico son: astenia, cefaleas, febrícula, dolores óseos y musculares, adenopatías sistémicas.

c) Sífilis Congénita:

Esta infección producida por el *Treponema pallidum* se trasmite por vía sexual y puede también ser adquirida a través de la placenta durante el período embrionario.

Puede producirse en cualquier momento durante en embarazo, pero el feto no desarrolla una respuesta inflamatoria al patógeno hasta aproximadamente las 15 semanas de gestación. El tratamiento de la mujer

embarazada infectada antes de cumplirse las 15 semanas puede prevenir las lesiones del feto.

En la sífilis congénita no hay ninguna etapa similar a la primaria de la infección adquirida. Sus manifestaciones clínicas se dividen arbitrariamente en tres categorías:

1- *Congénita temprana: lesiones en los dos primeros años de vida, que son similares a las lesiones tempranas de la sífilis adquirida.*

Síntomas tempranos de la sífilis congénita: Hepatosplenomegalia, osteocondritis, rinitis durante la primer semana de vida, erupción máculo papular de color rojo oscuro cobrizo, supuración y exfoliación de las uñas, pérdida de cabello y de las cejas, fisuras en labios, fosas nasales y ano, inflamación de ganglios linfáticos.

2- *Congénita tardía: luego de los 2 años de edad, aparecen lesiones compatibles con lesiones de la sífilis tardía adquirida.*

3- *Estigmas: Cicatrices residuales y deformidades por lesiones inactivadas.*

SIFILIS Y EMBARAZO

Es obligatorio por ley efectuar en la embarazada la serología no treponémica (VDRL), como mínimo en la primera consulta y al final del embarazo. En las adolescentes embarazadas no controladas se efectuará siempre el estudio serológico en el momento del parto, si el estudio fuera reactivo, entonces se realizará también en el recién nacido, es importante tener en cuenta que el embarazo puede ser un de las causas de falsa reactividad de VDRL, debiendo confirmarse con serología no treponémica.

TRATAMIENTO:**Sífilis Primaria**

2 ampollas de penicilina G Benzatinica de 2.400.000 U. una por semana I/M.

Sífilis secundaria

4 ampollas de penicilina G Benzatinica de 2.400.000 U una por semana I/M.

Embarazadas

Deben ser tratadas con los mismo esquemas anteriores según la forma clínica. En caso de diagnóstico en el último mes de embarazo o ante amenaza de parto prematuro se hará: Penicilina G Sódica 1.500.000 U cada 4 horas durante 14 días.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Tetraciclinas 500mg V/O cada 6 horas durante 30 días.

Doxicilina 100 mg V/O cada 12 horas durante 12 días.

SEGUIMIENTO

Tanto en la sífilis primaria como en la sífilis secundaria el seguimiento se realiza con reacción serológica no treponémica (VDRL) cuantitativa, Trimestralmente y durante un año.

Se considera curación completa cuando los títulos caen paulatinamente hasta su negativización o se estabilizan en niveles bajos. Una reactivación de VDRL o un aumento del título debe hacer sospechar una nueva infección.

GONOCOCCIA

Es producida por *Neisseria Gonorrhoeae* diplococo gramnegativo, aerobio, muy sensible a las condiciones ambientales adversas, por lo que es poco viable fuera del organismo.

Es una infección exclusivamente humana, no existiendo evidencia de inmunidad natural o adquirida contra la infección por este germen.

El periodo de incubación es de 2 a 8 días.

En el hombre se manifiesta en su forma típica por uretritis anterior aguda caracterizada por: disuria, exudado purulento, filamentos en los primeros milímetros de la orina, eritema del meato uretral. Hasta en un 10 % de los casos la infección es asintomática.

En la mujer la uretritis y la endocervicitis ocasionan disuria y flujo vaginal purulento.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se sospecha por la clínica y la noción epidemiológica y se confirma por el estudio bacteriológico.

TRATAMIENTO

Los siguientes medicamentos cubren todas las localizaciones (uretritis, cervicitis, faringitis, prostatitis y otras formas extragenitales).

Azitromicina 1g v/o dosis única.

Ceftriaxona 125 mg i/m dosis única.

Ciprofloxacina 500 mg v/o dosis única.

Cefixime 400 mg v/o dosis única.

Cefuroxime -axetil 1g v/o dosis única.

Dada la frecuente asociación con *Clamidia trachomatis* y otros gérmenes nunca debe realizarse tratamiento exclusivo para gonococo.

CLAMIDIASIS

Son debidas a *Clamidia trachomatis*, germen intracelular obligado, que comprende varios serotipos: A, B, C, agentes del tracoma; D, E, G, H, I, J, K, responsables de infecciones genitourinarias, respiratorias y oculares; L1, L2 y L3, agentes linfogranulomatosis venérea. Las formas clínicas son numerosas

Los tipos de D a K producen E.T.S más común en la adolescencia. Pueden causar infección aguda o crónica. Entre las mujeres hay muchas portadoras asintomáticas (entre 20 y 50 %).

La Clamidyasis se sospecha ante la imposibilidad de demostrar *N. Gonorrhoeae* en el frotis y cultivo, y el diagnóstico se confirma por técnicas de inmunofluorescencia directa mediante la puesta en evidencia de antígenos en los materiales recogidos: exudados de uretra, endocervix, faringe, ano.

Las adolescentes embarazadas pueden desarrollar una endometritis post parto o post aborto.

Los métodos serológicos carecen de valor diagnóstico en lo que respecta a infecciones por *C. trachomatis*.

TRATAMIENTO

- Azitromicina 1 g v/o en dosis única.
- Doxicilina 200 mg/d o Tetraciclina 2 g/d, ambas por vía oral y por 7 días.
- La alternativa es Eritromicina 2 g/d v/o por 7 días.

LINFOGRANULOMA VENEREO

- Causado por *Clamidia* de los serotipos L1 a L3.
- Período de incubación de 3 días a 3 semanas. Produce una infección crónica del tejido linfático que se desarrolla en 3 estadios:
 - Primaria: se presenta como una pápula asintomática en vagina, vulva, cérvix o uretra.
 - Secundario: la paciente presenta hipertermia y linfadenitis aguda inguinal.
 - Terciaria: es menos frecuente de observar, aparecen úlceras, fistulas y elefantiasis genital.

TRATAMIENTO

- Doxicilina v/o 200 mg o Tetraciclina 2 g por no menos de 14 días
- Los ganglios pueden ser drenados
- Es excepcional en nuestro país.

HERPES GENITAL

Frecuentemente producido por VHS2 (virus del herpes simple 2), más raramente por VHS1 (virus del herpes simple 1).

La capacidad de transmisión del herpes no se limita a los momentos en los que aparecen las lesiones cutáneo-mucosas, ya que se ha demostrado eliminación viral en personas asintomáticas.

La intensidad de los síntomas es variable, en parte si se trata de una infección primaria o de una reactivación.



Figura 2:
Herpes en la corona.

HERPES GENITAL DE PRIMO INFECCIÓN

La infección primaria se manifiesta después de un período de incubación de 2 a 12 días. Comienza por pápulas que evolucionan a vesículas agrupadas, dispuestas en racimo, que confluyen lo cual al romperse dejan extensas

ulceraciones acompañadas de eritemas y edema en toda el área. Las lesiones son siempre dolorosas, se localizan en piel y mucosas de genitales, periné y región perianal.

Frecuentemente se asocia uretritis con disuria y secreción. También se describen balanitis, cervicitis, vulvovaginitis, y puede acompañarse de adenopatías inguinales.

En más de la mitad de los casos hay síntomas sistémicos: fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias.

Si bien la infección primaria se resuelve en pocos días, el virus persiste en forma latente en los ganglios nerviosos sensitivos y son posibles las reactivaciones.

Habitualmente es una enfermedad benigna y autolimitada. Sin embargo puede dar origen a complicaciones neurológicas, cutáneas extragenitales y psíquicas.

HERPES GENITAL RECURRENTE

Son nuevos episodios que aparecen luego de la infección primaria. El aspecto clínico es distinto del anterior. Las lesiones son precedidas durante dos a tres días por síntomas variables, conocidos por el paciente: quemazón, ardor, irritación, etc.

Aparecen luego vesículas claras de 1 a 5 mm de diámetro en número variable, que luego de 24 a 48 hrs se transforman en erosiones superficiales, que sudan un líquido cetrino. Se localizan en labios mayores y menores, clítoris, introito, perine, pliegues genitocrural y en ocasiones región glútea.

El herpes genital recurrente no complicado involuciona espontáneamente en 7 a 10 días.

HERPES GENITAL ATÍPICO

Las manifestaciones atípicas son excoriaciones, fisuras o eritema vulvar inespecífico con dolor y prurito vulvar. Puede asociarse a candidiasis, diabetes o HIV.

DIAGNÓSTICO

Por lo general el diagnóstico se basa en la clínica. Para realizar diagnósticos diferenciales se busca partículas virales con técnicas de inmunofluorescencia.

TRATAMIENTO

Se aconseja en la primoinfección severa, en las reactivaciones con síntomas molestos, en los pacientes inmunodeprimidos, o cuando se pretende disminuir la eliminación viral.

Aciclovir: 200mg v/o 5 veces diarias por 7 a 10 días.

HEPATITIS A VIRUS B

El virus de la Hepatitis B se transmite por vía sexual, sanguínea y perinatal, aunque resta un porcentaje no despreciable de casos cuya vía de transmisión no conoce.

Tiene un período de incubación entre 1 a 6 meses. La fase prodrómica o período preictérico de la enfermedad se manifiesta con fiebre, mialgia, pérdida de apetito, astenia,

malestar general, náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho.

La fase icterica es de duración variable. Hay ascensos de los niveles de bilirrubinas y aumento significativo de las transaminasas.

La investigación de antígenos y anticuerpos permite definir el diagnóstico etiológico, así como seguir la evolución de la enfermedad y la respuesta inmune a la vacuna

HEPATITIS A VIRUS C

El diagnóstico de hepatitis no A y no B requiere la exclusión de la infección por virus de la hepatitis A (VHA), VHB,

CMV y Epstein Barr. La frecuencia con la cual la infección

por VIIC se presenta en forma subclínica es desconocida. El período de incubación está en los rangos de 2 a 15 semanas, con una media de 7 semanas.

CITOMEGALOVIRUS

El Citomegalovirus pertenece al grupo de los Herpesvirus. Comparte con ellos el hecho de permanecer en los tejidos una vez recuperado el paciente de su infección aguda.

Esta infección está ampliamente diseminada por lo que gran parte de la población es Serológicamente positiva. El hombre es el único reservorio.

Se puede transmitir por secreciones respiratorias, saliva, orina, semen secreciones vaginales, leche materna, sangre y por transplantes de órganos.

Es poco contagioso y la transmisión horizontal requiere un contacto íntimo y prolongado.

TRATAMIENTO

En el inmunocompetente la enfermedad es benigna y autolimitada por lo que no requiere tratamiento, salvo la localización ocular.

TRICOMONIASIS UROGENITAL

La infección del tracto genitourinario bajo, producido por *Trichomonas* vaginales.

Es una agente causal frecuente de vaginitis y más raramente de uretritis en el hombre.

La infección puede comprometer: vagina, cuello uterino y uretra en la mujer, uretra y próstata en el hombre. El síntoma más frecuente es la leucorrea serosa y espumosa, de color amarillento o grisáceo, maloliente, que puede acompañarse de prurito y disuria.

La infección en el hombre suele ser asintomática, ocasionando esporádicamente cuadros de uretritis moderada.

DIAGNÓSTICO

El examen en fresco por microscopía directa de las secreciones cervicales, vaginales o uretrales.

TRATAMIENTO

Metronidazol 2 g v/o en una sola toma a ambos miembros de la pareja.

CANDIDIASIS

La candidiasis vaginal es la segunda causa de flujo vaginal en el Uruguay.

Esta infección micótica es causada por el germen de género *Cándida*, en general *C. Albicans*.

Raramente es transmitida por la pareja sexual. Suelen estar presentes en la flora vaginal y pueden constituirse en agentes de infección endógena, oportunista en presencia de factores predisponentes.

En la mujer se manifiesta como vulvovaginitis que se caracteriza por leucorrea blanca, inodora, acompañada de prurito, sensación de quemazón y dispareunia.

En el hombre la candidiasis es menos frecuente y generalmente se manifiesta por una balanitis puriginosa.

DIAGNOSTICO

Por examen directo se ponen en evidencia levaduras con pseudofilamento. El diagnóstico de especie se obtiene por cultivo.

TRATAMIENTO

a) Local: Ketoconazol, Clotrimazol o Isocanazol, óvulos o comprimidos vaginales por 6 días.

b) En las formas recurrentes persistentes: Fluconazol 150 mg v/o dosis

única, o Ketoconazol 400 mg v/o durante 5 días.

CONDILOMA VIRAL

Es producido por virus del papiloma humano (VPH). El período de incubación es variable. La infección por VPH muy frecuentemente es subclínica. Cuando se manifiesta clínicamente la lesión clásica es el condiloma acuminado. Se trata de un tumor sesil, blando, de superficie rugosa o lisa. Suelen aparecer agrupados y a veces adopta el aspecto de cresta de gallo. Se asientan a nivel de la vulva, labios, vagina, cuello uterino, glande, surco balano prepucial, uretra anterior, ano, etc.

La trasmisibilidad de la infección es muy alta, considerándose a todo contacto como potencialmente infectado.

La edad de I.R.S. antes de los 16 años, es un factor de riesgo de infección por H.P.V. y está relacionado con los cambios biológicos que ocurren en el cuello uterino durante la pubertad. En esta etapa existe una inmadurez fisiológica de la zona de transformación con un área de mayor ectopía, lo cual hace al cérvix más vulnerable al HPV. También el número de parejas aumenta el riesgo de presentar una displasia cervical.

El virus puede persistir toda la vida. Algunos serotipos (16, 18, 32, 33) actuarían como cofactores del cáncer de cuello uterino.

DIAGNOSTICO

La clínica puede ser suficiente en los casos que la lesión es típica. Con el



Figura 3:

Verrugas genitales: varón.

ácido acético pueden detectarse áreas de infección subclínica, que toman un aspecto blanquecino brillante. La

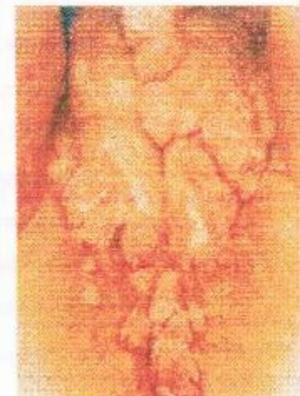


Figura 4:

Verrugas genitales: mujer en posición de litotomía.

aproximación diagnóstica se hace por métodos citológicos e histológicos.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos que existen no curan la condilomatosis sino que apuntan a remover las lesiones que causan molestias.

Tratamientos sintomáticos recomendados:

- 1º *Tratamiento local con podofilina al 25%.*
- 2º *Electrocoagulación.*
- 3º *Crioterapia.*
- 4º *Láser.*
- 5º *Exéresis quirúrgica.*

VAGINOSIS BACTERIANA

Es la primera causa de flujo vaginal en nuestro país. No en todos los casos es adquirida por contacto sexual.

Es una infección no inflamatoria, polimicrobiana, sinérgica, causada por una proliferación anormal de bacterias anaerobias, (*Mobiluncus* sp, *Bacteroides* sp, *Peptostreptococos* sp, *Gardenerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*).

Se presenta clínicamente con secreción grisácea, escasa, maloliente, raramente acompañada de prurito.

Hay frecuentes formas sintomáticas, y se presenta muy esporádicamente en el hombre.

Las recurrencias son frecuentes.

Diagnostico: por la clínica, y por métodos directos.

Tratamiento: Metronidazol 500 mg c/
12 hs v/o 7 días.

ESCABIOSIS

Es una parasitosis de la piel causada por un ácaro (*Sarcoptes scabiei*) cuya penetración se advierte en forma de papulas, vesícula o surcos lineales diminutos que contienen los ácaros y sus huevos.

Afecta principalmente las áreas de pliegues (interdigital, inguinal, genitocrural, axilar), zonas de roce, piel de los muslos, glúteos, flancos, antebrazos, genitales y región mamaria.

El intenso prurito característico puede estar ausente, por lo que la falta del mismo no descarta la infección.

El diagnostico puede realizarse con la visualización microscópica del ácaro. El no hallazgo no excluye el diagnostico.

El único reservorio es el hombre.

La transmisión de los parásitos se hace por contacto cutáneo directo, como el que se da durante las relaciones sexuales o entre convivientes.

El período de incubación es de 2 a 6 semanas.

Tratamiento: Aplicación en todo el cuerpo durante 48 hs a 76 horas loción en base a piretroides, con exclusión de cabeza y cuello, previo baño prolongado.

PEDICULOSIS PUBICA.

Es la infestación de la cabeza, las partes vellosas del cuerpo y la ropa, por piojos adultos, larvas liendres, que causan prurito intenso y excoriación a causa del rascado.

El piojo del pubis se transmite por contacto sexual, pero es posible que existan otros mecanismos.

Periodo de incubación: En circunstancias óptimas las larvas de los piojos salen de los huevos en el término de una semana y alcanzan su madurez sexual a 8 a 10 días después de haber quedado en libertad.

Tratamiento: Para la pediculosis del pubis aplicar champú de piretroides en la zona afectada durante 15 minutos y después lavar. Debe repetir el tratamiento a la semana.

SIDA (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA)

Este síndrome es un conjunto de alteraciones clínicas definidas, que

constituyen el resultado final de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Incidencia: mundial y en aumento en todas partes. Mas elevadas en personas que presentan factores de riesgo identificables: varones homosexuales y bisexuales, contactos heterosexuales con personas portadoras de SIDA, empleo de drogas por vía intravenosa, receptores de transfusiones, alteraciones de la coagulación o hemofilia, bebés nacidos de madres HIV +.

Agente Etiológico: Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH)

Reservorio: Seres humanos

Transmisión: El virus está presente en la sangre y en los líquidos corporales derivados del Suero; se trasmite persona a persona a través del coito anal o vaginal, por vía trasplacentaria y mediante la lactancia materna; transmitido indirectamente por transfusión de sangre o hemoderivados contaminados, empleo de agujas o jeringas contaminadas o bien mediante contacto directo con sangre o fluidos corporales infectados en contacto con mucosas o heridas abiertas; teóricamente existe la posibilidad de transmisión por contacto orogenital y felación. No existen comunicaciones de transmisión a través

de saliva, lágrimas, orina, secreciones bronquiales, picaduras de insectos o cualquier tipo de contacto casual.

Período de Incubación: Variable. El tiempo que transcurrió desde la exposición hasta la cero conversión es de cuatro semanas hasta seis meses. El tiempo necesario para la supresión inmune sintomática y para el diagnóstico del SIDA puede ser de hasta 20 años.

Período de trasmisibilidad: toda la vida, desde la aparición del VIH hasta la muerte. El grado de contagio puede variar durante el curso de la infección por VIH.

Susceptibilidad y Resistencia: desconocida; se supone que es general. La respuesta de anticuerpos no protege.

Diagnóstico: Pruebas para diagnosticar la infección por VIH: ELISA, Western bolt, prueba del antígeno P 24, cultivo de VIH.

Tratamiento: El propósito del tratamiento médico de la infección de VIH es conservar el estado corporal inmune en el nivel más elevado posible a fin de evitar las enfermedades oportunistas

Terapia Farmacológica: Prevención de infecciones: inmunizaciones y terapia antiinfecciosa

Supresión del VIH: La zidovilina (AZT)

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

El embarazo adolescente es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal.

La adolescente embarazada implica una conceptualización más amplia que los límites de la organicidad gineco-obstétrica, por ser un área que debe estar centrada en la ginecología incluye también aspectos sociales, legales y de salud mental indispensables en el manejo clínico de estas niñas.

EPIDEMIOLOGIA

El embarazo adolescente en oportunidades no es un hecho sorpresivo, sino que buscado conscientemente como reacción a la falta de cariño, afecto y comunicación con el medio familiar. Las jóvenes que se embarazan por estos motivos presentan una fuerte disminución de su autoestima; el embarazo es buscado con falsa percepción de encontrar libertad y de obtener un objeto de amor que realmente les pertenezca.

El embarazo se presenta, frecuentemente en adolescentes de coeficiente intelectual normal, pero con gran ignorancia sobre el proceso reproductivo humano.

El puerperio en la adolescente es muy complejo, por los problemas de orden perinatal, familiar, legal y social que debe enfrentar. Los aspectos de salud mental adquieren su mayor relevancia en este período, especialmente después del tercer mes del parto, período en que la adolescente toma verdaderamente responsabilidad y percibe con claridad su dependencia del lactante.

Enfrenta su proceso de maduración psicológica con las exigencias ineludibles del niño. La vida sexual seguramente se reanudará y será necesario aportarle una completa educación sexual que incluya información sobre procedimientos de planificación familiar. Dentro del primer año después del parto, un alto porcentaje de las adolescentes prosigue su vida sexual activa, con la misma pareja o con otra, con alto riesgo de nuevo embarazo.

Las adolescentes con frecuencia son objeto de abuso sexual reiterados que pueden terminar en embarazo. Los agresores suelen ser parientes, el conviviente de la madre o conocidos de la

familia que utilizan el engaño o la intimidación psicológica. En ocasiones, la agresión es efectuada por extraños que utilizan la violencia física.

En las parejas adolescentes el embarazo a menudo es un hecho inesperado, sorpresivo y no deseado. El abandono de la adolescente embarazada por su pareja es frecuente y son pocas las que cuentan con el apoyo de su pareja al final del embarazo. Este abandono, habitualmente aumenta un año después del parto, lo cual implica un alto deterioro del rol paterno para los hijos. Con frecuencia, la actitud de la familia es también negativa. Ello produce reacciones de angustia y trastornos del desarrollo de la personalidad de la madre adolescente.

El embarazo en esta etapa de la vida, tiene efectos que trastocan el proyecto de vida de la joven adolescente al igual que las expectativas de su familia.

Una de las principales consecuencias que tiene esta situación es la de acentuar las condiciones de pobreza y marginalidad de las adolescentes. En su mayoría las adolescentes tienen una situación de gran dependencia con la familia, con serios trastornos interpersonales, sobre todo dentro del

EMBARAZO y ADOLESCENCIA

ámbito familiar, y abandonando el sistema educativo formal.

Entre los factores de riesgo que se asocian al embarazo precoz están: la ausencia de una o de ambas figuras parentales, malas relaciones entre las adolescentes y sus padres, antecedentes de embarazos prematrimoniales de la madre, consumo de alcohol por parte de alguno de los padres, tendencia a una menarquia más precoz, paraja mayor que la adolescente, baja autoestima, historia de inasistencia y deserción escolar, etc.

Se ha hecho necesario la rehabilitación de esta joven mujer, para así detener la reproducción de modelos parentales de abandono y modelos de mujer y de hombre con un precario desarrollo personal.

Cuando se aborda la perspectiva preventiva del embarazo temprano se hace necesario ampliar y mejorar los programas educativos.

Otro de los aspectos que incumben al problema son las dimensiones familiares, institucional y comunitario de la adolescente embarazada, es decir la agudización de los conflictos familiares, la falta de lugares para que los padres acudan a solicitar orientación, la modalidad de atención de los consultorios para adolescentes, la falta de desarrollo del sistema educacional para evitar la

deserción escolar por embarazo, la falta de sensibilización de la comunidad sobre el tema. Uno de los factores más importantes de las altas tasas de fecundidad en la adolescencia es la frecuencia de las relaciones sexuales premaritales, fenómeno que se observa en todos los países y en las diversas clases económicas y culturales. Los medios de comunicación de masas, que en gran medida para estimular el consumo, utilizan áreas de respuesta sexual, han tenido más impacto en la juventud que las recomendaciones de todo orden de posponer la vida sexual hasta el advenimiento de la madurez somática y psicológica de la pareja, con el contexto de una vida de pareja estable.

La información sobre el proceso generativo humano que reciben los jóvenes es muy limitada. En general los maestros no están capacitados para proporcionar esta enseñanza y los padres raramente saben como orientar y encausar a sus hijos adolescentes. Las fuentes de información para los jóvenes pasan a ser informales, las que habitualmente son desestructuradas. Así la mayoría de los embarazos adolescentes se dan en un contexto de extrema ignorancia.

En general se observa, desinformación sobre sexualidad, incomunicación e incomprensión con los padres y/o educadores, gran erotización del ambiente, por ej. propaganda de televisión, violenta transformación de las costumbres, etc. Para mejorar esta situación es necesario la participación de la comunidad en general y en particular de:

- *la familia: con una comunicación fluida y constante, que le permita al adolescente sentirse apoyada o comprendida*
- *la escuela: que colabora con la familia en informar y educar*
- *Equipo de atención primaria: Médicos, psicólogos, Asistentes Sociales, agentes sanitarios, etc. que ofrecen asesoramiento técnico.*
- *Estado Civil: las presiones del medio serán diferentes si es soltera o casada*
- *Nivel cultural: que aportará modelos familiares distintos.*
- *Situación Socioeconómica: influye en gran medida en la forma que una adolescente enfrentará su embarazo.*
- *Características personales: aquí se suscitan variaciones que tienen que ver con cada joven y con su historia personal. Por ej: embarazo deseado o no.*

Lamentablemente no existen aún a nivel oficial planes para que se eduque a los jóvenes sobre lo referente al ejercicio de la sexualidad, los valores del amor y la solidaridad entre hombres y mujeres para tener parejas familias y sociedades mentalmente sanas. Como consecuencia de la política anterior, todos los jóvenes que se educan en liceos estatales sólo reciben escasa información: a veces de su familia o de sus amigos o de otros grupos de pertenencia.

Sería conveniente desarrollar más acciones proyectadas hacia la población masculina que vayan más allá del control de la natalidad o prevención de enfermedades, incluyendo conceptos de cooperación entre los sexos, frente a todas las etapas de la sexualidad.

ALGUNOS ASPECTOS CULTURALES Y SU INFLUENCIA EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.

El comportamiento sexual humano presenta gran variabilidad y es dependiente, en gran medida de las normas culturales y sociales donde vive el sujeto, especialmente si éste es adolescente.

En un intento de clasificación podemos agrupar las diferentes sociedades humanas en relación con la sexualidad en: Represivas, Restrictivas, Permisivas y Alentadoras (Currier, 1981).

Represiva: Es aquella sociedad que niega la sexualidad considerando el sexo como un área peligrosa de la conducta humana. En ella se enlaza como una virtud la sexualidad inactiva y solo es aceptada con fines procreativos. Con frecuencia las manifestaciones de la sexualidad son fuentes de temor, angustia y culpa. Existe enfatización y fomento de la castidad prematrimonial.

Restrictiva: Existe una tendencia a la limitación de la sexualidad. Los niños son separados tempranamente de acuerdo con su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, pese a que se otorga al varón cierta libertad. Hay ambivalencia con respecto al sexo. Este tipo de sociedad es más común en el tiempo moderno.

Permisiva: Se muestra una amplia tolerancia hacia la sexualidad y existen algunas prohibiciones formales como la homosexualidad. Las relaciones sexuales entre los adolescentes están permitidas y se acepta la experiencia sexual prematrimonial.

Este tipo de enfrentamiento sexual es común en países desarrollados.

Alentadora: En este tipo de sociedad el sexo es parte importante y vital para lograr la felicidad.

El inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorecería una sana maduración del individuo. La pubertad se celebra con rituales de tipo religioso y con instrucción sexual formal. La falta de satisfacción sexual es intolerable e incluso causal de separación de la pareja. Estas sociedades se presentan en África Ecuatorial, en la Polinesia y en ciertas islas del Pacífico.

PATOLOGIA OBSTETRICA Y PERINATAL EN LA ADOLESCENTE

Las patologías obstétricas más relevantes son: síndrome hipertensivo, síntomas de parto prematuro e infección urinaria. En el parto se destaca la detención del período expulsivo y la desproporción cefalo pélvica. Dificultades serias para la lactancia y el apego. En el recién nacido se observan problemas secundarios inherentes a promaturidad y asfixia perinatal.

Atención obstétrica de la embarazada adolescente:

Es recomendable que la atención de la embarazada adolescente sea personalizada y en un lugar físico exclusivo para ellas. Esto facilitará las labores de educación participativa y las estimulará a continuar con su control prenatal, ya que la discontinuidad de esta es uno de los problemas más importantes que se destacan en este grupo.

Uno de los objetivos fundamentales del control prenatal en las adolescentes es la detección de los factores de riesgo obstétrico y perinatal. Según estos factores de riesgo las adolescentes embarazadas se clasifican en cuatro categorías: riesgo corriente, bajo riesgo, riesgo mediano y alto riesgo.

La atención prenatal de la adolescente debe incluir una entrevista social completa para determinar posibles conflictos con la justicia, abuso sexual, abandono o expulsión de la casa paterna, vagancia, prostitución, irregularidades de la estructura familiar, dependencia de la pareja con mucha diferencia de edad o de un adulto casado. Esta entrevista debe ser seguida de la adecuada orientación y referencia para la asesoría legal y del adecuado seguimiento del problema ofreciendo el apoyo necesario.

La entrevista social debe dirigirse a explorar las influencias o presiones que ha recibido la adolescente, del nivel de su seguridad y de la actitud de la familia.

Durante el control prenatal es importante preocuparse y orientar a las adolescentes que solicitan dar su hijo en adopción, así como un diagnóstico de salud mental de la adolescente.

Como parte del control prenatal estas madres deben desarrollar técnicas educativas adecuadas, los niveles de angustia de esta población son altos, por ignorancia de lo que está sucediendo con su cuerpo, por desconocimiento del proceso del parto y por mala comunicación de experiencias o creencias de mujeres adultas cercanas.

El parto: La embarazada adolescente debe tener perfecto conocimiento de la localización geográfica de su centro asistencial donde se le atenderá el parto. De igual forma debe estar perfectamente entrenada para reconocer los síntomas y signos del inicio del trabajo de parto de término y muy especialmente el de pretermino. Debe estar capacitada para reconocer la rotura prematura de membranas ovulares y los síntomas del síndrome hipertensivo del embarazo.

El puerperio: Singular importancia reviste la capacitación de esta joven madre sobre los cuidados de su hijo en lo referente a alimentación (lactancia natural), higiene y control médico periódico. Debemos incentivar a la madre para que concorra a los controles de puerperio a fin de apoyarla con respecto a la alimentación del recién nacido y ofrecerle orientación y educación en la planificación familiar. Este aspecto es de tal importancia que se le debe explicar claramente los riesgos de un nuevo embarazo.

Se debe establecer algún tipo de seguimiento al segundo o tercer mes posparto, debido a la alta frecuencia de síntomas de depresión y de conflictos como consecuencia de la dependencia y del cuidado del hijo, que le demanda mayor tiempo del esperado. El apoyo de su salud mental es importante en este período.

Una situación importante a considerar es el contacto con el recién nacido. No es recomendable forzar situaciones, instando a la adolescente a contactarse con el recién nacido o a amamantarlo esperando que estos hechos la hagan cambiar su conducta. Los resultados pueden ser desastrosos después del alta de la maternidad; por otra parte, el deseo del adolescente de

contactarse con el recién nacido, también debe ser respetado.

PSICOLOGÍA DEL PUERPERIO

Se describe el estado psicológico de la parturienta como un estado confusional, con ansiedades de vaciamiento (pérdida de partes importantes de sí misma), de castración (que le arrancan algo muy valioso) y los distintos mecanismos de defensa que se erigen para resolverlo.

El abordaje del puerperio, será una situación de delimitación entre lo perdido (el embarazo) y lo adquirido (el niño). También la delimitación entre ensoñación, fantasía inconsciente y realidad.

Esta delimitación múltiple puede hacerse solamente merced a un lento y gradual proceso elaborativo, con sus alternancias depresivas (por las ilusiones no concretadas y las fantasías de pérdida e impotencia) como persecutorias, sustentadas en los elementos difíciles que plantea la realidad, y maníacas o de negación, como única manera de incorporar la nueva situación.

A fines de crianza y comprensión de la criatura, la madre se ve forzada

internamente a un proceso regresivo, hacia su propia lactancia. Tiene por finalidad ponerla al servicio de su propio bebé, produciéndose el conflicto consiguiente con la necesidad de seguir desempeñando el rol familiar y social habitual. Este proceso lento y gradual recién culmina cuando el niño empieza a caminar:

En consecuencia, los primeros 6 meses después del parto definen, en buena medida, el futuro mental de la mujer, así como también determinan y ponen su sello a la relación con el niño, la familia y la sociedad.

Toda embarazada primeriza sueña con esos hermosos días que por fin estará con su bebé en brazos y vendrán a visitarla y le traerán regalos.

Producido el parto, las ansiedades confusionales vividas en su transcurso tienden a resolverse mediante los mecanismos maníacos de reverencia y homenaje. Por lo general el ambiente capta adecuadamente esta necesidad y la satisface. Cuando esta situación de halago y festejo no se produce, la depresión es intensa. Si tenemos en cuenta las ansiedades de vaciamiento y de castración, podemos entender que una madre reciente, cuyo bebé es simplemente un bebé que hora o duerme

a su lado y que se conecta escasamente con ella, se sienta perpleja, confusa y se deprime.

Si se agrega a todo esto la expectativa en cuanto a si tendrá o no leche; si el bebé mama bien o no, si es normal o anormal, cómo es su carácter, comprenderemos que los días subsiguientes al parto no son nada fáciles.

En este estado regresivo prima la necesidad de protección y halago agudizándose, los temores en general y las ansiedades frente a la soledad. Finalmente, en el centro de todo este cuadro surgen las intensas ansiedades frente a la lactancia.

Los conflictos antes mencionados determinan el estado depresivo, que se agudiza al tercer día con la "bajada de la leche". En este estado depresivo pueden predominar las fantasmas de castración y vaciamiento, concordes con la personalidad de la puerpera, siendo las más extremas las ansiedades de carencia materna y de autodesvalorización. Las vivencias depresivas inconscientes ponen en marcha los diversos mecanismos de defensa, que actúan según las características personales de cada mujer. Cuando se despliegan los mecanismos veremos a una puerpera eufórica,

parlanchina, muy preocupada por su aspecto externo. La eficacia de la situación maníaca dependerá de que haya un ambiente social que la propicie. La carencia de halagos y festejos suele producir diversas somatizaciones. A veces ni siquiera los homenajes familiares bastan para contener las fantasías inconscientes, en cuyo caso irrumpen las ansiedades depresivas y paranoides, ya sean en forma ocasional o por accesos.

Como situación inmanente y general a todas las púerperas, deseáramos destacar que después del parto la mujer se encuentra por primera vez con su hijo, tras los muchos meses de fantasías y ensoñaciones en torno a él. Los comentarios al respecto son bastante claros: aluden al lento reconocimiento que la madre va realizando, reconocimiento para el cual pide ayuda al ambiente, y que le lleva un largo tiempo, muchos días. Este proceso de reconocimiento despierta profundas ansiedades ya que merced a él se delimitan las fantasías habidas durante el embarazo acerca de la realidad presente. Existe siempre una cierta dosis de frustración, ya que el neonato dista mucho de ser el rozagante bebé traído de París por la cigüeña. La mujer que ha estado en contacto con recién nacidos

podrá realizar este proceso fácilmente en tanto que las que no tuvieron esa posibilidad y que actualmente son la mayoría, se verán frente a grandes dificultades.

Si tenemos en cuenta el estado de confusión y despersonalización que subsiste en los días posteriores al parto y que el gradual reconocimiento de la criatura es un factor decisivo para la remisión del mismo, debemos plantear la conveniencia de que el niño esté con su madre durante la internación.

Cumplidos los días de internación, se da el alta y la madre, con su hijo en brazos, vuelve al hogar. Ha estado ausente durante un lapso, ha vivido en el interior experiencias muy intensas y ambas situaciones se suman a su estado de depresión. La situación psicológica de la púerpera, su estado de depresión y sus ansiedades confusionales se agudizan con la pérdida de la protección que significaba la clínica. Además han disminuido los halagos y festejos y cobran preeminencia las responsabilidades y obligaciones.

El apoyo familiar, ya sea por parte de las abuelas, tías, hermanas o amigas resulta imprescindible. El estado mental es de mareo, confusión,

despersonalización, fatiga, siendo frecuentes los accesos de depresión y llanto con sentimientos de minusvalía, de no servir para nada, de ser una inútil, así como también con sensaciones persecutorias de agresión por parte de las distintas personas que la rodean.

La psicosis puerperal, si no se manifestó antes puede hacer ahora su aparición franca. De todos modos, y sin llegar a los límites alarmantes del estado psicótico, las ideas depresivas y persecutorias, el deseo de apartarse, el abandono, se hallan presentes, en mayor o menor medida, en todos los casos. La sensación dominante es haber perdido la propia personalidad y ser una mera esclava de la criatura y del ambiente. Cuando la familia y las amistades pueden colaborar en forma eficaz, estas sensaciones se resuelven en el cariño hacia el hijo, en la alegría de su progreso y crecimiento. Pero si esa colaboración, como dijimos antes, no es suficiente o resulta inadecuada, el estado depresivo, sin llegar a la psicosis, puede prolongarse.

En la primera semana se va atenuando la emergencia depresiva aguda. Pero la forma de resolución varía según los casos. Una de las manifestaciones posibles es la hipogalactia que culmina en agalactia.

En otros casos, aún con buena galactia, la depresión continúa manifestándose en breves accesos que suelen resolverse mediante somatizaciones: infecciones de la episiotomía, abscesos mamarios, trastornos intestinales, entre los cuales son frecuentes la constipación, las jaquecas, hemorragias, etc. Cuando los síntomas se presentan en forma aguda y no remiten en un lapso prudencial, dentro de los primeros quince días, debe pedirse apoyo psicoterapéutico inmediato. Al respecto, es menester tener en cuenta que la maternidad constituye para la mujer una fuente básica de salud mental. Una madre que siente que ha fracasado en su tarea y que no logra relacionarse adecuadamente con sus hijos, experimenta un dolor enorme que puede llegar a serle intolerable. También observamos la emergencia de distintas adicciones y toxicomanías instaladas en el transcurso de puerperios conflictivos. En este caso, la droga o el alcohol son el medio por el cual se procura aliviar el dolor.

A lo largo del mes, de todos modos, en las condiciones psicológicas normales, la mujer va emergiendo lentamente de su estado depresivo. Ya en la segunda

semana tienden a desaparecer los estados de confusión y despersonalización y, por lo general, en la tercera semana, el yo se ha vuelto a integrar, reacomodándose a la nueva situación, i bien las ansiedades siguen vigentes. Entre las ansiedades más frecuentes, observamos la búsqueda de cariño y protección derivada del terror a ser atacada por haber tenido un hijo o la sensación de pérdida de una parte corporal. Las ansiedades con respecto al cuerpo son muy intensas y se centra básicamente en la deformación, que ahora ya no se debe a la gravidez. La comprobación del vientre abombado, las carnes flácidas, la cintura aumentada, etc., unida a la sensación de no poder manejarse con la soltura de antes, son fuente de grandes ansiedades hipocondríacas y de sentimientos de fealdad. En el fondo, estas vivencias expresan la ansiedad derivada de la culpa y el temor al castigo de las relaciones sexuales fructíferas.

La reanudación de las relaciones sexuales

Una de las ansiedades mayores en el abordaje de esta situación es el temor, en la mujer, de estar dañada o rota por dentro, o bien de haber perdido sus genitales internos. La sensación dolorosa

de la cicatriz de la episiotomía refuerza esta vivencia, que es en parto consciente y tiene su significado inconsciente.

El hombre, a su vez, también se hace cargo de la fantasía de que su mujer se encuentra dañada. Con frecuencia, si no en todos los casos, la fantasía es desplazada a la presencia del hijo, alegándose que temen que se despierte, que su reposo se vea perturbado por la relación sexual, etc.

Cuando una puérpera en vías de terminar la cuarentena o su marido, relatan una violenta discusión conyugal, este hecho se halla vinculado con el temor por la reanudación de las relaciones sexuales y con el conflicto regresivo de celos.

Surge asimismo otro temor, miedo a un nuevo embarazo, y las ansiedades por la ausencia de la menstruación. Generalmente, en las mujeres que tuvieron una buena experiencia en su parto, el deseo de un nuevo embarazo es muy intenso, por necesidad inconsciente de repetir la experiencia. Este deseo alimenta a su vez el temor y, por consiguiente, el rechazo de las relaciones sexuales.

FACTORES de RIESGO

*Consecuencias de un mal**puerperio*

Sintomatología de la psicosis puerperal: en su expresión más extrema, la mujer se ensimisma, permanece apartada, está triste, rechaza a su hijo, por lo general dice que no lo puede ver, está insomne, inapetente, desaliñada, no se viste, no se lava, ni se peina. Muchas veces refiere alucinaciones, por lo general auditivas, o bien expresa sus ideas delirantes. Este estado puede remitir por sí mismo, al cabo de unos días, semanas o meses.

FACTORES DE RIESGO

Factores Protectores: Son aquellos destinados a favorecer o proteger la salud integral del adolescente, incluyendo su proyecto de vida.

Se denomina factores protectores a los recursos personales o sociales que atenuan o neutralizan el impacto del riesgo.

A) Factores protectores presentes en el individuo

- * *Buen estado de nutrición y adecuados hábitos alimentarios y de higiene*

- * *Autoestima y valoración personal.*
- * *Proyecto de vida orientativo y en construcción.*
- * *Adecuado desarrollo del pensamiento crítico*

B) Factores protectores presentes en el ambiente familiar

- * *Buen funcionamiento familiar*
- * *Atención, afecto y apoyo emocional.*
- * *Ayuda mutua y actitudes solidarias*

C) Factores protectores presentes en el medio

- * *Participación y compromiso social*
- * *Educación formal y no formal*
- * *Educación para el cuidado del medio ambiente*
- * *Oportunidad laboral apropiada*
- * *Acceso a servicios de salud de buena calidad*
- * *Redes sociales solidarias*
- * *Legislación adecuada (laboral, educativa, sanitaria y penal).*

Riesgo: Posibilidad o probabilidad de que ocurra un suceso indeseable en un periodo de tiempo

Factores de Riesgo: Es una característica que está asociada a la

FACTORES de RIESGO

probabilidad de aparición de enfermedades.

Se denominan factores de riesgo a las características detectables en individuos y grupo (no es necesariamente el factor causal) asociadas con una mayor probabilidad de sufrir un daño en la salud.

A) Factores de riesgo psicosocial

- * *Problemas graves de interrelación familiar*
- * *Abandono de la familia de origen como grupo de convivencia*
- * *Pertenencia a familias de origen incompleto por fallecimiento o separación, junto con dificultades en los vínculos y/o confusión de roles.*
- * *Familias con antecedentes de abuso de sustancias, conductas violentas, abuso sexual, violación y enfermedad mental.*
- * *Depresión, angustia*
- * *Bajo rendimiento escolar o analfabetismo*
- * *Inactividad o desocupación y no-pertenencia al sistema educativo formal y no formal*
- * *Pertenencia a grupo de pares con conducta de riesgo.*
- * *Embarazo en la adolescencia en parientes de primer grado o convivientes.*

- * *Condiciones de vida de extrema pobreza*
- * *Uso inadecuado del tiempo libre (tiempo muerto)*

B) Factores de riesgo biológico

- * *Alteraciones de la cronobiología puberal*
- * *Enfermedades crónicas*
- * *Desnutrición y trastornos de la alimentación en general*
- * *Enfermedades de transmisión sexual*
- * *Discapacidades congénitas y adquiridas*
- * *Embarazo temprano no deseado*

Conducta de Riesgo: Se

denomina conducta de riesgo a cualquier alteración de la conducta o actuación repetida y fuera de determinados límites que pueda comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal durante la infancia o la adolescencia con repercusiones para la vida actual o futura. Entre estas alteraciones encontramos:

- * *Tabaquismo. (Ver Anexo 3)*
- * *Alcoholismo. (Ver Anexo 3)*
- * *Consumo de otras sustancias. (Ver Anexo 3)*
- * *Fugas frecuentes del hogar*
- * *Fracaso y/o abandono escolar*

FACTORES de RIESGO

- * *Conductas violentas, delictivas, accidentes frecuentes, antecedentes judiciales y/o policiales*
- * *Aislamiento, depresión*
- * *Inicio de la actividad sexual por debajo de los 16 años*
- * *Conducta sexual indiscriminada y/o irresponsable*
- * *Trastorno de la conducta alimentaria*
- * *Abuso sexual reiterado*
- * *Intento de suicidio.*

Las enfermedades de transmisión sexual son un problema social, resultado de la explosión demográfica y cambios en la conducta sexual, que afecta a adolescentes y adultos de todos los estratos socioeconómicos.

Algunos factores desencadenantes que inciden en el aumento en la aparición de este tipo de enfermedades son:

- * *Inicio precoz de las relaciones sexuales*
- * *Cambios múltiples de parejas sexuales*
- * *La facilidad de traslado geográfico*
- * *Escasa información respecto a las ETS*
- * *Escasa prevención*
- * *Automedicación*
- * *Abandono o interrupción de tratamientos al cesar el síntoma*

- * *Aumento de grupos de alto riesgo (drogadictos)*
- * *Utilización de métodos anticonceptivos que favorecen la infección*
- * *Sentimiento de invulnerabilidad de los jóvenes*

Para que se instale una infección hay factores que dependen de las características de los gérmenes, como ser, el tipo de germen, su poder de agresión, su capacidad de adherencia celular y colonización, así como su concentración.

La integración de la conducta sexual y reproductiva en el más amplio marco de la Salud Integral del adolescente contribuye al desarrollo humano y social, ya que la salud reproductiva desde esa perspectiva concierne, no sólo a la función reproductora de la especie sino también a la reproducción del potencial intelectual y creativo de los jóvenes, trascendiendo lo individual hacia un ámbito colectivo de compromiso y responsabilidad.

La percepción de nuevos deseos, fantasías, sentimientos, emociones y necesidades los confronta con otra etapa de desarrollo de su sexualidad.

La posibilidad de integrarla en el marco total de sus vivencias dependerá de una serie compleja de factores presentes en la interacción con sus padres desde la concepción y la internalización de las normas morales, sociales, éticas y religiosas de todo el acontecer humano.

Las relaciones sexuales, en esta etapa de la vida, no solo pueden responder a deseos específicamente sexuales sino que pueden ser la expresión de sentimientos de rebeldía hacia sus padres, necesidad de aprobación por el grupo de pares, reafirmación de su identidad sexual, necesidad de apoyo y cariño, sometimiento acorde con algunos modelos familiares, curiosidad, etc.

La sensación de invulnerabilidad y omnipotencia características de esta etapa de la vida convierten al ejercicio de su genitalidad en un factor de alto riesgo.

Las demandas de información sexual no siempre son satisfechas por la sociedad adulta. A veces, por creer que los adolescentes no tienen edad suficiente para recibir esa instrucción o pensar que al dársela se los está empujando al inicio de relaciones sexuales. A esto se suma la divulgación en medios masivos de comunicación de

una sexualidad exaltada y libre que lleva a niños y adolescentes a una profunda desorientación con la consecuente búsqueda de información en fuentes no siempre responsables.

En contraposición a esto, una valoración de la sexualidad sobre la base del afecto y el amor, con una información voraz y profunda sobre el tema permitirá a los jóvenes resolver su ansiedad, el desconcierto y los problemas que este tema representa para ellos.

El rol del profesional de la salud que atiende adolescentes es de capital importancia en este aspecto ya que la oportunidad de la consulta para brindar información sobre sexualidad en el marco de la educación para la salud no debe ser nunca desaprovechada, orientándolos hacia una sexualidad responsable basada en principios éticos del ser humano.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, es un factor de riesgo de contraer una E.T.S. Desde la perspectiva biológica, debemos destacar que durante la pubertad son frecuentes las ectopías cervicales, que pueden incrementar la susceptibilidad a la cervicitis y la consecuente salpingitis.

FACTORES de RIESGO

Desde la perspectiva psicosocial puede aumentar el número de compañeros sexuales a lo largo de la adolescencia.

Las conductas de riesgo se encuentran interrelacionadas y asociadas con el consumo de alcohol y drogas: por ejemplo, existe una clara correlación entre el uso de alcohol y maribjuana, y la iniciación precoz de las relaciones sexuales.

La joven que padece una E.T.S. ha mantenido relaciones sexuales sin una protección adecuada, es fundamental reconsiderar la conducta sexual y el uso de medidas anticonceptivas.

El control de las E.T.S está basado en completar 4 objetivos:

- 1- *La identificación y educación de la adolescente con conductas de riesgo*
- 2- *La detección de la infección en las jóvenes asintomáticas*
- 3- *El desarrollo de un diagnóstico y un tratamiento apropiados en las infectadas*
- 4- *El desarrollo de una evaluación y un tratamiento de los compañeros sexuales de las jóvenes infectadas.*

La actitud deseable frente a un adolescente portador de una enfermedad transmisible sexualmente sería:

- 1- *Curación de su enfermedad*
- 2- *Evitar su recidiva*
- 3- *Detener la cadena de contagio*
- 4- *Modificar la conducta de riesgo*
- 5- *Incrementar su autoestima*

Repercusión directa de las E.T.S

- *Disfunción sexual y temor por el daño genital sufrido*
- *Temor a que sus padres se enteren*
- *Fantasías de infertilidad*
- *Depresión*
- *Falla en la autoestima*
- *Miedo a la enfermedad grave o muerte*

El diagnóstico de una enfermedad sexualmente transmisible en la infancia es muy raro, sin embargo estas pueden ser diagnosticadas en niñas que presenten sintomatología genitourinaria, asintomáticas, pero que fueron sexualmente abusadas. Por lo tanto, la identificación de una enfermedad sexualmente transmisible en una niña más allá del período neonatal sugiere abuso sexual.

SINTOMATOLOGÍA Y ANTECEDENTES.

El profesional que atiende adolescente debe tener siempre presente

a las E.T.S. en las siguientes circunstancias:

- * *Adolescente con secreción genital, dolor pelviano u otro síntoma compatible con una E.T.S.*
- * *Todo adolescente sexualmente activo*
- * *Todo adolescente que se sospeche que ha sido abusado sexualmente o violado*
- * *Adolescente embarazada*
- * *Adolescente con multiplicidad de parejas*
- * *Adolescente que ejerza la prostitución*
- * *Adolescente homosexual*
- * *Adolescentes que han tenido contacto sexual con personas portadoras de una E.T.S.*
- * *Adolescentes presos*
- * *Adolescentes con antecedentes de E.T.S.*
- * *Adolescentes drogadictos.*

Todo profesional que atiende adolescentes necesita desarrollar su talento y conocimiento para la detección de casos de E.T.S., el descubrimiento de contactos, la evaluación psicosocial, la educación sanitaria, la institución de un tratamiento adecuado y la evaluación ulterior a fin de preservar la salud reproductiva de los adolescentes.

Es fundamental recalcar que la tarea multifacética e interdisciplinaria es indiscutible para poder lograr una buena detección de la E.T.S.

En la adolescencia, una vez iniciada la actividad sexual, la patología del tracto genital inferior más común la constituye las enfermedades de transmisión sexual. Estas infecciones pueden provocar: Disfunciones sexuales (dispareunia, dolor pelviano crónico), Esterilidad, ser cofactor del cáncer de cuello (H.P.V), muerte (SIDA, Hepatitis B).

La gravedad de estas complicaciones obliga a revalorizar la importancia de la prevención primaria, ya que aún la consulta temprana no puede, en algunos casos, cambiar el pronóstico de la enfermedad.

La flora patógena está compuesta por microorganismos endógenos, los que por algún desequilibrio pueden desencadenar, solos o asociados, alguna patología (cándida albicans, gardanerella vaginalis, anaerobios, etc.) o por microorganismos exógenos, es decir, que no forman parte de la flora habitual y que producen una patología determinada, por ejemplo las E.T.S.

Es importante además de un examen bacteriológico, reunir todos los elementos en una metodología de estudio que permita llegar a un diagnóstico acertado para instituir el tratamiento adecuado, y fundamentalmente para tener un enfoque integral del problema, evitando recidivas y complicaciones.

EDUCACIÓN SEXUAL - SEXUALIDAD HUMANA

La información es sólo un aspecto de la educación sexual. No es posible reducir la educación sexual a la información, es decir, al conocimiento de los datos anatómicos y funcionales del aparato genital masculino y femenino y del proceso de reproducción, de normas y valores sobre lo sexual.

Existe otro aspecto de la educación sexual que incluye la formación de las actitudes hacia la sexualidad, proceso que se inicia mucho antes del surgimiento de las primeras preguntas que formulan los niños sobre el tema. El inicio de la formación de estas actitudes se encuentran en las primeras relaciones del niño con la familia y están íntimamente vinculadas con las actitudes de los padres hacia la sexualidad, conformando las bases sobre las cuales el

medio extrafamiliar (jardín, escuelas, medios de comunicación social, etc.) efectúa influencias.

La presencia de información es una manera de mostrar la aceptación de la sexualidad, y poder hablar de ella rescata a la sexualidad de la zona del tabú en el que se mantuvo por tantos años. Esto no significa que solo con la información se asegura una buena formación sexual en los niños y adolescentes; pero sin duda es un elemento más que puede promover actitudes que valoricen la sexualidad humana.

Concepto de Educación Sexual

La entendemos como " el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de niños y jóvenes, que les aporte elementos de esclarecimiento y reflexión para:

* *favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano, fuente de placer y bienestar, que contribuye a la formación y enriquecimiento de la personalidad.*

* *poder reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado, sin temores, angustias ni*

*sentimientos de culpa, sí feliz,
consciente, responsable y libremente.*

- * *favorecer las relaciones
interpersonales, el encuentro con el
otro sexo propiciando condiciones de
respeto e igualdad, superando todo
criterio de discriminación de género*
- * *favorecer la capacidad de amar
desatacando el valor del componente
afectivo para el ser humano.*
- * *propiciar la vida en pareja y la
armonía familiar promoviendo
relaciones de igualdad dentro del
hogar, señalando el respeto y la
consideración que en tanto personas,
merecen todas y cada uno de los
integrantes*

Así entendida, la Educación Sexual contribuye, junto a otros aspectos, a mejorar la calidad de vida, promoviendo la salud integral del individuo, desarrollando actitudes positivas hacia la sexualidad humana destacando su carácter de único e intransferible.

Agentes Educadores

La educación sexual debiera comenzar lo más precozmente posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser, siendo ésta una decisión consciente y responsable asumida por ambos padres y

continuar luego, en forma armónica y progresiva durante toda la vida. Es sin duda el hogar, el grupo de referencia más constante en la formación del individuo y resulta insustituible su capacidad como formador de modelos y de futuros patrones de conducta y en materia de Educación Sexual sería el agente educativo primario. Pero en general no es así, la familia no proporciona la información ni la formación adecuada en estos temas.

Los jóvenes se encuentran solos ante esta problemática, enfrentados a sus posibilidades y en oportunidades pagan un alto costo de frustración o infelicidad.

La Educación Sexual debe ser responsabilidad y fruto de esfuerzo común de la familia, instituciones educativas, de salud, culturales, religiosas, deportivas y de otra multiplicidad de factores vinculados con los medios de comunicación masivos, y de modo general, con la sociedad en su conjunto.

Definimos como Sexualidad Humana como "la forma de expresión o el conjunto de formas de comportamiento del ser humano, vinculadas a los procesos somáticos, psicológicos y sociales del sexo. La sexualidad debe considerarse como una forma de

EL MARCO CONCEPTUAL de la SALUD...

expresión integral del ser humano; el disfrute del amor, del placer y del goce resultan elementos muy enriquecedores en lo personal, familiar y social.

Educación Sexual en Adolescentes

La educación sexual depende de varios factores:

- *El modo de vinculación familiar, especialmente durante la infancia y la adolescencia, el lugar que ocupó como hijo, la manera en que se intercambiaron afecto, la forma en que fueron atendidas las necesidades básicas, el tipo de límites que generó la familia y cómo se respetaron, etc.*
- *Las actitudes de los propios padres hacia la sexualidad.*
- *La influencia de los modelos de varón y de mujer que presenta muestra cultura, especialmente a través de los padres.*
- *La posibilidad de acceder a la información que sobre la sexualidad se necesita en cada etapa del desarrollo.*
- *La influencia recibida a través de los medios de comunicación en masas*

La información sexual es una parte de la educación sexual. Esta comprende también la generación de actitudes hacia

lo sexual, que configuran el soporte que da dirección a la respuesta sexual humana.

EL MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y DE SU CUIDADO

La integridad del concepto de salud integral

La salud (y bienestar) del adolescente puede concebirse y caracterizarse dentro del contexto de interrelaciones muy dinámicas de esos tres sistemas básicos: biológico, psicosocial y medio ambiente, tomando como ejes integradores procesos básicos para el adolescente. Son ejemplos:

- a) *el crecimiento / maduración y diferenciación;*
- b) *el desarrollo integral basado en los aportes que los microambientes de familia, escuela, recreación institucionalizada, etc., le ofrecen al niño y al adolescente en las esferas educacional, social, psicológica, cultural, económica y afectiva;*
- c) *el ejercicio de la sexualidad y sus implicancias en el proceso reproductivo y en la salud bio-*

EL MARCO CONCEPTUAL de la SALUD...

psicosocial del adolescente de ambos sexos.

Si las acciones de salud y otros sectores de la familia y sociedad, en el control de estos procesos, consideran la influencia de factores favorables y desfavorables que se derivan de las interrelaciones e implicaciones de los mismos, pueden contribuir más eficazmente a promover y proteger la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas y grupos que atraviesan fases e interfases críticas como la adolescencia.

Es la necesidad de cuidar de la salud de la madre y del niño haciendo énfasis en la prevención primordial para asegurar una buena salud integral del adolescente. Esta noción de continuidad debe ser enfatizada en las acciones de programación, educación en salud a nivel de las familias y en el sistema de educación desde etapas tempranas.

Aplicación de Enfoques Integradores en la planificación de programas de salud integral de adolescentes.

El enfoque de riesgo - esta es una tecnología compleja de proceso que se basa en las siguientes premisas:

1- Las personas, familias y grupos tienen diferentes grados de

probabilidad de desvío de salud y bienestar. Esto significa que la distribución de esfuerzos y recursos debe ser proporcional a la necesidades (equidad).

2- Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos y a menudo interrelacionados. Su control (factores de riesgo) o promoción (factores protectores) requieren el esfuerzo participativo de sectores, disciplinas, profesiones y de las mismas personas.

3- El enfoque de riesgo, si es aplicado en forma apropiada, constituye una metodología efectiva para adecuar los requerimientos organizacionales y administrativos y el uso óptimo y apropiado de tecnologías a las necesidades de salud y bienestar de los adolescentes.

5- DEFINICIÓN DE VARIABLES**VARIABLES PRINCIPALES:**

FACTORES DE RIESGO.
ETS.

VARIABLES SECUNDARIAS:

IRS, NUMERO DE PAREJAS
SEXUALES, INFORMACIÓN SEXUAL,
ANTECEDENTES PERSONALES Y
FAMILIARES, HÁBITOS, VIDA SO-
CIAL, SITUACIÓN FAMILIAR Y
PSICOSOCIAL.

FACTORES DE RIESGO:

Es una característica que está
asociada a la probabilidad de aparición
de enfermedades.

Se denominan factores de riesgo a
las características detectables en
individuos y grupos (no es
necesariamente el factor causal)
asociadas con una mayor probabilidad de
sufrir un daño en la salud.

***ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL***

DEFINICION: Comprende un
conjunto de enfermedades
infectocontagiosas que se expresan
clínicamente con distinta sintomatología
y que tienen diferentes etiologías; las
reúne el hecho epidemiológico de
adquirirse por contacto sexual, sin ser
este el único mecanismo de transmisión.

6- DISEÑO METODOLÓGICO

- 1- TIPO DE ESTUDIO
- 2- AREA DE ESTUDIO
- 3- UNIVERSO Y MUESTRA
- 4- METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
- 5- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS
- 6- PROCEDIMIENTOS.

1^{ra} Estudio descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal.

2^{da} Uruguay, Montevideo, Hospital Pereira Rossell.

3^{ra} Adolescentes puérperas del Hospital Pereira Rossell entre 15 y 17 años (universo). Adolescentes puérperas entre 15 y 17 años que fueron atendidas en sala 4 del Hospital Pereira Rossell en el período octubre-febrero 1998-1999 (muestra).

4^{ta} Instrumento fuente secundaria- formularios con preguntas de respuesta múltiple. (Ver Anexo 2).

5^{ta} Plan de tabulación:

Objetivos específicos

- 1) Prevalencia de ETS.
- 2) Factores de riesgo.

ETS+

Distribución de ETS según IRS.

Distribución de ETS según Cantidad de

parejas sexuales.

Distribución de las ETS según

Información sexual.

Distribución de las ETS según

Antecedentes personales.

Distribución de las ETS según Hábitos.

Distribución de las ETS según situación psicosocial.

ETS-

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según IRS.

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según Cantidad de parejas sexuales.

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según Información sexual.

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según Antecedentes personales.

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según Hábitos.

Distribución de adolescentes que no presentan ETS según situación psicosocial.

6^{ta}. Autorizaciones, Tiempo, Recursos, Procesos, Capacitación, Supervisión y Coordinación.

7- PRESENTACIÓN de DATOS

Se presentan seguidamente los resultados de la investigación "Factores de Riesgo que inciden en que un adolescente tenga o no una Enfermedad de Transmisión Sexual" (ETS), realizada por el grupo 4 de Generación 92, carrera Licenciatura en Enfermería, Instituto Nacional de Enfermería.

Lo que se expone a continuación es un descripción de los aspectos más relevantes, respecto a la incidencia de los factores de riesgo relacionados con las ETS.

La muestra de 145 adolescentes de sexo femenino, puerperas entre 15 y 17 años, que fueron internadas en el Hospital Pereira Rossell en el período octubre-febrero 1998-1999. De la misma el porcentaje más significativo corresponde a la edad de 17 años (49%) seguida por los 16 años(32.4%).

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

EDADES	F.Absoluta
15	27
16	47
17	71

PREVALENCIA DE ETS

	F.Absoluta	F.Relativa
ETS+	7	5%
ETS-	138	95%
TOTAL	145	100%

* Fueron tomados como negativos 23 adolescentes que no tenían registros 17%.



Del total de la muestra se obtuvo que, un 95% de las puerperas no presentaron ETS, mientras que un 5% tuvo ETS+.

Es de destacar que el 17% de las adolescentes ETS- no tenían registros y fueron consideradas dentro de este grupo.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

	<i>ETS-</i>	<i>ETS+</i>
<i>Primaria incompleta</i>	23.20%	14.20%
<i>Primaria completa</i>	28.30%	28.50%
<i>Secundaria completa</i>	2.10%	0
<i>Secundaria incompleta</i>	35.50%	57.10%
<i>UTU incompleta</i>	6.50%	0
<i>Sin información</i>	4.30%	0

Con respecto al nivel de instrucción, el porcentaje más elevado se encuentra en adolescentes que cursaron secundaria incompleta, siendo este para ETS- 35.5% y en ETS+ 57.1%.

Se destaca un menor porcentaje en los adolescentes que cursaron primaria incompleta.

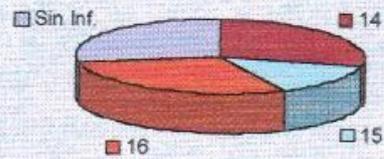
FACTORES DE RIESGO

INICIO DE RELACIONES SEXUALES (IRS).

ETS+

<i>Edad</i>	<i>F.Absoluta</i>	<i>F. Relativa</i>
14	2	28.60%
15	1	14.20%
16	2	28.60%
Sin Inf.	2	28.60%

IRS en adolescentes ETS+



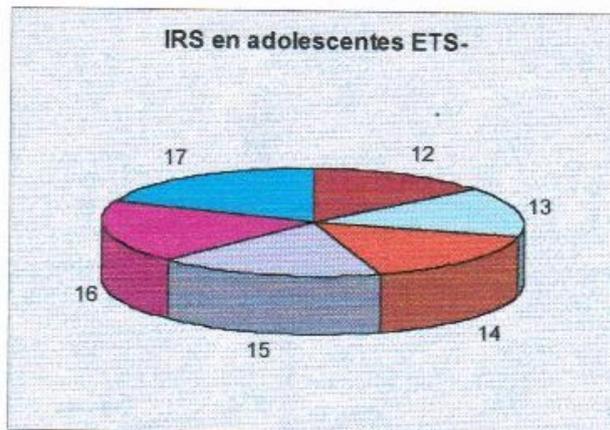
FACTORES DE RIESGO

INICIO DE RELACIONES SEXUALES (IRS).

ETS-

Edad	F.Absoluta	F. Relativa
12	3	2.10%
13	11	8.00%
14	37	26.80%
15	43	31.10 %
16	25	18.1
17	4	2.9
Sin Inf.	15	10.8

El Inicio de las Relaciones Sexuales de la mayoría de los adolescentes se da en edades menores a los 17 años. En los adolescentes ETS- se destaca que la mayoría de ellos inician sus relaciones sexuales alrededor de los 15 años.



VINCULO DE PAREJA

	ETS+		ETS-	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
PAREJA UNICA	5	71.40%	98	71%
VARIAS PAREJAS	2	28.60%	31	22.40%
SIN INFORMACION	0	0	9	6.50%



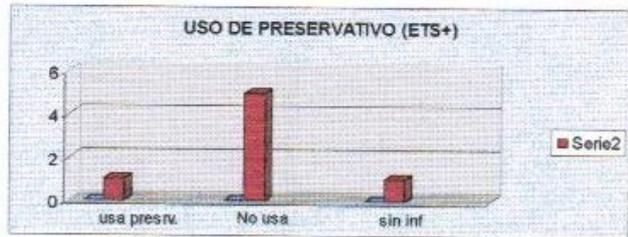
Un alto porcentaje de la muestra manifiesta tener pareja única, tanto para los adolescentes ETS+ como para los ETS-.



USO DE PRESERVATIVO

	ETS+		ETS-	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
SI	1	14.20%	20	14.40%
NO	5	71.60%	96	69.50%
sin inf.	1	14.20%	22	15.90%

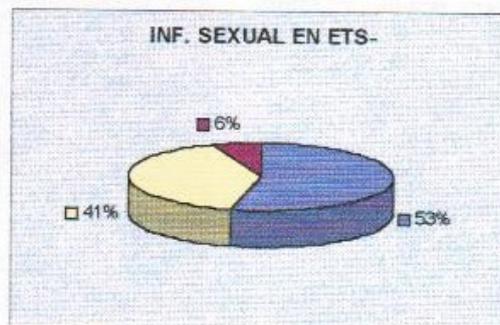
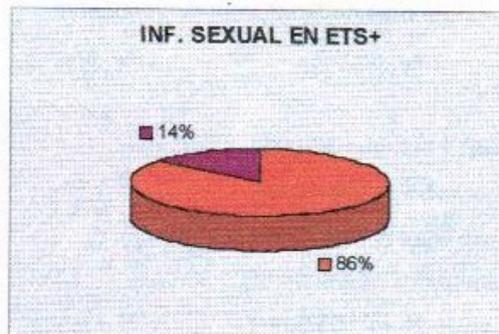
La mayor parte de la muestra no utiliza preservativo.



INFORMACION SEXUAL Y CANAL DE INFORMACIÓN

CONSIDERA QUE TUVO INFORMACION

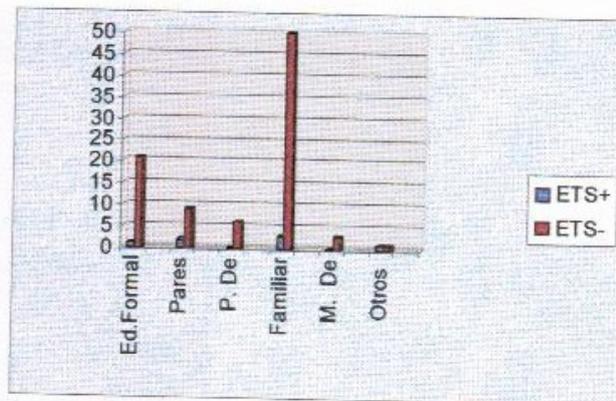
	ETS+		ETS-	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
SI	6	85.80%	74	53.60%
NO	0	0.00%	56	40.60%
sin inf.	1	14.20%	8	5.80%



PRESENTACIÓN de DATOS

CANAL DE INFORMACION

	ETS+	ETS-
Ed. Formal	1	21
Pares	2	9
P. De Salud	0	6
Familiar	3	50
M. De Com.	0	3
Otros	1	1



El porcentaje más alto (85%) considera que tuvo información sexual, correspondiendo este porcentaje a las adolescentes ETS+. El canal de información más frecuente es el familiar para ambos casos.

SITUACION FAMILIAR

VINCULOS

	ETS+		ETS-	
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%
Padres Unidos	2	28.60%	50	36.20%
Padres Separados	5	71.40%	29	21.00%
Nueva union de la madre	0	0.00%	25	18.10%
Nueva union del padre	0	0	4	2.90%
Criada por abuelos	0	0	4	2.90%
Criada por otros	0	0	4	2.90%
Sin informacion	0	0	22	15.90%

Amplia mayoría de padres separados en adolescentes con ETS+, sin embargo predominan en adolescentes con ETS- los vínculos familiares padres unidos.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES O SUSTITUTOS

ETS +

	Padre		Madre	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
Analfabeto	0	0.00%	0	0.00%
Primaria incompleta	1	14.00%	1	14.20%
Primaria	3	43.00%	3	43.00%
Sec/Tecnico	0	0%	1	14.20%
Univ/Terceario	0	0%	0	0.00%
Sin información.	3	43%	2	28.60%

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES O SUSTITUTOS

ETS -

	Padre		Madre	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
Analfabeto	2	1.40%	2	1.40%
Primaria incompleta	19	13.70%	27	19.50%
Primaria	55	39.80%	58	42.00%
Sec/Tecnico	15	11%	22	15.90%
Univ/Terceario	0	0%	0	0.00%
Sin información.	47	34%	29	21.00%

Se encuentra para ambos padres (padre o sustituto, madre o sustituto) alta incidencia de el nivel de instrucción definido como primaria completa.

RELACIÓN CON LOS PADRES*ETS +*

	Padre		Madre	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
Bueno	4	57.20%	5	71.60%
Regular	0	0.00%	0	0.00%
Conflictivo	0	0.00%	1	14.20%
Dependiente	1	14%	1	14.20%
Malo	0	0%	0	0.00%
Ausente	0	0%	0	0.00%
Otros	0	0%	0	0%
Sin Información	2	28.60%	0	0%

RELACIÓN CON LOS PADRES*ETS -*

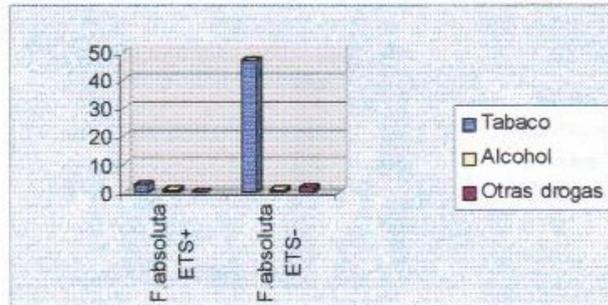
	Padre		Madre	
	F.Absoluta	%	F.Absoluta	%
Bueno	65	47.10%	87	63.00%
Regular	9	6.50%	4	2.90%
Conflictivo	1	0.72%	1	0.72%
Dependiente	5	4%	12	8.70%
Malo	6	4%	2	1.40%
Ausente	12	9%	5	3.60%
Otros	0	0%	0	0%
Sin Información	40	28.90%	27	20%

Predomina la buena relación con los padres o sustitutos en adolescentes ETS+ y ETS-.

PRESENTACIÓN de DATOS

HABITOS

	ETS+	ETS-
	F.absoluta	F.absoluta
Tabaco	3	47
Alcohol	1	1
Otras drogas	0	2



El consumo de tabaco es el hábito predominante, tanto para las adolescentes ETS+ como ETS-.

EDAD DE INICIO

ETS+	13	14	15	16
TABACO	1	0	1	1
ALCOHOL	0	0	0	1
OTRAS D	0	0	0	0
SIN INF.	3			

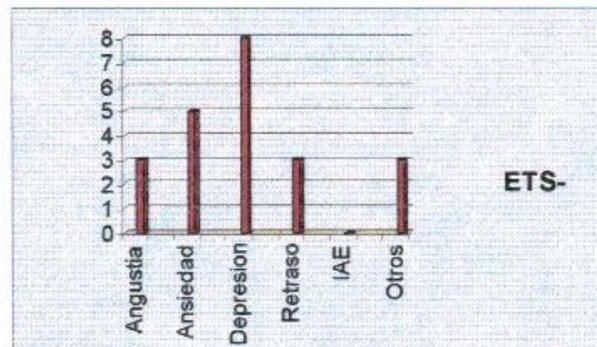
EDAD DE INICIO

ETS-	8	11	12	13	14	15	16-17
TABACO	1	2	2	10	16	7	5
ALCOHOL	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS D	0	0	0	0	0	0	0

Se destaca como edad de inicio del hábito de tabaco, los 14 años en adolescentes ETS-.

SITUACION PSICOEMOCIONAL

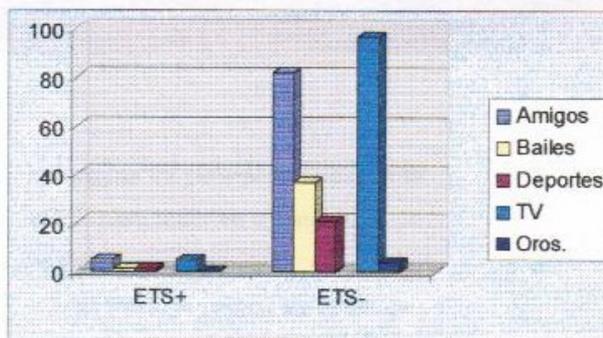
	ETS-	ETS+
Angustia	3	0
Ansiedad	5	0
Depresion	8	0
Retraso mental	3	0
IAE	0	0
Otros	3	0



Las adolescentes con ETS+ no presentan ningún trastorno psicoemocional y las adolescentes ETS- presentan en algunas ocasiones depresión, ansiedad y angustia.

VIDA SOCIAL

	ETS+	ETS-
Amigos	5	82
Bailes	1	37
Deportes	1	21
TV	5	97
Otros.	0	4



En la vida social del adolescente predomina la televisión y los amigos.

8- ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN

Los datos recabados fueron extraídos de las historias clínicas, de los formularios elaborados y aplicados por el equipo de salud que atiende a los adolescentes de nuestra muestra.

Cabe destacar que al no haber aplicado directamente nuestro instrumento en la población, se pierde la riqueza del contacto directo, por lo que nuestros resultados se remiten a los datos obtenidos de los formularios, sin conocer el impacto causado por la entrevista en las adolescentes.

Para el análisis de los datos se realizó una comparación de los resultados obtenidos con los del estudio "El Adolescente y Su Entorno" (Portillo 1992), consideramos a este autor debido a su amplia trayectoria en el tema, su actualidad y por que toma adolescentes Uruguayos como base para su estudio. Si bien existen otros autores, estos no reflejan la realidad de nuestro país, por lo cual no se consideran en este caso.

Es importante destacar la presencia de subregistros influyendo en los resultados. La sexualidad es un tema tabú para nuestra sociedad y más aún para el adolescente, esto sumado a la ausencia de registros en algunos casos,

determina un porcentaje importante (17%) para tener en cuenta en el análisis.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, menor a 16 años, es un factor de riesgo para adquirir una ETS. Pudimos constatar que en las adolescentes que presentan alguna ETS el IRS es precoz en un 71.4%. Esto sumado a los cambios biológicos (ectopias cervicales, alteraciones del PH vaginal, etc.) y psicológicos (dado por el sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia), convierten al ejercicio de su genitalidad también en un factor de riesgo.

Además de lo anteriormente mencionado, se destaca el no uso de preservativos en un 71.6% de la muestra con ETS + y en los ETS negativos el porcentaje asciende al 69.5%, esto relacionado con el alto porcentaje de inicio precoz de las relaciones sexuales, estaría demostrando la existencia de subregistros, ya que se encontró solo un 5% de ETS+.

En cuanto al nivel de instrucción, se observa que un 57.10% presenta secundaria incompleta para las adolescentes ETS+ y un 35.5% para las

adolescentes ETS-, lo cual podría corresponderse con el abandono de los estudios a causa del embarazo (según comparación de estudio realizado por Portillo). Esto determina que la información sexual recibida sea por medio de la familia, pares y medios de comunicación, sin posibilidad de acceso a la información brindada por la educación formal.

Analizando el vínculo de pareja, el porcentaje mayor se atribuyó al vínculo de pareja único. Para ETS+ 71,4% y para ETS- 71%. Los resultados encontrados fueron contrarios a los esperados, siendo que se considera a la condición de tener varias parejas sexuales como un factor de riesgo para contraer una ETS.

Observando el cuadro de Relación del adolescente con los padres, resalta la buena relación existente (ETS+ 71,6%, ETS-63%) y esta según Portillo es importante en el caso concreto de aporte de información sobre temas sexuales, llama la atención que un alto porcentaje de adolescentes tanto ETS + (85%) como ETS- (53,6%) consideran que tuvieron educación sexual, sin embargo al relacionarlo con el uso de preservativos los datos muestran que: en ETS + un 71,6% y en ETS - un 79,5% no los utilizan. Se desprende de lo

anteriormente mencionado que estos adolescentes tienen un inadecuado manejo de la información acerca del uso de preservativos tanto por ser esta escasa, o de una fuente poco eficaz. Otro punto que puede considerarse es que conociendo la importancia de uso de preservativo, los adolescentes no tengan una actitud responsable dado su susceptibilidad a las opiniones ajenas u el probar prácticas peligrosas, sumado a la intensidad de sus impulsos, la dificultad de aceptar restricciones y el interés por nuevas experiencias. Esto explica las relaciones sexuales no planificadas, dificultando así el uso de métodos anticonceptivos a pesar de que puedan conocerse.

Comparando los resultados con el estudio «El Adolescente y Su Entorno» (Portillo), donde se menciona que la mitad de las adolescentes embarazadas no habían recibido educación sexual y un 27% eran las que usaban preservativos, los porcentajes obtenidos eran de esperarse.

La fuente de información principal en la muestra proviene de la familia; dado estos resultados y encontrándose que el nivel de instrucción de los padres para ambos grupos (ETS+, ETS-) es solo primaria en un 45% aproximadamente.

Comparándolo con el estudio de Portillo, donde la enorme mayoría de los adolescentes entiende que debería existir educación sexual dentro del sistema educativo (primaria y secundaria), se confirma que la información recibida no es suficiente y adecuada para el cuidado de la salud sexual.

Observando el cuadro de Relación de adolescente con los padres, resalta la buena relación existente y esta según Portillo es importante en el caso concreto de aporte de información sobre temas sexuales.

Los padres son figuras claves para reforzar modelos fijadores de identidad, como agentes de contención y creación de hábitos de disciplina. Según estudios realizados la ausencia o sustitución de uno de ellos aumenta significativamente la probabilidad de que surjan problemas de conducta.

Observando el cuadro de "Vínculos Familiares" es notoria la superioridad en número de casos de adolescentes con ETS+ y padres separados (71.4%) y ETS+ con padres unidos (28.6%).

Se pone en evidencia que la relación entre la frecuencia de situaciones familiares como alcoholismo, violencia, maltrato y los trastornos de conducta en el adolescente son significativos para la adquisición de una ETS.

Con respecto a los vínculos familiares encontramos un alto porcentaje de padres separados(71.4%) y nueva unión de la madre(18%). Se conoce que los adolescentes son víctimas de abuso sexual reiterados que pueden tener como consecuencia el embarazo. Esto es considerado dado que los agresores son frecuentemente los convivientes de la madre o los propios padres. En nuestra población el número de adolescentes en estas condiciones alcanza a 6.

Tomando en cuenta los hábitos relevantes y considerando que éstos son conductas de riesgo, cabe destacar que se encontró un número importante(ETS+ 42% y ETS- 34%) de adolescentes fumadores para ambos grupos, los resultados encontrados se corresponden con los esperados, ya que habría un alto número de adolescentes ETS+ fumadoras y esto tiene que ver concretamente con los cambios negativos en el ámbito biológico provocado por este hábito.

El 1% de los adolescentes correspondientes al estudio manifestó utilizar drogas, comparando esto con el estudio de referencia, en el cual se encuentra el mismo porcentaje. Creemos que el causante sería igualmente el

ocultamiento de información por temor a las recriminaciones posteriores.

Los casos de ansiedad y depresión no son numerosos a pesar de encontrarnos en un período de estados confusionales, con ansiedades de vaciamiento, de castración y los distintos mecanismos de defensa que se eligen para resolverlo. (Psicología del embarazo, parto y puerperio. Raquel Soifer).

Analizando la vida social de los adolescentes, encontramos que un alto número (5 con ETS+ y 97 con ETS-) dedica horas de su tiempo libre a mirar TV. Consideramos este hecho como un factor de riesgo, ya que los medios de comunicación utilizan las áreas de

respuesta sexual para estimular el consumo. Siendo los adolescentes más susceptibles a este impacto.

Si confrontamos nuestro estudio con el estudio en comparación, encontramos resultados similares (96.5% que miran TV). Revelándose la extendida penetración de este medio el que prácticamente no deja a nadie afuera.

Es de destacar el alto número (5 ETS+, 82 ETS-) de adolescentes que manifiesta tener amigos, esto es de esperarse ya que los adolescentes se refugian en sí mismos y en sus pares, por quienes se sienten entendidos y son sus confidentes (Chopitoa).

9- CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, podría concluirse que: Inciden de la misma manera los factores de riesgo descriptos en tener o no una ETS. Sin embargo ¿Podemos afirmar que no influyen los factores de riesgo en que un adolescente contraiga o no una ETS? O ¿El porcentaje de subregistros es tan elevado que distorsiona nuestros resultados, impidiéndonos llegar a una conclusión válida?

La presencia de suregistros en la Historias clínicas del Hospital Pereira Rossell, influyen notoriamente en los resultados obtenidos en el estudio. Dichos subregistros se manifiesta a través del 5% de adolescentes ETS+ encontrados, en el número significativo de ítem sin información y el alto porcentaje de embarazos no controlados o mal controlados (60 a 70% en Montevideo) lo que determina que estas adolescentes lleguen al parto sin exámenes previos.

De la situación antes mencionada cabe destacar la gravedad de la misma, si consideramos la accesibilidad a medios existentes para dicho fin.

La principal fuente de información sexual son los padres, estos representaron los modelos y futuros patrones de conducta en materia de educación sexual. Estos adolescentes tienen información y no educación sexual, saben que hacer, pero no modifican su conducta.

La familia debe ser el agente educativo primario, debe brindar educación sexual, pero es con la educación formal con quien comparte la responsabilidad de brindar educación sexual, la cual le permita al adolescente adquirir patrones de conducta favorables para su salud sexual.

Los servicios de salud deberían ser una fuente importante de educación sexual, donde el rol educativo de enfermería y el equipo de salud tenga como objetivo la adquisición de conductas responsables por parte del adolescente.

Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de adolescentes mira

televisión y no usa preservativos, deducimos que la ambigüedad de los mensajes tiene un efecto negativo, por lo

que las campañas realizadas contra el SIDA no logran el impacto esperado en los adolescentes.

10- SUGERENCIAS

Sobre la base de lo concluido con respecto a los factores de riesgo, es que se deja planteada la sugerencia de realizar un estudio prospectivo, con entrevistas directas a los adolescentes, para disminuir el porcentaje de suregistros que afectan los resultados obtenidos.

Creación de políticas de salud que aborden la educación sexual, dirigida a niños, adolescentes y a padres, ya que la familia es la base de la sociedad y es función del equipo de salud él respaldarla en el rol educativo.

Tomando en cuenta que en el Hospital Pereira Rossell se atienden el 25% de las adolescentes embarazadas y que el 100% de las adolescentes llegan al final del embarazo sin educación sexual (Pértallo). Sería oportuno el abordaje en esta instancia para orientarla y lograr motivarla en cuanto a los cuidados de su salud sexual.

Consideramos que este momento es oportuno para captar al adolescente y pesquisar Enfermedades de Transmisión sexual. Para lo cual sería conveniente la creación de un protocolo de exámenes clínicos y paraclínicos con el fin de captar dichas enfermedades en la púerpera y su pareja.

Una vez detectado el adolescente ETS+ y su pareja, crear un plan dentro del Programa Prioritario ETS y SIDA, en el cual se realice seguimiento y tratamiento de dicha adolescente en la policlínica o Centro de Salud que corresponda.

11- BIBLIOGRAFÍA

CHOPITEA, J. ASEGUINOLAZA. Ed
Masson S.A. Capítulo 15.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL "Normas de Diagnóstico,
Tratamiento y Control
Epidemiológico". MSP. Uruguay
Diciembre 1996.

EISENSTEIN, E. PAGNONCELLI DE
SOUZA, R. "Situación de riesgo
para la salud en niños y
adolescentes" Editorial FUSA 2000.
Buenos Aires 1994.

MENEGHELLO, J. y Col. "Pediatría"
Vol. I Cap. 13 Guía del crecimiento y
desarrollo en el niño (Humberto
Soriano) Ed. Mediterráneo. Chile
1993.

ABERASTURY, A. Y KNOBEL, M..
"La adolescencia normal" (un
enfoque psicoanalítico).
Ed. Paidós- BsAs. Argentina 1998
(14ª reimpresión).

DENNIS-HASSON. "Psicología
Evolutiva". Ed. Interamericana,
Mexico, 1985.

EXTRAIDO DE: CURSO DE
POSTGRADO A DISTANCIA EN
GINECOLOGÍA INFANTO
JUVENIL
Módulo 4, Infecciones y Tumores
Enrique Pedro Bagnati, Ana Coll,
Rosana G. Corazza, Ada Di Noto,
Alicia Esther Farinati, Susana
Gubbay, Carlota Lopez Kaufman,
Silvia Oizerovich.
Módulo 1, Factores de Riesgo.

PEREZ SANCHEZ, A. "Obstetricia".
Segunda Edición. 1992. Ed.
Mediterraneo. Santiago. Chile.
Adolescencia y Embarazo. Cap 14.
R. Molina.

EXTRAÍDO DE PROGRAMA DE
INFORMACIÓN AL CIUDADANO -
GUÍA - EMBARAZADAS
ADOLESCENTES
Gobierno de Mendoza - INTERNET.
Embarazo adolescente.

- PORTILLO, J. BANFI, M LUISA. y Col.
"La adolescencia: salud y enfermedad"
Cap. 1 "El marco conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidado"
Oficina del Libro - AEM Grupo de Investigación en Adolescencia,
Facultad de Medicina
1ª Edición: Junio 1992 - Montevideo. ROU.
- PORTILLO, J. "La Sexualidad de los Adolescentes". Ed. Banda Oriental. Uruguay 1992.
- PORTILLO, J. "El Adolescente y Su Entorno".
FUNAP. I.I.N, INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO.
Ed. Banda Oriental - Montevideo. ROU
- URUGUAY "Perfil del País" 1998.
NACIONES UNIDAS. UNICEF
Capítulo Infancia y Mujer
- ADOLESCENCIA. SALUD INTEGRAL Y EMBARAZO PRECOZ.
MSP-UNICEF. Documento especial
Nº 3. Octubre 1994 ROU.
- PORTILLO, J. MARTINEZ, J. BANFI, M. "La Adolescente". Ed. Banda Oriental. Montevideo 1993. Cap. "Familia y Adolescencia". Laura Echevestre.
- DEANNA E. GRIMES, RN, DRPH y Col. "Enfermedades Infecciosas". Ed Mosby-Doyma. 1995. España. (Láminas).
- RAQUEL SOIFER. "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Ediciones Kargieman Bs. As. 1992 (capítulo III)
- CERRUTTI BASSO, S. Y BEHAR DE HUYNO, R. "Sexualidad humana: aspectos para desarrollar docencia en educación sexual" OPS - OMS 1990.
- NOVEL. "Enfermería Psicosocial" Cap. 15 "Adolescencia". Chopitea. Ed. Masson S. A. Madrid 1993

12- ANEXOS



Anexo 1

Fundamentación
del Programa

FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

* Dada la alta incidencia de nuevos embarazos en las adolescentes, esto podría ser contribuyente en la aparición de una Enfermedad de Transmisión sexual.

N° de embarazos por adolescentes

N° de emb.	%
1° embarazo	7.60%
2° embarazo	19.20%
3° embarazo	5.10%

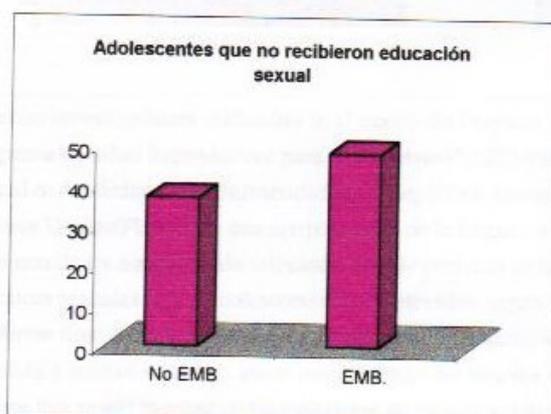
En general la mayoría de las adolescentes embarazadas abandonan los estudios y formalizan la pareja y repiten el patrona familiar materno de embarazo en la adolescencia, en el 100% de los casos se acentúa en embarazos sucesivos. El embarazo es repetido por segunda vez en un 19.20%.



* La mitad de las embarazadas adolescentes llegan al final del embarazo en total ignorancia, con respecto a la educación sexual.

Educación sexual recibida

	No EMB	EMB.
no recibió educación sexual	36.8	47.9



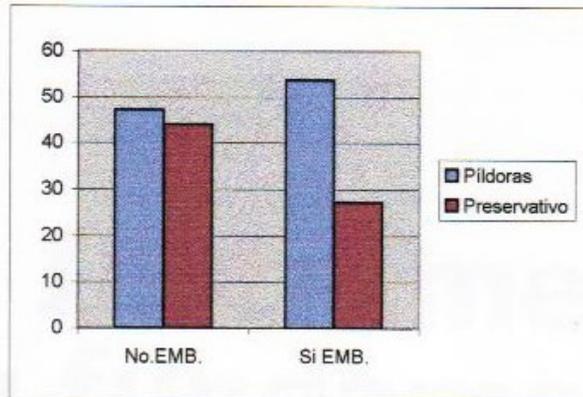
La embarazada no ha recibido educación sexual en casi la mitad de los casos.

El porcentaje de uso de preservativo es menor en las adolescentes embarazadas, esto podría estar indicando que la púerpera no utilizará métodos de barrera cuando reinicie sus relaciones sexuales.

Tipo de anticonceptivo usado

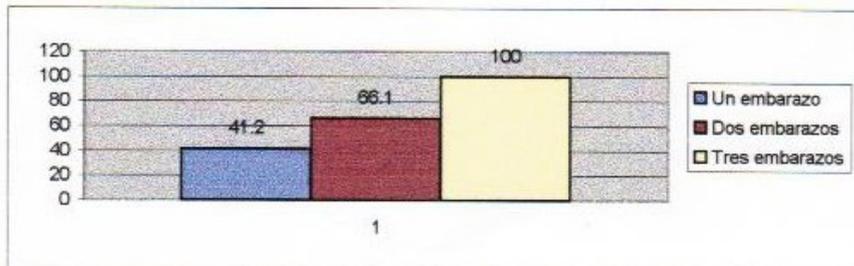
Tipo	No.EMB.	Si EMB.	Aborto.
Pildoras	47.2	53.7	100
Preservativo	44	27.2	

Predomina el uso de los ACO entre las embarazadas.



No uso de métodos anticonceptivos en sucesivos embarazos

Un embarazo	41.2	Esto se acentúa en los embarazos sucesivos llegando con 3 embarazos al 100% de no uso de métodos anticonceptivos.
Dos embarazo	66.1	
Tres embarazo	100	



Según las investigaciones realizadas en el marco del Proyecto

"Programa en salud Reproductiva para Adolescentes", URU/89/PO1. Este proyecto ha sido efectuado desde la facultad de Medicina de la Universidad de la República, con apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas(FUNAP) y con apoyo técnico de la Organización Panamericana de la salud(OMS/OPS).

Como uno de los aspectos más relevantes de este proyecto se realizó la investigación "Conocimientos, actitudes y practicas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano."

El informe final de esta investigación fue publicado en Montevideo en 1992, por editorial banda Oriental.

Se realiza a continuación una breve rescña, según los factores de riesgo seleccionados.

El informe final de esta investigación fue publicado en Montevideo en 1992, por editorial banda Oriental.

La muestra de 776 adolescentes de sexo femenino.

Anexo 2

Elaborado por el Comité de Asesoría y
Evaluación de la Comisión de la Verdad y
Reconciliación

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de Riesgo que inciden o no para adquirir una ETS

Hospital: Pereira Rosell - Sala 4 - Puerperas

Información extraída de Historia Clínica

Formulario N°

Modo de Recolección de Datos

1. Marque con una cruz la opción que corresponda
2. Indique de forma numérica la edad (años) cuando la pregunta así lo requiera

DATOS GENERALES

EDAD

15
16
17

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Primaria Completa
 Incompleta
Secundaria Completa
 Incompleta
UTU Completa
 Incompleta

FACTORES DE RIESGO

ETS

SI
NO

VINCULO DE PAREJA

Pareja única
Varias parejas

IRS

Usa preservativo

SI
NO

INFORMACIÓN SEXUAL

CONSIDERA QUE TUVO

SI
NO

CANAL

Ed. Formal
Pares
Personal de salud
Familiar
Medios de com.
Otros

SITUACIÓN FAMILIAR

VÍNCULOS FAMILIARES

Padres unidos

Padres separados

Nueva unión de la madre

Nueva unión del padre

Criada por los abuelos

Criada por otros

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

padre o sust.		Madre o sust.	
<input type="checkbox"/>	Analfabeto	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prim.incomp.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sec/Técnico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Univ/Terceario	<input type="checkbox"/>	

Relación con los padres

Padre o sust.			Madre o sust.
<input type="checkbox"/>	Bueno		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Regular		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Conflictivo		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dependiente		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Malo		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ausente		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES

FAMILIARES

Violencia familiar

Alcoholismo

Muerte de la madre

Otros

PERSONALES

Maltrato

Abuso sexual

Abandono

Otros

Sin trastornos

Hábitos

Tabaco

Alcohol

Otras drogas

Edad de inicio _____

Edad de inicio _____

Edad de inicio _____

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL

Angustia

Ansiedad

Depresión

Retraso mental

I.A.F.

Otros

VIDA SOCIAL

	SI	NO
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bailes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUNDAMENTOS DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO

EDAD	15	<input type="checkbox"/>
	16	<input type="checkbox"/>
	17	<input type="checkbox"/>

La edad seleccionada es entre 15 y 17 años.

Edades	Embarazos
12 a 14	0.20%
15 a 17	38%
18 a 19	61.80%

Si bien el número de embarazos adolescentes es mayor entre los 18 y 19 años, podemos observar que es mayor el número de embarazos no buscados entre los 15 y los 17 años, por esa razón se tomó para nuestra investigación este grupo etareo.

Edad (años)	No buscados	Buscados
14 a 16	82.90%	17.10%
17 a 19	71.80%	28.20%

Portillo " El Adolescente y su entorno".

ETS	SI
	NO

La incidencia de ETS entre los adolescentes ha aumentado marcadamente en los últimos 20 años.

Las tasas más altas de ETS notificables suelen registrarse en el grupo de edad de 20 a 24 años, seguidos por los grupos de edad de 15 a 19 años y 25 a 29 años.

LA SALUD DE LOS JOVENES
OMS, Ginebra 1995.

En los lugares donde las ETS constituyen un problema de salud la incidencia es mayor en adolescentes de 15 a 19 años.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
Primaria	Completa
Primaria	Incompleta
Secundaria	Completa
Secundaria	Incompleta
UTU	Completa
UTU	Incompleta

Entre las embarazadas no existen universitarias y predominan las que solo han terminado primaria y luego han desertado de proseguir su educación formal.

Escolaridad de las adolescentes embarazadas

	No EMB.	Si EMB.
Primaria incompleta	3,7	5,0
Secundaria incompleta	86,7	89,6
Secundaria completa	4,0	5,4
Universitaria	5,6	0
Solo primaria completa	7,8	23,9

IRS

Se considera inicio precoz de relaciones sexuales antes de los 17 años.

El inicio precoz de las relaciones sexuales es un factor de riesgo de contraer una ETS, desde la perspectiva biológica, debemos destacar que durante la pubertad son frecuentes las ectopias cervicales, que pueden incrementar la susceptibilidad a la cervicitis y la consecuente salpingitis. Desde la perspectiva psicosocial puede aumentar el numero de compañeros sexuales a lo largo de la adolescencia.

(Extraido de: Curso de posgrado a distancia en ginecologia Infanto juvenil. Modulo 4. Infecciones y tumores) pag 35

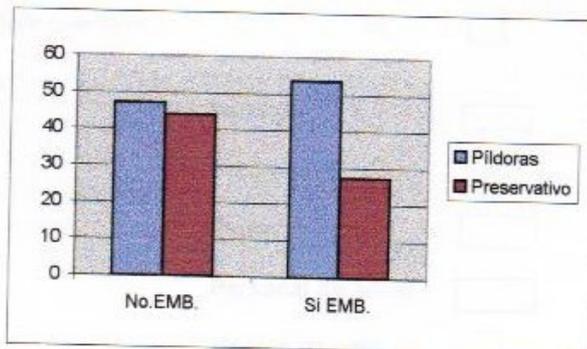
Usa preservativo **SI** **NO**

* El porcentaje de uso de preservativo es menor en las adolescentes embarazadas, esto podría estar indicando que la púerpera no utilizará métodos de barrera cuando reinicie sus relaciones sexuales.

Tipo de anticonceptivo usado

Tipo	No.EMB.	Si EMB.	Aborto.
Pildoras	47.2	53.7	100
Preservativo	44	27.2	

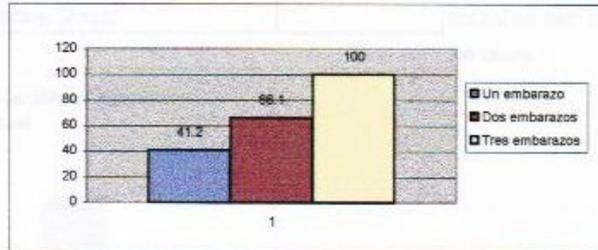
Predomina el uso de la píldora entre las embarazadas.



No uso de métodos anticonceptivos en sucesivos embarazos

Un embarazo	41.2
Dos embarazo	66.1
Tres embarazo	100

Esto se acentúa en los embarazos sucesivos llegando con 3 embarazos al 100% de no uso de métodos anticonceptivos.



Pareja única	<input type="checkbox"/>
Varias parejas	<input type="checkbox"/>

La frecuencia de ETS es más alta entre las personas solteras, divorciadas y separadas que entre las casadas.

INFORMACION SEXUAL		SI	NO
Considera que tuvo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANAL			
	Familiar	<input type="checkbox"/>	
	Ed. Formal	<input type="checkbox"/>	
	Pares	<input type="checkbox"/>	
	Personal de salud	<input type="checkbox"/>	
	Medios de com.	<input type="checkbox"/>	
	Otros	<input type="checkbox"/>	

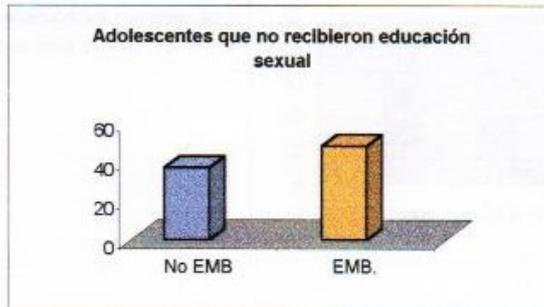
La información no es solo un aspecto de la educación sexual, sino que esta incluye la formación de las actitudes positivas hacia la sexualidad. Permite que el adolescente se reconozca, identifique y acepte como un ser sexual y sexuado sin temores, angustias ni sentimientos de culpa. En materia de educación sexual sería el hogar el agente educativo primario, ya que su capacidad como formador de modelos y de futuros patrones de conducta resultan insustituibles. Además deben estar incluidas las instituciones, el personal de salud, los pares, medios de comunicación, instituciones religiosas, centros deportivos y culturales.

* La mitad de las embarazadas adolescentes llegan al final del embarazo en total ignorancia, con respecto a la educación sexual.

Educación sexual recibida

	No EMB	EMB.
no recibió educación sexual	36.8	47.9

La embarazada no ha recibido educación sexual en casi la mitad de los casos.



SITUACION FAMILIAR

Edad del padre-----

Edad de la madre-----

Nivel de Instrucción

padre o sust.

Madre o sust.

- Analfabeto
- Prim.incomp.
- Primaria
- Sec/Tecnico
- Univ/Terceario

Padres unidos

Padres separados

Nueva unión de la madre

Nueva unión del padre

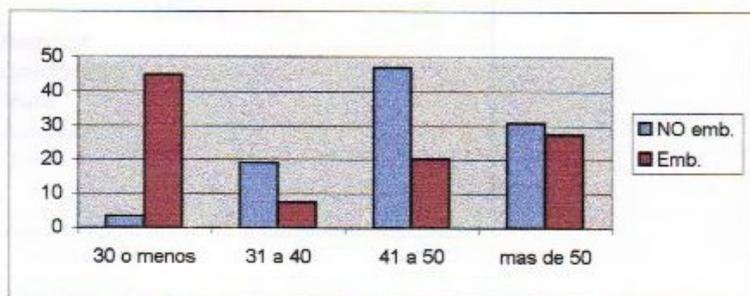
Criada por los abuelos

Criada por otros

Edad del jefe de familia

EDAD	NO emb.	Emb.	Abortos	2° hijo
30 o menos	3.3	44.8	0	98
31 a 40	19.1	7.5	0	
41 a 50	47	20.2		
mas de 50	30.7	27.5	100	

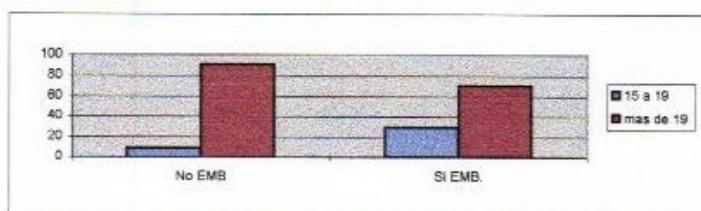
La edad del jefe de familia es menor en las adolescentes embarazadas y esto se acentua a mayor número de hijos.



Edad de la madre al nacimiento de la adolescente

Edad	No EMB	Si EMB.
15 a 19	9.1	29.6
mas de 19	90.9	70.4

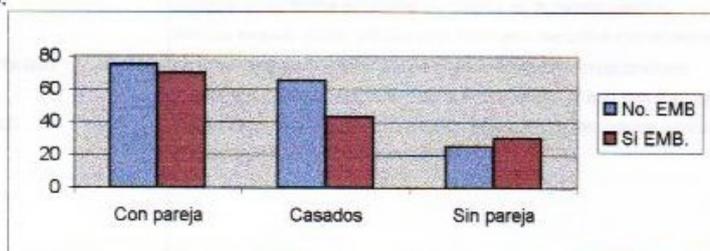
El patron familiar tiende a perpetuarse, ya que entre las embarazadas un tercio de sus madres eran adolescentes al nacimiento de ellas mismas.



Situación de pareja del jefe de familia

Estado	No. EMB	Si EMB.	Abortos
Con pareja	75.1	69.8	51.6
Casados	65.3	43.2	51.6
Sin pareja	24.9	30.2	48.4

El estado civil del jefe de familia marca diferencias en el porcentaje de embarazos de las adolescentes.



La información sobre el proceso generativo humano que reciben los adolescentes es muy limitado. En general los padres raramente saben como orientar y encausar a sus hijos, la fuente de información pasa a ser informal y desestructurada. Los embarazos en adolescentes se dan en un contexto de ignorancia.

Vinculo con los padres	
Padre o sust.	Madre o sust.
	Regular Conflictivo Malo Ausente Otros

El adolescente tiene mucha necesidad del estímulo y el reconocimiento de parte de los padres, y no solo de sus compañeros y del grupo social donde se desarrollan sus actividades. La conducta de rebeldía y desafío, tan característica del adolescente es debida a una necesidad de autoafirmación y lucha contra la dependencia. La reacción de los padres con malestar y agresividad frente a esta conducta no hace sino estimularla.

(ADOLESCENCIA. Mercedes Freyre de Garbarino. Ed. Roca Viva.)

ANTECEDENTES FAMILIARES
Trastornos Psico.
Violencia familiar
Alcoholismo
Muerte de la madre
Otros

ANTECEDENTES PERSONALES
Trastornos Psico.
Maltrato
Abuso sexual
Abandono
Otros

Abandono: El aspecto más importante a considerar en el abandono, es el lograr su Integración a un hogar estable. De lo contrario las carencias impactaran preferentemente en el proceso educativo.
Maltrato: Constituya un caso severo de Irregularidad, generalmente aunque no en forma exclusiva se origina en la familia misma.
Abuso sexual: Cabe señalar que los casos sexuales individuales ocurren preferentemente en los preadolescentes, originandoles trastornos psicopatológicos y de la vida afectiva, y son con frecuencia producidos por integrantes de la familia con francos rasgos anormales que incluyen: el alcoholismo crónico.

HABITOS	
Tabaco	Edad de inicio _____
Alcohol	Edad de inicio _____
Otras drogas	Edad de inicio _____

Las conductas de riesgo se encuentran interrelacionadas y asociadas con el consumo de alcohol y drogas: por ejemplo, existe una clara correlación entre el uso del alcohol y drogas, y la iniciación precoz de las relaciones sexuales.

La joven que padece ETS ha mantenido relaciones sexuales sin una protección adecuada, es fundamental reconsiderar la conducta sexual y el uso de medidas anticonceptivas.

SITUACION PSICOEMOCIONAL

Angustia
Ansiedad
Depresion
Trastornos de conducta
Trastornos psicoticos
Retraso mental
I.A.E

VIDA SOCIAL

Amigos
Bailes
Deportes
TV
Otros

Anexo 3

ANEXO III

HABITOS:

Los adolescentes poseen pocos conocimientos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor. Estos conocimientos adquieren gran importancia cuando se trata de planificar la anticoncepción.

Casi todos los adolescentes señalan el placer como principal motivación para el mantenimiento de una relación sexual. Esta respuesta explica claramente que estas reacciones no sean planificadas en la mayoría de los casos. Esto a su vez dificulta el uso de métodos anticonceptivos, a pesar de que estos métodos puedan conocerse.

EDUCACION SEXUAL:

La enorme mayoría de los adolescentes encuestados entiende que debiera existir educación sexual dentro del sistema educativo, ya sea en el liceo, en la escuela o en ambos. Los principales confidentes en materia de sexualidad son mayoritariamente los amigos, sin embargo la principal fuente de información es la madre.

La buena interacción familiar es notoria en el caso concreto del aporte de información sobre temas sexuales, sin embargo si se analizan los conocimientos sobre la sexualidad se puede concluir que la madre no es buena instructora.

ANTICONCEPCIÓN:

La casi totalidad de los adolescentes, dicen conocer la píldora y el preservativo, como métodos anticonceptivos, el conocimiento que declaran tener los adolescentes Uruguayos es entre el 60 y 80%. La mayoría de ellos dice preferir el preservativo, respuesta lógica si se tiene en cuenta las características descritas de las relaciones sexuales de los adolescentes, a periódicas, poco frecuentes, con pareja no estable.

Sin embargo a pesar de conocerlo solo aproximadamente la mitad de los adolescentes usa anticonceptivos en la primera relación sexual y muy poco más en las relaciones subsiguientes.

CONSUMOS NOCIVOS:

Los temas de la droga así como de las ETS, se ha constituido en factores de conciencia social como consecuencia de

sus efectos patológicos y socialmente destructivos.

Solamente el 1% de los jóvenes admite consumir drogas.

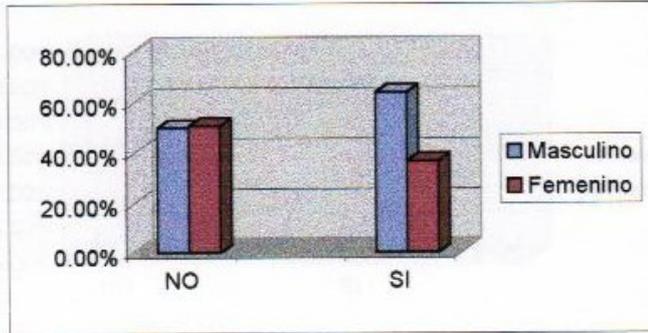
Lamentablemente el tratamiento de estos temas usualmente se enfoca en el abordaje de las consecuencias biológicas y psicológicas del consumo de drogas o de una sexualidad irresponsable, sin asumir

las conductas y los comportamientos culturalmente condicionados que conducen a estas modalidades de autodestrucción. Mientras haya angustia y hastío tendrán vigencia los dispositivos de autodestrucción dada su capacidad de ofrecer en lo inmediato un componente placentero y de escape a la realidad.

CONSUMO REGULAR DE DROGAS Y SEXO DEL ADOLESCENTE

	Masculino	Femenino
NO	49.60%	50.40%
SI	63.60%	36.40%

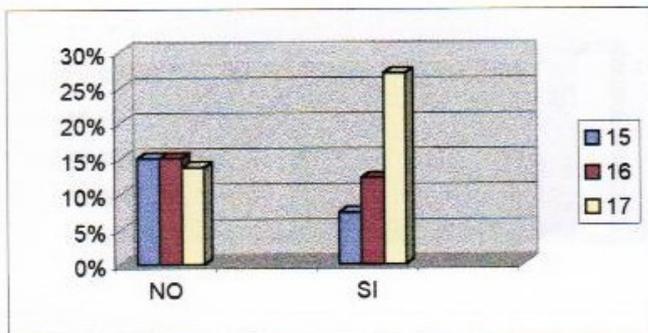
FUENTE: PORTILLO. J.
 "El Adolescente y su
 Entorno". 1992.
 OEA, FUNAP, IIN.



Por droga se considera a todas aquellas sustancias de comercialización prohibida o limitada. Solamente el 1% de los jóvenes admite consumir drogas.

CONSUMO REGULAR DE DROGAS Y EDAD DEL ADOLESCENTE

	15	16	17
NO	15%	15%	13.70%
SI	7.30%	12.20%	27%

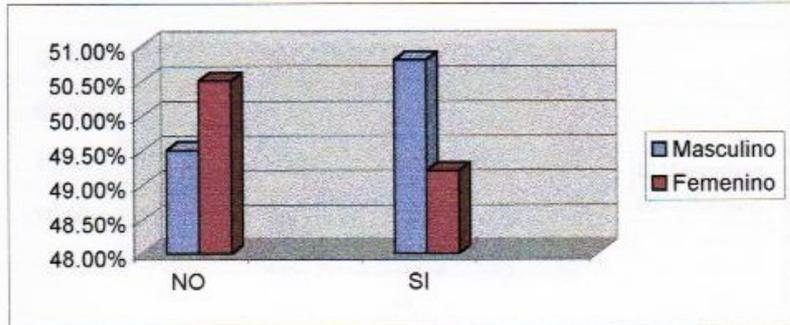


FUENTE: PORTILLO. J.
 "El Adolescente y su
 Entorno". 1992.
 OEA, FUNAP, IIN.

CONSUMO REGULAR DE TABACO Y SEXO DEL ADOLESCENTE

	Masculino	Femenino
NO	49.50%	50.50%
SI	50.80%	49.20%

FUENTE: PORTILLO, J.
"El Adolescente y su Entorno". 1992.
OEA, FUNAP, IIN.

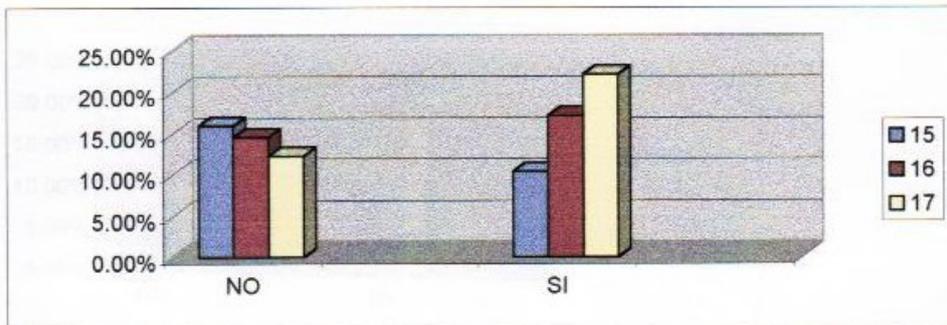


El consumo de tabaco genera adicción y provoca muy negativos efectos fisiológicos, sin embargo no es considerado como droga, y goza de una importante promoción comercial para su extendido consumo, prácticamente sin restricciones de edad.

CONSUMO REGULAR DE TABACO Y EDAD DEL ADOLESCENTE

	15	16	17
NO	15.90%	14.50%	12.20%
SI	10.30%	17.10%	22.10%

FUENTE: PORTILLO, J.
"El Adolescente y su Entorno". 1992.
OEA, FUNAP, IIN.

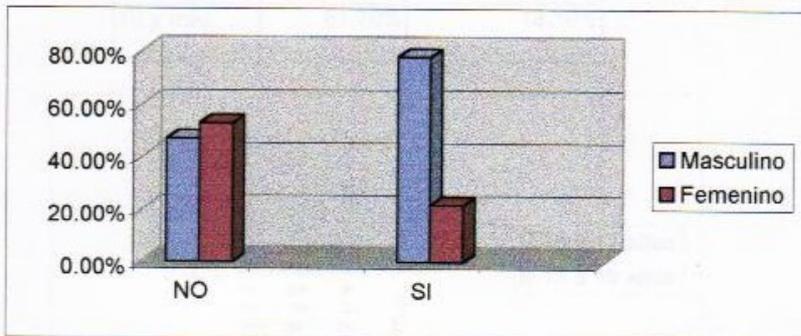


Un 17% de los jóvenes manifiesta ser fumador, por sexo no existen diferencias. Por edad, es a partir de los 16 años en que se produce significativamente la incorporación del hábito.

CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL Y SEXO DEL ADOLESCENTE

	Masculino	Femenino
NO	47.10%	52.90%
SI	78.20%	21.80%

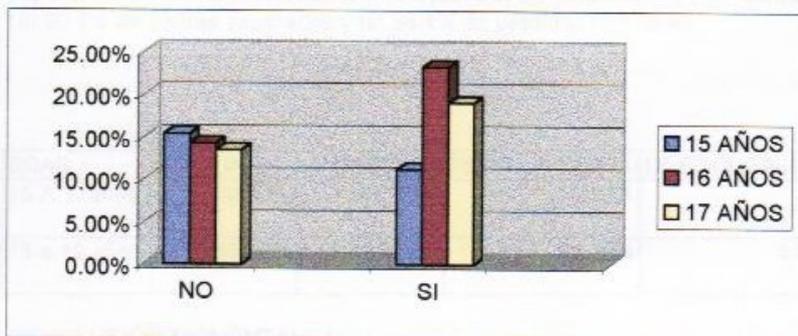
FUENTE: PORTILLO. J.
 "El Adolescente y su
 Entorno". 1992.
 OEA, FUNAP, IIN.



El consumo de alcohol al igual que el tabaco, tiene efectos nocivos y genera adicción. Por sexo es notorio el mayor consumo por parte de los varones.

CONSUMO REGULAR DE ALCOHOL Y EDAD DEL ADOLESCENTE

	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS
NO	15.30%	14.20%	13.40%
SI	11.10%	23.30%	19%



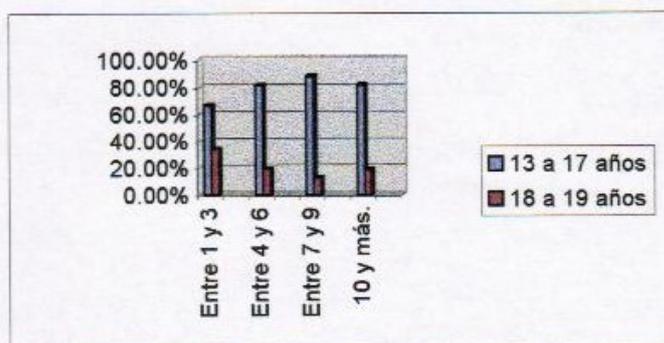
La edad más significativa de inicio al igual que el tabaco, se ubica en los 16 años.

TV: Los medios audiovisuales son una nueva forma de conocer el mundo y transmitir experiencia e información. Es también un formidable constructor de ideología, ya que en el texto, en el subtexto, en el contexto o en el pretexto hay una permanente transmisión de valores, apreciaciones que implican una concepción del mundo y de la vida por cierto muy coherente y plenamente funcional para los intereses dominantes a nivel de toda la sociedad.

HORAS DEDICADAS A LA TV Y EDAD DEL ADOLESCENTE

	13 a 17 años	18 a 19 años
Entre 1 y 3 hs	66.60%	33.40%
Entre 4 y 6 hs	81.60%	18.40%
Entre 7 y 9 hs	87.90%	12.10%
10 y más.	81.70%	18.30%

FUENTE: PORTILLO. J.
"El Adolescente y su
Entorno". 1992.
OEA, FUNAP, IIN.



El 52% de los jóvenes la dedica entre 1 y 3 hs diarias a la TV, con lo cual ya se está equiparando

AMBITO FAMILIAR:

Hay que tener en cuenta que la pérdida real somete al adolescente a una situación de duelo, pero que así también la separación de los padres en las últimas décadas es una práctica social muy común en Uruguay de cualquier manera una separación somete a los adolescentes a pruebas de adaptación y plasticidad creciente en el ámbito familiar. Un 20.3% de padres separados y un 38.4% de pérdidas familiares.

EDAD	NINGUNA	PADRES SEPARADOS	PERDIDA DE FAMILIA	DESOCUPACION	ALCOHOLISMO	OTROS
15 A 17 años	39.20%	19.20%	39.50%	7%	7.50%	1.60%
18 a 19 años	33.80%	22.60%	39.70%	8.80%	5.40%	1%

CONCLUSIÓN MOMENTANEA:

Nuestros adolescentes viven en un clima familiar complejo, la calidad de la comunicación es parcial. La TV aparece como elemento de fuga. A otra realidad, a su vez da cuenta del momento de pasividad, en que se encuentran nuestros adolescentes. La subalteridad es palpable y se combina con un quiebre comunicacional con las generaciones parentales. Tiene una capacidad de percepción de su problemática personal y social, en la que se encuentra. Lo que da un índice de capacidad de observación de la realidad y no una desmentida negación de a misma.. Quizás es aquí donde se manifiesta la fragilidad en cuanto al potencial que tienen para modificar el entorno que los rodea. Empresa que nos implica a todos y no solamente a los adolescentes