

UNIDADE DIDÁCTICA 2. Sexualidade e reprodución

Índice de contidos:

1.1. O APARATO REPRODUTOR FEMININO.....	1
1.2. O CICLO MENSTRUAL.....	2
2. O ACTO SEXUAL.....	4
3. FECUNDACIÓN, EMBARAZO, PARTO E LACTACIÓN.....	5
3.1. FECUNDACIÓN.....	5
3.3. PARTO.....	8
3.4. POSPARTO E LACTACIÓN.....	9
3.5. A SAÚDE DA NAL.....	10
4. O CONTROL DA REPRODUCCIÓN.....	11
4.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	11
4.2. ABORTO.....	13
4.3. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.....	13
5. ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).....	14
CARACTERÍSTICAS DAS ETS.....	14
6. A SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA.....	15

*Reprodución e sexualidade son dous conceptos diferentes que non sempre van unidos. Mentres que a **reprodución** ten por finalidade a procreación, a sexualidade é unha parte integrante do individuo e representa un modo de expresar a afectividade entre a parella e unha fonte de pracer e de comunicación.*

*Moitas persoas cren que, ao falar de sexualidade, se fala de "xenitais" ou do sexo que temos ao nacer. Non obstante, a **sexualidade** é un concepto máis amplo; inclúe o sexo biolóxico pero tamén os sentimentos, proxectos, expectativas, desexos, fantasías e xogos de poder. Ademais, desde nenos, adoptamos ideas e condutas cara ao sexo que veñen moldeadas polas actitudes que a familia, as amizades e os medios de comunicación teñen da sexualidade. En consecuencia, a sexualidade abarca a bioloxía, a psicoloxía e a cultura. Por iso, cada persoa vívea á súa maneira.*

Naturalmente, desde o punto de vista biolóxico, o fin primordial da sexualidade é a reprodución; é dicir, a procreación que asegure a supervivencia da especie. Non obstante, nos humanos o pracer sexual non vai necesariamente unido á reprodución. A maioría das experinecias sexuais non teñen unha finalidade reprodutiva; de feito, a muller pode ter desexos sexuais en días non fértiles do seu ciclo menstrual ou durante a menopausa. Igualmente, unha parella pode decidir ter relacións sexuais evitando o embarazo. Ter fillos é unha decisión importante que debe ser tomada libre e responsablemente. A aceptación de distintas formas de sexualidade constitúe unha forma de respecto á liberdade individual.

1. A BIOLOXÍA DA SEXUALIDADE

1.1. O aparato reprodutor feminino

O aparato reprodutor feminino é o encargado de producir os gametos femininos (óvulos), participar na fecundación e permitir o desenvolvemento do feto ata o nacemento.

O aparato reprodutor feminino comprende os órganos externos e os órganos internos.

A parte externa e visible do sexo feminino chámase **vulva** e inclúe dous grandes pregues chamados **labios maiores**; no seu interior, dous pregues menores chamados **labios menores** e, na parte superior, no punto onde os labios menores se xuntan, o **clítoris**¹.

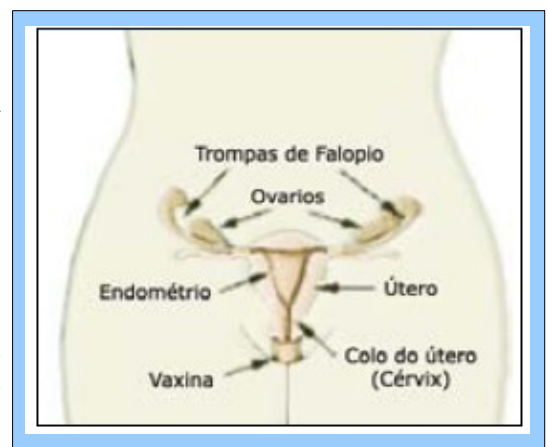
A medio camiño entre o clítoris e a entrada da vaxina está o **orificio urinario**, por onde se expulsa a urina procedente da vexiga. Máis abaixo, na parte inferior da vulva, atópase o **orificio vaxinal** rodeado dunha fina membrana chamada **hime**².

No interior do abdome da muller están os **xenitais internos**: a **vaxina**, o **útero** ou **matriz**, as **trompas de Falopio** e os **ovarios**.

A **vaxina**³ comunica a vulva co útero. É un conduto musculoso e elástico inclinado cara atrás (formando un ángulo de 45°). A vaxina aloxa o pene durante o acto sexual e nela depositanse os espermatozoides.

O **útero** ou **matriz**, é un órgano muscular moi elástico, oco e con forma de pera invertida. No útero é onde se desenvolve o embrión ata o nacemento.

O seu interior está recuberto por unha capa chamada **endometrio** que cambia durante o ciclo menstrual e na cal aniña o óvulo fecundado.



Por fóra do endometrio está a capa muscular do útero, chamada **miometrio**, encargada de expulsar o bebé no parto.

De ambos lados do útero parten dous condutos en dirección aos ovarios, son as **trompas de Falopio**. Nas trompas ten lugar a fecundación. Para iso, as trompas aspiran o óvulo que se desprende do ovario (antes de que se perda no abdome) e o transportan para facilitar o seu encontro cos espermatozoides. Como os óvulos non teñen capacidade de movemento, as trompas de Falopio facilitan a súa viaxe cara ao útero grazas ás contraccións das súas paredes e a uns pelos diminutos (*cilios*) que teñen no seu interior.

¹ O clítoris é un órgano do tamaño dun chícharo, moi sensible, capaz de poñerse duro e erecto durante a excitación sexual.

² Durante a infancia o hime protexe das infeccións; a partir da adolescencia, esta función desempeña o fluxo vaxinal.

³ Contrariamente ao que moitas persoas cren, a vaxina é pouco sensible. O interior da vaxina está sempre húmido para favorecer o crecemento de bacterias beneficiosas que a protexen contra as infeccións e para facilitar a lubricación durante o coito (de feito, a humidade aumenta coa excitación sexual).

Os **ovarios** son dous órganos con tamaño e forma de améndoa. Teñen dúas **funcións**:

- Madurar e expulsar **óvulos**⁴. Os óvulos son as células sexuais femininas, tamén chamadas gametos femininos. Son células inmóbiles, microscópicas (0'2 milímetros) de forma esférica.
- Producir **hormonas sexuais femininas (estróxenos e proxesterona)** responsables do aspecto feminino da muller (cadeiras redondeadas, mamas, pel fina, etc...), do ciclo menstrual e da boa evolución do embarazo.

1.2. O ciclo menstrual

A produción de óvulos vai asociada a unha serie de cambios no ovario e no útero que ocorren de forma periódica cada mes e que reciben o nome de **ciclo menstrual**⁵ e abrangue dende o primeiro día da regra ou menstruación ata o primeiro día da seguinte..

No ciclo menstrual podemos distinguir as seguintes **fases**:

1. **Regra ou menstruación** (días 1 - 4): cando non hai fecundación o óvulo e a capa interna do útero (endometrio) xa non son necesarios. En consecuencia, o corpo expúlsaos ao exterior, proceso que vai achegado dunha hemorraxia que se coñece como *menstruación* ou *período*.
2. **Preovulación** (días 5 - 13): as hormonas producidas pola hipófise (pequena glándula situada na base do cerebro) avisan a un dos ovarios para que faga madurar un óvulo. As hormonas producidas polos ovarios actúan sobre o útero facendo que o endometrio se vaia engrosando e adquirindo un aspecto esponxoso con numerosos vasos sanguíneos preparándose para nutrir a un futuro embrión.
3. **Ovulación**⁶ (día 14): o óvulo maduro sae do ovario e viaxa polo interior da trompa de Falopio correspondente cara ao útero. O ovario dereito e o ovario esquerdo alternanse cada mes.
4. **Posovulación** (días 15 - 28): o óvulo segue a súa viaxe e finalmente chega ao útero.

Se non houbo fecundación prodúcese a menstruación cunha duración aproximada de 4 – 5 días e a continuación comeza a maduración dun novo óvulo e, con ela, a primeira fase dun novo ciclo.

Se o óvulo foi fecundado, o endometrio segue facéndose máis groso grazas ás hormonas segregadas polos ovarios e, desta maneira, prepárase para recibir e alimentar o embrión. Os ciclos menstruais detéñense ata despois do parto, de feito o primeiro síntoma do embarazo é a desaparición da menstruación.

Este ciclo repítese todos os meses durante a época reprodutiva da muller, é dicir, dende a súa primeira menstruación (ao redor dos 12-13 anos) ata a **menopausa** (ao redor dos 48-50 anos)

Os **días fértiles** son aqueles nos que é máis probable a fecundación (do día 9 ó 20 do ciclo). Non obstante, o ciclo menstrual pode variar por diversos motivos (ex: fatiga) de maneira que, en teoría, o embarazo pode producirse en calquera día do ciclo e incluso, aínda que moi raramente, durante a regra.

⁴ Mentres que os homes empezan a producir os espermatozoides na adolescencia, as mulleres nacen con todos os seus óvulos xa formados (ao redor de 500.000) aínda que en estado inmaturo. Durante a vida fértil da muller cada mes madura un óvulo por influxo das hormonas sexuais.

⁵ O ciclo menstrual soe durar 28 días por termo medio, pero pode variar entre 17 a 35 días e seguir considerándose normal.

Durante os dous ou tres primeiros anos da adolescencia e antes da menopausa os ciclos menstruais soen ser irregulares porque a produción de hormonas sexuais femininas non é estable.

⁶ *Como calcular o día da ovulación nunha muller con ciclos menstruais regulares máis curtos ou máis longos que a media?*

É fácil: como a fase de posovulación dura o mesmo en todos os ciclos (a fase de preovulación varía moito), o mellor é contar 14 días antes do último día do ciclo.

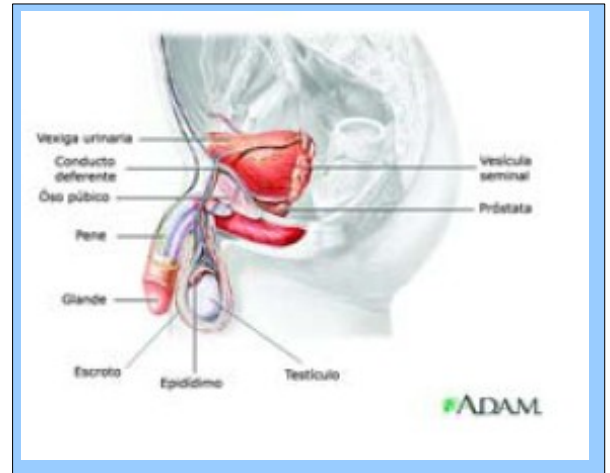
1.3. O aparato reprodutor masculino

O aparato reprodutor masculino é o encargado de producir os gametos masculinos (espermatozoides) e participar no proceso de fecundación.

O aparato reprodutor masculino tamén inclúe órganos externos e internos.

Os órganos xenitais masculinos externos son o *pene*, o *escroto* e os *testículos*, mentres que os internos son a *próstata*, as *vesículas seminais* e os *condutos espermáticos*.

O **pene**⁷ encárgase de introducir os espermatozoides na vaxina da muller. Ten forma de cilindro e o seu extremo chámase **glande** e está cuberto por un repregamento da pel fino e móbil chamado **prepucio**⁸, que se retrae durante a erección.



O **escroto** é unha bolsa de pel delgada e rugosa que ten a función de protexer os testículos das rozaduras e das altas e baixas temperaturas⁹.

Os **testículos**¹⁰ son dous órganos con forma de cirola situados no interior do escroto.

Teñen dúas **funcións** ben diferenciadas:

- Producir **espermatozoides**. Os espermatozoides son as células sexuais masculinas, tamén chamadas gametos masculinos. Son células microscópicas (0,05 milímetros) e alongadas, provistas dunha *cola* que lles dá mobilidade e unha parte anterior máis avultada chamada *cabeza* que contén a información xenética que transmitirá á seguinte xeración.



- Producir **hormonas sexuais masculinas** (**testosterona**) responsables do aspecto masculino do home (vello, voz grave, pel grosa, etc.).

Os **condutos deferentes** ou **espermáticos** levan os espermatozoides dende os testículos á uretra e de aí ao exterior a través do orificio urinario durante a exaculación.

No seu percorrido polos condutos espermáticos os espermatozoides mestúranse cos líquidos producidos por dous tipos de glándulas: a *próstata* e as *vesículas seminais*.

A **próstata** é unha glándula que rodea á uretra e que segrega un líquido que axuda a moverse aos espermatozoides e facilita a súa supervivenza.

As **vesículas seminais** elaboran secrecións ricas en glúcidos que proporcionan aos espermatozoides a enerxía necesaria para se desprazar.

⁷ O pene no seu interior semella unha esponxa, de xeito que durante a excitación sexual o sangue acumúlase no seu interior facendo que o pene aumente de tamaño, se endureza e se poña erecto.

⁸ Nalgúns casos o prepucio non permite que o glande quede ao descuberto, o que fai difícil a súa limpeza e a erección. Este problema, chamado **fimose**, arránxase cunha sinxela operación cirúrxica (circuncisión).

⁹ Cando vai calor, o escroto reláxase e os testículos colgan máis separados do corpo, o que favorece o seu arrefriamento. Co frío sucede o contrario. Este mecanismo é moi importante xa que a calor e, en menor medida, o frío reducen a produción de espermatozoides.

¹⁰ Os testículos comezan a funcionar na adolescencia ao seren estimulados polas hormonas da hipófise e, a diferenza dos ovarios, producen hormonas e espermatozoides durante toda a vida do individuo sen variacións cíclicas, pero decrecendo de maneira progresiva coa idade.

Así pois, o líquido expulsado na exaculación, chamado **seme** ou **esperma**, contén espermatozoides, líquido prostático e líquido seminal. Os espermatozoides poden vivir dentro do aparato xenital feminino ata 5 días despois de ser expulsados.

2. O ACTO SEXUAL

Cada persoa ten un xeito particular de vivir a súa sexualidade.

No acto sexual prodúcese unha serie de cambios corporais que son resultado da participación do cerebro. En consecuencia, a cultura, a personalidade e o vínculo afectivo coa parella xeran pensamentos e sensacións que afectan a maneira de vivir a sexualidade.

Agora ben, desde o punto de vista físico, a resposta do corpo a un estímulo sexual é sempre a mesma, sexa cal sexa a fonte de estimulación (masturbación, relación homosexual ou heterosexual) e produce tres reaccións básicas no corpo:

- Aumento do volume de sangue, principalmente nos xenitais e nas mamas.
- Aumento da tensión muscular en todo o corpo.
- Aumento do ritmo respiratorio.

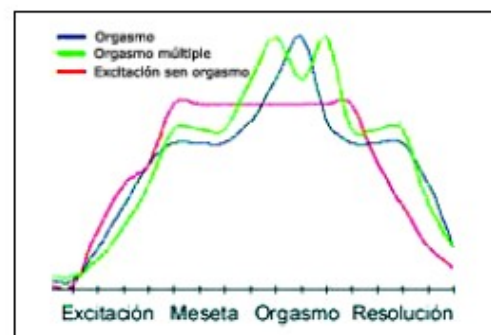
A **resposta sexual** vívese como algo continuo; sen embargo, é frecuente diferenciar cinco **fases**:

1. **Desexo**: as circunstancias, a educación e a herdanza estimulan ou reprimen o desexo sexual de xeito particular en cada persoa.

2. **Excitación**: ten lugar cando a estimulación é efectiva.

➔ **Nas mulleres**: a vaxina lubrícase, o clítoris e os labios menores aumentan de tamaño, o útero elévase e a vaxina ensánchase. As mamas aumentan de tamaño e as mamilas póñense erectas.

➔ **Nos homes**: o pene ponse erecto e a pel do escroto faise máis tirante, o que provoca que os testículos se eleven.



Fases da resposta sexual humana.

3. **Meseta**: sucede cando a excitación sexual chega ao máximo e estabilízase durante un tempo.

➔ **Nas mulleres**: o clítoris ocúltase baixo o seu capuchón e a vaxina alóngase e estréitase.

➔ **Nos homes**: os testículos aumentan de tamaño e segréganse unhas gotas procedentes dunhas glándulas situadas a ambos lados da uretra. Este líquido pode levar consigo espermatozoides que se atopan no camiño, de maneira que retirar o pene antes de exacular ("*marcha atrás*" ou "*coitus interruptus*") non é un método anticonceptivo seguro.

4. **Orgasmo**: é a fase de maior pracer.

➔ **Nas mulleres**: a vaxina, o útero e o esfínter anal contráense involuntariamente de forma rítmica. As mulleres poden alcanzar varios orgasmos sucesivos sen abandonar a fase de meseta.

➔ **Nos homes**: as vesículas seminais, a próstata, o pene, a uretra e o esfínter anal contráense involuntariamente.

Como resultado destas contraccións o seme pasa das vías espermáticas á uretra e, finalmente, ao exterior nun proceso que se chama **exaculación**.

5. **Resolución**: estado de repouso no que se produce a relaxación de todo o corpo e o aparato xenital volve ao seu estado normal.

Os homes despois da exaculación pasan por un período de tempo variable durante o cal non poden responder sexualmente a ningún estímulo. Esta limitación non se dá nas mulleres.

3. FECUNDACIÓN, EMBARAZO, PARTO E LACTACIÓN

3.1. Fecundación¹¹

Nos seres humanos, para que haxa embarazo teñen que unirse previamente un óvulo e un espermatozoide.

Este proceso chámase **fecundación** e ten lugar no interior da muller (*fecundación interna*), concretamente no terço externo das trompas de Falopio.

Cando ambas células se unen forman unha única célula chamada **cigoto**¹² de xeito que a metade do material xenético do cigoto (e polo tanto do futuro ser) procederá da nai e a outra metade do pai.

Entre os millóns de espermatozoides que son depositados na vaxina durante o coito uns 200 alcanzan o óvulo e só 1 espermatozoide se une a el.



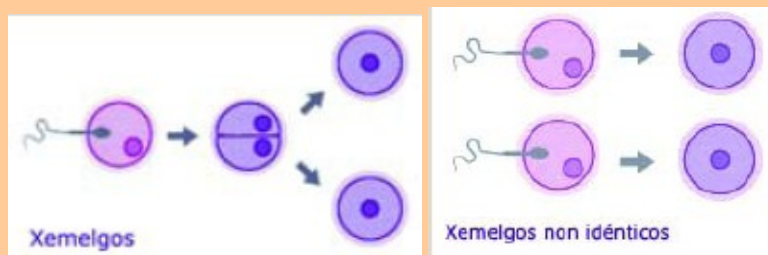
¹¹ Unha carreira de obstáculos!

- Depóitanse na vaxina uns 300 - 400 millóns de espermatozoides en cada exaculación.
- Chegan ao útero uns 4 - 5 millóns.
- Chegan ás trompas de Falopio uns 200 - 400.
- Únese ao óvulo só 1 espermatozoide.

¹² Xemelgos

Con esta palabra designamos os nenos ou nenas nacidos no mesmo parto, sexan ou non parecidos entre si.

Os xemelgos que teñen as mesmas características físicas proceden dun só cigoto (é dicir, un óvulo fecundado por un espermatozoide). Non se sabe con certeza por que ocorre, pero este cigoto divídese en dúas metades e cada unha delas desenvólvese e medra por separado, dando lugar por tanto a dous xemelgos idénticos. A frecuencia desta clase de xemelgos é de 3 á 5 casos por cada 1.000 embarazos e estas cifras mantéñense constantes ao longo do tempo e non varían coa etnia, antecedentes familiares, idade da nai ou do pai, nin cos tratamentos hormonais.



Os xemelgos non idénticos (en castelán chámanse “mellizos”) proceden de dous cigotos, é dicir, de dous óvulos fecundados cada un deles por un espermatozoide. En consecuencia, non son xeneticamente idénticos. Isto ocorre porque a muller “ovula dobre” e iso é algo que si está influído pola etnia (maior probabilidade entre as mulleres africanas), a idade (maior probabilidade coa idade) e a herdanza xenética por vía materna, así como polos tratamentos hormonais que puidera seguir a nai.

Cando nacen tres nenos ou nenas no mesmo parto resultan dunha tripla ovulación na muller; se son catro, nacen dunha cuádrupla ovulación, e así sucesivamente. Non obstante, a maior parte dos embarazos múltiples (3, 4, 5 ou máis fetos nun embarazo) son resultados de técnicas de reprodución como a fecundación in vitro.

Cando un espermatozoide logra atravesar a membrana que protexe ao óvulo cambian as propiedades da parede externa do óvulo e impídese a entrada doutros espermatozoides.

3.2. Embarazo¹³

Inmediatamente despois da fecundación e mentres viaxa pola trompa de Falopio, o cigoto comeza a dividirse dando lugar a dúas células, logo a catro e así sucesivamente ata orixinar un **embrión** que, finalmente, aniña na parede interior do útero (*endometrio*). A partir dese momento suspéndese o ciclo menstrual e iníciase a **xestación**, que durará aproximadamente 9 meses.

Ao comezo da xestación desenvólvense unha serie de órganos encargados de protexer o embrión, subministrar os nutrientes que precisa e eliminar os produtos de refugallo. Son o *amnios* e a *placenta*.

O **amnios** é unha membrana transparente que recubre o embrión formando unha cavidade (**cavidade amniótica¹⁴**) chea dun líquido chamado **líquido amniótico**. Este medio protexe o feto de posibles agresións do exterior como golpes e caídas, ademais de ser o medio ideal para favorecer o crecemento e os movementos do feto.



Os intercambios entre a nai e o feto teñen lugar mediante un órgano que se forma ao comezo da xestación, a **placenta**, unha especie de esponxa sanguínea a través da cal o sangue materno lle proporciona ao feto nutrientes e osíxeno (O₂) e recolle os produtos de desfeito e o dióxido de carbono (CO₂) rexeitados polo feto. Isto sucede sen que o sangue da nai e do feto entren en contacto directo. Ata o momento do nacemento, o feto permanece unido á placenta polo **cordón umbilical**.

A placenta ten ademais outras funcións:

- Actúa de barreira defensiva, evitando o paso de células e sustancias prexudiciais.
- Fabricar hormonas (estróxenos e proxesterona) esenciais para levar adiante o embarazo e para o desenvolvemento das glándulas mamarias.¹⁵

O embarazo **divídese en tres trimestres**. Cada trimestre ten os seus propios eventos importantes.

- O **primeiro trimestre** é o período de maior fragilidade, durante o cal se forman todos os órganos e sistemas principais. A maior parte dos defectos conxénitos e os abortos espontáneos prodúcense no primeiro trimestre.
- Durante o **segundo e terceiro trimestre** o feto fórmase por completo, crece e madura con rapidez.

¹³ *Como saber se hai embarazo?*

O síntoma máis importante é a ausencia da menstruación. O método máis seguro para comprobar se hai ou non embarazo é a proba da urina (de venda en farmacias), que detecta a presenza dunha hormona típica do embarazo, a chamada HCG. Se a proba dá positivo non existe dúbida.

¹⁴

A cavidade amniótica é coñecida vulgarmente como “bolsa das augas”

¹⁵

Un dos primeiros síntomas de embarazo é o aumento de volume das mamas.

	Nai	Embrión
1º Trimestre	● Cese do ciclo menstrual. ● Aumento do volume das mamas. ● Son frecuentes as náuseas e os vómitos.	● Mide 8 cm e pesa 60 g ● Comeza o desenvolvemento do estómago, do cerebro e do fígado. ● O corazón comeza a latexar e bombear sangue. ● Comezan a aparecer as mans e os ollos.
2º Trimestre	● Modificación da silueta polo aumento do tamaño do útero. ● Aumento do volume das mamas. ● Nótanse os movementos do feto.	● Mide 30 cm e pesa 1 kg ● Formación dos brazos e as pernas. ● Posúe dedos, pálpebras e nariz. ● Xa se pode recoñecer o sexo. ● A partir das 8 semanas xa non se denomina embrión senón feto.
3º Trimestre	● Aumenta o tamaño do útero, que comprime os órganos abdominais ● Aumento das mamas, ● Nótanse os movementos do feto.	● Mide 50 cm e pesa 3 kg ● Continúa a maduración dos órganos. ● Fórmase graxa baixo a pel. ● Nos varóns, os testículos descenden ao escroto. ● É moi activo, patexa e móvese no líquido amniótico. ● Xa pode oír sons. ● É viable, podería sobrevivir fóra do útero no caso dun parto prematuro. ● Sitúase cabeza abaixo, listo para nacer.

3.3. Parto

O nacemento é esperado, polo menos en teoría, 266 días despois da fecundación, ou, o que é máis fácil de calcular, 280 días (40 semanas) despois do comezo da última menstruación. Os bebés raramente nacen o día programado; a maior parte deles nacen nunha marxe de dúas semanas ao redor desta data.

O parto é o proceso polo que o feto sae do útero materno ao mundo exterior.

O parto iníciase cando o útero empeza a contraerse e a parte baixa do útero (colo do útero) comeza a dilatarse; neste caso fálase de parto espontáneo. O feito de “romper augas”, é dicir, a rotura da bolsa de líquido amniótico é un síntoma claro de que o parto é inminente. Nalgunhas ocasións é necesario provocar o parto cando a saúde da nai ou do bebé están en risco.

A saída do bebé pode ser vaxinal ou abdominal. Á súa vez o parto vaxinal pode ser natural, cando o bebé sae sen axuda, ou precisar de instrumentos para facilitar que saia como son o fórceps ou a ventosa. No parto abdominal o bebé e a placenta son extraídos cirurxicamente mediante cesárea.

A duración media dun parto é moi variable, desde unha hora ata un día ou máis, pero soe acurtarse en embarazos sucesivos. En calquera caso, o parto¹⁶ consta de tres **etapas**:

- **Dilatación.** O parto comeza cando a muller embarazada ten contraccións do útero regulares que dilatan o colo do útero. O bebé tamén colabora na dilatación ao exercer presión sobre o colo do útero. Esta fase pode durar entre 8 – 14 h nunha nai primeriza.



Fases de dilatación e expulsión.

¹⁶ Resulta de gran axuda asistir aos cursos de preparación ao parto que organizan os centros de saúde, en especial cando se asiste en parella. A relación con outras nais e pais que se atopan na mesma situación axuda a disipar dúbidas e a compartir temores e alegrías respecto do embarazo. Ademais nestes cursos apréndense, de xeito práctico, exercicios de elasticidade e técnicas de respiración e relaxación moi útiles no parto.

- **Expulsión do feto ou nacemento.** Axudado polos empurróns voluntarios da nai e involuntarios das contraccións uterinas, o bebé sae recuberto dunha substancia graxa abrancazada que lle axuda a manter a temperatura.

Esta fase dura uns 30 minutos.

Habitualmente o primeiro en saír é a cabeza, seguida dos ombros e do resto do corpo. Inmediatamente despois de nacer, o bebé empeza a respirar e, despois dalgúns minutos, o cordón umbilical deixa de latir. Só entón poderá cortarse (entre dúas pinzas para evitar que saia sangue).

- **Expulsión da placenta.** Aproximadamente aos 15 minutos despois do nacemento o útero reinicia as súas contraccións para desprender a placenta do útero. A placenta e o cordón umbilical restante son expulsados ao exterior xunto con abundante sangue.

3.4. Posparto e lactación¹⁷

Nos días posteriores ao parto experimentanse enormes cambios físicos que adoitan estar acompañados de dores en diferentes partes do corpo, así como sensacións de cansazo e debilidade polo esforzo realizado no parto e polos cambios que impón o bebé no sono.

Ademais, o intestino tarda algúns días en funcionar con normalidade e isto ocasiona en moitas mulleres problemas de retraemento e hemorroides.

Outras consecuencias normais que se producen durante as semanas do posparto son as contraccións uterinas e os sangrados. As contraccións uterinas no posparto, chamadas **entuerros**, conducen á diminución de tamaño do útero. Os sangrados no posparto, chamados **loquios**, proveñen do útero, concretamente da ferida que deixou a expulsión da placenta. Durante este período a muller debe utilizar compresas, nunca tampóns vaxinais.

Durante os primeiros meses de vida os bebés aliméntanse case exclusivamente de leite. A produción de leite débese á acción dunha hormona chamada *prolactina*, que se produce na hipófise. O bebé ao succionar a mamila, estimula a saída do leite e a produción de máis cantidade.

Durante os 5 días seguintes ao parto, prodúcese un leite especial chamado *costro*, moi rico en proteínas, sales minerais e anticorpos. Este leite protexe ao acabado de nacer e axúdao a iniciar a súa función intestinal. Máis tarde o costro vai sendo substituído polo leite propiamente dito.

O leite materno proporciona o alimento ideal durante os primeiros seis meses de vida, pois aporta todos os nutrientes e anticorpos que necesita o bebé para crecer san.

Ademais, protéxeo fronte a diarreas e infeccións respiratorias e estimula as súas defensas inmunolóxicas. Aleitar tamén é beneficioso para a saúde da nai porque o útero recupera máis rapidamente o tamaño e a forma anteriores ao embarazo e protéxeo contra o cancro de mama.

Finalmente, non podemos esquecernos das vantaxes dese vínculo afectivo especial que se crea entre a nai e o bebé.

A Organización Mundial da Saúde (OMS) recomenda aleitar durante un período mínimo de 6 meses, pero é importante saber que, por breve que sexa o período de lactación, a saúde do bebé sempre resultará beneficiada.

¹⁷ Durante séculos a lactación serviu de método anticonceptivo natural. A súa eficacia é do 98% pero para iso débense cumprir tres condicións:

1. A menstruación non se reiniciou.
2. O bebé aliméntase exclusivamente do leite materno.
3. O bebé ten menos de 6 meses de idade.

LEITE MATERNO	LEITE MATERNIZADO
Composición adecuada ás necesidades do acabado de nacer.	Fabricados con leite de vaca ao que se lle modifica a composición para facelo parecido ao leite materno
Libre de xermes e á temperatura axeitada	O biberón, a mamadeira e a auga deben esterilizarse coidadosamente. Debe axustarse á temperatura adecuada.
É de balde	Custo elevado
Dixírise máis doadamente	Pode producir retraemento
Contén anticorpos maternos que inmunizan o acabado de nacer fronte a posibles infeccións	Non contén anticorpos maternos. Son máis frecuentes as diarreas debidas a infeccións.
Favorece a relación emocional e psicolóxica entre a nai e o bebé.	Calquera persoa pode alimentar o bebé.

3.5. A saúde da nai

A **alimentación** é un factor fundamental para a saúde da nai e do bebé. Unha dieta sa e ben equilibrada no embarazo non significa “comer para dous” senón tomar alimentos variados e non abusar de doces e alimentos graxos. Unha boa alimentación axuda ademais a reducir algúns síntomas do embarazo e do posparto como o estrinximento. O aumento normal de peso está entre 9-12 kg ao final do embarazo.

Durante o embarazo aumenta a necesidade de proteínas e outros elementos esenciais para o correcto crecemento do bebé como o ácido fólico (axuda a previr defectos cerebrais e da medula espiñal como a espiña bífida), o calcio (axuda a manter a densidade dos ósos) e o ferro (necesario para que o sangue transporte osíxeno). É frecuente que o xinecólogo aconselle á nai tomar determinados suplementos na dieta para asegurar que estas necesidades nutricionais estean cubertas.

A práctica regular de **exercicio físico** beneficia ás mulleres embarazadas. Está comprobado que o exercicio axuda a evitar a diabetese de xestación (un tipo de diabetese que ás veces se manifesta durante o embarazo), a aliviar a fatiga, a mellorar a circulación de retorno reducindo o risco de varices e inchume, a evitar o exceso de peso e a recuperarse despois do parto. Agás que existan razóns médicas que o impidan, as mulleres embarazadas poden e deben facer exercicio con moderación, polo menos durante 30 minutos todos os días. Non obstante é aconsellable evitar certo tipo de actividades físicas como o mergullo, a equitación, o esquí e os deportes de contacto.

Independentemente dos hábitos previos, é común que a muller embarazada experimente cambios no **sono**.

No primeiro trimestre é común a somnolencia e unha maior necesidade de durmir debidas ao aumento da proxesterona, hormona producida en grandes cantidades durante o embarazo. Durante o terceiro trimestre, a micción frecuente, a incomodidade do ventre, os movementos fetais, as contraccións e/ou a ansiedade, poden dificultar o sono.

Ademais de ser prexudicial para todas as persoas o **tabaco** tamén prexudica ao feto.

Cando unha muller embarazada fuma o seu bebé recibe menos osíxeno e menos nutrientes, o que pode ser causa de que o bebé naza con baixo peso ou con atrasos no crecemento. O fumar durante o embarazo tamén aumenta as posibilidades de aborto espontáneo e parto prematuro e de que o bebé naza con problemas de asma. É aconsellable que as mulleres embarazadas eviten os ambientes cargados de fume de tabaco.

No que respecta ao consumo de **alcohol** durante o embarazo está comprobado que tamén pode producir efectos nocivos no bebé. Os fillos de nais alcohólicas padecen con frecuencia o chamado “síndrome alcohólico fetal”, con baixo peso ao nacer, malformacións e atraso mental. Non se coñece cal é a cantidade de alcohol inocua para o bebé, xa que as persoas non metabolizan o alcohol da mesma maneira. O consumo ocasional e en pequenas cantidades de bebidas alcohólicas de baixa graduación (viño, sidra ou cervexa) dificilmente pode afectar o bebé; non obstante recoméndase a todas as embarazadas absterse de consumir alcohol durante toda a xestación.

4. O CONTROL DA REPRODUCCIÓN¹⁸

4.1. Métodos anticonceptivos

É importante saber que non existe ningún método anticonceptivo perfecto, válido para todas as mulleres e homes, idades e situacións. Tampouco existe o anticonceptivo seguro ao 100 %, desprovisto de todo efecto secundario, inmediatamente reversible e sen obrigas. Por todo isto é moi importante pedir asesoramento médico sobre o anticonceptivo máis axeitado á idade, personalidade, estado de saúde e desexos propios.

Basicamente existen seis **clases** de métodos anticonceptivos:

➔ **Anticonceptivos naturais:** non utilizan ningún dispositivo externo. Son pouco ou moi pouco seguros.

Exemplos: método de Ogino e coito interrompido.

- O **método de Ogino** ou método do calendario consiste en evitar as relacións sexuais durante os días fértiles do ciclo da muller. É pouco eficaz porque moitas mulleres teñen ciclos menstruais de duración irregular.
- O método de marcha atrás ou **coito interrompido** consiste en retirar o pene antes da exaculación. Non é bo método anticonceptivo porque antes da exaculación se expulsa un líquido que pode levar consigo espermatozoides.

➔ **Anticonceptivos hormonais:** impiden a ovulación mediante a toma oral de píldoras con hormonas femininas sintéticas.

Exemplo: **píldoras anticonceptivas**.

En casos excepcionais, pódese impedir o embarazo mediante a píldora do día seguinte ou píldora poscoital. Trátase dun composto hormonal que, tomado ou inxectado durante as 72 horas seguintes a un coito sen protección, impide a aniñación do óvulo en caso de que fose fecundado. Debe receitalo o/a médico/a e ser utilizado só excepcionalmente pois a dose de hormonas é moi alta e pode causar efectos secundarios.

➔ **Anticonceptivos intrauterinos:** consiste na colocación (por parte do médico) dun obxecto no interior do útero que dificulta o paso dos espermatozoides cara ás trompas e impide que o embrión aniñe no útero.

Exemplo: o **DIU** (iniciais de Dispositivo IntraUterino).

➔ **Anticonceptivos barreira:** impiden a chegada dos espermatozoides ao útero.

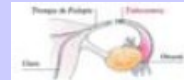
Exemplo: o **preservativo** ou condón (masculino e feminino) e o **diafragma**.

➔ **Anticonceptivos químicos ou espermicidas:** son produtos químicos en forma de xel, crema ou óvulo que se introducen na vaxina antes do coito e que destrúen os espermatozoides. Non se recomenda usar os espermicidas sós, senón xunto con outros métodos anticonceptivos.

➔ **Anticonceptivos cirúrxicos ou esterilización:** a esterilización é unha intervención cirúrxica que consiste en cortar as vías espermáticas nos homes (**vasectomía**) e as trompas de Falopio nas mulleres (**ligadura de trompas**).

¹⁸ O 23% dos mozos españois adopta condutas de risco nas súas relacións sexuais

Segundo a enquisa Shering sobre sexualidade e anticoncepción, realizada en España en 2002 a case dous mil rapaces e rapazas de idade comprendida entre 15 e 24 anos, case a cuarta parte dos mozos non usa ningún método anticonceptivo e esta porcentaxe aumenta segundo diminúe a idade.

Método	Efectividade	Vantaxes	Desvantaxes
Condón ou preservativo 	Teórica: 97-98 % Práctica: 80-90 % O uso incorrecto do preservativo fai que na práctica a efectividade sexa inferior á teórica.	•Fácil de usar. •Relativamente barato e fácil de obter. •Sen efectos secundarios. •Protexe contra as ETS.	•Algúns homes e mulleres quíxanse de perder sensibilidade. •Hai que colocalo antes do coito e, no caso do preservativo masculino, retíralo cando o pene está aínda en erección.
Diafragma con espermicida 	Teórica: 97-98 % Práctica: 80-90 % O uso incorrecto do diafragma fai que na práctica a efectividade sexa inferior á teórica.	•Sen efectos secundarios. •Protexe contra algunhas ETS.	•É preciso ir previamente a un centro sanitario para saber que talla se precisa. •Necesítase aprender a colocalo. •Hai que colocalo antes do coito e retíralo 8 horas despois.
DIU 	Teórica: 99 % Práctica: 95-98 %	•Non interfere no acto sexual	•Debe colocalo o/a médico/a. •Pode causar inflamacións, infeccións e regras dolorosas. •Precisa de control médico. •Menos recomendable en mulleres sen fillos.
Píldora 	Teórica: 99 % Práctica: 97-98 %	•Non interfere no acto sexual. •Regula os ciclos menstruais e reduce as dores da menstruación.	•Debe tomarse todos os días. •Pode ter efectos secundarios, sobre todo de tipo circulatorio. •Precisa de control médico. •Non recomendable en mulleres fumadoras, diabéticas, con xaquecas, obesas, con problemas circulatorios ou maiores de 35 anos.
Ligadura 	Teórica: 99 % Práctica: 99 %	•Non interfere no acto sexual. •Permanente. •Sen efectos secundarios.	•Precisa cirurxía con anestesia xeral ou epidural. •Pode ser irreversible.
Vasectomía 	Teórica: 99 % Práctica: 99 %	•Non interfere no acto sexual. •Permanente. •Sen efectos secundarios.	•Precisa cirurxía con anestesia local. •Pode ser irreversible.

NON SON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

- Retirar o pene no momento da exaculación. Antes da exaculación prodúcese un líquido que pode conter espermatozoides.
- Utilizar determinadas posturas durante o acto sexual.
- Realizar o acto sexual durante a menstruación.
- Lavar os órganos xenitais inmediatamente despois de realizar o acto sexual.

4.2. Aborto

Ás veces o embrión é expulsado do útero de forma natural antes de que sexa viable, é dicir, antes do sexto mes de embarazo. Cando isto ocorre fálase de **aborto espontáneo**, mentres que se a expulsión ten lugar a partir do sexto mes de embarazo fálase de **parto prematuro**.

O aborto espontáneo sucede como consecuencia de anomalías xenéticas no feto ou ben por infeccións, problemas hormonais ou consumo de substancias tóxicas (alcohol, tabaco ou outro tipo de drogas) por parte da muller embarazada.

O **aborto voluntario** é cando un embarazo se interrompe a petición da muller embarazada. Desde 1985 a lexislación española permite interromper o embarazo en tres casos:

- Para evitar un grave perigo para a vida ou a saúde física ou psíquica da muller embarazada.
- Cando o embarazo foi producido como consecuencia dunha violación.
- Cando se presume que o feto nacerá con graves taras físicas ou psíquicas.

Os centros acreditados en España para a interrupción voluntaria do embarazo son centros sanitarios públicos e privados que reúnen as condicións e equipamentos necesarios para realizar este servizo.

A decisión de interromper un embarazo é complexa para as mulleres, por iso é necesario informarse o máis exhaustivamente posible sobre os aspectos físicos, psicolóxicos e legais que comporta dirixíndose a unha Consulta Xove, Centro de Planificación Familiar, Oficina de Información Xuvenil ou a un Centro Asesor da Muller.

O aborto non é un capricho nin é un método de planificación familiar; é un recurso extremo ante un embarazo non desexado. En consecuencia, a prevención dos embarazos non desexados debe ser unha prioridade.

4.3. Técnicas de reprodución asistida

Unha de cada cinco parellas ten problemas para ter fillos. A idade, a tensión psicolóxica, a contaminación, algunhas substancias presentes nos alimentos (por exemplo, as hormonas para engordar o gando) e o consumo de substancias tóxicas (alcohol, tabaco e outras drogas) reducen a capacidade de ter fillos.

Independentemente da causa, a esterilidade é un problema de parella e ambos membros deben estar xuntos para superar o tratamento e o custe emocional que isto implica.

Durante séculos considerouse a muller como a responsable da esterilidade na parella. Non obstante, hoxe sabemos que a infertilidade pode afectar a muller (40% das parellas), o home (40% das parellas) ou a ambos (20% das parellas).

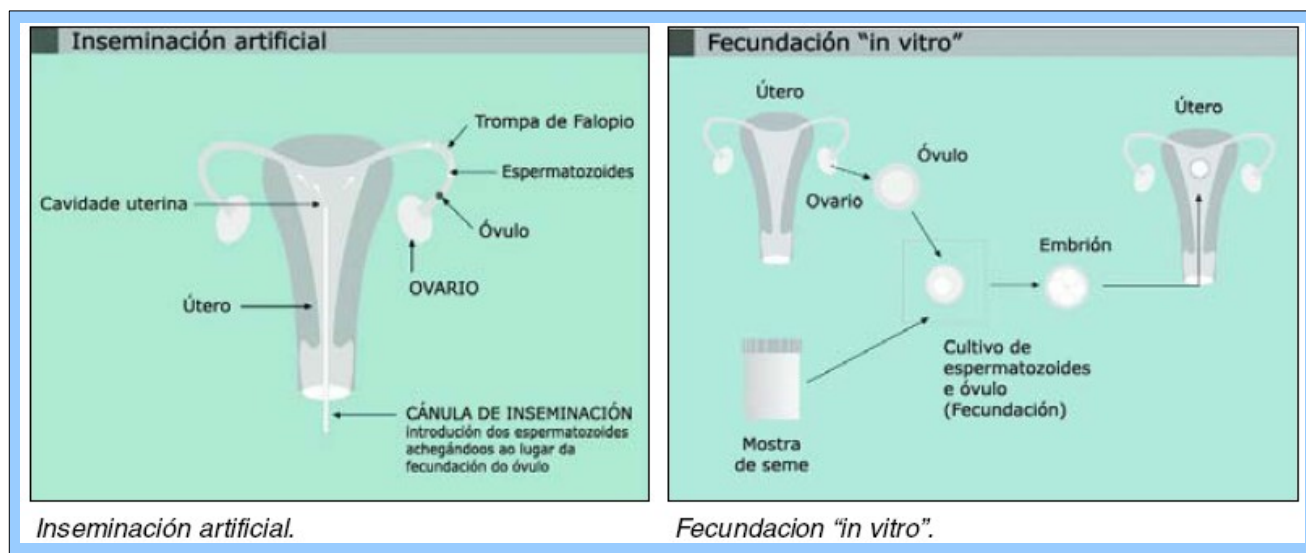
Para moitas parellas que esgotaron os tratamentos médicos tradicionais, as técnicas de reprodución asistida ofrecen a mellor esperanza e probabilidade dun embarazo.

As principais técnicas de reprodución asistida son a *inseminación artificial* e a *fertilización in vitro*.

- A **inseminación artificial** é unha técnica moi sinxela: no momento da ovulación o médico deposita no útero da muller o seme do home (da parella ou dun doante anónimo) axudándose dunha sonda.
- A **fecundación in vitro** é unha técnica máis complexa que a inseminación artificial porque a fecundación non ten lugar no interior da muller senón no laboratorio (in vitro significa “en vidro”).

O tratamento comeza coa estimulación do ovario con hormonas para obter varios óvulos no mesmo ciclo.

Unha vez extraídos os óvulos, póñense en contacto cos espermatozoides, e os embrións resultantes mantéñense nun medio de cultivo durante 3-6 días para, finalmente, ser implantados no útero da muller en número de 2 ou 3 embrións. Os restantes embrións consérvanse conxelados para o seu posible uso en tratamentos posteriores.



5. ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS¹⁹)

As enfermidades de transmisión sexual son as antigamente chamadas **enfermidades venéreas**, en referencia a Venus, a deusa do amor. As ETS son enfermidades infecciosas que se transmiten a través de contactos sexuais xenitais, oroxenitais ou anoxenitais. Os bicos raramente son responsables de ETS.

Actualmente están identificadas máis de 20 ETS causadas por diversos microorganismos: virus (condiloma, SIDA, herpes), bacterias (sífilis, clamidia, gonorrea), fungos (candidiasis) e protozoos (tricomonas). Tamén os patospatos e os ácaros da sarna poden transmitirse por contacto sexual.

Na actualidade, as ETS están en franco aumento, en particular entre a xente nova como resultado de factores biolóxicos (teñen os tecidos máis fráxiles) e de factores culturais relacionados coa revolución sexual ocorrida nos países occidentais nas últimas décadas.

A maior liberdade sexual (maior número de parellas sexuais ao longo da vida) e o inicio das relacións sexuais a idades máis temperás dificultan o control sanitario dos contactos.

Características das ETS

Para tomar conciencia da importancia das ETS e aprender a combatelas é importante coñecer algunhas das súas características:

- **Pasan con frecuencia desapercibidas** porque a persoa infectada pode non presentar síntomas (é o caso do condiloma e da clamidia), ou cando estes aparecen xa é demasiado tarde para evitar complicacións. Isto implica que moitas persoas infectadas ignoren a súa situación, o que aumenta o risco de espallar a enfermidade.

Por iso o diagnóstico temperán é a forma mais efectiva de evitar problemas.

¹⁹ *Síntomas que poden anunciar unha ETS:*

- Emisión anormal de líquidos polo orificio urinario ou pola vaxina.
- Proído ao orinar.
- Proído nos xenitais
- Inflamación dun ou varios ganglios na ingua.
- Verrugas, úlceras ou erupcións nos xenitais.
- Dolor durante o coito.
- Na muller: dor no baixo ventre ou á altura dos riles fóra da menstruación.
- Na muller: hemorraxias fóra da regra.

- **Poden provocar infertilidade.** O caso máis frecuente é a clamidia, unha bacteria que pode provocar nas mulleres a obstrución das trompas de Falopio co que se impide a fecundación (nos homes tamén pode comprometer a fertilidade). A clamidia é a responsable do 15 % das ETS en España.
- **Poden provocar cancro.** O virus do condiloma é o responsable do 99 % dos cancros de colo de útero nas mulleres.
- **Poden transmitirse ao feto** antes ou despois do parto causando abortos espontáneos, malformacións (sífilis) ou cegueira (gonorreia).
- **Non inmunizan.** A diferenza doutras enfermidades infecciosas (por exemplo, o sarampelo ou a rubéola), as ETS pódense contraer repetidas veces.
- **Non existen vacinas** para a maioría das ETS.
- **Non existen tratamentos eficaces contra as ETS de orixe vírica** (condiloma, SIDA, herpes), xa que os antibióticos non eliminan os virus.

Por todo isto os factores máis importantes na **loita contra as ETS** son previr o contaxio e acudir ao médico para o diagnóstico temperán e posterior tratamento da enfermidade.

A **prevención** supón usar preservativo (incluído sexo anal) e reducir ou evitar as prácticas de alto risco (sexo anal sen preservativo, relacións con profesionais do sexo, promiscuidade sexual, etc.)

6. A SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA

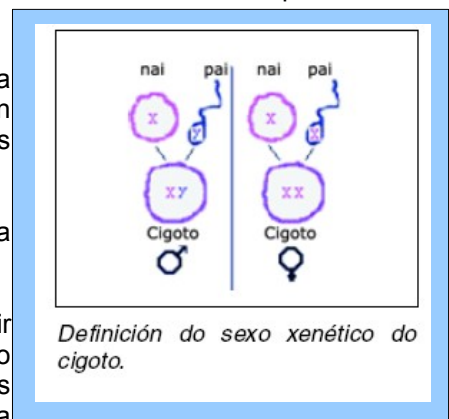
Os seres humanos somos seres sexuais mesmo antes de nacer e vivimos e expresamos a sexualidade de forma diferente en cada etapa da vida.

Na **etapa prenatal** (antes do nacemento) teñen lugar os procesos biolóxicos máis importantes da sexualidade humana.

O sexo xenético do feto defínese no momento da fecundación. Resulta da contribución xenética do pai porque os espermatozoides levan cromosomas X ou ben cromosomas Y, mentres que os óvulos unicamente levan cromosomas X.

O cigoto resultante da fecundación poderá ser XX, dando lugar a unha nena, ou XY, dando lugar a un neno.

Durante as seis primeiras semanas de embarazo non se pode distinguir o sexo xenital do feto, pero a partir da 6ª semana de vida intrauterina o feto produce hormonas sexuais que actúan sobre o seu cerebro e os seus xenitais diferenciándoos. A tendencia natural do feto é a converterse en feto feminino. Só cando o feto é XY produce hormonas masculinas que fan que aparezan os xenitais masculinos.



Durante a **infancia** non teñen lugar importantes cambios físicos. Desde o punto de vista psicolóxico e de conduta a sexualidade infantil foi negada durante moitos séculos na cultura occidental, en boa parte porque só se consideraba lexítimo o sexo orientado á procreación. Hoxe sabemos que a través dos xogos sexuais os nenos e nenas exploran o seu propio corpo e o dos demais e, ás veces, imitan aos adultos. Ademais, os nenos e nenas buscan explicitamente o pracer sexual nalgúns ocasións; de feito, a masturbación é común na infancia.

A psicoloxía da sexualidade infantil é diferente da adulta.

Nos nenos e nenas as sensacións de pracer non teñen aínda un significado específico, a atracción por outras persoas é máis afectiva que sexual e a orientación do desexo (homosexual, heterosexual ou bisexual) está aínda sen definir.

A **adolescencia** é un período da vida na que suceden profundos cambios físicos e psicolóxicos e as crises que adoitan acompañala son preparatorias para progresar cara á etapa adulta. A cultura e o entorno familiar e social teñen unha gran incidencia na maneira en que o adolescente experimenta estas transformacións.

A adolescencia é definida pola Organización Mundial da Saúde (OMS) como a segunda década da vida, comprendida entre os 10 e 19 anos de idade.

Con frecuencia os termos adolescencia e puberdade utilízanse como sinónimos pero non o son.

A **puberdade** é un proceso biolóxico, mentres que a adolescencia é un fenómeno moito máis amplo, que inclúe os aspectos psicosociais. Mentres que os cambios físicos están acoutados no tempo, algunhas das características da personalidade adolescente poden perdurar ata moito máis tarde e mesmo durante toda a vida.

Os primeiros signos da puberdade son o crecemento dos testículos nos rapaces, das mamas nas rapazas e da peluxe na pube en ambos.

Estes primeiros cambios no corpo son o resultado das hormonas producidas polo hipotálamo e a hipófise (dous órganos situados na base do cerebro) e polos ovarios e testículos.

Ao redor dos 8 anos, a hipófise estimulada polo hipotálamo empeza a producir hormonas que, á súa vez, estimulan os ovarios e os testículos a producir as súas propias hormonas.

Finalmente, as hormonas femininas (estróxenos e proxesterona) producidas polos ovarios e a hormona masculina (testosterona) producida polos testículos son as responsables dos cambios no corpo do adolescente:

- A estatura e o peso aumentan bruscamente.
- Os xenitais externos e internos crecen e maduran.
- Aparecen os **caracteres sexuais secundarios** que veñen diferenciar os corpos moi semellantes dos nenos e nenas. Redistribúese a graxa corporal de forma diferente, cambia a voz, aparece o vello corporal especificamente en axilas e pube.
- Aparece a menstruación nas rapazas e a capacidade de exacular nos rapaces. A idade na que isto sucede depende da herdanza, da alimentación, e do sexo e, por termo medio, sitúase ao redor dos 12 anos nas rapazas e dos 14 anos nos rapaces.
- As hormonas responsables destes cambios corporais son tamén, en boa medida, as causantes dos cambios bruscos no estado de ánimo dos adolescentes.

A adolescencia é a etapa da vida na que o desexo sexual alcanza a súa maior efervescencia e na que a orientación sexual (homosexual, heterosexual, bisexual) se consolida.

A sexualidade na **etapa adulta** é moi diversa. Cada persoa, dependendo da súa ideoloxía, costumes e formas de vida, vive a súa sexualidade de maneira diferente polo que resulta imposible falar, en xeral da sexualidade adulta.

Desde o punto de vista biolóxico hai que ter en conta que a partir dos 40 anos aproximadamente os homes e as mulleres experimentan unha serie de cambios físicos motivados pola redución na produción de hormonas sexuais. Nos homes isto conduce a que a cantidade e calidade dos espermatozoides diminúa dun xeito paulatino.

Nas mulleres o proceso é máis acelerado: ao redor dos 50 anos desaparecen as ovulacións e, con elas, a menstruación e a posibilidade de embarazo, ao tempo que aparecen algúns síntomas como sufocación, cansazo ou aumento de peso. Todos estes cambios son normais e non teñen por que afectar necesariamente a sexualidade.

A sexualidade na **vellez** está rodeada de mitos e prexuízos moi arraigados culturalmente entre os que destaca a negación do desexo sexual nesta etapa da vida. É certo que a nivel xenital prodúcense certos cambios: na muller hai menos lubricación vaxinal (isto pode emendarse con cremas) e no home a erección faise máis lenta e precisa de máis estímulos. Non obstante, os seres humanos nacemos e morremos sexuados e a capacidade de gozar desta esfera da vida permanece intacta, xa que a sexualidade vai máis alá do coito: é unha marabillosa fonte de comunicación, unha forma de expresar tenrura e afecto, un modo de dar e recibir pracer.