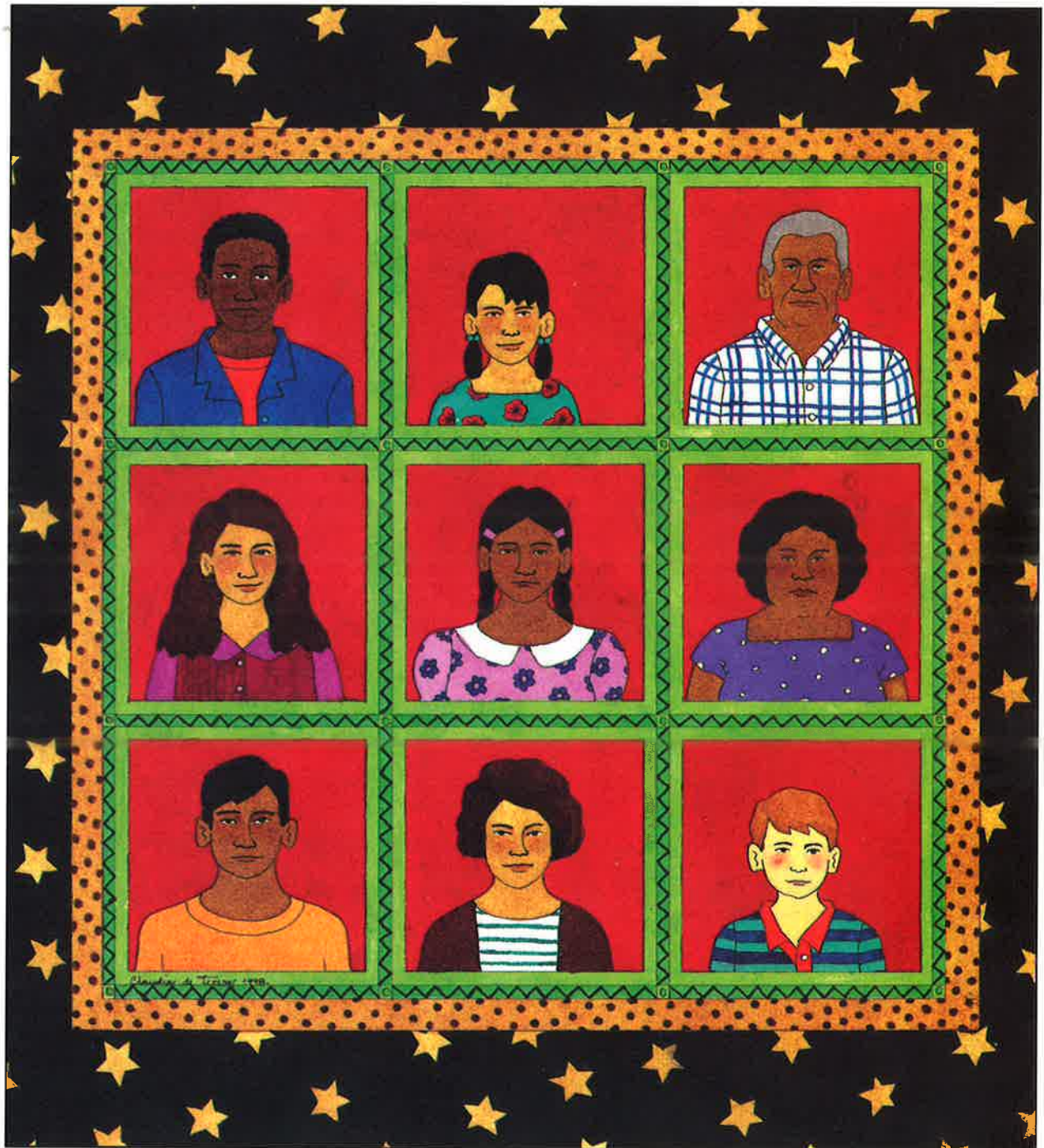


PAHO
COLL
HQ
56
.O68h
2000
Es

INDEXED

HABLEMOS DE SALUD SEXUAL!

Manual para Profesionales de Atención Primaria de la Salud.
Información, herramientas educativas y recursos.



Organización
Panamericana
de la Salud

**Coordinación
general de la obra**

Esther Corona

**Asesor técnico del
Programa Regional de
SIDA/ETS de la OPS/OMS**

Rafael Mazín

Coordinadora pedagógica

Eva Rautemberg

Coordinador editorial

Francisco Rosas

Diseño y formación

Victor Hernández Chávez

Ilustraciones

Claudia de Teresa

Corrección de estilo

Mauricio del Río

¡Hablemos de salud sexual!

**Manual para Profesionales de
Atención Primaria de la Salud.
Información, Herramientas y Recursos.**

El presente documento ha sido preparado por la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), bajo contrato extendido por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Este documento es de dominio público y puede ser reproducido parcial o totalmente sin necesidad de autorización especial por parte de la OPS/OMS o AMES. La OPS/OMS y AMES agradecerán que se les cite como fuentes de información. Deseamos agradecer el apoyo técnico y financiero brindado por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP) para la preparación de los contenidos relacionados con Género y Salud Reproductiva. Las opiniones vertidas por los autores del presente documento no necesariamente reflejan la posición oficial de la OPS/OMS. El Programa Regional de SIDA y ETS desea expresar su gratitud a los Programas de Salud de la Familia y Población y Salud, Mujer y Desarrollo de la OPS / Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, DC 20037, Estados Unidos de América.

Las opiniones vertidas en el presente documento son las de los autores y no necesariamente reflejan la posición oficial de la OPS/OMS.

Colaboradores

Cómo usar este Manual

Eva Rautemberg

Panóramica de la Sexualidad y la Salud Sexual

Eusebio Rubio, Esther Corona y Francisco Delfín

Módulo 1. Sexualidad y Desarrollo Humano

Esther Corona y Edna Brostein

Módulo 2. Sexualidad y Género

Adriana Corona

Módulo 3. Temas Selectos de Salud Reproductiva

Marina García Bravo y Francisco Delfín

Módulo 4. VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

Francisco Rosas y Alma Aldana

**Módulo 5. Derechos Sexuales. Dos Desafíos:
Diversidad Sexual y Violencia Sexual**

Francisco Delfín y Francisco Rosas

**Módulo 6. Atención de la Salud Sexual:
Educación e Información, Consejería y Terapia**

Francisco Rosas, Esther Corona y Alma Aldana

Guía del Facilitador para Actividades Grupales
Eva Rautemberg



Organización Panamericana de la Salud



Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.

¡HABLEMOS DE SALUD SEXUAL!

Manual para Profesionales de Atención Primaria de la Salud:
Información, herramientas educativas y recursos.

PAHO
COLL
HQ
56
868h
2000
Es



Organización Panamericana de la Salud

Asociación Mexicana de Educación Sexual



PROPIEDAD DE PAHO

PRESENTACIÓN

Muchas personas piensan que podrían discutir sus preocupaciones y problemas de tipo sexual con cualquier profesional de la salud. Esta suposición probablemente deriva del hecho de que éstos han estudiado durante su formación profesional tópicos relacionados con la estructura y funciones de los órganos sexuales o genitales. En realidad, la sexualidad -como se señala en las páginas de este manual- va más allá del hecho biológico del sexo. De la genitalidad. En ese sentido, la mayoría de nosotros no ha recibido durante los años de formación en facultades y escuelas de estudios superiores ninguna capacitación específica que nos habilite para responder adecuadamente a las demandas de la comunidad en cuestiones relacionadas con la sexualidad. Más aún, nuestra formación profesional no constituye de ninguna manera una garantía de que tengamos actitudes idóneas para discutir temas de sexualidad de manera franca, abierta y sin juzgar a las personas. Por el contrario, casi todos los profesionales de la salud compartimos con el resto de la población temores, mitos y actitudes prejuiciosas que sí constituyen obstáculos reales cuando surge la necesidad de abordar cuestiones sexuales en el consultorio, clínica o centro de salud. Es particularmente importante que todo profesional comprometido en la prevención y manejo clínico de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo entre ellas la infección por VIH y el SIDA, pueda hablar cómodamente con sus pacientes y con los miembros de la comunidad sobre "cuestiones sexuales", sin manifestar destrucción de una buena relación profesional.

La idea de este manual fue propuesta por uno de los miembros del Programa Regional de VIH/SIDA y ETS de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Rafael Mazín, quien tiene una larga trayectoria internacional en cuestiones de Sexualidad Humana y Educación Sexual. El Dr. Mazín desarrolló los lineamientos generales de la obra y se responsabilizó con gran entusiasmo del desarrollo de la misma. Convencidos que este sería un excelente material de apoyo para actividades de formación de profesionales de salud, tanto en servicio como estudiantes de pregrado, pedimos a la Psic. Esther Corona, Presidenta de la Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C. que coordinara la preparación de los textos, así como las ilustraciones y diagramación de la obra, que por la importancia y delicadeza del tema, tomó un poco más de tiempo que el inicialmente programado para su conclusión. Borradores incontables viajaron entre la Ciudad de México y Washington, D.C. y llegado un cierto momento, consideramos que era necesario publicarla en su estado actual, ya que "lo perfecto estaba tornándose en enemigo de lo bueno". Por este motivo agradecemos a los lectores y usuarios sus comentarios sobre el valor y utilidad de este documento.

Esperamos que esta aportación contribuya a mejorar la calidad de la atención de la salud y reducir actitudes que generan alienación social, culpa, venganza y aislamiento emocional. Libertad, responsabilidad, bienestar, equidad e integridad son valores que la obra explícitamente promueve y que endosamos, no sólo como elementos necesarios en la prevención y contra el VIH/SIDA y ETS, sino también como cimientos de la salud total de todo ser humano, que es a final de cuentas un ser sexuado y sexual.

Dr. Fernando Zacarías
*Coordinador del Programa Regional de VIH/SIDA y ETS
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525, 23rd. Street, NW, Washington, D.C. 20037*

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
CÓMO USAR ESTE MANUAL	1
PANORÁMICA DE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL	7
¿Qué elementos integran nuestra sexualidad?	
La sexualidad: una definición	11
Salud Sexual: una propuesta ideológica	
Salud Sexual: la propuesta de los organismos internacionales	13
MÓDULO 1: SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUMANO	15
Objetivos. Introducción: Preguntas que se hacen con frecuencia	
1. Determinación y diferenciación sexual prenatal	18
2. Desarrollo de la sexualidad en la infancia	20
3. Desarrollo de la sexualidad en la adolescencia	23
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	35
MÓDULO 2: SEXUALIDAD Y GÉNERO	39
Objetivos. Introducción: Preguntas que se hacen con frecuencia	
1. Entender la categoría de género	41
2. La construcción social del género	42
3. Construcción del género en la sociedad latinoamericana, El caso de México	44
4. El género en la vida cotidiana	49
5. Los profesionales de la salud y el género	50
6. Relatividad individual y temporal del género. Algunos ejemplos	51
7. Sexualidad y género. Distinciones, articulaciones e interacciones entre sexualidad y género	52
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	54
MÓDULO 3: TEMAS SELECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA	57
Objetivos. Introducción: Mitos y realidades	
1. Concepto de la salud reproductiva	59
2. Componentes de la salud reproductiva	59
3. Salud reproductiva y derechos reproductivos	59
4. Para el logro de la salud reproductiva	60
5. Respuesta sexual humana y disfunciones sexuales	72
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	80
MÓDULO 4: VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	85
Objetivos. Introducción: Preguntas que se hacen con frecuencia	
1. Epidemiología	87
2. Transmisión	88
3. Prevención	91
4. Derechos Humanos y VIH/SIDA	96
5. Enfermedades de Transmisión Sexual	97
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	101
MÓDULO 5: DERECHOS SEXUALES. DOS DESAFÍOS: DIVERSIDAD SEXUAL Y VIOLENCIA SEXUAL	119
Objetivos. Introducción: Preguntas que se hacen con frecuencia	
1. Derechos sexuales y reproductivos. Algunos conceptos básicos.	120
2. Expresiones de la diversidad sexual	120
3. Violencia sexual	128
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	137
MÓDULO 6: ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL	141
Objetivos. Introducción: Preguntas que se hacen con frecuencia	
1. El profesional de la salud ante la sexualidad	142
2. Niveles de intervención	143
3. Educación	143
4. Cómo explorar la sexualidad	145
5. Información, comunicación y permiso	146
6. Consejería	147
7. Terapia	151
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	153
GUÍA DEL FACILITADOR PARA ACTIVIDADES GRUPALES	163
Herramientas educativas. Ejercicios reflexivos y participativos	173
ANEXOS	
Directorio de Recursos Educativos y de Capacitación sobre Salud Sexual	179
Hoja de Evaluación	183

CÓMO USAR ESTE MANUAL

La mayor parte de los profesionales de la salud en América Latina no han recibido durante su formación profesional una capacitación amplia que les permita asumir el papel de educadores de la sexualidad. Sin embargo, todos los profesionales de la salud son pieza clave en la promoción de la salud sexual y reproductiva así como en la prevención de la pandemia del SIDA, por lo que resulta imprescindible que tengan material informativo que les permita actualizarse, así como herramientas que promuevan la reflexión y les faciliten actuar como multiplicadores en sus comunidades. En virtud de que el tema de la sexualidad conserva en cierta medida su carácter de tabú, es necesario abordarlo desde varios niveles, entre los que se reconocen: primero, el relacionado con la posición que cada uno tiene respecto a su propia sexualidad y a la sexualidad de los otros; segundo, el compromiso que se tiene frente al quehacer profesional en este campo de la salud, y tercero, la enorme responsabilidad que conlleva orientar a los usuarios de los servicios de salud respecto de este tema. En consecuencia, se ha diseñado el presente manual con una intención básicamente pedagógica, de modo que el profesional de la salud de cualquier parte de América Latina estudie las nuevas propuestas de salud sexual y reproductiva al mismo tiempo que las pone en práctica con sus consultantes individuales y con sus comunidades.

Se proponen los siguientes objetivos:

De la obra:

- Ofrecer a los profesionales de la salud un manual que incluye información, herramientas y recursos que conforman un paquete de actualización profesional.
- Facilitar el acceso a los conocimientos que puedan resultar útiles para la práctica profesional a través de contenidos escogidos, dosificados y secuenciados.
- Proponer actividades de aprendizaje, de reflexión y de práctica para hacer de este manual una propuesta completa, susceptible de aprovecharse en términos personales, profesionales y de apoyo para compañeros de trabajo y para los usuarios de los servicios de salud.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios.

Para que los profesionales de la salud

- Obtengan conocimientos actuales, amplios y veraces acerca de temas relacionados con la sexualidad.
- Adquieran herramientas para realizar mejores intervenciones en la salud sexual de sus consultantes.
- Reflexionen sobre su propia sexualidad.
- Adquieran la capacidad para replicar algunos de los elementos del manual, actuando como facilitadores.

El logro de los objetivos de este paquete es, sin duda, una tarea difícil y delicada; por ello, su diseño ha sido preparado cuidadosamente con objeto de que efectivamente no queden fuera los conocimientos ni las experiencias educativas que puedan llevarlo a buen término. Dado lo anterior, y ante la necesidad de dosificar los contenidos, se consideró que un paquete modular podría ser la alternativa que permitiera incorporar informaciones diversas, articuladas en un todo y a la vez separadas en temáticas más particulares.

Con base en esta lógica, el Manual se compone de una introducción y siete módulos que abordan distintos contenidos referidos a la sexualidad, seis de los cuales se abocan directamente a tratar estos temas, en tanto que el séptimo se ofrece como guía del facilitador, con objeto precisamente de que los usuarios del paquete puedan convertirse en multiplicadores de la propuesta, a fin de que ésta repercuta de manera significativa en el ámbito de las instituciones de salud y en el personal que en ellas labora.

Como ya fue mencionado, se ha elegido un paquete modular, pues éste es uno de los pocos modelos curriculares que permiten la inclusión de dos construcciones:

1. Una concepción que engloba un propósito general y amplio, y
2. Una serie de unidades temáticas, que en sí mismas son una totalidad, pero que forman parte integrante de la problemática más amplia.

La unión de ambas construcciones permite alcanzar los objetivos. Es por esto que cada uno de los módulos es una sección integrada por los siguientes elementos:

- Objetivos.
- Problematización del tema a través de una introducción a base de preguntas y respuestas, y exploración de falacias, falsas creencias.
- Desarrollo temático.
- Bibliografía.
- Anexo de herramientas educativas presentado como ejercicios reflexivos y participativos.

Inicialmente, los módulos pueden ser revisados de corrido con fines exploratorios; es decir, reconociendo las partes y contenidos que se incluyen. Para esta fase, los apartados de objetivos y problematizaciones pueden ser elementos de orientación que permitan una primera aproximación a los temas. La lectura de estos apartados no excluye la posibilidad de leer de manera exploratoria todas las partes que se incluyen en cada módulo. De ahí se puede pasar a una lectura más selectiva, buscando aquellos temas en los que se sienta que se tienen más carencias o lagunas; tal vez aquellos temas que se dominen no requerirán lecturas con tanta atención. Los temas que parezcan más complicados podrán leerse con más detenimiento y atención y releerse cuantas veces se considere necesario; habrá módulos que puedan estudiarse parcialmente, mientras que otros tendrán que estudiarse con más detenimiento a través de una lectura completa. Sin embargo, aun cuando el sistema modular de este paquete es sumamente flexible, es importante que

no por hacer un trabajo demasiado rápido éste resulte incompleto y superficial. Es conveniente que se lean todos los fascículos en el orden propuesto y que de preferencia se realicen los distintos ejercicios que se sugieren, ya que éstos fueron estructurados de tal forma que permiten, en algunos casos, hacer un balance de lo que se ha aprendido o se sabe del tema, y en otros, permiten reflexionar acerca de nuestras posiciones personales al respecto; practicar una serie de habilidades necesarias para nuestra función profesional; hacer un recuento de experiencias, en fin, son estos ejercicios los que pueden convertir un material simplemente informativo en un material significativo en nuestra vida personal y profesional.

Por último, cabe señalar que el apartado de referencias bibliográficas es de suma importancia pues, dado que el contenido de los módulos no es absolutamente exhaustivo y los conocimientos, avances científicos, enfoques, especialidades, etc., son diversos, esta bibliografía es una sugerencia más y puede ser de utilidad para completar o complementar el material de cada módulo. Se ha tratado de incluir libros de acceso relativamente fácil, excluyendo las referencias más difíciles de encontrar.

El sistema modular de este paquete también atiende dos niveles en la participación de los usuarios:

1. Un trabajo individual que incluye estudio, reflexión y práctica, y
2. La posibilidad de realizar trabajos grupales que enriquezcan la propia reflexión y experiencia personal a través de la interacción con otros sujetos y sus experiencias. Estos sujetos pueden ser otros colegas, consultantes individuales o grupos comunitarios.

El tiempo para avanzar y completar el estudio del Manual es indefinido ya que, al no estar sujeto a horarios colectivos de docencia, cada participante podrá avanzar a su propio ritmo y, como ya se dijo, con la decisión libre de profundizar de maneras distintas.

La fase grupal podrá darse como complemento de la fase individual; es decir, después de que ésta concluyó. Asimismo, ambas fases se pueden dar simultáneamente; esto significa que es posible formar grupos en los propios centros de salud, con horarios definidos de sesiones colectivas apoyadas en el trabajo individual que cada lector realice a través del estudio en sus tiempos libres. Finalmente, también existe la posibilidad de que todo el trabajo del paquete se haga en sesiones colectivas, desde la exploración del material hasta la realización de los ejercicios y dinámicas.

Principios básicos del Manual

1. De la propuesta educativa

Tal como se ha expresado anteriormente, se trata de un paquete modular entendido como una concepción relativamente nueva de metodología curricular; es decir, un conjunto de contenidos que han de ponerse a disposición de un grupo de sujetos con fines educativos o de actualización profesional.

Cuando hablamos de currículum estamos pensando por lo menos en:

- Una detección de necesidades.
- Una población destinataria.
- Una o varias finalidades que se desean alcanzar.
- Un conjunto de contenidos organizados y presentados de cierta manera.
- Un proceso de evaluación.

Toda vez que un sistema modular es una forma curricular que incluye los apartados anteriores, aunque se define con algunas especificidades. Por ejemplo:

- La detección de necesidades es la base para construir un marco de referencia. En éste se incluyen necesidades sociales y profesionales desde una perspectiva histórico-social.
- La población destinataria es poseedora de una práctica profesional, misma que le permite incorporar contenidos y orientaciones temáticas, así como problemas concretos.
- Los contenidos se organizan por módulos llamados objetos problemáticos o de transformación.
- El proceso de evaluación de la propuesta se efectúa directamente en el campo, a través de un programa inicial.

En el caso particular de este paquete, los insumos que aportaron los elementos principales son los siguientes:

Detección de necesidades, realizada a lo largo de la práctica profesional de los colaboradores, además de la utilización de estudios y encuestas llevados a cabo en distintos países en referencia a los profesionales de la salud.

Por lo que respecta a los destinatarios, que son preferentemente médicos(as), enfermeros(as), trabajadores(as) sociales, etc., es personal capacitado para el desempeño de sus labores; por tanto tienen una formación profesional, una rica experiencia construida a través de su práctica; se han especializado en ciertos conocimientos y han desarrollado un conjunto de destrezas. El valor formativo que tenga un manual pedagógico será mayor en la medida que los destinatarios hagan suyos los contenidos contrastándolos con sus prácticas específicas.

Esta consideración nos lleva directamente al tercer elemento que conforma un sistema modular: los contenidos, que no son una simple lista de temas ordenados de alguna manera, sino que se contextualizan en relación con problemas concretos, ya sea de carácter teórico, metodológico o práctico.

Al avanzar más en la explicación de lo que incluye esta propuesta modular, cabe mencionar que en la organización curricular podemos distinguir tres niveles:

1. Nivel epistemológico.
2. Nivel psicológico.
3. Nivel institucional (Díaz Barriga, 1989).

El nivel epistemológico de la propuesta modular incluye el concepto de interdisciplinariedad. Dentro de este contexto, los objetos problemáticos (temáticos) se miran desde diferentes ciencias y disciplinas, por lo que tienen una cobertura en términos de construcción de conocimientos más abarcante e integrada.

El nivel psicológico de esta modalidad pretende integrar el contenido de manera que sea posible su articulación; esto significa que los módulos se presentan como objetos de la realidad que han de interrogarse a través de la conjugación o convergencia de varias ciencias y técnicas que permitan emitir un conjunto de respuestas científicas (Villaruel, 1980).

El enfoque psicológico es de carácter constructivista, apoyado en las teorías de Piaget, y como su nombre lo indica, será un conocimiento que se construya y no sólo que se repita o copie, de manera que es la propia realidad la que define y orienta las prioridades de reflexión y acción.

En este sentido, los módulos presentan información relevante y ordenada, pero no sólo como la presentaría cualquier manual o libro de texto, sino también con problemas, dudas, preguntas, y sobre todo, con la flexibilidad de conformar y confirmar un conjunto de saberes a través de procesos de análisis, reflexión y autoevaluación. Los ejercicios, juegos o dinámicas ofrecen una riqueza de experiencias que facilitan la construcción de conocimientos significativos.

El nivel institucional para esta propuesta aparece *sui generis*, toda vez que el personal de salud labora en distintas instituciones, desde diferentes modelos organizativos y operativos, lo que plantea una gran diversidad de realidades concretas. Sin embargo, esta obra, cuya cobertura pretende ser muy amplia, también trata de ofrecer orientaciones generales, amplias y flexibles que la hagan viable en diferentes contextos y condiciones.

Para concluir, esperamos que la propuesta permita:

- Integrar los conocimientos que posee el sujeto en la apropiación de los nuevos contenidos.
- Propiciar una formación teórico-técnica vinculada con las necesidades de la realidad social concreta en el terreno de la salud sexual.

Finalmente, respecto a la evaluación del paquete, tendrá que incluir la evaluación de la propuesta en sí misma (el marco teórico, los contenidos, los materiales), la aplicación de ésta y su impacto a corto, mediano y largo plazos en la población en lo referente a la salud sexual.

2. De los usuarios

Vale la pena preguntarse ¿para qué ha de servir al personal de instituciones de salud la utilización de este Manual?

Desde la posición de los profesionales mismos se pueden encontrar varias respuestas:

- Ofrece la oportunidad de ampliar los conocimientos de los profesionales; reflexionar sobre el quehacer profesional diario y sobre otras formas de mirar los problemas a que se enfrenta día con día en la interacción con los consultantes.
- El trabajo en salud demanda abordar nuevos problemas de salud pública, nuevas formas de divulgación de pautas de comportamiento de prevención y de educación para la salud.
- Revaloriza la importancia de dar a este trabajo el sentido profundo de asistencia social que le es inherente.
- Recuerda que la actividad que realiza el personal de salud tiene como finalidad central a los consultantes; que éstos se sientan escuchados y atendidos con calidad de acuerdo con la importancia que para cada quien tiene su propia salud.
- Redefine o reconstruye el compromiso con la profesión que se desempeña y con los consultantes.

Bibliografía

Díaz-Barriga A. *Didáctica y currículum*. México: Nuevomar, 1989

Villarroel C. *La evaluación del aprendizaje en la enseñanza superior*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1985.



INTRODUCCIÓN

PANORÁMICA DE
LA SEXUALIDAD Y
LA SALUD SEXUAL

PANORÁMICA DE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL

No hay ningún ámbito de nuestro ser que provoque sentimientos más variados que el de la sexualidad. Este documento se dirige a quienes buscamos en nosotros, en la relación con los demás y en la vida misma el sentido de la sexualidad humana. Es cierto que existe una gran cantidad de interrogantes; las respuestas son, desde luego, aquéllas que nos hemos contestado ante las preguntas que la propia sexualidad y la de los otros, nos plantean. No creemos haber agotado todas las interrogantes respecto a nuestra sexualidad; si el lector formula otras, uno de los objetivos principales de este trabajo se habrá cumplido.

Este Manual se ocupa de la sexualidad en su concepción integral; conviene, sin embargo, hacer una revisión panorámica del significado de la sexualidad y la salud sexual.

¿Qué elementos integran nuestra sexualidad?

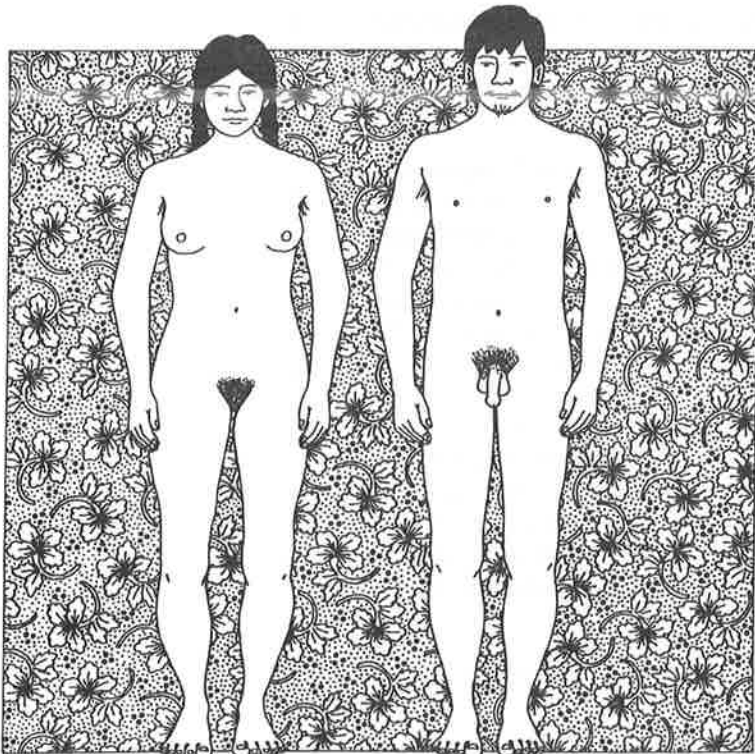
Distinguiremos cuatro componentes que a continuación serán analizados.

La reproductividad

Nuestra sexualidad está íntimamente asociada con nuestra naturaleza reproductiva. El primer componente de nuestra sexualidad es la reproductividad. Preferimos pensar en reproductividad y no en reproducción, pues lo que existe en los seres es la potencialidad, si bien ésta no siempre se concreta en la forma de tener hijos o hijas, ya sea por enfermedad, por decisión personal

o porque no es congruente con el estilo de vida que se desarrolla, pero la potencialidad la tenemos todos. La reproductividad no se limita al hecho biológico de poder embarazar o ser embarazada; de hecho, es una dimensión humana mucho más compleja y sofisticada. Hay seres humanos que no se reproducen biológicamente hablando aunque son muy exitosos madres o padres y en esa acción, que por cierto toma varios años de sus vidas, expresan su reproductividad. Otros seres humanos no son padres ni madres biológicamente hablando, ni por adopción, pero se ocupan del crecimiento de otros, tanto biológica como emocional y espiritualmente y en esa acción, también de muchos años de duración, expresan su reproductividad.

La reproductividad no se limita a los eventos biológicos de la concepción, el embarazo y el parto, ya que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia.



El género

A partir de las diferencias corporales que nos hacen hombres o mujeres, las vivencias personales y la interacción con los demás van conformando un determinado autoconcepto y una concepción del mundo usualmente diferenciados en función del sexo al que se pertenece. Esta serie de ideas dan origen al género, el segundo de los componentes que vamos a considerar.

La construcción social asigna papeles y responsabilidades específicos a hombres y mujeres en una sociedad dada. Estos papeles son influenciados por percepciones y expectativas emanadas de factores culturales, políticos, ambientales, económicos, sociales, religiosos, así como la costumbre, la ley, la clase, la etnicidad y los prejuicios individuales o institucionales. El género es aprendido y cambia a través del tiempo.

Algunos elementos del género, como las condiciones laborales, se relacionan sólo tangencialmente con la sexualidad.

Los humanos somos una especie sexuada, cualidad de la que se deriva algo mucho más complejo que una ventaja evolutiva. Desde los primeros meses de vida, según los destacados sexólogos Money y Ehrhardt, se adquiere una dimensión psicológica muy compleja llamada identidad de género o genérica. La identidad genérica (o identidad de género) es un marco referencial de ideas y conceptos que todos tenemos respecto a lo que somos (en tanto hombres o mujeres), a lo que son los demás y a lo que debemos (o deberíamos) ser en función de nuestro sexo: masculino o femenino. Estos conceptos son producto de las ideas compartidas que las sociedades han desarrollado históricamente.

La intensidad de los sentimientos ante nuestra sexualidad casi siempre esta asociada a otro de sus componentes. Mencionemos palabras aisladas: pasión, deseo, amor, amante, entrega, posesión, compromiso, ruptura, impotencia, frigidez, fidelidad, infidelidad, satisfacción, placer, dolor. Todas son palabras sexuales o mejor dicho, palabras con connotación sexual. Todas son palabras que nos hablan de los otros dos componentes de nuestra sexualidad: el erotismo y el amor.

El erotismo

Por erotismo entendemos la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Nuevamente como potencialidad, todos los seres humanos nacemos con esa posibilidad. La gran mayoría de mujeres y hombres la desarrollan, la viven y la gozan, pero no todos; sin embargo, es un hecho que todos podemos y tenemos la potencialidad de desarrollarlo. No obstante, estamos expuestos a experiencias en nuestro crecimiento que regulan su aparición, su desarrollo, su expresión y también su disfunción; es decir, la aparición del erotismo en una forma indeseada por nosotros o por el grupo social al que pertenecemos. El placer sexual es una experiencia única en la vida. Si bien es cierto que la mayoría asocia la experiencia placentera erótica con el deseo por otra persona, esto no siempre es así, especialmente durante las etapas de nuestra vida en las que descubrimos el erotismo. Para experimentarlo necesitamos que nuestro cuerpo esté sano; es decir, que no existan interferencias de tipo biológico con los mecanismos fisiológicos del erotismo.

El placer erótico empieza a ser una realidad en el momento en el que nuestro cuerpo experimenta cambios de tipo neurobioquímico, vascular, sanguíneo y muscular que son a su vez resultado de que aceptemos las experiencias que nos resultan estimulantes. Todas las culturas le otorgan a la vida erótica un lugar importante. Siempre que un grupo humano se organiza, entre las primeras cosas que se regulan, norman, prescriben y prohíben están las experiencias eróticas. De los cambios que experimenta nuestro cuerpo se han ocupado muchos sexólogos, tanto del pasado distante como del presente contemporáneo. La medicina actual también se ha ocupado en forma importante de entender esos cambios así como de encontrar formas para ayudar a los que tienen dificultades para vivirlos. Los cambios más importantes son, según el modelo de H.Kaplan, tres: a) el deseo por el placer erótico, b) la excitación al recibir la estimulación deseada (aunque a veces ésta sólo proviene de nuestra imaginación y trae como consecuencia los cambios en nuestros genitales, que responden en forma más bien espectacular: aparece la lubricación de la vagina y la erección penéana), y c) en la mayoría de ocasiones, se manifiesta la más característica de las respuestas eróticas: el orgasmo, que se observa notablemente en los genitales pero que es sentido y ocurre de hecho en todo el cuerpo. La mayoría de las veces el orgasmo se acompaña de un intenso sentimiento placentero.

Como anotamos arriba, dada la importancia que los grupos humanos le conceden a la experiencia erótica, ésta adquiere muchísimos matices y puede expresarse en gran cantidad de formas. Resulta interesante preguntarse cuál es su finalidad; la respuesta más satisfactoria proviene de los estudiosos de la biología y la evolución de las especies, quienes afirman que es una manera, muy sofisticada y desarrollada, de incrementar las posibilidades de éxito evolutivo.

La mayoría de los animales dependen de ciclos hormonales para que la conducta reproductiva se presente. Cuando la hembra entra en su fase reproductiva emite a los machos de su especie señales que anuncian su "momento de reproductividad". Esas señales son de varios tipos: algunas especies emiten señales visuales; en muchas otras la señal es química; es decir, la hembra produce sustancias químicas que "activan" el deseo sexual del macho cuando entran en contacto con él. Algunas de esas sustancias también son producidas por los seres humanos, se llaman feromonas. Sin embargo, las feromonas no han probado su eficacia como evocadoras del deseo erótico en el ser humano. Recientemente se ha reactivado esta discusión gracias a los descubrimientos relacionados con el aparato vomeronasal que hace factible la transmisión de mensajes químicos por medio de otras sustancias distintas a las feromonas. De cualquier forma, si estos recientes descubrimientos se confirman, el peso relativo de su acción es muy pequeño. Nuestro erotismo no parece estar regulado, cuando menos en forma demostrable, por estos mecanismos que en los seres inferiores anuncian la ovulación; es decir, el momento en el que el apareamiento tendría mayores posibilidades de resultar en una concepción de un nuevo ser. Por el contrario, la ovulación en el ser humano está oculta; no hay anuncios visuales, químicos (olfativos) ni de ningún otro tipo sensorial que la anuncie, con la posible excepción de los cambios en la viscosidad del moco cervical en la mujer.

Para contrarrestar esta aparente desventaja reproductiva, la conducta copulatoria del macho y hembra humanos desarrolló una independencia notable de su ciclicidad hormonal. Liberados de sus relojes hormonales, los actos copulatorios reproductivos de los dos sexos necesarios para la supervivencia de la especie podían ocurrir en cualquier momento y no necesariamente en el momento de la ovulación. En esas condiciones la especie correría el peligro de desaparecer pues no habría un marcador para la conducta de la que depende la reproducción. Se necesitaba una nueva manera de que los hombres y mujeres continuaran sus actos reproductivos. Ese nuevo incentivo fue el placer experimentado durante la experiencia sexual. El placer, ahora sabemos, no es solamente una experiencia de satisfacción por hacer lo que se desea; en nuestro cerebro se liberan sustancias químicas que curiosamente son muy parecidas a la heroína, droga poderosa que provoca adicción con una facilidad notable a quien la introduce en su organismo. Según esta explicación, el erotismo es la garantía biológica de que los hombres y mujeres seguirán interesados en copular elevando así las posibilidades de éxito evolutivo.

Ahora bien, dicho con un lenguaje estrictamente biológico-evolutivo, parecería que somos una especie de máquina para sobrevivir. Aunque tan terrible afirmación tiene algo de cierto, es un hecho que la complejidad humana dista mucho de poderse reducir de esta manera. Sobre la base biológica se construye el complejo entramado de significados y representaciones sociales. Cuando nacemos la experiencia placentera erótica es casi sólo producto de la estimulación físico táctil; a medida que crecemos se hace más y más dependiente de lo que significa la realidad que percibimos. El erotismo se convierte en una experiencia que depende casi por completo de lo que representa lo que vivimos, de lo que significa simbólicamente (o que creamos en nuestra imaginación), aunque los significados precisos muchas veces son inconscientes. Los significados se relacionan con lo que el placer mismo representa, desde luego, pero de manera muy notable tienen que ver con el significado de ser hombres o mujeres; lo que el otro sexo significa para nosotros, lo que el reproducirnos nos representa y, para gozo y sufrimiento de la raza humana, lo que el otro, ser amado, deseado, odiado o humillado nos significa. Es tiempo de hablar del amor.

El vínculo afectivo, el cuarto componente

Nos queda por considerar el cuarto componente de nuestra sexualidad: el amor. No todos los autores estarían de acuerdo en que el amor es una experiencia sexual. Coincidiendo con autores como J. Money, opinamos que así es, lo cual no quiere decir que todas las formas de expresión de amor son expresiones eróticas. Posiblemente la potencialidad humana para amar apareció en los seres humanos como un resultado de la necesidad de permanecer en el mundo: al tiempo que nuestra evolución como especie nos fue haciendo individuos más sofisticados, más dependientes de la experiencia para completar nuestro desarrollo, también nos volvimos más dependientes del grupo para subsistir.

El problema de mayor relieve respecto al amor es que presenta una diversidad de experiencias, por lo tanto no es sorprendente que muchos entiendan cosas diferentes por este término.

Por amor entendemos tanto el gozo de ver al ser querido feliz, como el dolor que experimentamos cuando éste nos abandona por haber encontrado su felicidad.

Lo que casi todos los seres humanos experimentamos se puede denominar mejor como vínculo afectivo. Un vínculo es un lazo, una unión. El primer vínculo con alguna otra persona que tenemos los seres humanos es físico, se llama cordón umbilical, lo tenemos todos durante más o menos ocho meses de vida intrauterina y nos une a la mujer que nos lleva en su vientre. Este vínculo (que por cierto implica un sentido más complejo que sólo un cordón), se rompe de manera brusca al nacer el nuevo ser humano. Éste nace en tales condiciones que necesita el cuidado de otros seres humanos durante mucho tiempo o se muere. Entre las dos personas involucradas, usualmente la madre y el bebé, aparece muy rápido otro vínculo; es decir, otra unión, ya no sólo física, compuesta de tejidos y células, sino que está integrada por

respuestas afectivas evocadas por la presencia de ese otro ser humano. Lo que cada uno de los dos involucrados siente respecto a la presencia o a la ausencia de ese otro ser humano -no de cualquier ser humano, sino de ese en especial- es el hilo con el que se teje el vínculo afectivo. Ese lazo tiene siempre dos lados cuando menos, lo que significa que hay un mínimo de dos seres humanos conformándolo. En esta primera forma de vínculo, la madre experimenta respuestas afectivas muy complejas que expresan casi todos los componentes de su persona. El vínculo por el lado del bebé es mucho más simple, considerando lo que sabemos hoy en día del desarrollo humano; se hace más notorio

La sexualidad: una definición

Consideramos a la sexualidad como la vivencia subjetiva, dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. Se articula a través del potencial reproductivo de los seres humanos, de las relaciones afectivas y la capacidad erótica, enmarcada siempre dentro de las relaciones de género.

hacia los cuatro a seis meses después del nacimiento, así el bebé empieza a reaccionar con angustia ante la ausencia y la separación de la madre. La angustia de separación es el primero de los componentes afectivos de la vinculación humana. Los adultos sentimos esa angustia intensa a veces cuando nuestros amores se tambalean, cuando nuestro ser amado nos abandona. Es necesario que la capacidad de vincularse se desarrolle (al igual que los otros componentes de la sexualidad), ya que de ese desarrollo va a depender su funcionalidad durante la vida adulta. Ciertamente, es una desgracia que muchos seres humanos desarrollen formas de vincularse afectivamente que pueden resultar muy destructivas, infantiles y condenadas al sufrimiento.

Salud sexual: una propuesta ideológica

Todos estos componentes de nuestra sexualidad están presentes en nuestro ser desde que nacemos, e incluso antes. Desde luego la forma en la que están presentes no es la misma en el niño que en el adulto, de hecho suele no ser la misma entre distintos seres humanos adultos. ¿Cómo es que estos componentes deben desarrollarse?

La respuesta a esta pregunta requiere de una reflexión previa; se necesita un sistema de valores para responderla.

Algunos autores consideran que no es conveniente que los que estudian y escriben sobre la sexualidad expresen sus propios valores, ya que la definición de éstos es un asunto personal, y nadie debe imponerlos a otros. Estamos de acuerdo con que la imposición de valores es muy reprobable, pero no es posible siquiera extraernos de opinar sobre ellos cuando hablamos, sentimos, escribimos, educamos o ayudamos a otros en sus problemas alrededor de la sexualidad. Los sistemas de valores; es decir, el conjunto de cosas que pensamos que deben ser, que consideramos que son buenas, acompañadas del conjunto de aquéllas que pensamos que no deben ser, que son malas, están siempre presentes.

Creemos que los seres humanos tienen derecho de buscar el bienestar, y éste no puede conseguirse si la sexualidad está problematizada. Empecemos por decir que el bienestar sexual expresado como salud sexual es deseable para poder contar con bienestar general. Un problema sexual aparece cuando alguna de las partes de la sexualidad se expresa en forma no deseable o cuando no permitimos que se exprese. Es conveniente recordar que ningún acto de voluntad humana puede ponernos o quitarnos las cosas básicas con las que nacemos, y nacemos con nuestra sexualidad potencial. Lo que sí puede ocurrir es que otros seres humanos actúen de manera que la expresión de nuestra sexualidad se dificulte; es decir, que se reprima nuestra sexualidad. Este es el primer valor que conviene explicitar: la plenitud en la forma de expresión sexual.

Como segundo valor mencionaremos la libertad. La salud sexual se adquiere cuando los cuatro componentes de la sexualidad: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva se expresan libremente. La libertad es uno de esos valores que ha sido tan usado para defender todo tipo de banderas, que es necesario precisar lo que queremos decir con "expresión libre de la sexualidad". Una de las mejores metáforas sobre la libertad se la debemos a los poetas: la de un pájaro en vuelo. Para que el ave vuele libremente se necesita que tenga un espacio propio y que sus potencialidades de vuelo se conviertan en acción. Una vez en el aire, el ave delimita sus espacios y reconoce los límites infranqueables; así, aunque quiera no puede atravesar una muralla. La libertad de expresión sexual no debería ser confundida con una satisfacción inmediata de todos los deseos, sino como la cualidad resultante de poder buscar la satisfacción de los mismos, contando con un "espacio propio", al tiempo que se reconocen las limitaciones que el mundo nos presenta, especialmente aquéllas que existen cuando nos percatamos de que no estamos solos en el mundo.

No basta con la expresión plena y libre, hay dos condiciones más: la congruencia y la armonía. Para que la expresión sea congruente se necesita que la "dirección" en la que se expresan esos componentes sea compatible con otras formas de expresión sexual y otras formas de expresión humana. Hay congruencia cuando la expresión sexual no se contrapone consigo misma y con otras expresiones humanas que pensamos son deseables. Cuando en el erotismo, por ejemplo, hay significados mentales que lo hacen reprobable y determinan que la persona sienta culpa por su expresión, el componente biológico del erotismo no es congruente con el componente mental. Cuando todos los componentes de la sexualidad funcionan en la misma dirección; es decir, cuando su expresión en el tiempo tiene un mismo sentido vectorial, la característica de la congruencia está presente.

Para que la congruencia sea posible se requiere otra característica que por su importancia es considerada un valor fundamental: la integridad. La integridad en sexualidad se manifiesta cuando se ha gestado un proceso por el cual las diversas dimensiones de la sexualidad se hacen presentes en las vivencias de la persona. Por ejemplo, es posible que el erotismo se desarrolle muy plenamente haciendo a un sujeto (o a un grupo humano) muy diestro en las artes eróticas, pero de poco sirve para el bienestar individual y social el ejercicio de erotismo desbordado que ignora las implicaciones vinculares o las consecuencias de las posibilidades de reproducción. La sexualidad debe integrarse a la complejidad del ser humano total: una sexualidad no íntegra en el individuo es siempre un problema. Este carácter necesariamente social hace aparecer un quinto valor en nuestro sistema: la responsabilidad.

No es posible que una vida plena y una comunidad sexualmente sana se formen con personas que no saben o no pueden responder por las consecuencias de sus actos y omisiones en las expresiones de sus potencialidades sexuales.

La responsabilidad es aquí el valor social por excelencia que hace que la vivencia de la sexualidad sana esté siempre en función de las consecuencias previstas o posibles de la expresión en conductas de nuestra sexualidad. Por último, la expresión de cada componente de la sexualidad debe ser armónica con las otras expresiones sexuales y humanas.

Finalmente, la expresión de cada componente de la sexualidad debe ser armónica con las otras expresiones sexuales y humanas. La armonía es tan difícil de describir con letras como la armonía de una sinfonía o un concierto. La armonía se siente; es una cualidad de la vida. Es este valor el que hace que los demás valores humanos que tienen que ver con el resto de nuestras potencialidades humanas, ya no sólo las específicamente sexuales, deban ser integrados a la vivencia y expresión de la sexualidad.

La sexualidad, por lo tanto, debe ser desarrollada en forma plena, libre, congruente y armónica con el resto de nuestras cualidades humanas. Éste es desde luego un modelo ideal de desarrollo; en un sentido estricto es muy difícil que alguno de nosotros viva su sexualidad así. Como todos los ideales, éste puede parecer utópico, pero las utopías nos mueven hacia ellos, y sin ideales nuestro andar por el mundo y la vida puede hacerse insostenible.

Salud sexual: la propuesta de los organismos internacionales

La salud sexual puede ser vista desde otras ópticas. Los organismos internacionales también se han ocupado de la materia.

Ya en 1975 la OMS definió la salud sexual de la siguiente manera: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

Cerca de veinte años después, la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo efectuada en El Cairo, Egipto en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que se llevó a cabo en Beijing, China en 1995 establecieron que el logro de las metas de desarrollo sostenible y

sustentable exige que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva y reconocieron explícitamente los derechos reproductivos, e implícitamente "como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales".

Los documentos emanados de estas Conferencias señalan que "la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual".

Sin embargo, la salud sexual quedó enmarcada dentro del ámbito de la salud reproductiva, definida como:

"Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos."

Es evidente que este concepto no es lo suficientemente amplio para incluir todos los elementos que conforman la sexualidad humana como antes la hemos conceptualizado. No obstante, es un buen principio y ofrece a todos los profesionales de la salud los lineamientos para cumplir con su responsabilidad de brindar atención de calidad en esta importante área de la salud integral.

Por eso... ¡hablemos de salud sexual!

Bibliografía

Donn B, Kelley K. *Alternative approaches in the study of sexual behavior*. Hillsdale New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1986.

Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para Todos. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Estados Unidos: Family Care International, 1994.

Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos: Marco de acción. Estados Unidos: Family Care International, 1995.

Kaplan HS y cols. *Disorders of sexual desire, and other new concept and techniques in sex therapy*. New York: Brunnel Mazel, 1979.

Money J, Ehrhardt A. *Man & woman, boy & girl. Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1972.

Wilson EO. *On Human Nature*. New York: Basic Books.



MÓDULO 1

SEXUALIDAD Y
DESARROLLO HUMANO

MÓDULO 1

DESARROLLO HUMANO Y SEXUALIDAD

SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUMANO

Objetivos

- Proporcionar al profesional de la salud los elementos para entender cómo se construye la sexualidad en la infancia y adolescencia, así como cuál es su base prenatal.
- Propiciar una visión integrada de la sexualidad en la que naturaleza y cultura constituyen dimensiones no separadas sino complementarias.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué es más importante para la conformación de la sexualidad, los elementos biológicos o los factores sociales?

En la actualidad no se puede hablar de una dicotomía entre lo biológico y lo sociocultural en la conformación de la sexualidad. Si bien debemos reconocer que en los humanos la biología tiene un papel preponderante antes del nacimiento, después de éste la conformación y desarrollo de la sexualidad tendrán una influencia social y cultural importantísima. Podría decirse que la integración y desarrollo de la sexualidad después del nacimiento es un proceso eminentemente social y cultural, aunque el sustrato biológico continúa estando presente.

¿Puede elegirse el sexo de un bebé?

En la actualidad no puede elegirse el sexo de un bebé antes de la concepción. Existen otras formas de selección de sexo que generalmente implican el aborto de un embrión que mediante estudios se ha determinado es femenino o masculino. Desafortunadamente, la mayor parte de las veces esta selección se utiliza para abortar embriones femeninos, ya que en muchos sitios aún persiste una preferencia por hijos varones. Esto no sólo lesiona los derechos humanos de las mujeres, sino que puede traer graves consecuencias sociales al crear un desequilibrio entre el número de mujeres y hombres en un grupo humano que pueden reforzar aún más las desigualdades de los géneros.

¿Qué es identidad de género y rol o papel de género?

Según John Money, el investigador que acuñó los términos:

Identidad de género:

Es la igualdad, unidad y persistencia de la propia individualidad como varón, mujer o ambivalente, en mayor o menor medida, especialmente en cuanto se experimenta en la propia conciencia y conducta. La identidad de género es la experiencia privada del rol o papel de género, y el rol o papel de género es la expresión pública de la identidad de género.

Rol o papel de género:

Es todo aquello que una persona dice o hace, para indicar a los demás o a sí misma el grado en que es hombre, mujer o ambivalente; incluye, pero no se restringe a ella, la estimulación y respuesta sexual. El rol de género es la pública expresión de la identidad de género e identidad de género es la experiencia privada del rol de género.



Desarrollo temático

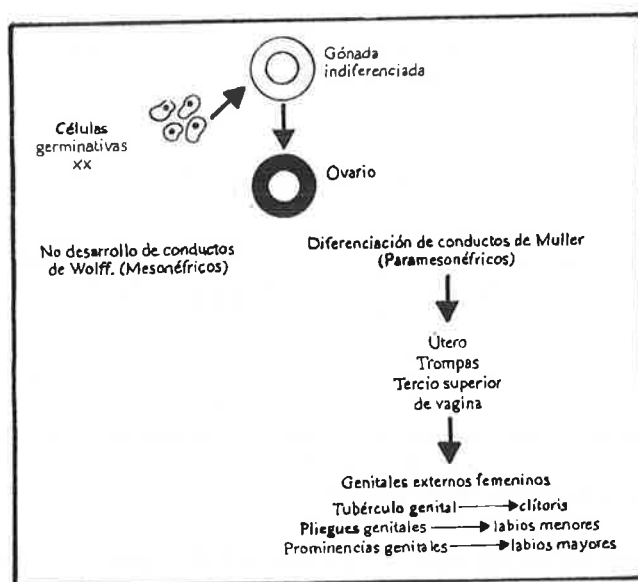
1. Determinación y diferenciación sexual prenatal

Si bien aceptamos que la sexualidad y el género son construcciones sociales, también es necesario entender que éstos tienen como base un cuerpo sexuado. Por tanto, abordaremos una breve revisión de los procesos de determinación y diferenciación del sexo.

Es evidente que debería darse todo tipo de orientación a las familias para que valoren por igual a niños y niñas. Sin embargo, es frecuente que el desconocimiento de los factores que entran en juego en la determinación y la diferenciación sexual puedan conducir a malos entendidos e inclusive a culpabilizar a uno u otro cónyuge por el nacimiento de una criatura de uno u otro sexo, por infortunados condicionamientos culturales que aún persisten.

La determinación y diferenciación sexual son procesos complejos que se dan a lo largo de la vida de los individuos pero que tienen sus cimientos en la vida prenatal.

El primer nivel de este proceso ocurre en el momento en que se unen los gametos, óvulo y espermatozoide y se inicia la formación de un nuevo ser. Los óvulos y espermatozoides, a diferencia de las otras células somáticas, contienen cada uno de ellos 22 cromosomas y un cromosoma sexual, que puede ser X o Y en el caso del espermatozoide y sólo X en el del gameto femenino (el óvulo).



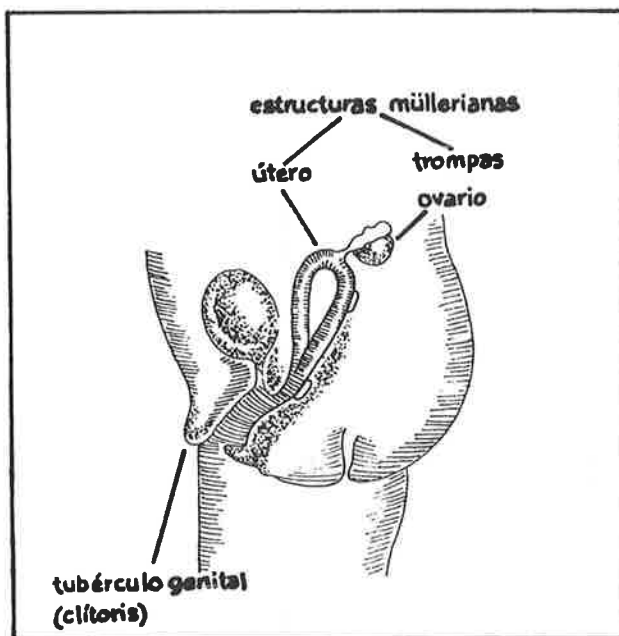
Tomados de Salamanca Fabio. "Diferenciación Prenatal". En: *Antología de la sexualidad*. Vol. II. CONAPO, 1994, pág. 414.

De esta manera, al unirse un óvulo y un espermatozoide existe la posibilidad de producir un individuo que tendrá 44 cromosomas somáticos y dos cromosomas X, que tendrá la potencialidad de ser mujer, o bien de generar un individuo con cromosomas sexuales XY que será potencialmente un varón. Esta unión se realiza al azar y por lo tanto existen las mismas posibilidades de que ocurra de uno u otro modo, lo que no está bajo el control de ninguno de los miembros de una pareja.

Una vez que este primer nivel se ha definido, la presencia del cromosoma Y determinará si las gónadas primitivas e indiferenciadas se organizan en testículos, o en ausencia de un cromosoma Y, en ovarios. Debe hacerse notar que antes de las ocho semanas de gestación, en que se inicia este proceso de diferenciación, los embriones genéticamente masculinos y femeninos son indistinguibles.

Aun en ausencia de ovario y sin necesidad de ninguna sustancia los conductos de Müller (paramesonéfrico) se desarrollarán en útero, trompas de Falopio y el tercio interno de la vagina.

En cambio, el desarrollo del varón requiere de la presencia de la testosterona secretada por el testículo fetal que estimula el desarrollo de los conductos de Wolff en conductos deferentes, vesículas seminales y conductos eyaculadores. Además se produce una sustancia que actúa inhibiendo las estructuras müllerianas.



Tomado de Ehrenfeld N. "Desarrollo y Diferenciación Sexual".
En: Educación de la sexualidad humana. CONAPO, 1982.

Como se observa en los esquemas para la semana catorce, el feto ya puede ser identificado por sus estructuras internas.

Los genitales externos se derivan de primordios que inicialmente son similares para ambos sexos. Bajo la acción de los andrógenos sintetizados por el testículo fetal el tubérculo genital se desarrolla en glándula del pene, en tanto el pliegue urogenital formará el cuerpo del pene y la uretra.

En ausencia de andrógenos o receptores el tubérculo formará el clitoris y el pliegue y prominencias, la vulva y la vagina.

También bajo la influencia de la testosterona o en su ausencia se desarrollarán áreas en el hipotálamo que posteriormente regularán los patrones de secreción hormonal: no cíclicos en el varón y cíclicos en la mujer.

Como puede observarse, el proceso de diferenciación es complejo y requiere de una serie de eventos que normalmente se concatenan para producir una criatura con cromosomas XX, ovarios, genitales internos y externos femeninos o bien cromosomas XY, testículos, genitales internos y externos masculinos. Sin embargo, en ocasiones se producen alteraciones en este proceso de diferenciación, que afortunadamente son muy poco frecuentes.

La discusión de esos problemas excede a este módulo, pero baste decir que prácticamente será la apariencia de los genitales externos la que determine el género que se asigna a la criatura. De allí en adelante la diferenciación es proporcionalmente más un papel de la cultura que de la biología.

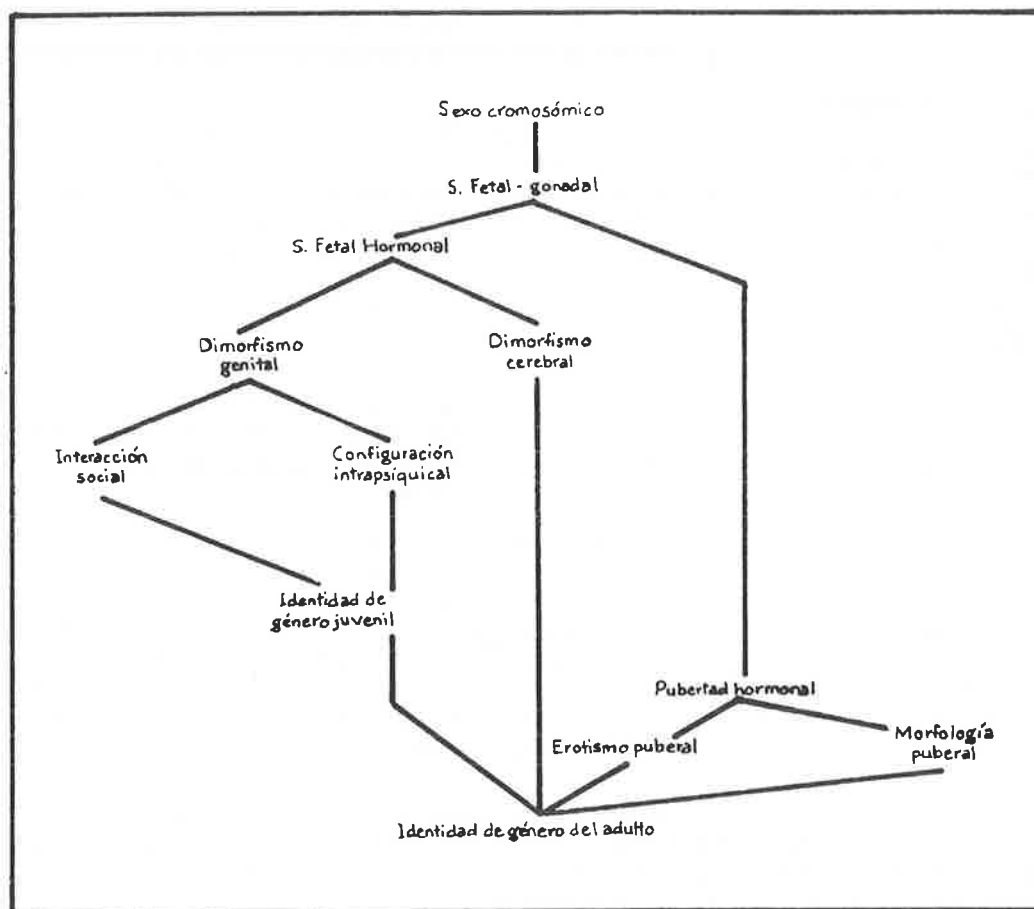
2. Desarrollo de la sexualidad en la infancia

Como hemos mostrado en párrafos anteriores, el complejo proceso de la formación de la identidad sexual de un individuo no se inicia siquiera con el nacimiento, sino que comienza prenatalmente. Por una parte por la interacción e integración de elementos biológicos tales como los cromosomas, las hormonas fetales, la configuración de genitales externos e internos y el establecimiento de circuitos neurales entre otros; por otra parte por las expectativas de los padres, las especulaciones que hacen amigos y familiares respecto al género del futuro individuo y que con frecuencia se basan en argumentos tan endebletes como la posición alta o baja del vientre, la actividad intrauterina, etcétera.

Si se acepta que a partir del nacimiento la sexualidad y el género se construyen social y culturalmente, podría de hecho pensarse que para estudiar la sexualidad pueden desatenderse los elementos biológicos, y decir que la sexualidad sólo existe a través de sus fuerzas sociales y la organización social. Sin embargo, una revisión de los autores más connotados en el campo de la sexualidad muestra cómo, a pesar de que la mayor parte suscriben teorías de construcción social de la sexualidad (y por ende de la identidad genérica) se reconoce el papel de los sustratos biológicos en la creación de potencialidades para el desarrollo.

John Money y Anke Ehrhardt han contribuido notablemente al estudio del desarrollo de la identidad y los papeles de género. Hemos adaptado su clásico esquema en el que se observa que a partir del dimorfismo genital y por ende del sexo de asignación, se abren dos vertientes: por una parte la interacción social (denominada "conducta de los otros" por Money) y por la otra, la configuración intrapsíquica (imagen corporal). Estos dos elementos actúan sinérgicamente para la adquisición de la identidad sexual infantil.

En el crítico momento del nacimiento, aquéllos que participan o concurren al evento como pueden ser familiares, médicos, enfermeras y en casos más tradicionales parteras y otros asistentes, asignarán al recién nacido al grupo de los hombres o al de las mujeres de acuerdo con la presencia y apariencia de los genitales externos. Este evento define lo que comúnmente se denomina



Money, J y Ehrhardt A. Man and woman: boy and girl, Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.

asignación de sexo y que mejor podría llamarse *asignación genérica*, y confiere una enorme responsabilidad a los profesionales de la salud por la trascendencia que tiene para la vida futura del nuevo individuo. Es, sin embargo, interesante el hecho de que la madre prácticamente no participa en esa asignación.

Por lo general este evento desencadenará una serie de reacciones sociales que pueden ejemplificarse con los convencionalismos de vestir de rosa a las mujeres y de azul a los varones en sociedades occidentales urbanas, o bien la costumbre presente aún en grupos indígenas de hacer orificios en las orejas de las niñas para el uso de aretes, lo cual también es una práctica arraigada en poblaciones urbanas.

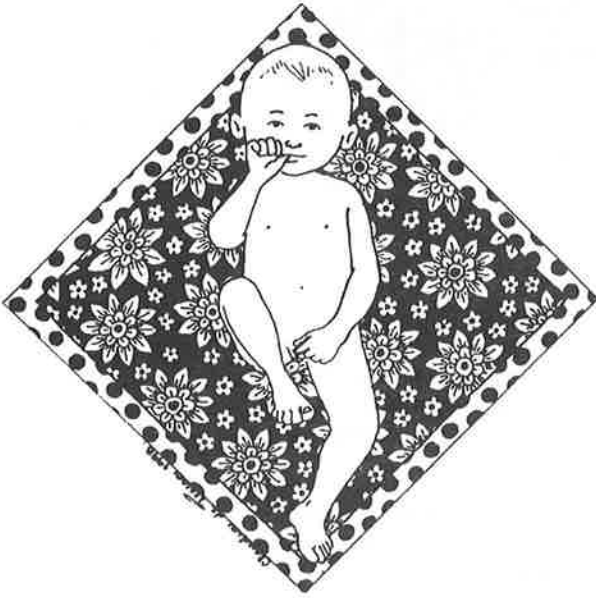
Otros ejemplos son la utilización de pronombres diferentes, declinaciones específicas o bien formas idiomáticas para referirse a y acerca del o la recién llegado(a). Estos son de mayor trascendencia en vista de que contribuirán a la formación del binomio lenguaje-pensamiento.

También se le dará a la niña o al niño un nombre, ya que lo que no tiene nombre no existe. Es práctica casi universal el que se empleen nombres específicos para hombres y mujeres. De hecho existen diccionarios de nombres para niños y niñas.

En experiencias personales de trabajo tanto en áreas urbanas como en comunidades indígenas de México con individuos de ambos géneros, éstos expresaron su preferencia por nombres que no dejaran lugar a duda respecto a su carácter femenino y masculino y manifestaron que no les gustaba que se impusieran nombres ambiguos como Trinidad y Guadalupe.

Desde el momento mismo del nacimiento habrá también un trato y una valoración diferente para niños y niñas, por lo general en detrimento de las mujeres. En algunas culturas esto es más evidente; por ejemplo, hay comunidades en las que la partera o comadronas cobran más cuando nace un varón. En muchas otras culturas los mensajes son más sutiles pero el resultado es similar.

Por otro lado, la interacción social ayudará al niño a construir su identidad sexual que, además de los mensajes sociales externos, requiere de la confirmación del mensaje biológico mediante el descubrimiento de su propio cuerpo. Por lo general, los padres no experimentan ningún conflicto ante las primeras exploraciones corporales; aceptan fácilmente que el niño lleve su mano y aun su pie a la boca. No interfieren si pasa largos ratos jalándose la oreja o enredándose el cabello en los dedos, pero con frecuencia reaccionan negativamente ante los primeros intentos de tocar sus genitales.



Esta actitud tiene como consecuencia que el niño o la niña crezcan con una imagen incompleta de sí mismos; contribuyen a ello también las actitudes que los padres adoptan en general hacia los genitales de la criatura y que se resumen en una frase: tocarlos lo menos posible. Hasta para bañar al pequeño o cambiarle pañales tratan de tener el mínimo contacto con ellos. Este rechazo se hace aún más marcado cuando el niño o la niña empiezan a obtener placer de la estimulación genital y puede llegar hasta el castigo verbal o físico.

Sin embargo, creemos que el problema básico reside no en la actitud que se tiene ante el placer derivado de los genitales, sino ante el placer en general y aquél asociado a la sexualidad en particular. Experimentar gusto o placer por algo es malo, gozar del placer sexual es aún peor. La finalidad de la educación será la de ir sustituyendo el placer por el deber. Aunque esto es válido hasta cierto punto para ambos sexos, lo es aún más en el caso de la niña, que culturalmente debe ser preparada para deberse a los demás. El placer sexual del futuro requiere la aceptación del niño o la niña como seres capaces de derivar placer de su propio cuerpo. No pocas veces las disfunciones de los adultos son el producto de las actitudes negativas de la familia y la sociedad ante el placer.

En resumen, tanto autoimagen como conducta social contribuyen a formar la identidad de género que es, en otras palabras, la percepción interna de que se pertenece a un género u otro; de que se es niña o niño, de que se es igual a mamá y diferente a papá o viceversa. La posibilidad de distinguir la pertenencia a uno u otro género se presenta más tempranamente de lo que con frecuencia se cree.

El núcleo de esta identidad está, según Money (*op.cit.*) ya presente a los dieciocho meses, aunque esa identidad aún está basada en aspectos superficiales y convencionales tales como las ropas. Sin embargo, la mayoría de los autores aceptan que ya hacia los cuatro años de edad existe un concepto de permanencia de género.

Según estas teorías, una vez que se tiene la conciencia de la existencia de dos géneros y del grupo al que se pertenece, se establece la identidad de género y el niño y la niña empiezan a validar esa identidad al expresar la "masculinidad" o "femineidad". Es decir, el niño y la niña inician la conformación más precisa de su rol o papel de género.

El proceso no está totalmente terminado cuando el niño y la niña han adquirido una identidad de rol de género (o rol sexual). Existen otros elementos de gran importancia que están relacionados principalmente con la valoración que la cultura otorga a los roles; así, existe una preferencia de rol sexual, o sea, la percepción de cuál rol es el más valorado por la cultura.

La percepción del niño y la niña referente a cuál es el papel —generalmente el masculino— más valorado por la cultura, también es aprendida. Se adquiere más tempranamente entre más rígida es la cultura en tipificar lo que es femenino y lo que es masculino. Esto es ejemplificado por la preferencia por juguetes y juegos. Hacia la edad de tres años, niños y niñas ya tienen una marcada inclinación por juguetes y actividades tipificadas, pero posteriormente ocurre un cambio interesante: los varones siguen mostrando preferencia por su rol y sus actividades, en cambio las mujeres muestran una mayor variedad en sus preferencias de juguetes y actividades. En estudios realizados en diversas culturas en niños y niñas, ante la pregunta ¿si pudieras haber elegido, qué te gustaría ser: hombre o mujer? la mayoría eligió como era de suponerse, su propio sexo; sin embargo, un porcentaje de mujeres, para cada rango de edad, eligió el otro sexo, cosa que prácticamente no ocurrió entre los varones.

En otro estudio se informó que en un grupo de niños de alrededor de tres años y medio, sólo un niño en 100 dijo que preferiría ser mujer, en tanto que el porcentaje se elevó a 15 entre las niñas que hubieran preferido ser varones.

Aun aceptando que todos estos resultados provienen de países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Suecia, con patrones culturales muy diferentes a los existentes en América Latina, sí podemos presuponer que una pregunta similar evocaría en nuestros niños varones una respuesta aún más enfática y creemos que en general encontraríamos la misma percepción, que aumenta con la edad, de que el rol masculino es más apreciado que el femenino, lo que se ve acentuado por mucho otros elementos presentes en nuestra sociedad que van desde el lenguaje "vieja el último", hasta los modelos que presenta la publicidad y la propaganda.



Otro elemento importante es la adopción del rol sexual; es decir, el tipo de comportamiento que se muestra a los demás. En este terreno también por lo general es congruente con el sexo del individuo y las incongruencias son mucho más toleradas socialmente cuando ocurren en las niñas; así se permite con mayor facilidad que la pequeña suba árboles, juegue fútbol ocasionalmente, a que el varoncito sea el que use ropa femenina o adopte conductas "inadecuadas" según las normas sociales vigentes.

Asimismo, otras teorías psicológicas dan cuenta del proceso de configuración de la identidad sexual. Las mencionaremos brevemente ya que han sido ampliamente difundidas en ámbitos profesionales; entre ellas se encuentran la psicoanalítica y la de aprendizaje social.

Un avance importante es aportado por las teorías del desarrollo cognoscitivo que proponen que el niño y la niña son capaces de hacer generalizaciones de lo que observan para luego aplicarlas a diversas "categorías". Una de éstas es el género (o mejor dicho, dos categorías o grupos, generalmente polarizados, según el género). Los niños se clasifican a sí mismos dentro de uno u otro grupo y simultáneamente establecen que personas de su entorno pertenecen a la misma categoría (que él o ella); observan cómo se comportan, qué elementos parecen exclusivos según su sexo (rol sexual) y cuáles conductas no están sexualmente tipificadas.

Kohlberg, que desde hace tiempo realiza estudios sobre el desarrollo moral del niño, así como de los conceptos sexuales con el método piagetiano, ha llegado a la conclusión de que el niño necesita identificar su propio género, para luego reconocer la estabilidad del mismo y aceptar su permanencia. Esta conciencia parece coincidir con el logro del pensamiento operacional concreto.

Como podemos observar, la mayor parte de la teorías coinciden en el importantísimo papel que juega la familia en la construcción de la sexualidad presente y futura de la niña y el niño. No son sin embargo los únicos agentes socializadores; también participan en gran medida instituciones como la escuela y personas como maestros, sacerdotes, entre otros.



3. Desarrollo de la sexualidad en la adolescencia



La adolescencia se define como una etapa evolutiva específica del crecimiento y desarrollo del ser humano. Con frecuencia se destacan sus aspectos conflictivos más comunes; sin embargo, sus variaciones en forma de periodos de crisis bio-psicosociales son preparatorios para progresos hacia la juventud y la etapa adulta.

Estos logros del desarrollo se ven modulados por el ámbito social en que se desarrolla la persona. En algunos grupos y regiones se ven acortados hasta desaparecer prácticamente cuando niños y niñas pasan de esa condición a la de integrantes de la sociedad con todas las obligaciones, aunque no siempre con los mismos derechos.

A pesar de que no es posible hacer generalizaciones existen similitudes. Durante un periodo mayor o menor de tiempo el/la adolescente experimentará transformaciones radicales que lo llevarán, como se mencionó anteriormente, a reestructurar su imagen corporal, su concepto de sí mismo y que le permitirán o no conformar una nueva identidad y avanzar en la tarea de desarrollo de convertirse en un ente autónomo con capacidad de intimidad. Además, cada vez hay más similitudes entre América Latina y los países más desarrollados en varios aspectos como el aumento de las clases medias, la elevación de las tasas de escolaridad, la creciente urbanización y la diseminación de

información común a todos los países del mundo entero.

Los adolescentes de grandes y medianas ciudades e incluso de localidades más pequeñas desean vestir en forma similar, admiran a los mismos artistas y cantan las mismas canciones. Más aún, con frecuencia tienen problemas similares y aspiraciones parecidas.

La Organización Mundial de la Salud ha convenido en que el periodo de la adolescencia se define como la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años. Muchos autores reconocen dos fases: la adolescencia temprana, periodo entre 10 y 14 años y de los 15 a los 19 como la segunda fase o la adolescencia tardía.

Latinoamérica es una región de gran cantidad de jóvenes que viven su fase adolescente. Para el profesional de la salud es muy importante entenderlos y prepararlos oportunamente para poder confrontar esta etapa de la mejor manera posible.

3.1 Adolescencia temprana

a) Pubertad

Adolescencia y pubertad no son sinónimos. En tanto que la pubertad es un evento biológico, la adolescencia es básicamente un fenómeno psicosocial. La pubertad se manifiesta como resultado de una serie de mensajes provenientes del hipotálamo, dirigidos hacia la hipófisis, "directora y coordinadora" de todas las glándulas de secreción interna, a través de las hormonas. Podríamos decir que el hipotálamo es el reloj interno de cada individuo que "activa" toda una serie de funciones que se encontraban inhibidas.

La hipófisis responde a las órdenes de hipotálamo, liberando hormonas conocidas como hormona estimulante del folículo (HEF) y hormona luteinizante (HL), que estimulan las gónadas del individuo: ovarios, si es mujer, testículos si es varón. Las gónadas, a su vez, secretan hormonas sexuales, respondiendo al estímulo de la hipófisis: estrógenos y progesterona en la mujer y testosterona en el varón.

La hipófisis reacciona a la cantidad de hormonas sexuales circulando en el torrente sanguíneo y se inhibe o activa de acuerdo con ellas. Si hay pocas se activa y envía órdenes de producir más; si hay suficientes, se "apaga".

Aunque existe una periodicidad o ciclo en la producción hormonal de ambos sexos, existe una diferencia importante entre el hipotálamo del hombre y el de la mujer; mientras que el ciclo masculino es básicamente circadiano, es decir, sufre variaciones de alrededor de 24 horas, en cambio el ciclo femenino es lunar; es decir, de aproximadamente 28 días.

Los cambios hormonales son los responsables de la pubertad. La pubertad tiene una secuencia específica y se inicia en las mujeres entre los nueve y los 15 años más o menos; en los varones, este fenómeno aparece aproximadamente dos años más tarde que en las mujeres, es decir, entre los 11 y los 17 años.

La secuencia de cambios biológicos que ocurren en el organismo tanto del joven como de la joven son:

- Brote estatural y ponderal. Un repentino y brusco crecimiento y aumento de peso corporal. Esto es muy notorio para los padres porque en el término de unos dos o tres meses las ropas les quedan chicas a los jovencitos y éstos tienen apariencia de brazos y piernas más largos y desproporcionados en relación con su tronco.
- Crecimiento de genitales internos y externos. Así como el cuerpo crece también crecen los genitales internos. Es en este momento cuando el eje hormonal hipotálamo-hipófisis-gónadas está actuando. Es la misma producción hormonal de ovarios y testículos que empiezan a ser funcionantes la que hace madurar a los genitales externos.
- Aparición de caracteres sexuales secundarios. Todos los cambios físicos como distribución de la grasa corporal, cambio de voz, aparición de vello corporal, axilas y púbico, son causados por las hormonas sexuales producidas en las gónadas.
- Aparición de la menstruación en la mujer y la capacidad eyaculatoria en el varón. Este es el último paso del desarrollo puberal, que nos indica que se está casi terminando su maduración biológica, porque ha llegado al momento en que puede reproducirse. Decimos que casi está terminando, porque se necesitarán alrededor de dos años más, después de iniciada la pubertad, para que el

Las Naciones Unidas proclamaron en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en Cairo en 1994:

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes

• *Bases para la acción*

Los servicios de salud reproductiva existentes han pasado en gran parte por alto las necesidades de los adolescentes en esta esfera. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo. La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. Para las mujeres jóvenes en general, la maternidad a edad temprana puede limitar en muy alto grado sus oportunidades de educación y empleo con efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos.

• *Objetivo*

Proteger y propiciar los derechos de los adolescentes a la información y servicios de salud reproductiva.

• *Medidas*

Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, establezcan programas para atender las necesidades de los adolescentes que aborden las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, incluidos los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Esos servicios deberían incluir:

1. Información, orientación y servicios de planificación de la familia para adolescentes sexualmente activos;

2. Orientación sobre las relaciones entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación de la familia, la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual, y prevención del VIH y el SIDA; y

eje hormonal se estabilice. Todavía después de esta última fase hay crecimiento corporal y ponderal. Las hormonas sexuales hacen que se osifiquen los cartílagos de crecimiento y éste se detenga.

Si bien el desarrollo puberal puede presentarse en un rango amplio de edades, desde los nueve a los 17 años, debe observarse la presencia de algunos cambios que indican que el mecanismo se ha iniciado. Existen casos, poco frecuentes, en que a pesar de la edad los niños no dan indicación de este desarrollo. Es conveniente consultar de inmediato al médico pues puede tratarse de algún problema de tipo genético como en los casos de infantilismo gonadal, o el Síndrome de Turner en la mujer y el de Klinefelter en el varón, que requerirán de supervisión y seguimiento especializado. En ocasiones el problema no estriba en una anomalía cromosómica sino tan sólo en el desajuste hormonal, en cuyo caso deberá acudir a algún especialista en endocrinología adolescente.

Los y las jóvenes púberes experimentan preocupación por su desarrollo corporal. Son muchos los cambios que observan en sí mismos: la aparición de acné, aumento en la sudoración con olor característico, la pérdida de coordinación motriz, a causa del brusco y repentino crecimiento corporal. También es frecuente encontrar temores, muchas veces no expresados, sobre la aparente "normalidad" de su desarrollo. Entre las jóvenes existe preocupación por el desarrollo mamario; en los varones, por el tamaño de sus genitales. Es frecuente encontrar a los jóvenes comparándose entre sí, con profundos sentimientos de frustración y malestar en aquéllos en que por su codificación genética, el proceso es más lento.

Es importante asegurar a los jóvenes que tarde o temprano su desarrollo será completo y que en general, están sanos y "bien hechos". Cuando se cuenta con información clara de los procesos de desarrollo, el malestar que sufren puede ser aminorado.

Prevención y tratamiento del abuso sexual y el incesto.

3. Los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios y a la información que necesiten. Deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.

Los países deberían eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.

Teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres, los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, realización y evaluación de los programas que los afectan, especialmente los relacionados con la información, la educación, la comunicación y los servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el embarazo de adolescentes, la educación sexual, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

La información y los servicios para los adolescentes deberían combinarse con la educación de los

varones jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en asuntos de sexualidad y procreación.

Las adolescentes embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y los cuidados en la primera infancia. Los gobiernos deben adoptar medidas contra la discriminación de jóvenes embarazadas.

Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deben promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar el apoyo que prestan al proceso de maduración de sus hijos en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva.

Los programas deberán abarcar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, incluidos los padres, las comunidades, los medios de información, las instituciones religiosas y los grupos de la misma edad e intereses.

Tomado de Acción para el Siglo XXI, Family Care International, 1994.

b) Aspectos psicológicos

Es bien conocida la relación que existe entre el cuerpo y la mente. Los griegos ya lo reconocían hace siglos. Es obvio que los cambios corporales necesariamente afectarán el estado anímico, así como éste afecta el funcionamiento corporal.

Cuando pedimos a los adultos que describan a sus hijos, sobrinos, alumnos, adolescentes, generalmente emplean adjetivos calificativos como rebeldes, irritables, melancólicos, opositores, dependientes, idealistas, egoístas, flojos, etc. Uno se puede preguntar cómo es posible que en una misma persona se den características que son antagónicas. ¿Cómo puede ser dependiente e independiente a la vez?. Es justamente la ambivalencia uno de los riesgos de esta etapa de la vida.

Las características antes mencionadas y que tanto irritan a padres y maestros no se dan al azar; todas ellas tienen una explicación lógica, tienen una causa y un propósito. Cuando estas razones son comprendidas, el conflicto que frecuentemente estalla entre adultos y adolescentes puede reducirse en gran medida.

Por una parte, conviene entender que la presencia de las hormonas sexuales en el torrente sanguíneo ocasionará cambios afectivos que son característicos de la adolescencia temprana. En buena parte la conducta aparentemente propia del adolescente se debe a la irregularidad en que a esta edad funciona el eje hormonal hipotálamo-hipófisis gónadas. Este eje adquiere regularidad aproximadamente dos años después de iniciado el último paso de la pubertad: la menstruación y las emisiones seminales.

c) Cambios en la autoimagen

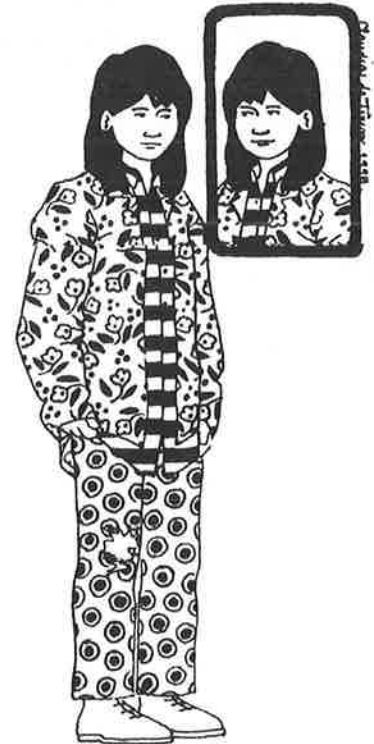
El adolescente, a menudo con preocupación, observa los cambios que se operan en su cuerpo. Cuando no hay conocimiento previo de lo que ocurre, la angustia es más intensa. Ante todo, experimenta una incomodidad al observar la falta de control que tiene sobre los cambios que se operan en él. En esta época es frecuente observar un gran desaliño y poco cuidado en su arreglo personal. Pueden inclusive preferir ropa rota y sucia aunque tengan acceso a otro tipo de prendas. Las niñas suelen usar ropa muy poco ceñida, que encubra el crecimiento de sus pechos.

Pareciera como que al ignorar a su cuerpo pudieran ocultar o suprimir su percepción de que están entrando a otra etapa de su vida. Esto es percibido con gran ambivalencia. Por un lado, existe entusiasmo y alegría por crecer y obtener la independencia; por el otro, el temor a dejar la protegida etapa de la infancia. En este periodo suele aparecer el acné y el cuerpo adolescente empieza a producir sudoración como la del individuo adulto. Es muy frecuente observar a los jóvenes púberes pasar largas horas ante el espejo contemplando su propia imagen como si ésta les fuera desconocida y es que de hecho en ese momento, lo que contemplan es a otra persona.

Durante esta etapa existe una cierta torpeza y pérdida temporal del control motor. Muchos jóvenes son torpes en sus movimientos, se les caen las cosas de las manos, se tropiezan con puertas y paredes. La explicación radica en que debido al brusco crecimiento corporal, los chicos pierden dentro de sí la imagen mental de su tamaño y de su fuerza. El crecimiento ha sido tan repentino que no han podido reconocer sus nuevas dimensiones. Conforme avanza esta etapa, se logra recuperar la fineza motriz.

Una característica frecuente de la adolescencia temprana es la inestabilidad emocional. Los chicos presentan fluctuaciones entre estados de euforia y de depresión. Estos estados anímicos son tan intensos y ocurren en tan pequeños lapsos que desconciertan mucho a los adultos con los que interactúan. La inestabilidad emocional desaparece cuando el eje hormonal mencionado anteriormente se regulariza. No debemos olvidar la importante influencia que las hormonas sexuales tienen sobre los estados emocionales.

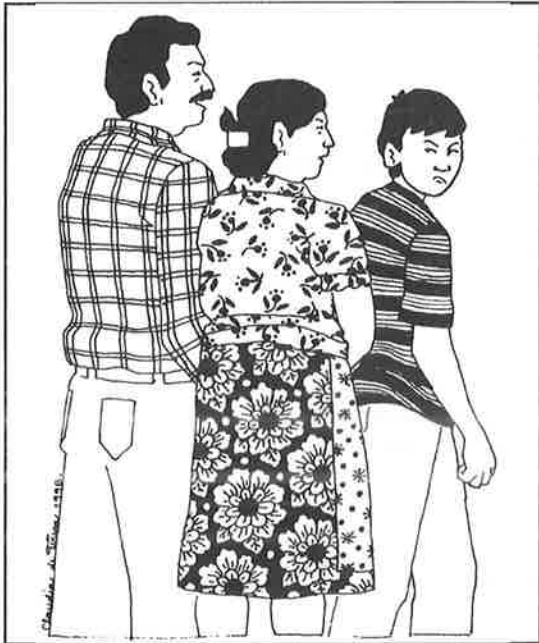
La autoestima de los púberes es sumamente frágil. Son muy sensibles a las críticas, sobre todo de los padres. Buscan con intensidad la aprobación de los individuos que los rodean, pero con mucha frecuencia se sienten incomprendidos, aumentando de esta manera los sentimientos de soledad, enajenación y temores de perder la razón.



En estas edades, el rendimiento escolar puede descender. Es frecuente encontrar adolescentes con dificultades de concentración o inhibición de sus aptitudes cuando ingresan a la escuela secundaria y cambia todo el sistema escolar. De tener uno o dos maestros, durante la primaria, tienen un maestro por materia y se ven expuestos a muchas demandas educativas que no tenían antes. En esta etapa, los jóvenes están preocupados e interesados en todos los cambios que les ocurren. No tienen interés en saber de geografía o historia sino de conocer qué pasa con sus cuerpos y con los pensamientos desordenados que tienen sobre la vida y sobre sí mismos; les preocupan los sentimientos que no entienden y que tienen tanta intensidad. El sistema educativo ignora estas necesidades de los jóvenes. Muy pocas escuelas consideran importante brindar sesiones de educación sexual a sus alumnos y la poca información que los libros contemplan en esta área se refieren a los cambios físicos como la menstruación y las emisiones seminales.

La adolescencia temprana también se caracteriza por la impulsividad. Los jóvenes tienen poco control sobre sus emociones y suelen reaccionar a los estímulos externos de manera despreocupada.

d) Relación con los padres y la familia



Durante la adolescencia temprana la relación con los padres se vuelve con frecuencia explosiva. Debemos admitir que no todos los y las adolescentes responden de igual manera, la diferencia dependerá de los antecedentes familiares y de la manera en que fue vivida la infancia.

Erick Erikson ha denominado a esta etapa de la vida como la "crisis de identidad". Los y las adolescentes en esta edad se cuestionan acerca de quién y cómo son ellos. A la pregunta: "¿quién soy yo?" sólo tienen por el momento una respuesta: quién no soy yo. La rebeldía no es más que una manera de buscar su individualidad. Esta búsqueda los obliga a separarse de sus padres, tanto física como emocionalmente. Dado que en nuestras condiciones de crisis actuales es casi imposible la separación física, acuden a la separación emocional. Suelen pasar el mayor tiempo posible fuera de casa, ya sea con sus amigos o en otro tipo de actividades y cuando están en casa, se retraen del contacto con el resto de su familia.

Cuando los padres se dirigen a ellos, suelen responder con agresividad y actitudes despectivas. Cuando los padres ordenan o limitan sus actividades, reaccionan con rabietas. Algunos padres responden a estas conductas con ira y tratan de imponer el orden con severos castigos o reprimendas verbales, lo que hace que se genere un círculo vicioso difícil de romper. A mayor presión de los padres, mayor rebeldía y conducta rechazante de los adolescentes.

Si esta situación es difícil para los jóvenes, no lo es menos para los padres. Existen razones que explican por qué los padres se sienten tan amenazados durante la adolescencia de sus hijos. Como vemos, es una etapa de conflicto, de búsqueda de identidad, y muchos padres, aunque adultos, no han resuelto sus propios conflictos adolescentes. Así, la adolescencia de sus hijos genera recuerdos y revive conflictos de ellos cuando a su vez fueron adolescentes. Otra razón de peso en la reactivación de los conflictos estriba en que en una sociedad como la nuestra que hace culto a la "juventud", admitir que los hijos crecen implica necesariamente admitir que ellos envejecen.

Otra dificultad que los padres tienen durante la adolescencia de sus hijos son los recuerdos de sus vivencias en el área sexual. Observar el desarrollo físico de los hijos, su maduración biológica y su atractivo sexual, hace que padre y madre recuerden sus propias iniciaciones sexuales, sus temores, sus fantasías. A veces los padres varones imponen severas restricciones sobre todo a sus hijas, en un afán de protegerlas de los avances sexuales que ellos mismo hicieron cuando jóvenes.

La separación emocional de los adolescentes de sus padres tienen también otro propósito. Es un alejamiento que sirve para ubicar su núcleo familiar dentro de cierta perspectiva que les permita valorar qué tan adecuada resulta como modelo. En esta etapa, los jóvenes critican mordazmente a sus padres, los tachan de anticuados, de incongruentes y toda comunicación verbal se hace poco menos que imposible. Estas críticas pueden darse directamente o a través de un callado resentimiento.

Es un hecho bien demostrado que durante estos años la comunicación entre padres e hijos se hace difícil. Cualquier comentario de los padres, aun bien intencionado, es visto con reserva y desconfianza. Por ello, es importante reconocer que, puesto que en estos años no hay comunicación, los valores que los padres tienen, así como su filosofía de la vida, deben haber sido formulados y discutidos durante la infancia. Esta comunicación que se pierde en estos años puede recuperarse después, al llegar a la adolescencia tardía o bien a la adultez. Esto no significa que los padres deben renunciar a todo intento de comunicación verbal con sus hijos, simplemente indica que es preciso buscar otras estrategias. El diálogo con los adolescentes en esta etapa debe manejarse cuidadosamente: en vez de ordenar, sugerir; en vez de sermonear, preguntar. Alguien dijo que el mejor diálogo con un adolescente es escucharlo. Esto no implica que no deban establecerse los límites de comportamiento congruente con la vida de los padres. Lo que se sugiere es que se traten de evitar confrontaciones por cosas que no tienen importancia y sólo marcar, con firmeza, las situaciones que verdaderamente amenazan la integridad del o la adolescente o de la familia.

Al separarse de los padres, el joven, con su autoestima frágil, su inseguridad y sus temores, se siente solo y para compensar esta ansiedad, resultado de su conflicto dependencia-independencia, busca otras figuras significativas que llenen su vacío emocional: otros adultos que no son sus padres, así como su grupo de compañeros y amigos. Con estos adultos, que pueden ser cercanos, como maestros, tíos, padrinos, etc., establecen vínculos afectivos intensos con una comunicación abierta de relativa igualdad, pero también se idealiza e imita a adultos lejanos como artistas de cine, cantantes, deportistas, etcétera.

Los padres suelen responder con celos al observar los nuevos vínculos afectivos de sus hijos. Tal vez la molestia que éstos generan puede disminuir cuando comprenden el propósito de estas vinculaciones. Debemos regresar al tema de la identidad. Puesto que el joven no sabe "quién es él", tan sólo "quién no es él", busca modelos que copiar entre los adultos que lo rodean. Si la separación de los padres fue para obtener una perspectiva, la cercanía con otros adultos implica buscar "cómo quiero llegar a ser". Poco a poco, tomando aspectos de uno y otro modelo, todavía de una manera difusa, va integrándose dentro de la mente del joven lo que finalmente constituirá su "yo ideal".

Está plenamente demostrado que el modelo familiar es tan importante que dependiendo de sus características particulares, el joven tratará de copiarlo exactamente o bien de buscar todo lo contrario. Existe un cierto fatalismo en este sentido, pues siempre el punto de partida es la familia, como una fotografía que tiene un positivo y un negativo. En el fondo son iguales, sólo que en una es blanco lo que en la otra es negro y viceversa.

Poco a poco va constituyéndose la escala de valores del joven, copiando aquéllo que es valioso para él, desechando lo que a su entender no es vigente. La configuración de una escala de valores personal es uno de los parámetros para considerar que la adolescencia ha terminado.

e) Relaciones interpersonales con los amigos o el grupo de pares

Los amigos llenan de una manera el vacío y la soledad que deja el alejamiento de la familia en búsqueda de la propia identidad. Tienen funciones muy importantes, que a veces los padres desconocen, alegando que tan sólo son una pérdida de tiempo y de distracción hacia tareas más importantes como las académicas. Si bien es cierto que desde la infancia los hijos ya tienen amigos, es durante la adolescencia cuando éstos juegan un papel trascendental.

El grupo de amigos o pares proporciona al y la adolescente inseguro, temeroso y solitario una "identidad colectiva". Esta identidad hace que se separe el "mundo de los adultos" del "mundo de los jóvenes". La separación es tan marcada que en muchos estamentos de nuestra sociedad puede hablarse de una "subcultura adolescente", con sus propias normas de comportamiento, música, moda, lenguaje, etc. El grupo da al joven sentido de pertenencia, diluye su inseguridad individual ya que brinda la confianza de una alianza, estableciendo niveles de fortaleza. Podríamos parafrasearlo de la siguiente manera: "solo, estoy perdido, juntos, somos fuertes". Es un hecho que en los grupos se pierde mucho de la conciencia individual. Todos hemos sido testigos de actos vandálicos de grupos de jóvenes, escondidos tras el anonimato que les proporciona "la pandilla", actos que nunca se hubieran perpetrado si hubiesen estado solos.

Es frecuente que para ingresar a algunos grupos más formales como pandillas o bandas, se requiera una especie de "rito de iniciación". Todos conocemos las famosas "novatadas" que hace unos años practicaban los estudiantes universitarios a los jóvenes de nuevo ingreso. Algunos de estos ritos de iniciación encerraban tanta violencia que si no provocaban la muerte, por lo menos dejaban bien lastimados durante algunos días a muchos de quienes los sufrían. En estos grupos

siempre hay un líder y es interesante observar que los adolescentes obedecen casi sin chistar sus órdenes o demandas. A veces es sorprendente observar cómo una orden dada por los padres es ignorada, pero es obedecida sin aparente conflicto cuando la misma orden es dada por el líder del grupo.

Las pandillas y bandas ejercen presión sobre el joven y la joven. A veces las presiones van en contra de su educación o buen juicio, pero su necesidad de ser aceptado es tan imperiosa que aceptarán situaciones aun cuando puedan ser dañinas o autodestructivas. Así, muchas veces el inicio de actividades como fumar o consumir drogas o bebidas alcohólicas, e incluso tener una relación sexual, puede ser provocado por la presión del grupo de pares aun cuando el joven y la joven no se sientan listos para llevarlas a cabo por iniciativa propia.

La capacidad de ser asertivos y poder decir "No" a situaciones peligrosas o que atentan contra los valores del joven y la joven, se aprende en la infancia. Si los padres no respetan el ¡No! de sus hijos cuando pequeños, difícilmente podrán aprender a decirlo cuando las circunstancias lo ameritan.

En la adolescencia temprana los grupos de amigos generalmente son del mismo género. Aun en escuelas mixtas, en el recreo los niños se juntan con niños y las niñas con niñas. Aunque ya tienen interés en los individuos del otro sexo, todavía no existe la confianza para interactuar con ellos. Es posible que muchas conversaciones en los pequeños grupos se refieran a los del otro género, de modo que no es que les falte interés, sino que el temor de acercamiento es tan intenso que prefieren mantener una distancia razonable.

De todos los compañeros del grupo, generalmente hay un amigo o amiga con quien se establecen relaciones interpersonales más profundas. Ambos charlan y comparten sus experiencias, sus dudas, sus temores y, en el caso de varones, pueden compartir actividades sexuales masturbatorias. Los padres generalmente desconfían de estas amistades tan intensas y cuando observan que el amigo del hijo o la hija tiene rasgos de personalidad que no aprueban suelen tratar de romper la relación. Sin embargo, mientras más oposición muestran al amigo, más intensa se hace la defensa por parte del hijo. Si entendemos que esta relación sirve como una "imagen en espejo", donde el joven se ve reflejado en su amigo; que ambos tienen los mismo sentimientos confusos, los mismos temores, las mismas fantasías, etc., podemos explicarnos la necesidad de esta relación.

Además, cuando los padres critican al amigo o amiga elegidos, el joven necesita defenderlo porque en el fondo la crítica es para él, que "no supo elegir bien a sus amigos". Es totalmente contraproducente prohibir amistades, ya que mientras más intenso sea el rechazo más intensa es la defensa. Es cierto que en ocasiones los hijos se vinculan con amistades que no son adecuadas para ellos, pero la única manera de que los jóvenes reconozcan el error en su elección es permitiéndoles darse cuenta por ellos mismos. Si no hay ataque, no hay necesidad de defensa. No se pretende que los padres se mantengan ecuanímenes, con los dedos cruzados, rogando que no pase nada malo, sino que utilicen estrategias más eficaces y métodos más indirectos. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los padres para que, en vez de lanzar una prohibición, pregunten sobre la conducta y la personalidad del amigo o amiga permitiendo que el hijo o hija pongan en palabras sus observaciones, y así se cuestionen sobre lo adecuado de esa relación.

Las experiencias infantiles y el tipo de relación con los padres determinarán qué tipo de amigos elegirá un joven durante su adolescencia temprana.



3.2 Adolescencia tardía

La adolescencia tardía se inicia en las mujeres alrededor de los 14 o 15 años y en los varones después de los 16 y 17 años. No existe una línea divisoria precisa entre la terminación de la adolescencia temprana y el inicio de la tardía; la diferencia es básicamente cualitativa. Es posible reconocer en un joven o una joven rasgos de ambas etapas. No existe una edad exacta para marcar su terminación, pues, como dijimos antes, es de tipo psicosocial, ya no biológico.

Desde el punto de vista biológico, el eje hormonal hipotálamo-hipófisis-gónadas se ha normalizado y funciona con regularidad.

a) Cambios en la autoimagen

Mientras el adolescente temprano se siente incómodo con su cuerpo y está desconcertado por los cambios que en él ocurren, los y las adolescentes tardíos con frecuencia han aprendido que es fuente de placer y de orgullo: ya no lo ocultan, ahora lo exhiben. Los jóvenes de esta edad están muy conscientes de su apariencia personal. Hombres y mujeres no usan ya ropa holgada que oculte sus figuras, sino que muestran orgullosos sus formas. Existen estilos definidos de moda que varían con los tiempos, pero sea cual sea el que esté en boga, la mayor parte de los jóvenes urbanos siente la necesidad de incorporarlo dentro de su guardarropa.

La pérdida de control motriz que tenían antes, desaparece. Ahora son capaces de moverse con agilidad y fineza.

En el mejor de los casos la labilidad emocional de los años anteriores también desaparece dando lugar a una estructuración de la personalidad. Al adquirir confianza y práctica en el manejo de situaciones sociales, la autoestima se incrementa y se empiezan a reconocer las habilidades personales.



El temor y la angustia ante los sentimientos sexuales y agresivos que eran característicos de la adolescencia temprana, tienden a ser superados por el reconocimiento de que se tiene la capacidad de controlarlos.

El rendimiento escolar mejora y con frecuencia aparecen intereses intelectuales; al establecerse la capacidad plena de pensamiento abstracto se hacen presentes el razonamiento y argumentación. Las cuestiones filosóficas, religiosas, sociales y políticas son discutidas con apasionamiento e idealismo. En esta edad los y las jóvenes se identifican con el dolor humano y protestan por la injusticia y la explotación. Son altruistas, defensores de las "causas perdidas" y en sus discusiones tratan de arreglar el mundo, criticando los errores de la "sociedad adulta" corrupta e ineficiente. Existe un deseo intenso de encontrar su lugar en la sociedad y de pensar en el futuro tanto profesional como afectivo.

Existe también un mejor control sobre los impulsos y en vez de actuar ante la frustración con berrinches, se acude al razonamiento y al convencimiento.

Cuando a los 18 años obtienen la "mayoría de edad" desde el punto de vista legal, incorporan dentro de sí las obligaciones cívicas que conlleva este status. Pueden asumir así las responsabilidades "adultas" como ingresar al padrón de votantes, obtener una licencia para conducir vehículos, hasta contraer matrimonio sin el permiso de los padres.

b) Relación con los padres

Existe un cambio importante en la relación con los padres. Aunque subsiste la crítica, ésta se vuelve más objetiva y realista. El joven y la joven ya no tratan de oponerse tan sólo porque algo fue dicho por sus padres, sino que reflexionan sobre dichas observaciones o comentarios aceptando y reconociendo aquéllo que sienten es apropiado. El conflicto dependencia- independencia empieza a resolverse. Poco a poco ensayan tomando decisiones y pensando por sí mismos como seres separados. La relación con los padres ya no es vertical como antes sino que tiene ciertos elementos de igualdad.

En la mayor parte de nuestras sociedades existe el grave problema de una enorme contracción del mercado de trabajo. Aquellos jóvenes que necesitan trabajar para sostenerse y para adquirir autonomía de la familia, difícilmente encuentran empleos, creándose así un creciente grupo lleno de frustración y resentimiento con tiempo desocupado que puede llenarse con actividades antisociales.

La relación intensa con los adultos persiste; continúa la búsqueda de modelos que copiar, pero ya existe la capacidad para discriminar cuáles rasgos o actitudes son válidas para ellos y cuáles son inoperantes. Estos modelos van cristalizando la propia escala de valores que, aunque participa de algunos elementos proporcionados por la familia, se ven matizados por sus relaciones con otras personas.

c) Relaciones interpersonales con el grupo de pares

El grupo de amigos sigue teniendo importancia, pero ahora, a diferencia de la adolescencia temprana, es mixto. Aunque persiste el temor y la desconfianza hacia el sexo contrario, la atracción y el interés son tan intensos que vencen las resistencias y se inician los acercamientos. Con el aprendizaje de habilidades sociales como hablar con otras personas, bailar y saber cómo comportarse en determinadas situaciones, se adquiere confianza y seguridad personal. Aparece en el panorama del adolescente tardío el amor, pero este aspecto será tratado con detenimiento más adelante.

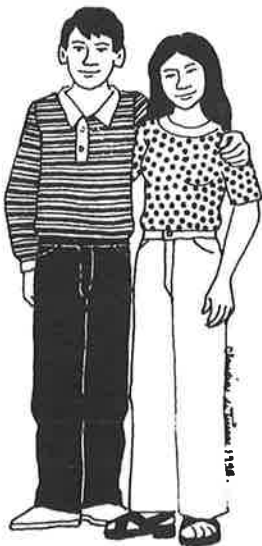
d) Terminación de la adolescencia

El paso de la adolescencia a la adultez juvenil no está claramente determinado sino que se ve cristalizado poco a poco en diversos aspectos de características netamente sociales. Podemos decir que la adolescencia ha terminado cuando se cumplen los siguiente parámetros.

- Establecimiento de la capacidad de pensamiento abstracto.
- Establecimiento de la identidad. La persona sabe quién es.
- Autonomía e independencia de la familia. Esto se refiere no sólo a los aspectos económicos sino también a los emocionales.
- Establecimiento de un sistema personal de valores.
- Capacidad de mantener relaciones duraderas y de unir el amor sexual con las emociones de ternura y afecto.

Es evidente que estos logros del desarrollo aparecen a edades distintas y no siempre coexisten todos. Por otra parte, existen personas que nunca obtienen estos parámetros y que permanecen indefinidamente en un estado de adolescencia temprana crónica.

3.3 El amor y la sexualidad en la adolescencia

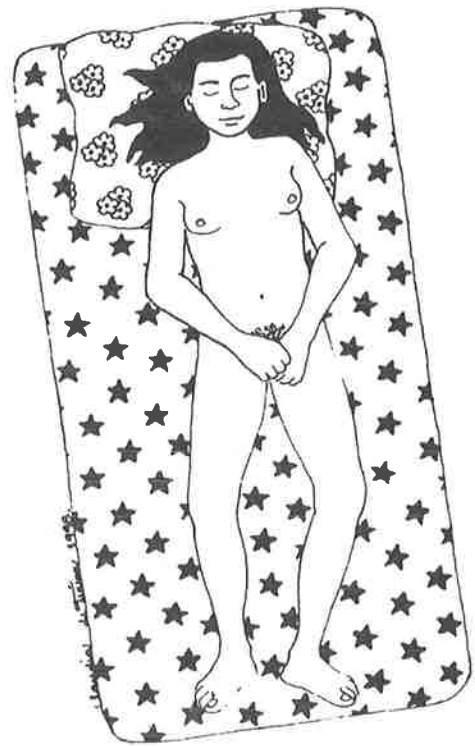


En los apartados anteriores hemos descrito las características físicas y emocionales de los jóvenes, desde la pubertad hasta la terminación de la adolescencia. Sin embargo, se ha hecho poca referencia a los aspectos sexuales y eróticos de su vida. Éstos tienen tal importancia que merecen ser tratados en forma separada.

Si bien el niño y la niña ya han conocido el amor en el seno familiar, es en la adolescencia cuando viven este sentimiento con personas ajenas a su círculo familiar cerrado. El antecedente del amor romántico y después erótico es el amor que se siente hacia uno o varios amigos. Esto significa que en el establecimiento de amistades se aprende a ganarse la estimación y afecto de alguien que no es de nuestra propia familia. Es en la relación de amistad que se aprende a apreciar las cualidades y a tolerar los defectos del otro. Quien no ha aprendido a amar a un amigo, difícilmente podrá amar a un compañero o cónyuge. La única diferencia entre un tipo de amor y el otro es que al segundo se agregan los deseos sexuales y la manifestación erótica.

Durante la adolescencia temprana, el adolescente y la adolescente están demasiado preocupados por las cosas que le suceden y que sienten. Todo su interés está revertido hacia sí mismos, en un proceso narcisista y egocéntrico. En esta etapa de su vida no son capaces de amar realmente a ninguna otra persona porque no les queda energía para más.

Los deseos sexuales se manifiestan con intensidad y para descargar esa tensión erótica es muy frecuente que acudan a la masturbación. Conviene detenernos un momento para hablar de esta práctica tan frecuente. Según encuestas realizadas en varios países se ha llegado a comprobar que casi noventa y ocho por ciento de los varones se ha masturbado por lo menos una vez en la vida; en cambio, esta cifra disminuye considerablemente desde cuarenta a setenta por ciento en las mujeres. Esta diferencia tan notable en las prácticas masturbatorias masculinas y femeninas se debe a la diferente educación que reciben unos y otras, pero también a diferencias biológicas entre ambos sexos. La sexualidad del varón está más focalizada en sus órganos genitales, los que además están muy al alcance de la mano y por tanto han sido explorados desde edades muy tempranas en la vida. En cambio, el erotismo femenino está menos focalizado. Todo su cuerpo y no sólo sus genitales se erotiza. Además, en nuestra cultura se desalienta y limita la exploración de genitales en la niña, de modo que con mucha frecuencia existe un verdadero desconocimiento de sus genitales externos. Uno de los temores ocultos que explican la limitación que se le impone a las niñas en su exploración genital es el temor a que puedan causar algún daño a su himen, estructura orgánica cuya presencia, para algunas personas, indica todo un sinnúmero de elementos valorativos como honradez, pureza, etcétera.



La masturbación es una de las prácticas sexuales a las que se han adjudicado gran cantidad de mitos. Desde que produce debilidad física ocasionando reblandecimiento de los huesos, acné, etc., hasta que causa daño emocional y mental. Todavía no se encuentra evidencia científica que apoye estos temores; en realidad la masturbación es una conducta inofensiva desde el punto de vista médico y psicológico pero es considerada pecaminosa y sucia por la tradición judeo-cristiana.

El joven y la joven púberes suelen masturbarse con frecuencia, si bien el primero más que la segunda, y si no tienen información, pueden estar preocupados por los efectos nocivos de dicha práctica. Generalmente, cuando tienen la oportunidad de escuchar a alguna persona, particularmente si es un profesional de la salud, hablar sobre este tema, suelen respirar aliviados al descubrir que no implica ninguna automutilación. Sin embargo, los adolescentes que han sido educados o que viven en un ambiente estricto desde el punto de vista religioso pueden reaccionar con sentimientos de culpa, ya que es una práctica no aprobada por algunas religiones.

En muchas ocasiones, la práctica masturbatoria se acompaña de fantasías que atemorizan a los jóvenes. Éstas pueden contener diversos temas eróticos, desde elementos incestuosos hasta conductas sexuales violentas, donde el placer sexual y la agresión se fusionan íntimamente. Cuando éste es el caso, los sentimientos de culpa aumentan por suponer que tales fantasías son "anormales" y "degeneradas". Es necesario reasegurar a los adolescentes que realidad y fantasía son cosas diferentes.

Del amor a sí mismo o el amor narcisista, el joven y la joven pueden pasar a colocar sus sentimientos amorosos en amigos y amigas del mismo sexo. Ya hablamos con anterioridad de la importancia de los amigos y del vínculo afectivo con una persona en especial. Sin embargo, se ama al amigo o amiga no tanto como individuo y por sus características propias sino en cuanto sirve de espejo para entenderse mejor a sí mismo; es decir, es una copia de sí mismo, porque le pasan las mismas cosas que a uno; no obstante no debe perderse de vista que se trata de una relación diádica, es decir, de dos.

La práctica sexual más frecuente en esta etapa sigue siendo la masturbación, pero pueden agregarse sentimiento y conductas de tipo homosexual. El amor que se siente por el amigo o la amiga del mismo sexo es tan intenso que existen celos cuando su tensión está dirigida hacia otras personas. Puede haber juegos de masturbación mutua o fantasías eróticas que se bordan alrededor de la imagen del amigo o amiga. Esta conducta de tipo homosexual no representa una orientación homosexual, sino una conducta transitoria que persiste mientras llena la necesidad de sentir un vínculo intenso con alguien en una etapa de la vida en que la autoestima es tan pobre. Cuando sienten que nadie los quiere ni los comprende, la presencia de un amigo o amiga que sí los aprecia puede ser vital.

En la frontera de la adolescencia temprana y la tardía aparece el amor heterosexual. Y no es indispensable el amor en espejo, ni se busca una copia al carbón, sino que se busca la complementación de sí mismo encarnado en otra persona, que en nuestras sociedades es preferentemente del otro género. Si recordamos que en esta etapa el y la adolescente empiezan a adquirir habilidades sociales y mayor seguridad y confianza en sí mismos, podemos entender que decidan lanzarse a la conquista del amor soñado.

En este proceso pueden reconocerse dos periodos: en el primero el amor se coloca en figuras distantes e inalcanzables. Es muy frecuente que los jóvenes se enamoren apasionadamente de personas que saben son imposibles de alcanzar, como un artista de cine o un cantante o inclusive de adultos que están cerca de ellos pero con los cuales no existe la más remota posibilidad de reciprocidad, como es el caso de un maestro o el padre o madre de algún amigo. Este tipo de amor se explica porque existe la necesidad de establecer un vínculo amoroso con una persona real, que ya tiene rostro, pero simultáneamente está el temor de ser rechazado o de no poseer los atributos que lo hagan atractivo ante el ser amado. Así, esta relación platónica florece exclusivamente en el mundo de la fantasía.

La fantasía es un elemento de suma importancia en la vida de todo ser humano, pero es particularmente útil en la adolescencia. En la fantasía se pueden crear y recrear un sinnúmero de situaciones o encuentros románticos, que puede ser ensayados una y otra vez a gusto del ensañador, sin que ocurra ninguna de las consecuencias que hubieran podido resultar de ser la situación real. La mente es un enorme pizarrón donde se pintan escenas que si no gustan, son borradas sin dejar huella. La figura amada es colocada en situaciones diversas de la vida cotidiana, pero también de cortejo y culminación sexual sin mayores consecuencias.

Una vez integrada la identidad es posible arriesgarse a relaciones de intimidad, es decir relaciones donde el individuo puede presentarse tal como es, sin máscaras y superada la inseguridad. El joven coloca su amor en una persona cercana y alcanzable. Generalmente las elección de pareja se hace dentro del grupo de amigos que asisten a la misma escuela o centro de trabajo, o bien habitan en el mismo barrio. El grupo proporciona límites a la expresión de afecto de los enamorados. Después de todo, no es posible mucha intimidad cuando se está rodeado de otras parejas, pero se aprovecha la oportunidad para la exploración de sentimientos e intereses comunes que van fortaleciendo la relación amorosa.



Conforme continuó la evolución de los integrantes de la pareja, se empiezan a alejar del grupo de amigos, buscando oportunidades para estar solos. Es en este momento que ambos jóvenes empiezan a explorar ya no sólo sus mentes y sentimientos sino también sus cuerpos. En esta etapa las expresiones de amor pueden variar desde juegos y caricias sexuales hasta el coito.

El primer amor está casi irremediamente condenado al fracaso. Son muy pocas las parejas que logran continuar por varios años hasta llegar al matrimonio o a la posibilidad de vivir juntos. Produce tristeza observar el gran dolor y la terrible sensación de pérdida que se siente cuando el primer amor se derrumba, pero es precisamente este sufrimiento el que propicia el futuro crecimiento de la pareja.

El amor adolescente ha sido tema de innumerables obras artísticas: literarias, pictóricas, musicales, etc. Nadie puede quedar indiferente ante la separación de los amantes, quizá porque todos, en algún momento de nuestra vida, hemos sufrido ese dolor desgarrador. Es de las cenizas de este primer amor, del aprendizaje obtenido durante su duración, de donde el o la joven salen fortalecidos en busca de otros compañeros que aminoren el dolor.

El profesional de la salud con frecuencia es consultado por jóvenes o sus familias respecto a su desarrollo sexual. Desde preguntas de índole biomédica hasta para que emitan juicios en cuanto a la conveniencia de tal o cual conducta. En el primer caso, el profesional debe responder veraz y tan precisamente como le sea posible; en el segundo, el papel del profesional es ayudar a que el o la adolescente tome sus propias decisiones indicando cuáles son las alternativas y sus consecuencias, y de las conductas de riesgo tanto de embarazo no deseado, como de ETS, incluyendo VIH/SIDA.

Es especialmente importante señalar que el y la adolescente que acuden con un profesional de la salud tiene derecho a la misma atención de calidad que cualquier otro individuo y por supuesto a la confidencialidad.



Bibliografía

Aguilar J. *Sexualidad y adolescencia*. En: *Hablemos de sexualidad. Lecturas*. México: MEXFAM/CONAPO, 1997.

Butler J. *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge, Chapman and Hall, 1990.

Corona E. "*Algunas aportaciones al desarrollo de la infancia*". En: *La educación de la sexualidad humana*. México: CONAPO, 1982.

Giddens A. *The transformation of intimacy*. Oxford: Polity Press, 1992.

Krauskopf D. "*Procesos psicológicos centrales en el adolescente*". En: *Hablemos de sexualidad. Lecturas*. México: MEXFAM/CONAPO, 1997.

Weeks J. *Sexuality*. New York: Routledge, 1976.

Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. Family Care International. Estados Unidos: 1995.



Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *La historia de Elena*

Objetivo:

Proporcionar un instrumento que permita al profesional de la salud abordar el tema de las curiosidades infantiles con la comunidad.

Aplicación:

Grupal.

Material:

Reproducción de las ilustraciones del cuento en rotafolios, acetatos y transparencias.

Instrucciones:

Padres y madres de familia, maestro y otros miembros de la comunidad acuden con frecuencia con los profesionales de la salud para recibir orientación respecto a cómo responder a algunas preguntas de niños y niñas pequeños.

- Reúna a un grupo de la comunidad donde trabaja.
- Presente el material de *La historia de Elena* narrándola.
- Divida al grupo en subgrupos o si el grupo es muy grande organice una lluvia de ideas.
- Solicite a los subgrupos que formulen dos preguntas que con frecuencia hacen niños y niñas y la edad en que esto ocurre.
- En plenaria cada subgrupo presenta sus preguntas que son respondidas por el grupo mismo. El facilitador abunda en las respuestas y aclara cuando sea necesario.

Algunas de las preguntas más frecuentes pueden parecer difíciles de contestar. A continuación presentamos algunas formas sencillas de responderlas.

- **¿Por dónde sale el bebé?**
Por la vagina, que es un canal muy elástico que tiene la madre. La entrada de la vagina se encuentra muy cerca del lugar por donde las mujeres hacen "pipí".
- **¿Cómo hacen los padres el amor?**
El hombre y la mujer se acarician, se abrazan, se besan, y el papá pone el pene dentro de la vagina de la mamá.
- **¿Cómo están los padres cuando hacen el amor?**
Pueden estar con poca ropa o bien desnudos. Aunque no hay un lugar especial para hacerlo, muchas parejas lo hacen en la cama, porque allí se sienten bien, cómodos y solos.
- **¿Cada vez que hacen el amor los papás, es para tener bebés?**
La mayoría de las veces lo hacen porque lo encuentran una forma muy agradable de expresarse su cariño y afecto. Si los dos lo deciden pueden hacerlo también para tener un bebé.
- **¿Saben los papás cuál de las veces que hacen el amor es para tener un bebé?**
Hasta hace algunos años, no era posible saber en cuál de las veces se puede tener un hijo. Actualmente sí se sabe y entonces los papás pueden hacerlo porque desean tenerlo.

LA HISTORIA DE ELENA

En una de las muchas veces que papá y mamá hicieron el amor decidieron engendrarme a mí ...

...Un óvulo de mamá y un espermatozoide de papá se unieron...

...Y entonces se formó un huevito que comenzó a crecer ...

Al principio el huevito era muy pequeño...
Tan pequeño que nadie se daba cuenta de que existía...

Al segundo mes papá y mamá
comenzaron a darse cuenta...
Fueron al médico y él les dio la noticia ...

Mis padres me esperaban contentos...
A mamá le comenzó a crecer el vientre...
Aunque ya me movía, mamá aún no me sentía...

Cuatro meses...
Mamá sintió que me movía por primera vez...
Mamá le contó a papá ...
Se pusieron felices...

Quinto mes...
El vientre de mamá crecía
cada día más y más...
Cuentan que me movía mucho...

Sexto mes...
Seguía creciendo dentro del útero de mamá...
El útero crecía también para permitir que me desarrollara...

Al séptimo mes yo era más grande...
Mamá y papá se preparaban para recibirme...

Octavo mes...
Mamá fue al médico y le dijeron
que yo era aún más grande y que
¡faltaba poco! Mamá y papá me esperaban...

Noveno mes...
Estaba preparado, estaba listo,
¡Quería nacer!

¡Nací!

Papá acompañó a mamá...
La partera nos ayudó mucho...
Fue un hermoso momento.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *El adolescente que fui*

Objetivo:

Reflexionar sobre las características de la propia adolescencia , así como su contexto social.

Aplicación:

Individual.

Material:

Cuadro adjunto y lápiz o pluma.

Instrucciones:

Describe mediante una imagen, gráfica, realista, simbólica o abstracta su adolescencia temprana y su adolescencia tardía.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

¿Recuerda?

- ¿Qué año era?
- ¿Qué pasaba en su país?
- ¿Dónde vivía?
- ¿Cómo se vestía?
- ¿Qué obligaciones tenía?
- ¿Quién era la persona más importante en su vida?
- ¿Qué música escuchaba?
- ¿Cómo expresaba su sexualidad?
- ¿Qué ilusiones tenía?
- ¿Cómo veía al mundo?

ADOLESCENCIA TARDÍA

¿Recuerda?

- ¿Qué año era?
- ¿Qué pasaba en su país?
- ¿Dónde vivía?
- ¿Cómo se vestía?
- ¿Qué obligaciones tenía?
- ¿Quién era la persona más importante en su vida?
- ¿Qué música escuchaba?
- ¿Cómo expresaba su sexualidad?
- ¿Qué ilusiones tenía?
- ¿Cómo veía al mundo?

Reflexione:

- ¿Qué diferencias importantes encuentra entre las dos etapas?
- ¿Tenía el mismo tipo de amigos y amigas?
- ¿Cambiaron sus relaciones con el otro sexo?
- ¿Eran diferentes sus planes para el futuro?

Si quiere, puede compartir estos hallazgos con otros profesionales, familiares y amigos o amigas.

MÓDULO 2

SEXUALIDAD
Y GÉNERO

2

SEXUALIDAD Y GÉNERO

Objetivos

- Proporcionar conocimientos para que el profesional de la salud pueda integrar una visión de género a su práctica cotidiana.
- Proporcionar instrumentos para que el profesional de la salud sea capaz de aplicar la dimensión del género en su trabajo cotidiano.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué es el género?

Es un sistema o red de creencias, actitudes, valores, formas de comportamiento y maneras de ver al mundo que se aprenden desde el nacimiento, a través de la familia y en general de la sociedad, y que son diferentes de acuerdo con la "etiqueta" que se nos ponga: hombre o mujer. En casi todas las sociedades se le da diferente valoración a los hombres y las mujeres, siendo, por lo general, éstas devaluadas y aquéllos sobrevalorados. Esto hace que las relaciones entre los hombres y las mujeres no sean equitativas, que involucren al poder y se expresen múltiples desigualdades en todos los ámbitos de la vida.

¿Quién y cuándo se asigna el género a una persona?

La asignación de género se realiza en el momento del nacimiento por el médico, la partera o la familia a través de la observación de los órganos sexuales; la base de la asignación es a partir de un cuerpo sexuado con el que el individuo nace. En ese momento comienza un proceso de construcción social, en el que la sociedad enseñará a su nuevo miembro los patrones de comportamiento para el género al cual fue asignado. Estos últimos son llamados roles o papeles de género.

¿Qué instituciones sociales intervienen en la construcción del género?

Las instituciones sociales a través de las cuales se aprende el género son múltiples: la familia, la escuela, la Iglesia, los medios masivos de comunicación, por mencionar sólo algunas. La familia juega un papel central en el aprendizaje de género, porque es la primera fuente de conocimientos para el/la niño/a, quien pronto aprenderá lo que se espera de él. Así, en un proceso que involucra a la familia y al pequeño se irá construyendo la identidad genérica.

¿Cómo se ha configurado el género en Latinoamérica?

El género ha venido cambiando a través de la historia. Las raíces culturales de los latinoamericanos en relación con el género, son una mezcla de las correspondientes a españoles, portugueses y los pueblos americanos precolombinos. En el caso de México, tanto los españoles como los mesoamericanos no eran equitativos en su valoración de los géneros: las mujeres eran devaluadas.

Durante los tres siglos de la Colonia las mujeres eran consideradas menores de edad y carecían de derechos políticos; no podían acceder a la educación superior, las mujeres ricas dependían en su totalidad de los hombres y los trabajos les estaban vedados, sólo tenían dos caminos en la vida: casarse o ser monjas; las mujeres pobres trabajaban al lado de sus esposos, ejerciendo un sinnúmero de oficios.

La sexualidad era dirigida y controlada por la Iglesia. A través del sacramento de la confesión, los curas se encargaban de interrogar a sus feligreses, para detectar cualquier desviación. La única sexualidad permitida era por la vía del matrimonio, aunque existía una doble moral por la que se toleraba que los hombres tuvieran vida sexual prematrimonial o extramatrimonial.

La Colonia dejó profundas huellas en la forma de valorar a las mujeres; estos valores pasaron a la vida independiente, pero la necesidad de conformar un nuevo país trajo consigo algunos nuevos códigos de comportamiento. Hacia fines del siglo XIX, las mujeres ingresaron a la fuerza laboral en una mayor cantidad, a causa de la apertura de muchas fábricas; también se abrieron empleos en las oficinas y escuelas de comercio y normales para señoritas, con el fin de prepararlas.

El siglo XX se inicia con varios estallidos sociales y un gran descontento popular que culminaron con la revolución de 1910; ésta trastocó las relaciones entre los géneros, la participación de las mujeres en la lucha revolucionaria fue muy amplia. La paz y el inicio de la reconstrucción del país se logra hasta 1930, una época de gran efervescencia política, donde la participación de mujeres se da de forma relevante: organizan congresos, federaciones y sindicatos, protestas públicas y una gran cantidad de actos. Sin embargo, las mujeres carecían aún de derechos políticos. Éstos se consiguieron hasta 1953.

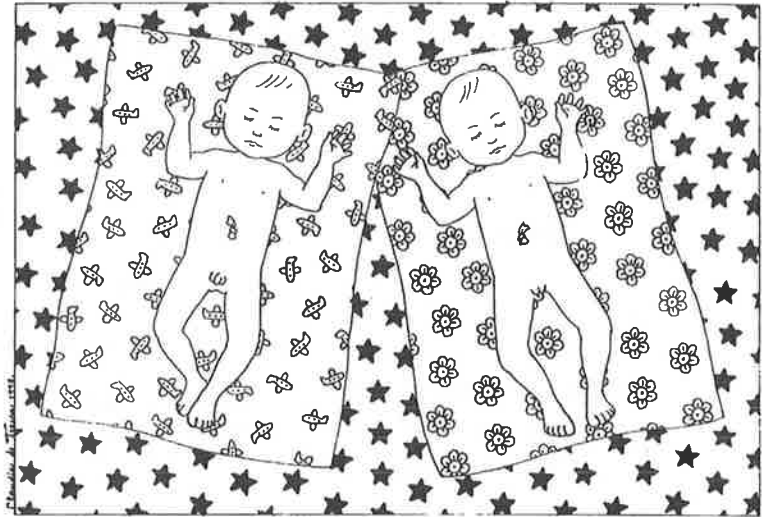
Los años sesentas se caracterizaron por el resurgimiento del movimiento feminista en Estados Unidos y Europa. En México, este proceso se da hasta los setentas; el movimiento logra repercutir en muchos ámbitos, por primera vez se discute ampliamente el llamado "problema" de las mujeres.

¿Qué es la perspectiva de género?

Es tomar conciencia de las diferencias que tienen los hombres y las mujeres, en lo social, lo político y lo educativo, así como en sus concepciones del mundo y la vida; observar cómo las políticas o los programas tienen efectos diferentes sobre los hombres y las mujeres, y que esta visión se refleje e integre en todos los ámbitos profesionales, académicos y personales de la vida cotidiana, para una búsqueda de equidad en las relaciones entre los géneros.

¿Cómo se integra la perspectiva de género a la práctica cotidiana en la salud pública?

Es importante que los profesionales de la salud tomen en cuenta las diferencias genéricas para la realización de todas sus tareas. Por ejemplo, para establecer los horarios de los centros de atención a la salud es necesario tomar en cuenta que muchas mujeres trabajan fuera de su hogar y también dentro de él (a esto se le denomina doble jornada) y que por lo tanto necesitan horarios específicos. Otro ejemplo es la forma en que se proporciona la consejería en los servicios de planificación familiar.



Desarrollo temático

1. Entender la categoría de género

Tal parece que hoy en día está de moda hablar de género. Es necesario aclarar este término, ya que en nuestro idioma tiene varias acepciones, por lo que se presta a confusión. En los últimos diez años el término ha sido usado frecuentemente por el movimiento de mujeres, investigadores e incluso políticos, que han utilizado indistintamente género o mujeres. En muchos textos se usa como sinónimo. En ocasiones, cuando se habla de políticas estatales que tienen que ver con incluir a las mujeres se hace referencia a "perspectiva de género"; sin embargo, el término es mucho más amplio, no solamente se refiere a las mujeres sino también a los hombres.

Otro concepto que es necesario aclarar es el de sexo, ya que durante mucho tiempo este concepto consideró tanto las características biológicas (varón, hembra) como el comportamiento (masculino, femenino). Hoy se entiende el término "sexo" como los componentes biológicos, de varón o hembra, que todo individuo tiene al nacer, y género como los aspectos psicológicos, sociales y culturales que cada sociedad asigna para la masculinidad y la feminidad.

Ha sido gracias a algunos estudios pioneros de la antropología y la sexología que se comprendió mejor la acción de la sociedad cuando se trata de comportamiento y cultura. Por ejemplo, las investigaciones comparativas entre adolescentes de las Islas de las Mares del Sur y de Estados Unidos que realizó la antropóloga Margaret Mead a mediados del siglo XX, revelaron que es la sociedad la que enseña a sus miembros a comportarse como hombres y mujeres y que éste comportamiento cambia de acuerdo con la época y lugar en que se vive.

Por lo tanto, el género no es algo natural, no nacemos con él. El género es una característica socialmente construida; esto quiere decir que la acción de la sociedad es definitiva para el aprendizaje y desarrollo de los seres humanos.

Las definiciones del concepto de género varían de acuerdo con las diferentes ciencias y corrientes teóricas que las acuñan; sin embargo, todas están de acuerdo en que el género se construye socialmente a partir del nacimiento del individuo, aunque algunos investigadores plantean que el género se inicia desde el desarrollo prenatal. La división genérica incluye elementos psicológicos, sociales y culturales, que cambian según las épocas y lugares, lo que le da una gran mutabilidad.



Durante los últimos diez años el concepto de género ha avanzado al grado de convertirse en una herramienta teórica de análisis social; así por ejemplo, ha servido para incluir en las estadísticas divisiones por sexo, que antes no se contemplaban. También ha permitido observar cómo las mujeres son excluidas de la historia. Es, por tanto, un concepto que permite explicar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres.

Este nuevo concepto se ha nutrido de ciencias como la sexología, la psicología y la antropología, aunque también el movimiento de liberación de las mujeres (feminismo) ha sido fundamental para buscar la explicación sobre las diferencias entre los géneros y logrado sacar a la luz pública un problema social que en la época de los sesentas hizo crisis: la subordinación de las mujeres.

Las teóricas feministas se hicieron muchas preguntas, como ¿cuáles eran los orígenes de la subordinación?, ¿por qué las mujeres no tienen igualdad de oportunidades en la mayor parte de las sociedades? Asimismo se preguntaron el por qué de la devaluación del ser mujer, la razón por la que los niveles de pobreza afectan más a las mujeres y los niños, y lograron que el problema, antes invisible, se reconociera y discutiera en todos los ámbitos: político, religioso, social, escolar, etcétera.

El concepto de género es un concepto complejo, que se relaciona con otros conceptos y por ello se dice que es relacional; esto quiere decir que para el análisis social se tienen que tomar en cuenta factores como la clase social, la etnia, o el grupo de edad, para obtener una idea integral de la conformación de un individuo y de sus relaciones sociales. Como ejemplo de cómo se relacionan el género y la clase social, la investigadora Ann Oakley ha señalado que los niños y niñas de la clase obrera aprenden antes los papeles de género que las niñas de clase media. También señala que la clase obrera tiene concepciones sobre el género más rígidas y estereotipadas que la clase media, que permite mayor libertad a las mujeres para acoplarse a sus papeles de género.

El conocimiento acerca del origen de las desigualdades no garantiza que se lleven a cabo acciones para evitarlas. Para entender realmente cómo se originan y qué efecto tienen sobre la vida de los individuos se utiliza la denominada perspectiva de género, que puede definirse como la inclusión en todos los ámbitos de la vida (por ejemplo los académicos, políticos, religiosos etc.) de una visión que toma en cuenta las características específicas que tiene el género y cómo se expresa en la sociedad y en la historia. Esta óptica permite proponer opciones de equidad en las relaciones entre los géneros. Sin embargo, mucho de lo que se ha dicho sobre la categoría de género carece de líneas de acción o propuestas organizativas basadas en la comunidad; es decir, no se pasa de la reflexión a la acción.

2. La construcción social del género

En todas las sociedades existen instituciones y mecanismos a través de los cuales se trasmite la cultura; ésta abarca muchos elementos como el lenguaje, la cosmovisión, las reglas morales, las religiones y el género, por mencionar algunas de ellas.

Desde el momento del nacimiento, a todos los seres humanos se les asigna uno u otro género. Esta asignación genérica es realizada por el médico, la partera o la familia a través de la observación de los órganos sexuales externos. Así, a partir de una característica biológica se define una característica cultural que afectará a la persona durante el resto de la vida, ya que a partir de ahí comienza un trato diferencial y a través de éste el aprendizaje de género. Se puede decir que el género es la primera asignación en la vida que determina muchos otros aspectos de la existencia de los individuos, como son la identidad genérica, los papeles de género, la orientación hacia el trabajo y otras más.

La familia es para los seres humanos la primera fuente de aprendizaje, de modo que una vez que se ha dado la asignación genérica, el trato de la familia con el recién nacido tomará características propias para el género asignado. Estas características corresponden a las pautas que la sociedad ha marcado para el comportamiento de hombre o mujer, y se les llama roles o papeles de género, aunque también se les conoce como papeles o roles sexuales; así, por ejemplo, en la mayor parte de las sociedades occidentales, si la recién nacida es niña se le pondrá ropita de color rosa y se le hablará con dulzura; la bebé será cargada con suavidad y le corresponderá un nombre catalogado como femenino. En cambio si es varón usará ropita de color azul, se le hablará en un tono más categórico, se mencionará que es fuerte y su nombre será masculino. En estas sociedades se caracteriza generalmente a las mujeres como personas débiles, dependientes y pasivas, en tanto que algunas de las características asignadas a los hombres son la fortaleza, la agresividad y la actividad.

Ambos bebés, niño y niña, aprenderán también la valoración desigual que la sociedad confiere a los géneros: lo masculino altamente valorado y lo femenino devaluado. Desde estas etapas tan tempranas los bebés aprenden lo que se espera de ellos y su comportamiento es modelado en un proceso que va del infante a la familia y de la familia al niño/a. Algunas investigaciones con niños pequeños han revelado que aproximadamente a los 18 meses de edad el infante ya sabe que pertenece a un género; la base de su identidad genérica ha sido construida y desarrollada. Sin embargo, este proceso abarcará el resto de la vida, en el cual la transformación y el cambio serán características importantes; por ello se habla de identidades genéricas en construcción.

Las formas en que son transmitidos los valores de género son tanto conscientes como inconscientes. El lenguaje, las acciones de la vida cotidiana, la ropa, el trabajo, las relaciones familiares, les dan a niños y niñas elementos para comportarse de acuerdo con el género asignado y para elaborar su autoimagen. Si la valoración que se da a los géneros es desigual, se crece también con una autoimagen que implica desigualdad.

Se han realizado numerosas investigaciones acerca de cómo se transmite el género a través de juegos, cuentos infantiles, juguetes, así como todo lo que rodea a los pequeños. El análisis de cuentos infantiles deja ver que en muchas de las historias clásicas los personajes femeninos son el estereotipo de bondad son pasivos y en cambio los personajes masculinos son activos, además de que a las mujeres se les plantea el matrimonio como el objetivo final en la vida. Así tenemos, por ejemplo, los cuentos de Blanca Nieves, La Cenicienta y La Bella Durmiente, donde los personajes centrales son mujeres jóvenes que se hayan en problemas, pero finalmente todas son rescatadas por un "príncipe" que se casa con ellas y resuelve todos sus conflictos. Los tres cuentos terminan con la conocida frase "se casaron y fueron felices para siempre".

2.1 Elementos sociales que intervienen en la construcción del género

a) La familia

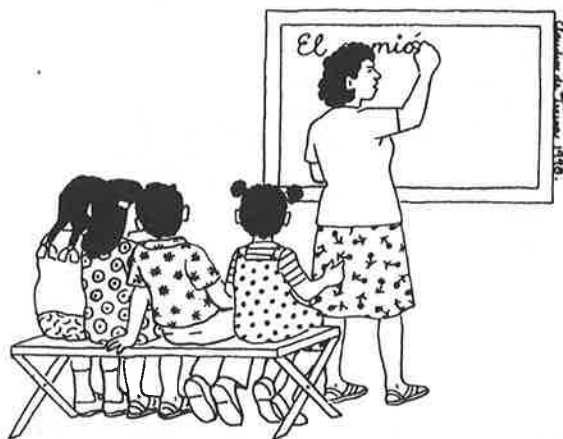


Durante toda la niñez y la adolescencia la familia tendrá un papel preponderante en la enseñanza del género, aunque no sólo a través de observaciones y trato directo con los infantes se da el aprendizaje; también los niños por su parte aprenden a través de la observación de las relaciones de género en el mismo hogar. Estas relaciones pueden ser más o menos equitativas y se expresan en diferentes formas de la vida cotidiana, tales como la división del trabajo entre la madre y el padre; por ejemplo, si el padre comparte o no el cuidado de los hijos o realiza algunas tareas del hogar; si la madre se dedica exclusivamente al trabajo de la casa o si trabaja afuera y además realiza ella sola el trabajo doméstico. Las responsabilidades que se dan a los hijos también son importantes; si las hijas sirven la mesa a los hermanos, si sólo ellas ayudan con el trabajo doméstico o si éste es repartido entre todos los miembros de la familia de forma equitativa.

Las libertades que tienen unos y otras para salir con amigos a fiestas es otro punto de desigualdad; se considera que los hombres sólo por el hecho de serlo deben tener más libertad para salir y aprender así su papel en el mundo, mientras que el lugar de las mujeres es la casa, ya que afuera corren peligro. En algunos sectores de la población hasta la alimentación es diferente para hombres y mujeres; las madres e hijas llegan a tener grados de desnutrición mayores, pues la "mejor comida" es cedida a los hombres, bajo el argumento de que la necesitan "porque ellos trabajan" o "serán el pilar de una familia".

Otro aspecto importante se da en la toma de decisiones en el interior de la familia; si las decisiones importantes que afectan a todos los miembros de la familia son tomadas sólo por el padre o si éstas son discutidas y analizadas por ambos padres tomando en cuenta a los demás miembros de la familia.

b) La escuela



La escuela es otra de las instituciones formadoras y reforzadoras del género; tanto los conocimientos que se adquieren en las aulas como en la interacción entre el/la profesor(a), los alumnos y éstos entre sí, llevan el sello social del género. Esta transmisión de conocimientos se da en muchos casos de manera inconsciente; podemos encontrarlos en los juegos y rondas de los preescolares, en las actividades propuestas por los libros de texto, en los comentarios de maestros y de maestras, en las labores asignadas a niños y a niñas, y se llega al extremo de que objetos escolares como lápices, estuches, cuadernos etc., sean catalogados como de niña o de niño de acuerdo con las ilustraciones y colores que tienen. Algunos ejemplos los encontramos en las rondas que juegan los niños de preescolar, como la llamada "Hebitas de Oro", que en uno de sus versos dice: "Vuelva, vuelva, caballero, no sea tan descortés, de las hijas que yo tengo, escoja la más mujer..." etcétera.

En estudios realizados en Europa y Estados Unidos se ha comprobado que los maestros tratan de manera diferente a chicos y chicas; los profesores prefieren a las "niñas modelo" porque son pasivas, obedientes, tranquilas y no generan problemas en el salón de clases. Esto hace que las alumnas que tienen dicho comportamiento tengan mejores calificaciones; sin embargo, a largo plazo es más perjudicial ya que las chicas ponen mayor atención en agradar al maestro y obtener buenas calificaciones que en adquirir conocimientos, lo que se vuelve secundario. De igual manera, a quienes no son tan estudiosas el maestro las sigue apreciando si tienen actitudes sensatas y tranquilas. De estas actitudes las muchachas aprenderán que el éxito no es primordial en la vida y que el fracaso —en este caso en la escuela— no lleva al rechazo.

En el caso de los varones, los maestros tienen más expectativas y les brindan mayor apoyo; a los muchachos brillantes los prefieren por sobre todos los alumnos; en cambio aquellos que tienen bajo rendimiento son considerados en el más bajo nivel.

c) Los medios masivos de comunicación

Los medios masivos de comunicación tienen un papel preponderante en la transmisión y conformación de valores de género, principalmente la televisión, que a través de su mayor impacto y alcance contribuye a mantener la división de género, ya que un porcentaje muy alto de la población tiene acceso a ella. Es bien sabido que desde edades muy tempranas los niños son asiduos espectadores.

La programación que se transmite por la televisión, desde los comerciales, películas, dibujos animados, telenovelas, etc., llevan el mensaje de la sociedad, para mantener y fomentar los papeles de género.



La prensa escrita y sobre todo las revistas tienen una gran importancia en la transmisión del género; las hay para todas las edades, para hombres, mujeres, para jóvenes, incluso para niños y niñas; también las hay para los diversos sectores sociales y algunas son leídas por mujeres de diferentes estratos sociales y edades como las fotonovelas y las novelas rosas; algunas dan consejos de cómo conquistar al sexo diferente, consejos de belleza para las mujeres y chismes de los artistas de moda. A través de estos consejos las jóvenes moldean su identidad de género, se identifican con los artistas de moda y tratan de cumplir con el estereotipo que manejan estas revistas.

3. Construcción del género en la sociedad latinoamericana.

El caso de México

3.1 Visión histórica

a) Los antecedentes prehispánicos

La América precolombina estaba poblada por una gran variedad de culturas, desde los complejos mayas, incas y aztecas hasta grupos menos desarrollados como las tribus nómadas de los más diversos puntos de la vasta geografía de estas regiones.

La mayoría de estos pueblos (los grupos amazónicos, los belicosos pueblos caribeños y muchos otros) se habían organizado desde sus más remotos orígenes con base en la división sexual del trabajo; esto quiere decir que los hombres realizaban una serie de tareas como cazar, sembrar —aunque las descubridoras de la agricultura fueron las mujeres—, defender al grupo de los posibles agresores, etc. Por otra parte las mujeres se encargaban de cuidar a los hijos, producir alfarería, preparar los alimentos, hilar, tejer, etc. Estas actividades podían tener alguna variante de sociedad a sociedad, pero lo importante es la generalización de la división sexual y que ambas labores eran indispensables para la supervivencia de la comunidad.



Sin embargo, la relación entre los hombres y mujeres no era equitativa en la mayor parte de las sociedades. Por lo general estas culturas daban mayor valor a lo masculino y devaluaban lo femenino; el poder político-social estaba en manos de los hombres, por ello se dice que estas sociedades eran patriarcales.

En el caso de México, en la región conocida como Mesoamérica se concentraron las culturas más complejas; una de las características importantes de la región es que todas las culturas compartían rasgos comunes; eran sociedades con una organización social complicada, que también habían partido de la división sexual del trabajo, por lo cual la primera diferencia, aunque no era la única, entre los miembros de éstas, era la diferencia genérica. Sin embargo, debe reconocerse que existían otras diferencias, como estratos sociales, grupos de edad, etc., que le ofrecían al individuo posibilidad de ascenso o descenso social, aunque la diferencia genérica no podía cambiar.

La sociedad mexicana es la mejor conocida, ya que a la llegada de los españoles era el pueblo que dominaba a toda la meseta central de México. Con ellos fue la confrontación principal de la conquista y también sobre quienes más escribieron los conquistadores: soldados y clérigos.

Como ya habíamos mencionado más arriba, también para los aztecas la división sexual del trabajo fue la base de su organización, con una estructura patriarcal y una división genérica muy rígida e inequitativa para las mujeres.

Hombres y mujeres realizaban sus actividades de manera separada; los niños y las niñas eran criados juntos por sus madres hasta una corta edad, después los niños eran incorporados por el padre a las labores agrícolas o al oficio al cual éste se dedicaba. Cuando cumplían entre 10 y 15 años, tenían ya la edad propicia para asistir al templo-escuela para guerreros del calpulli (barrio) en el caso de los macehuales (gente común, del pueblo) o a la escuela para administradores o sacerdotes en el caso de los pillis (nobles). Las niñas eran enseñadas por la madre a realizar las tareas propias del hogar: tejer, hilar, preparar alimentos, realizar la limpieza, entre otras. También aprendían algunos oficios familiares como la orfebrería o el arte plumario, muy apreciado por estos pueblos.

Las escuelas, tanto para la nobleza como para el pueblo, eran generalmente para los hombres; las mujeres acudían al templo-escuela solamente en el caso de haber sido prometidas a los dioses en el momento de su nacimiento. Estas jóvenes ingresaban al templo entre los 11 y 15 años; eran cuidadas por mujeres mayores conocidas como Amas, la vida en el templo resultaba difícil ya que la disciplina era muy rígida, cualquier falta era castigada muy duramente. Su trabajo consistía en preparar alimentos para los dioses y sacerdotes, hilar y tejer mantas y ropa también para los dioses, mantener limpios los templos y evitar que el fuego de los incensarios se apagase. Se levantaban cuando aún no había amanecido y se acostaban ya entrada la noche. Aprendían a orar y llevar una vida de silencio y recogimiento.

Aunque para los hombres la disciplina no era muy diferente, la escuela de guerreros ofrecía la posibilidad de ascenso social: riqueza, honor y mujeres. Aquí los jóvenes aprendían el oficio de la guerra, el servicio público y la instrucción religiosa.

Los jóvenes de uno u otro sexo no tenían casi contacto unos con otros. A las mujeres se les recomendaba no hablar con extraños, ni siquiera mirarlos. Las jóvenes nobles salían a la calle acompañadas de las Amas, quienes se encargaban de cuidarlas.

La sexualidad era controlada a través de las leyes, la religión, y las costumbres morales; la virginidad y la abstinencia sexual pre-matrimonial eran exigidas a los jóvenes, tanto hombres como mujeres, aunque para éstas eran cualidades indispensables. Uno de los instrumentos para convencer a las jóvenes de no pensar en "las cosas sexuales" eran los consejos (discursos especiales que los padres daban a las hijas), a quienes pedían obediencia a padres y maridos, recato, servicio y desinterés en las cosas mundanas, así como fidelidad para el esposo.



Era durante la vida matrimonial que el sexo podía disfrutarse, siempre de manera medida, equilibrada. El amor romántico no existía, como tampoco existía la elección de pareja; esta decisión era familiar y por iniciativa de la familia del hombre.

El adulterio era severamente castigado con la muerte. También otras manifestaciones de la sexualidad como la homosexualidad o el travestismo se castigaban de la misma manera. Los nobles podían practicar la poligamia, que era considerada como un nivel superior de la monogamia.

En síntesis, la sociedad azteca, a través de todas sus instituciones, como la familia, la escuela y la religión, enseñaba a sus integrantes los papeles de género que debían seguir desde el nacimiento. Estos papeles solían ser muy rígidos; la educación de hombres y mujeres se realizaba por separado; otros comportamientos como la homosexualidad, el travestismo, el adulterio o el aborto no eran tolerados y se castigaba severamente cualquier transgresión.

b) La Conquista y la Colonia

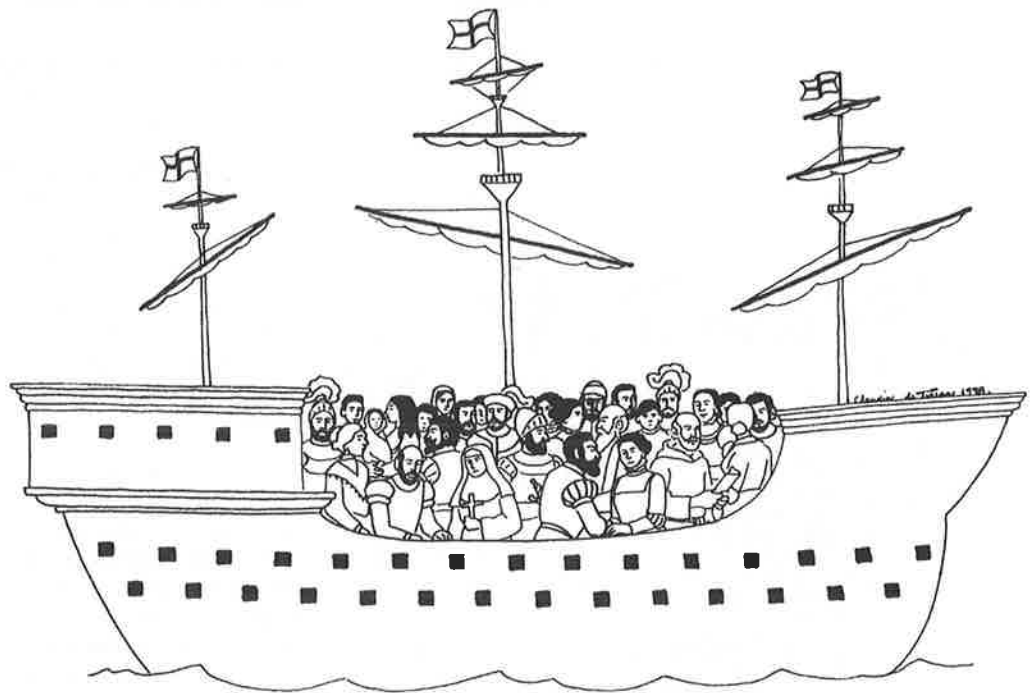
La conquista española y portuguesa fue un proceso violento: masacres, tortura, muerte y sobre todo la imposición de nuevas formas de vida, religión y moral. Nuestros antepasados tuvieron que enfrentarse al doloroso fin de su mundo y adaptarse a las nuevas condiciones incorporando a su vida cotidiana las nuevas reglas que les permitieran sobrevivir en este nuevo mundo adverso.

España había comenzado su proceso de reunificación unos cuantos años antes del descubrimiento de América. Esto implicaba la conquista territorial, la unidad religiosa y la formación de una nación, en la cual se compartieran el idioma, la religión, las leyes y la forma de ver el mundo. Los árabes y judíos fueron expulsados de España. La sociedad española todavía conservaba, entre otras cosas, algunas características feudales, sobre todo en la tenencia de la tierra y las leyes imperantes. La influencia y poder de la Iglesia católica se consolidó y expandió a través de instituciones como la Santa Inquisición. La intolerancia religiosa obligó a huir a todos aquellos que no profesaban el catolicismo.

Para las colonias españolas y portuguesas se importaron del viejo mundo los sistemas económicos, los sistemas jurídicos, la religión, formas de vida y reglas éticas y morales. La imposición de éstas le dio a Latinoamérica una base común que una vez mezclada con las características geográficas, étnicas y culturales de cada región, le imprimió un sello propio a cada lugar.

Para la gente de la vieja Europa, América significó una tierra nueva llena de oportunidades y riquezas, éstas, a veces más imaginadas que reales; para los perseguidos de la Ley de Dios o de los hombres, un lugar para esconderse y empezar de nuevo, y para todos un lugar en donde simplemente ser europeo daba ventajas y posición social. Migraron al nuevo mundo campesinos, artesanos, soldados, frailes, madres, esposas, hijas, monjas y prostitutas; aunque también y a pesar de estar prohibido, judíos y conversos, además de una buena cantidad de esclavos africanos que junto con los indios americanos fueron la base de la mezcla racial y cultural de Latinoamérica.

En la sociedad colonial las mujeres eran legalmente menores de edad; se consideraba que eran seres débiles a quienes se debía proteger. El poder político, económico, la autoridad familiar y legal, estaban en manos de los hombres; era por tanto, al igual que la azteca, una sociedad patriarcal.



En casi toda América Latina la sociedad colonial se encontraba dividida en múltiples estratos sociales; las conductas de hombres y mujeres variaban de acuerdo con el estrato social al cual se pertenecía; algunas leyes eran las mismas para todos, aunque también existía una legislación especial "proteccionista" para ciertos grupos como los indios.

La Iglesia ejercía un rígido control sobre la moralidad y costumbres de la sociedad, llegando a tener mucho más control que las mismas autoridades civiles. La sexualidad solamente debía ser ejercida dentro del matrimonio y con el único fin de la procreación, y eran los frailes los encargados de someter a los fieles a largos interrogatorios sobre el tema, a través del sacramento de la confesión, que incluía preguntas sobre deseos sexuales, sueños, posiciones coitales prohibidas etc., con el fin de descubrir las faltas, imponer las penitencias y orientar a los descarriados. Estos interrogatorios se constituyeron en un instrumento eficaz para controlar y transmitir a la población las reglas y buenas costumbres que el "buen cristiano" debía asumir.

Los ideales para los roles de género mostraban a una mujer sumisa, obediente de padre y marido, que se encargaba con eficiencia de las labores del hogar, alejada de los placeres sexuales, devota cristiana y entregada por entero al cuidado de su familia, la cual estaba por encima de todo, inclusive de sí misma. Los hombres en cambio eran seres sexuales cuyos placeres no podían, dada su naturaleza, evitar. Debían ser buenos proveedores para su familia, representarla legalmente y saber enfrentar con fortaleza cualquier amenaza; ser buenos cristianos, temerosos de Dios.

Pero los ideales y la realidad eran cosas bien distintas; en un mundo nuevo, en donde se encontraban mezcladas razas, ideas viejas y nuevas, difícilmente se podía construir un mundo ideal; las transgresiones a las leyes de Dios o de los hombres eran cotidianas. Los archivos judiciales que nos legaron se encuentran llenos de juicios contra gente de todas las razas o etnias, estratos sociales y géneros, que al no poder cumplir "los ideales" caían en prácticas prohibidas.

Dentro de las prácticas prohibidas estaban la bigamia, la unión libre, el adulterio, la prostitución, la homosexualidad, es decir todas aquellas prácticas que amenazaran al matrimonio y la familia, ya que el matrimonio era la única forma legal de ejercer la sexualidad; incluso dentro de éste, era guiada, controlada y normada por la Iglesia católica.

La prostitución era una práctica tolerada; se justificaba aduciendo que se aceptaba para proteger la honra de las mujeres doncellas y las buenas costumbres dentro del matrimonio; estaba reglamentada y confinada a ciertas zonas de las ciudades. Desde los primeros tiempos de la Colonia se establecieron casas de prostitución con el permiso de los Reyes Católicos. Grupos de mujeres españolas fueron traídas al nuevo mundo con este fin, aunque la prostitución no sólo era ejercida por las españolas; también la ejercían las indias, mestizas y negras.

Respecto a la educación, las mujeres y muchos de los individuos pertenecientes a los estratos sociales más bajos se tenían que conformar con aprender cuando mucho las primeras letras; las mujeres de clase media o privilegiadas podían asistir a las escuelas llamadas "amigas", pero los estudios superiores les estaban prohibidos.

A pesar de que la tendencia general era que las mujeres casadas sólo se dedicaran al hogar, para la gran mayoría de ellas esto fue imposible; las campesinas compartían con sus esposos el trabajo agrícola, otras se dedicaban a la venta de artesanías o alimentos, algunas se empleaban en los comercios; la fuerza de trabajo femenina siempre estuvo presente, aunque no tuviera reconocimiento social.

La Colonia duró tres siglos en nuestra América. Se puede decir que fue una sociedad muy dinámica y cambiante, donde las transgresiones a la norma buscaron cauces por donde expresarse y se realizó una síntesis cultural entre las sociedades precolombinas y las sociedades europeas y negras que llegaron al Continente. Sin embargo, las relaciones de género que existían eran casi todas patriarcales y desiguales: el género femenino era considerado inferior.

c) Hacia la vida independiente

El siglo XIX trajo para América Latina los aires libertarios que se habían iniciado a fines del siglo XVIII en Francia y Estados Unidos. Casi todos los países del área lograron su independencia de las metrópolis, comenzando la búsqueda de un camino propio.

Las ideas básicas que imperaban en América Latina eran la conformación nacional y la modernización de los países. Las jóvenes naciones necesitaban hombres y mujeres nuevos que hicieran frente a los retos de la modernización.

Las fábricas requerían obreros que independientemente de su género participaran en la producción. Mujeres con cierta educación que pudieran orientar y educar a sus hijos; que fueran "los ángeles del hogar" al que el "guerrero" regresa a descansar.

El matrimonio y la familia siguieron siendo la base de la sociedad; los modelos ideales se modificaron levemente y se siguió viviendo en la contradicción de no cumplir los "ideales".

La educación femenina siguió siendo solamente para las mujeres de clase privilegiada, para quienes era fundamentalmente un adorno, ya que ésta consistía básicamente en prepararlas para ser buenas esposas y poder llevar la administración del hogar.

Hacia fines del siglo XIX, en el caso de México, la apertura de nuevas fábricas de tabaco y textiles proporcionaron a las mujeres fuentes de trabajo, lo que trajo consigo un cambio en las relaciones de género; las duras condiciones de vida obligaron a los hombres a aceptar el trabajo de las mujeres. Aunque cabe aclarar que las mujeres nunca estuvieron ausentes de la fuerza laboral.

En esta época se funda la primera escuela Normal para señoritas y las mujeres de clase media comienzan a ingresar al trabajo de oficina. Surgen las primeras organizaciones y grupos de mujeres como "La Siempreviva" en Yucatán y la primera publicación escrita exclusivamente por mujeres: "Las Hijas del Anáhuac". Estas organizaciones y sus publicaciones se orientan a la necesidad de dar educación a las mujeres, incluyendo temas tan atrevidos para la época como la instrucción sexual, con el fin de elevar la salud de la población.

En el caso de Chile, las mujeres lucharon desde 1833 por el derecho al voto; después de innumerables discusiones en las cámaras se llegó en 1884 a una negativa expresada en el artículo 40 de su constitución. La lucha por el voto femenino estuvo ligada a la lucha por el derecho a la educación y fue hasta 1877 que las mujeres pudieron ingresar a la Universidad y en 1893 al Instituto Pedagógico.

En el Cono Sur -Argentina, Chile y Uruguay- surgen a finales del siglo XIX las fábricas textiles y son justamente las mujeres las que ingresan a esta fuente de trabajo; las ocupaciones femeninas según refieren los censos, se centran en las áreas de costura, tejido e hilado.

d) El nuevo siglo

En casi toda América Latina la situación de las mujeres continuó siendo la misma; sin embargo, en las tres primeras décadas surgen incontables movimientos de lucha por la obtención de los derechos de las mujeres, casi siempre ligados a mujeres de clase media o alta que habían tenido acceso a la educación.

En el caso de Perú, durante la época de los años veintes la influencia del movimiento sufragista internacional logró la unidad de todos los grupos; algunos de ellos formaron organizaciones como el de las socialistas "Evolución Femenina". A pesar de todas estas luchas las mujeres peruanas lograron el voto hasta 1955.

La influencia del movimiento sufragista también se dejó sentir en Chile; las mujeres comenzaron a organizarse en 1910, fundaron la Federación Femenina Panamericana, paulatinamente se fueron integrando al trabajo sindical y formaron también sus propias organizaciones; las mujeres chilenas obtuvieron el derecho al voto en 1947.

En el caso de México, el nuevo siglo se inicia entre múltiples estallidos sociales, precursores de la revolución de 1910. La lucha revolucionaria trastoca todo incluyendo las relaciones entre los géneros; las familias se separan, algunos se integran a la lucha revolucionaria y otros huyen; el país se sumerge en el caos durante diez años. Muchas mujeres participan activamente en la lucha, desde soldaderas, generales, espías, correos, etc.; las necesidades del momento las obligan a tomar sus propias decisiones, a viajar o vivir solas y a muchas otras cosas que antes no solían hacer.

Una vez terminada la lucha armada se inicia una etapa de reconstrucción; las mujeres participan vigorosamente, creando organizaciones políticas y sociales, realizando congresos, donde se discuten por primera vez los derechos de las mujeres.

Para los años cuarentas el país comienza a crecer y desarrollarse; las mujeres seguían sin tener derechos políticos y vuelve a manejarse la imagen de la mujer como esposa y madre; este papel de género es reforzado a través del cine y el radio, y a pesar de que muchas mujeres jóvenes trabajan en oficinas y fábricas, se espera que una vez casadas se retiren del trabajo.

Es hasta 1953 que las mujeres obtienen el derecho al voto, y es a finales de esa década cuando los primeros síntomas de malestar social se dejan sentir. Va a ser hasta el final de los años sesentas cuando las mujeres vuelvan a organizarse para luchar por sus derechos, inicialmente en pequeños núcleos de mujeres universitarias. Cabe mencionar que en esa década la matrícula de mujeres en la educación superior había aumentado considerablemente; el movimiento de mujeres se fue extendiendo hasta permear a todos los niveles de la población. Mujeres de los sectores populares conformaron un movimiento amplio para luchar por distintas demandas, algunas de género y otras sociales.

4. El género en la vida cotidiana

Vivimos en una sociedad donde la división de los géneros es muy clara, ya que los roles o papeles de género se encuentran muy estereotipados. Podemos encontrar diariamente múltiples expresiones de esta división y de su desigualdad; las diferencias se muestran en todos los ámbitos: en el trabajo, la familia, la escuela y en todos aquéllos que se nos puedan ocurrir.

Es muy común pensar que la educación es un derecho que puede ser ejercido por hombres y mujeres por igual; sin embargo, en este aspecto se han encontrado un sinnúmero de desigualdades; en el interior de muchas familias se impulsa a los varones a continuar estudios superiores, mientras que a las mujeres se les impulsa a estudiar carreras cortas, como el comercio o la enfermería, ya que se piensa que es inútil pagar carreras universitarias que las jóvenes una vez casadas no ejercerán. Esta es una de las razones por las cuales las estadísticas de ingreso de mujeres a la educación superior son todavía mucho menores que el ingreso de los varones.

4.1 La mujer y el trabajo

El ingreso de las mujeres a la fuerza laboral ha ido aumentando en el transcurso de los años; sin embargo, todavía no alcanza las mismas proporciones que la de los hombres.

La fuerza laboral femenina tiene características especiales, como que no permanece siempre en el empleo. Esto se debe al ciclo de vida de las mujeres; como en esta sociedad son ellas las que se encargan del cuidado de los hijos, muchas mujeres se separan del empleo durante los primeros años de vida de los hijos y después regresan al trabajo. Otro factor que influye es la necesidad de las mujeres de tener horarios más cortos o comprimidos para tener tiempo de atender a su familia.

En Latinoamérica es común que las mujeres realicen la llamada doble jornada, que consiste en realizar el trabajo doméstico además del trabajo remunerado -el trabajo doméstico no es considerado trabajo-. Por supuesto que las cosas no siempre han sido así; es bajo el capitalismo que las actividades productivas y el hogar se encuentran separadas, a causa de la organización de la industria moderna.

Esta separación produjo la idea de que las mujeres deben estar en la casa. Como el tipo de trabajo que se realiza en un hogar no recibe ninguna remuneración ni produce valores económicos, aunque el trabajo sea útil y necesario, se ve devaluado. De manera que cuando se le pregunta a una ama de casa si trabaja, la respuesta más común es no.

Los empleos también están divididos por género. Las mujeres ocupan empleos que son una extensión de su trabajo en el hogar, así las tenemos en su mayoría en el llamado sector de servicios.

Las mujeres son secretarias, meseras, afanadoras, enfermeras, maestras de preescolar y primaria, etc. Lo mismo sucede con las carreras universitarias consideradas "femeninas", como pedagogía, filosofía, psicología, etc., las que en efecto, son mayoritariamente cursadas por mujeres.

Las mujeres aceptan trabajos con horarios cortos y de menor salario. A causa de que son ellas las que realizan el cuidado de niños enfermos, trámites urgentes, etc., se ven obligadas a faltar a su trabajo. Además, su sueldo se ve sólo como complementario. Tales problemas han llevado

TESTIMONIO DE UNA CAMPESINA

"La vida es pesada y ahora uno tiene que trabajar aunque sea un poquito para ayudarse. Cada ocho días, hago la limpieza en una casa para ayudarme porque del diario no se puede. Tengo trabajo aquí, tengo que salir al campo, traer la leña porque no alcanza para comprarla, y yo trayéndola se ahorra uno ese dinero, ese dinero que voy a pagar ya sirve para mis niños, para que les de su alimento, un poco de carne o lo que les hace falta para la escuela."

Margarita, campesina, Tlaxcala - (Entrevista realizada por Ma. de Jesús Álvarez)

a que las mujeres tengan fama de no tomar en serio el trabajo, de poner a la familia en primer lugar y de que el salario sólo es complemento en el ingreso familiar. Estos son los argumentos que muchos patrones utilizan para contratar preferentemente hombres -y explotar a las mujeres.

5. Los profesionales de la salud y el género

El personal profesional de la salud trabaja con cuerpos biológicos, sexuados, pero también interviene la carga cultural que lleva el género, ideas, identidad, sentimientos, movimientos, lenguaje corporal, lenguaje oral, vestidos, etc. Por ello es importante que en el trabajo de salud se vea de manera integral al individuo y se tomen en cuenta las particularidades del género, clase social, etnia o edad. Generalmente los servicios de salud se establecen con una aparente "igualdad" para ambos sexos; sin embargo, se nota cada vez más la necesidad de adecuar tanto los servicios como el trato que se da a pacientes según el sexo al que pertenezcan. Esto se hace con el fin de lograr un mayor impacto en la salud de la población.

La inequidad entre los sexos ha generado diversos problemas en cuanto a salud; a manera de ejemplo mencionaremos algunos, como la mayor desnutrición entre las niñas que entre los niños, la sobremortalidad femenina por cáncer en edad adulta, la sobremortalidad masculina por causa de accidentes y violencias, etc. Estos ejemplos nos muestran la necesidad de trabajar con la población de manera diferencial tomando en cuenta el enfoque de género.

Las siguientes consideraciones podrían ayudar a cambiar algunos aspectos que tradicionalmente han pasado desapercibidos tanto para el profesional de la salud como para la población misma.

Las mujeres y los hombres necesitan distintos horarios de atención; por ejemplo, las amas de casa requieren horarios matutinos que no interfieran con la entrada o salida de las escuelas, mientras que la mayor parte de los hombres requieren horarios vespertinos.

Hay servicios que son usados mayoritariamente por mujeres, como los de planificación familiar, ya que la mayoría de los métodos están hechos para mujeres. Uno de los problemas que enfrenta el personal de salud es la falta de comprensión o mal uso de los métodos a causa de los bajos niveles de escolaridad que presentan las usuarias; en este punto es de suma importancia que el personal que atiende a estas mujeres brinde explicaciones amplias y apropiadas, motivando las preguntas de las pacientes, pues en muchas ocasiones las mujeres no preguntan nada, ya sea porque les da vergüenza o porque no entienden las explicaciones del médico.

Por otro lado, debemos considerar que los servicios de planificación están orientados más a las mujeres que a los hombres, lo cual ha creado un círculo pernicioso que descarga toda la responsabilidad en la mujer y justifica el desapego del hombre en la toma de decisiones en relación con el tamaño de la familia.

Es importante que el personal de la salud cobre conciencia de la gran influencia que tienen sobre las pacientes, para orientarlas de manera más adecuada en la toma de decisiones sobre su salud.

ENFOQUE DE GÉNERO

Implica el reconocimiento de los diferentes roles y necesidades de mujeres y hombres; el diferente acceso y control que tienen respecto a las inequidades que resultan de ahí, y a partir del mismo, una toma de acción con el fin de superar tales inequidades que innecesaria e injustamente perjudican a uno u otro de los sexos.

La integración del enfoque de género al trabajo de la salud ayudará a que la población también tome conciencia acerca de la importancia del enfoque de género en la vida cotidiana y la responsabilidad individual de cuidar la salud, de acuerdo con el sexo.

5.1 La integración de una perspectiva de género al trabajo comunitario

Un aspecto importante para el personal de salud es saber integrar la "perspectiva de género" a su actividad cotidiana, para lo cual queremos presentarles el modelo desarrollado por Caroline Moser, quien plantea la necesidad de que exista una "planificación de género", para garantizar que el desarrollo se dé en condiciones de equidad. La planificación de género toma en cuenta que tanto los hombres como las mujeres tienen intereses diferentes, ya que desempeñan roles distintos en la sociedad.

El rol que tradicionalmente tienen los hombres es la dirigencia política y el de las mujeres el ser una masa de miembros voluntarios. Ésta es una inequidad fundamental que no ha permitido a las mujeres desarrollarse adecuadamente.

La estrategia propuesta contempla las *NECESIDADES DE GÉNERO*; esto es que toda planificación debe basarse en las preocupaciones prioritarias de las mujeres, o de los hombres según sea el caso. Los intereses de género van en relación directa con la ubicación social y pueden ser estratégicos o prácticos.

Las necesidades estratégicas para el caso de las mujeres parten del análisis de la subordinación; como un ejemplo podemos decir que luchar en contra de la segregación ocupacional es una necesidad estratégica de género.

Las necesidades prácticas de género parten de las condiciones concretas, como pueden ser las necesidades de servicios básicos, por la supervivencia humana, etcétera.

El personal de salud puede partir de analizar las necesidades prácticas de género, relativas a los servicios de salud, a partir de una lista de problemas y necesidades de acuerdo con los intereses de las mujeres y los hombres según sea el caso. En esa lista pueden ir horarios diferenciados, talleres explicativos en relación con planificación familiar, embarazo adolescente o de salud preventiva para la familia.

Uno de los conceptos relativamente novedoso que se ha convertido en una estrategia muy importante para transformar las relaciones de género es el llamado proceso de empoderamiento (*empowerment*), que consiste en impulsar a las personas a vivir un proceso interno para desarrollar las fortalezas y destrezas que le permitan actuar en beneficio personal o colectivo para mejorar su calidad de vida.

Hoy casi todos los programas de desarrollo, nacionales e internacionales dirigidos sobre todo a las mujeres -ya que se reconoce que son éstas quienes sufren en mayor grado las desigualdades-, incluyen en su planteamiento la capacitación en el proceso de empoderamiento. La Organización Panamericana de la Salud plantea cuatro mecanismos en este proceso: empoderamiento personal, desarrollo de grupos de autoayuda, organización comunitaria y coaliciones de acción política.

Estos planteamientos van de lo personal a lo colectivo; los elementos más importantes son el desarrollo de la autoestima, la toma de control y autonomía corporal y la valoración personal que permitan pasar a ser un sujeto activo.

6. Relatividad individual y temporal del género. Algunos ejemplos

Ya hemos planteado la relatividad del género (por ser una construcción social) en tiempo y espacio; en este apartado queremos mencionar algunos ejemplos acerca de lo que significa ser hombre o mujer en diferentes contextos, geográficos e históricos. Así, el lector podrá observar de manera

directa las diferencias entre distintos lugares de los ejemplos que aquí se mencionan.

SER PADRE EN NUEVA GUINEA

"El rol del padre melanesio en esta etapa es muy diferente del rol del patriarca europeo. No es el jefe de la familia, no trasmite el linaje a sus hijos, ni es el principal proveedor de alimentos. Esto transforma radicalmente sus derechos legales y la actitud personal hacia su esposa. Un hombre trobriandes rara vez pelea con su mujer, casi nunca intenta maltratarla, jamás puede ejercer una tiranía permanente; incluso la ley de usanza nativa no considera la cohabitación sexual como deber de la mujer y privilegio del marido, como ocurre en nuestra sociedad. Los nativos trobriandeses asumen el punto de vista tradicional según el cual el marido está en deuda con su mujer por sus servicios sexuales y debe merecerlos y pagar por ellos. Una de las formas —en realidad la principal— de cumplir ese deber es atender a sus hijos y demostrarles afecto."

Muy conocidos son los trabajos del antropólogo Bronislaw Malinowski, quien elaboró una serie de estudios en Nueva Guinea con los indígenas trobriandeses. Sus investigaciones fueron realizadas en las primeras décadas de este siglo.

En México, existe el mito —muy difundido— de que en la región del Istmo de Tehuantepec, entre los indios zapotecas, hay un "matriarcado" (esto quiere decir que las mujeres tienen el poder político y económico y la toma de decisiones); este mito ha surgido porque las mujeres zapotecas parecen más independientes, pues se dedican en gran medida al comercio y viajan vendiendo sus productos por

muchas partes de la República. Presentamos aquí un claro ejemplo de cómo los zapotecas educan a sus hijos, de éste se podrán sacar algunas conclusiones:

Estos son sólo unos cuantos ejemplos acerca de la diversidad de las construcciones de género que se dan en nuestro planeta, y que han servido para apoyar las teorías de la construcción social del género, aunque también han servido para que las sociedades aprendan a ser más tolerantes, al darse cuenta de que sus formas de vida no son las únicas y que los "otros" con quienes se comparte el mundo también son respetables.

EN TEHUANTEPEC* LOS NIÑOS SON...

«Los niños tienen infinitamente más libertades que las niñas, ni se les asignan obligaciones a edad tan temprana como a sus hermanas. La hija mayor comienza a encargarse de los hermanos pequeños y a ayudar en los quehaceres de la casa desde que llega a los seis o siete años; como tienen que ayudar a la madre, no se les envía a la escuela. Son pocas las obligaciones de los niños en el hogar, así siguen asistiendo a la escuela hasta los 12 o 13 años, hasta que están en edad de ayudar a su padre en el campo. En la gran mayoría de las familias se considera que las niñas apenas si necesitan aprender a leer y escribir»

Beverly Newbold de Chiñas

**La zona de Tehuantepec se encuentra en el estado de Oaxaca, Méx.*

7. Sexualidad y género. Distinciones, articulaciones e interacciones entre sexualidad y género

La sexualidad y el género son dos construcciones sociales íntimamente relacionadas, que en muchas ocasiones se han confundido una con otra a causa de su parentesco tan cercano. Sin embargo, cada una tiene su campo y su dinámica propia, así como sus políticas particulares.

La sexualidad y el género tienen un mismo origen: el cuerpo sexuado de los seres humanos; es a partir de éste que la sociedad levanta las construcciones sociales que le son características a cada una.

El campo de la sexualidad se refiere a la manera en que la cultura marca las pautas para vivir los deseos y placeres eróticos, y el género la manera de vivir como hombre o mujer. La influencia que ejercen la una en la otra es fundamental; el deseo y placer erótico cambian dependiendo de si se vive como hombre o como mujer.

Ni la sexualidad ni el género son lo mismo siempre; esto quiere decir que las prácticas que la sociedad construye son históricamente determinadas, es decir, que cambian a través del tiempo, del espacio o de la cultura; el ser hombre o mujer en Colombia, Perú o México hoy es diferente a serlo en la edad media, en África o en la época prehistórica

Tanto la sexualidad como el género son estructuras que pueden ser transformadas; a pesar de estar reglamentadas por el Estado y la sociedad en todas las épocas y en todas las partes del planeta, los seres humanos han promovido y luchado para lograr cambios en las conductas y en las políticas de sexo o género; estas políticas son la expresión en la sociedad de la reglamentación hecha por el Estado de la sexualidad y el género; un ejemplo muy difundido fue el caso del cambio de la ley que prohibía a los homosexuales ingresar en el ejército estadounidense, la ley fue cambiada y hoy se tolera su ingreso. Sin embargo, hay muchos sectores del ejército y de la población que aún se oponen.

Otro de los aspectos donde la sexualidad y el género se entrecruzan es en las políticas sexuales que se desarrollan y aplican de manera diferencial y jerárquica de acuerdo con el género, como es el caso de muchas sociedades patriarcales que controlan la sexualidad femenina o que permiten dos morales sexuales, una para cada género, como en muchas de nuestras sociedades

Principales diferencias entre sexualidad y género

- El género es un término cultural que alude a la clasificación social entre masculino y femenino.
- El sexo se refiere a las diferencias biológicas entre varón y hembra: las visibles de los órganos genitales y las relativas a la procreación.
- El género es la categoría donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad/masculinidad.
- La sexualidad se refiere a la manera en que la cultura marca las pautas para vivir los deseos y placeres eróticos.

latinoamericanas donde se impulsa a los hombres a tener vida sexual pre-matrimonial, mientras que a las mujeres se les pide que conserven su virginidad hasta el matrimonio; con estos ejemplos podemos observar cómo la sexualidad y el género son dos formas distintas de opresión para las mujeres.

El género, no obstante, abarca otros aspectos de la vida como el trabajo, la vida cotidiana, la política entre otros.

La inequidad de género también se expresa en la vida sexual de los individuos; el machismo es un claro ejemplo ya que los hombres, para reforzar su sexualidad masculina, someten a las mujeres y algunos llegan a la violencia física. Por otro lado, las mujeres tradicionales tienen actitudes pasivas, porque socialmente es mal visto que ellas tomen iniciativas.

Como hemos visto, son muchos los aspectos en los que la sexualidad y el género se entrelazan y llevan la desigualdad hasta los rincones más íntimos y privados de la vida cotidiana. Es aquí donde la toma de conciencia representa una parte del camino hacia el cambio, ya que a través de ésta podemos comenzar a transformar nuestras conductas.



Bibliografía

Elu MC y Leñero L. *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y Reproducción*. México: IMES, 1992.

García M, y Pulido A. *Humanismo: mujer, familia y sociedad*. México: Sociedad Internacional Pro-valores Humanos E. Fromm - S. Zubirán, a.c. / PIEM / Instituto Nacional de Nutrición, 1996.

Giddens A. "*Género y sexualidad*". En: *Sociología*. España: Alianza Editorial, 1989.

Lamas M. "*La antropología feminista y la categoría 'género'*". En: *Nueva Antropología*. Vol. VIII, Núm. 30, noviembre 1986.

Oakley, A. "*La mujer discriminada*". En: *Biología y Sociedad*, Madrid: Debate, 1972.

Pérez-Gil, Ramírez JC, Ravelo P. *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. México: Universidad de Guadalajara / CIESAS / Instituto Nacional de Nutrición, 1995.

Taller sobre género, salud y desarrollo. Guía para facilitadores. Mujer, salud y desarrollo. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1997.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: "Mi experiencia como mujer, mi experiencia como hombre"

Objetivo:

Reflexionar sobre la experiencia personal de ser hombre o mujer, y tomar conciencia de las diferencias que hay entre ser hombre o mujer.

Aplicación:

Trabajo grupal.

Materiales:

Cartulinas y plumones.

Instrucciones:

- Introduzca el tema y explique que van a realizar un ejercicio para reflexionar sobre la experiencia personal de ser hombre o mujer.
- Pida al grupo que se dividan en cuatro subgrupos: dos de hombres y dos de mujeres.
- Proporcione a cada subgrupo dos cartulinas y plumones de colores.
- Explique que los subgrupos reflexionarán y discutirán acerca de las ventajas que han tenido en su vida por ser hombres o mujeres; que anoten en una de las cartulinas aquéllas con las que esté todo el subgrupo de acuerdo, y en la otra los obstáculos que han tenido por ser hombres o mujeres, contando siempre con el consenso del subgrupo.
- Explique que para esta actividad los subgrupos tendrán 20 minutos.
- Una vez que terminen los subgrupos, pídale que un representante de cada uno de ellos pase al frente a explicar las conclusiones a las que llegaron.
- Una vez que todos los subgrupos hayan expuesto, el facilitador ayudará a que el grupo reflexione sobre los resultados presentados, comparando las cartulinas de hombres y mujeres.

HERRAMIENTAS EDUCATIVAS

<i>Los hombres son</i>	<i>Las mujeres son</i>

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Acomodando papeles o roles*

Objetivo:

Reflexionar acerca de los estereotipos en los papeles o roles de género.

Aplicación:

Individual y grupal.

Material:

Hoja adjunta.

Instrucciones:

En la hoja adjunta se encuentran dos encabezados: *los hombres son y las mujeres son*.

El ejercicio consiste en acomodar los adjetivos que se encuentran abajo en alguna de las dos columnas.

Valientes, dependientes, fuertes, débiles, objetivos, subjetivos,
leales, infieles, dulces, independientes, insistentes, agresivos,
obedientes, inferiores, superiores, inteligentes, astutos, emotivos,
flexibles, líderes, suaves, ambiciosos, pasivos, activos, volubles,
sinceros, frágiles, miedosos, emocionales, lógicos.

Una vez que ha acomodado todas las palabras, háganse las siguientes preguntas:

- ¿Describen estos adjetivos los papeles y características que toda la gente considera "normales" o "naturales"?
- ¿Describen lo que la sociedad ha decidido que las personas de sexo masculino y femenino deberían o no deberían hacer?
- ¿Se comportan los hombres y las mujeres como si estos estereotipos fueran ciertos?
- ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de estos estereotipos para las mujeres y los hombres?

MÓDULO 3

TEMAS SELECTOS DE
SALUD REPRODUCTIVA

3

TEMAS SELECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Objetivos

- Actualizar a los profesionales de la salud respecto a las nuevas conceptualizaciones de salud reproductiva.
- Examinar algunos temas de salud reproductiva, especialmente relacionados con salud sexual.
- Enfatizar el papel social de los profesionales de la salud en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Introducción

Mitos y realidades*

Una buena forma de introducirnos al tema de salud reproductiva es cuestionando algunas de las falsas creencias ampliamente difundidas entre la población.

Mito:

La presencia de himen es evidencia rotunda de virginidad.

Realidad:

Sabemos que hay mujeres que nacen sin himen. En otras éste es elástico, y no se rompe con la primera relación sexual. Por estas variantes es que los dos elementos, virginidad e himen, no van de la mano. Tampoco la presencia de una mujer virgen asegura que una pareja pueda lograr el éxito en el matrimonio.

Mito:

La mujer que se encuentra menstruando está enferma.

Realidad:

La menstruación forma parte de la vida de las mujeres en edad fértil y responde a estímulos hormonales que preparan cíclicamente para el embarazo. Durante la menstruación la vida no se detiene, las actividades cotidianas continúan, no hay razón para modificar los hábitos higiénicos o dietéticos y tampoco las actividades deportivas.

Mitos:

Un pene grande es importante para la gratificación de la mujer.

El hombre con pene grande es más potente que el hombre con un pene más chico.

Realidades:

Todas estas aseveraciones son falsas. Siempre resulta conveniente comentarlo con los consultantes varones y sus parejas, particularmente entre los jóvenes, quienes presentan una gran preocupación respecto al tamaño de sus órganos sexuales. Es importante aclarar este punto para evitar que puedan sentirse en desventaja en relación con otros hombres e incómodos con sus futuras parejas sexuales. Aunque todo esto parezca muy obvio, para muchos consultantes no lo es. Sólo en la medida en que exploremos un poco sus mitos en lo que atañe a sus cuerpos, su sexualidad, la de sus parejas y su relación de pareja, podremos aclararlos brindándoles información precisa.

* Utilizamos aquí el término mito como sinónimo de falsa creencia.

Mito:

Un bebé "sietemesino" tiene más posibilidades de sobrevivir que uno de ocho meses de gestación.

Realidad:

Este mito prevalece hoy en día aun sabiendo que mientras más tiempo pase el bebé dentro del útero mayor capacidad tendrá de sobrevivir.

Mito:

Las mujeres deben comer para dos cuando están embarazadas.

Realidad:

Esta idea ha dado como resultado la presencia de madres obesas y con problemas durante el nacimiento. En realidad hay que cuidar la dieta, balancearla, evitar grasas y azúcares en exceso. Se recomienda no aumentar más de 11 kilos durante toda la gestación.

Mito:

No se pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo porque el bebé nacerá marcado.

Realidad:

Cuando el embarazo no tiene complicaciones y ambos miembros de la pareja lo deseen se pueden tener relaciones sexuales. En realidad es muy gratificante la cercanía emocional con la pareja durante esta etapa, y para un hombre también es importante compartir este periodo muy de cerca sin sentirse excluido del proceso.

Desarrollo Temático

1. Concepto de la salud reproductiva

En fechas recientes se ha generalizado el término "salud reproductiva"; sin embargo, no fue sino hasta 1994 que en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, se plasmó en un Acuerdo Internacional el significado del término y sus alcances.

El Plan de Acción de dicha Conferencia estableció que:

La salud reproductiva es... "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".

Es evidente que el concepto de salud reproductiva no debe reemplazar mecánicamente al de planificación familiar, sino ampliarlo para incluir todos aquellos aspectos que permiten que los individuos tomen decisiones sobre su sexualidad y su fecundidad.

El documento antes citado también señala: "La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".

2. Componentes de la salud reproductiva

Según el Plan de Acción de la CIPD un programa de atención primaria en lo que se refiere a la salud reproductiva deberá incluir:

- Asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación de la familia de calidad.
- Atención prenatal, parto sin riesgo y atención postparto, incluida la lactancia materna.
- Prevención y tratamiento de la infecundidad.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos.
- Servicios adecuados de atención al aborto, donde no sea contrario a la ley.
- Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, de las enfermedades de transmisión sexual y de otras condiciones del sistema reproductor.
- Información y asesoramiento sobre la sexualidad humana, paternidad responsable y salud sexual y reproductiva.
- Disuasión activa de prácticas peligrosas, como la mutilación genital de la mujer.
- Remisión a servicios adicionales relacionados con la planificación de la familia, las complicaciones del embarazo, parto y aborto, la infecundidad, las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y los cánceres de sistema reproductor, incluido el cáncer de mama. Siempre que sea posible, los programas de salud reproductiva y de planificación de la familia deberán abarcar servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, reconociendo que suelen aumentar el riesgo de la transmisión del VIH.

3. Salud reproductiva y derechos reproductivos

Para lograr la salud reproductiva es necesario el ejercicio de los derechos reproductivos. En el plan de acción de la ICPD se menciona que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos y son:

- El derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello.

- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Como ya se mencionó anteriormente, el concepto de salud sexual quedó implícito en el de salud reproductiva.

4. Para el logro de la salud reproductiva

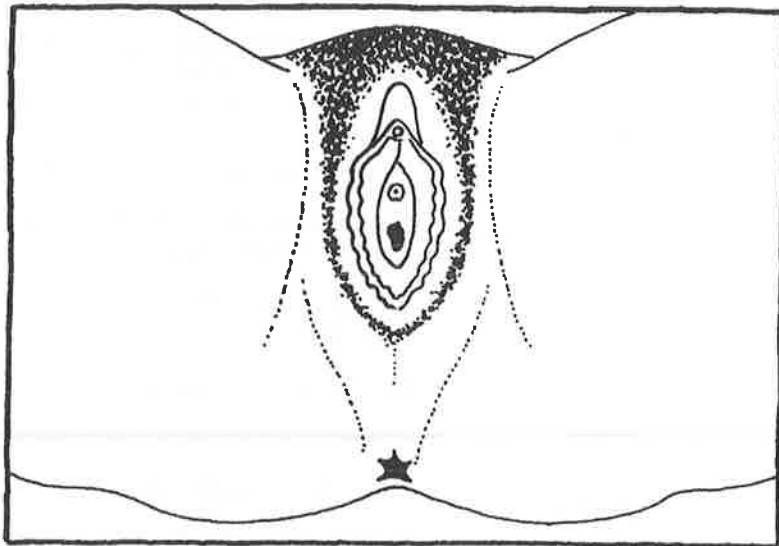
Si bien los profesionales de la salud tienen por lo general excelentes conocimientos en cuanto a los aspectos biomédicos de la salud reproductiva, hemos incluido en este Manual algunos temas selectos con objeto de que les sirvan como una referencia rápida, en el entendimiento de que de ninguna manera se agota este nuevo e interesante tópico.

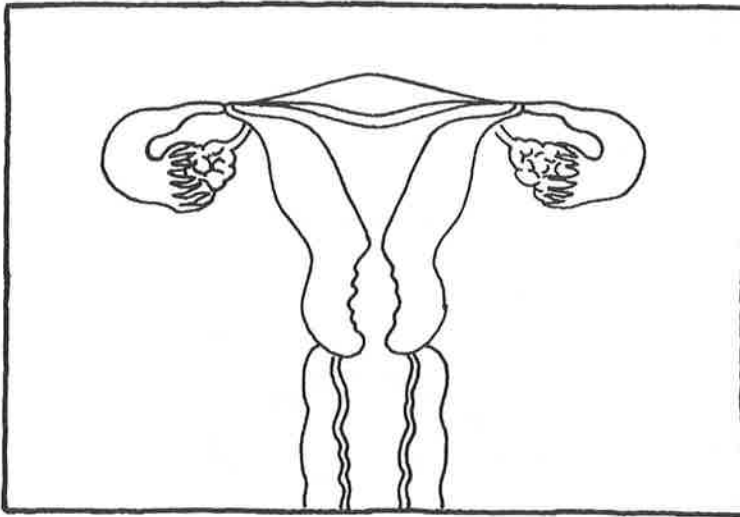
a) Anatomía y fisiología sexual

Órganos sexuales femeninos

Externos: están constituidos por la vulva, que a su vez está formada por el pubis o monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y la vagina con su himen.

- El **monte de Venus** es una prominencia suave formada por tejido graso sobre la sínfisis del pubis; está cubierto de piel más oscura que el resto del cuerpo y se cubre de vello a partir de la pubertad.
- El **clítoris** es una pequeña prominencia eréctil, compuesta por dos cuerpos cavernosos provenientes de las ramas izQUIOPúbicas que se unen bajo la sínfisis del pubis. A diferencia del pene, no cuenta con cuerpo esponjoso; tiene una forma cilíndrica y termina en un glande con su capuchón formado por dos pliegues que son la continuación de los labios menores. Mide de uno a tres centímetros.
- Los **labios mayores** son dos pliegues de piel de aproximadamente siete centímetros de largo. La piel que los cubre es muy suave, más oscura que la piel del resto del cuerpo; están cubiertos con vello y poseen glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas. Poseen una gran sensibilidad.
- Los **labios menores** son pliegues cutáneos que limitan el vestíbulo, crecen y se desarrollan en la pubertad. Gracias a un tejido eréctil, aumentan de volumen durante la excitación sexual. Están cubiertos de piel y vello. Poseen una gran sensibilidad.
- El **himen** está en el interior de la entrada de la vagina. Es una membrana que cierra parcialmente la entrada de la vagina en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales con penetración. Existen mujeres que nacen sin himen, en otras es elástico, conocido como "himen complaciente", que no se rompe durante las relaciones sexuales. La mayoría suelen romperse durante la primera relación sexual con penetración, produciéndose un pequeño sangrado. La ausencia de sangrado durante el primer contacto sexual, o la ausencia de himen en algunas mujeres de ninguna manera representan una prueba de que la mujer no es virgen.
- La **vagina** es una cavidad conformada por capas musculares. En su interior sus paredes presentan pliegues suaves. Es un canal de paso entre la vulva y el útero. Es lo suficientemente elástica como para albergar un pene de cualquier tamaño y dar paso a la cabeza de un bebé durante el parto.
- Las **glándulas de Bartholín** se encuentran a cada lado del orificio vaginal; cada una de ellas secreta durante la excitación sexual una o dos gotas de una sustancia acuosa, que es determinante para la lubricación de la vagina.





Internos: se encuentran contenidos en la pelvis y consisten en dos ovarios, dos trompas de Falopio o tubas uterinas y el útero o matriz.

- Los **ovarios** son dos cuerpos en forma de almendra que mantienen comunicación con el útero mediante un ligamento cada uno. Tienen como función, por un lado, la maduración de los óvulos, y por el otro, la producción de hormonas: estrógeno y progesterona.

El estrógeno es el responsable del crecimiento y desarrollo de los genitales y de los órganos reproductores femeninos; también determina la aparición y mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios.

La progesterona es la hormona del embarazo; se produce en la cicatriz dejada al desprenderse el óvulo del folículo (cuerpo amarillo o lúteo).

- Las **trompas de Falopio** o **tubas uterinas** son dos puentes de comunicación entre el ovario y el útero. Cumplen con la función de conducir al óvulo desde el ovario hasta el útero. Es en ellos donde ocurre la fecundación del óvulo por el espermatozoide. Las paredes interiores de ambas trompas están recubiertas por un tejido con pequeñas prolongaciones moviéndose para conducir al óvulo del ovario a útero.
- El **útero** o **matriz** es un órgano hueco en forma de pera invertida inclinada hacia el frente. Su función es dar albergue al huevo fecundado durante todo su desarrollo. El útero tiene tres capas: El **endometrio** que es la capa mucosa interna, con una gran afluencia de vasos sanguíneos, muy susceptible a los cambios cíclicos hormonales; el **miometrio** que es la capa muscular intermedia, con una gran fuerza y elasticidad, y la tercera capa y más externa es la serosa que la cubre.
- El útero se comunica con la vagina a través del **cuello del útero** o **cérvix**; esta abertura permite el paso de los espermatozoides desde la vagina y el paso del fluido menstrual desde el útero.

Órganos sexuales masculinos

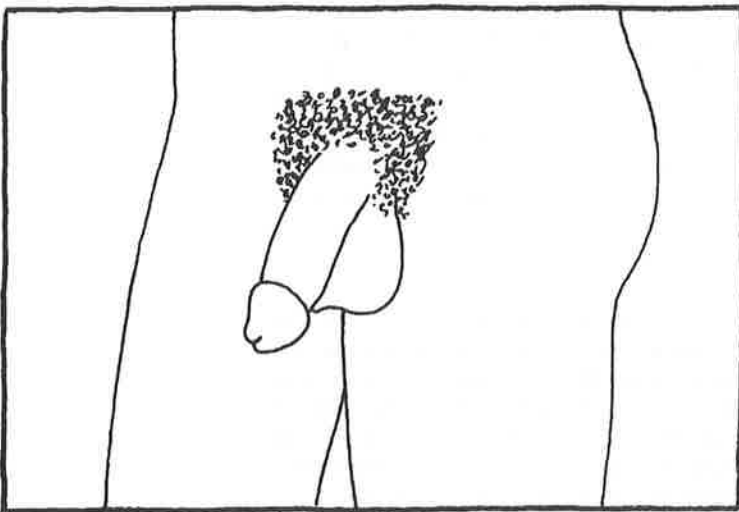
Externos: son el pene, el glande y el escroto.

- El **pene** tiene una doble función: en estado de flacidez sirve para llevar la orina desde la vejiga hasta el exterior, y cuando se encuentra en estado de erección puede penetrar en la vagina en la relación sexual. Está formado por dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso.

- Los **cuerpos cavernosos** cuentan con pequeños compartimientos que son capaces de retener la sangre en el momento de la estimulación sexual, ocurriendo de este modo la erección del pene.

- El **cuerpo esponjoso** envuelve la uretra, que lleva la orina desde la vejiga hacia el exterior, al igual que el semen.

- El **glande** se encuentra en la punta del pene. Es el remate del cuerpo esponjoso y es una zona altamente sensible. Esta zona cuenta con una gran cantidad de terminaciones nerviosas sensoriales. El pene es motivo de orgullo y preocupación. Es motivo de orgullo cuando se tiene una gran dimensión del mismo. Sabemos que el tamaño no determina la intensidad del placer sexual personal o de su compañera. Éste es uno de los grandes mitos ampliamente difundidos.



Un hombre con pene chico es igualmente capaz de tener orgasmos placenteros y procrear como el hombre con pene grande. Para las mujeres tampoco es importante el tamaño del pene: la respuesta sexual está dada más por la sensibilidad y la habilidad de ambos al tener relaciones sexuales que por las dimensiones del pene.

- El **escroto** es una bolsa con capas situado cerca de la base del pene. Está compuesto de músculo y piel cubierto de vello; presenta una coloración más oscura que el resto de la piel. Su interior se encuentra separado en dos compartimientos; cada uno contiene un testículo o glándulas sexuales masculinas con un cordón espermático respectivo.

Internos: son los testículos, el epidídimo, los conductos deferentes, la próstata y las glándulas bulbouretrales.

- Los **testículos**, conocidos también como gónadas, son dos cuerpos ovoides. Están envueltos respectivamente por una membrana delicada. En su interior presentan pequeñas bolsas que contienen numerosos conductos.

Los testículos tienen dos funciones: a) La producción de espermatozoides y b) La producción de hormonas llamadas andrógenos, de las cuales la más importante es la testosterona.

- En el interior de los **túbulos seminíferos** ocurre la espermatogénesis, que es la producción constante de los espermatozoides.

- El **epidídimo** es un tubo compacto en forma de C situado sobre cada testículo, que funciona como una cámara de maduración para los espermatozoides. La cola del epidídimo gira sobre sí misma en el extremo inferior del testículo para formar el conducto deferente en cada testículo.

- Los **conductos deferentes** penetran en el abdomen. Los espermatozoides, al ser producidos en los túbulos seminíferos, ascienden mediante los conductos deferentes hacia la pelvis.

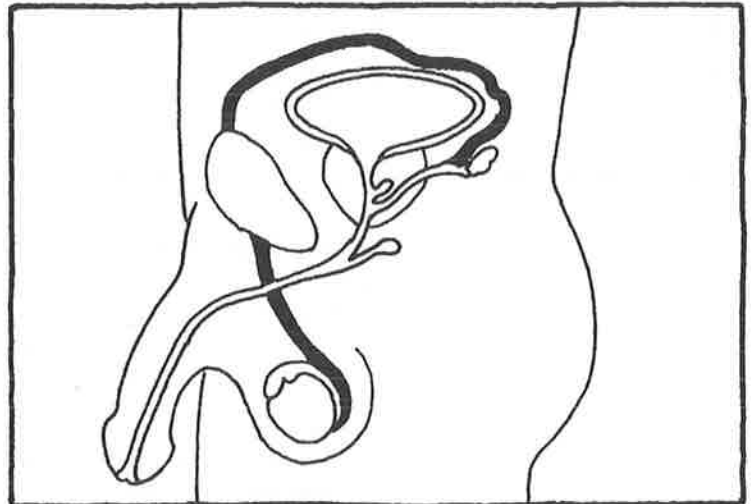
- La **próstata** es un órgano músculo-glandular que se encuentra situado en la parte inferior de la vejiga urinaria; tiene forma triangular con la base apoyada en la vejiga.

La secreción que produce es un líquido lechoso, de olor muy característico, alcalino y que contiene proteínas, calcio, colesterol, ácido cítrico y algunas enzimas. El líquido prostático compone el porcentaje más alto de líquido seminal. La alcalinidad sirve para que el espermatozoide pueda sobrevivir y desplazarse en la vagina, cuyo pH es ácido.

- Las **glándulas bulbouretrales o de Cowper** también tienen una participación en el semen. Estas glándulas son dos estructuras del tamaño de un chícharo, que se encuentran situadas a los lados de la uretra esponjosa, cada una con su conducto que desemboca en la uretra. Durante la excitación sexual, estas glándulas secretan un líquido alcalino, cristalino y adherente cuya función es limpiar la uretra de restos de orina (con pH ácido) y favorecer un ambiente alcalino para dar paso al semen. Este líquido contiene a menudo espermatozoides, por lo que pueden verse con frecuencia embarazos en una relación en donde se practicó el coito interrumpido o el retiro del pene antes de la eyaculación.

b) Maternidad sin riesgo

Uno de los aspectos clave para lograr una plena salud reproductiva es la maternidad sin riesgo. Este concepto está ligado directamente a la mortalidad materna; es decir, al número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Según la Organización Panamericana de la Salud, en Latinoamérica fallecen anualmente 23 000 mujeres. En su gran mayoría estas muertes son evitables; por ello, el objetivo planteado en el Plan de Acción para el Siglo XXI de la CIPD, se encamina a que todos los países logren reducir a la mitad las cifras de morbilidad y mortalidad maternas de 1990 al año 2000, para ser reducidas nuevamente a la mitad en el año 2015.



Con objeto de alcanzar dicha meta, se recomiendan algunas medidas:

- Educación sobre la maternidad sin riesgo.
- Fomento de la nutrición materna.
- Atención y orientación prenatal, haciendo especial hincapié en los embarazos de alto riesgo y en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección por el VIH.
- Asistencia adecuada en el parto, en todos los casos, contando con la asistencia de personas calificadas, que eviten la utilización excesiva de las operaciones cesáreas.
- Atención obstétrica de emergencia, incluidos los servicios de remisión en caso de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto.
- Atención postparto.
- Asesoramiento, información y servicios de planificación de la familia, y la promoción de intervalos más largos entre los nacimientos.
- Atención del recién nacido, incluida la lactancia materna exclusiva.

c) Sexualidad y embarazo

Durante el proceso de vida de hombres y especialmente de mujeres, la sexualidad muestra un cambio fundamental cuando se presenta un embarazo. La llegada de un hijo reconceptualiza de manera contundente la percepción de sí mismos de la mujer y del hombre y su concepción del mundo que los rodea; esto es promovido por el dramático cambio hormonal que vive el cuerpo de una mujer embarazada, que en algunos casos también es percibido por su pareja, aunado a las expectativas, actitudes y valores de la mujer o la pareja respecto a la llegada de los hijos, que habrán de desarrollarse durante el ejercicio de la maternidad y paternidad, sumando a todo esto la valoración individual y de pareja que se tenga de la sexualidad.

En cuanto a la actividad sexual que se realiza durante el embarazo, ésta varía dependiendo de la disposición que se tenga para ello y de la ausencia de enfermedades que lo acompañen. Las preguntas más comunes que hacen las parejas tienen que ver con la frecuencia de la actividad sexual y las posiciones sexuales y sobre todos si la actividad sexual puede ocasionar algún daño al bebé en formación. No hay razón por la que un embarazo inhiba las actividades sexuales de una mujer sana; generalmente, la actividad sexual durante el primer trimestre del embarazo no cambia en forma significativa en relación con la frecuencia anterior a la concepción. Los factores que influyen sobre el interés sexual incluyen la fatiga, la náusea, los cambios fisiológicos (en particular la vasocongestión de las mamas que ocurre durante la estimulación sexual puede ser dolorosa para una mujer que experimenta hipersensibilidad en esa zona) y alguna angustia difusa en mujeres que estén embarazadas por primera vez o que tuvieron complicaciones en el embarazo anterior.

El segundo trimestre del embarazo hace más consciente a una mujer de la presencia del bebé en formación, por sus movimientos y aumento de tamaño; sin embargo, el segundo trimestre es por lo común más tranquilo, ha desaparecido la náusea y la somnolencia; para las mujeres que las experimentaron agudamente puede haber un renovado interés sexual. En general, existe aumento de la lubricación vaginal desde el segundo trimestre en adelante y menos hipersensibilidad mamaria; no obstante, el abdomen crecido produce un cambio en las posiciones preferidas para el coito.

Para mayor comodidad de la pareja pueden adoptarse distintas posiciones, con la mujer arriba, o lado a lado penetrando el pene por detrás. La frecuencia del orgasmo disminuye un tanto y esto se relaciona estrechamente con el nivel de interés sexual por parte de la mujer. La actividad sexual durante el tercer trimestre del embarazo suele disminuir considerablemente. Las razones más comunes que se aducen para explicar este cambio son: malestar físico, miedo a dañar al bebé, pérdida de interés sexual, torpeza para efectuar el coito, recomendación médica y sentimientos de pérdida de atractivo (según lo percibe la mujer). Desde el punto de vista de la salud existe el riesgo de inducir un parto prematuro a causa de las contracciones uterinas que acompañan al orgasmo. Las mujeres con antecedentes de sangrado vaginal durante el embarazo, membranas rotas o cuello maduro antes de tiempo son las que corren el riesgo de tener un parto prematuro.

Las mujeres sin antecedentes de estas complicaciones y que están sanas, pueden participar en la actividad sexual durante el tercer trimestre del embarazo sin riesgo para ellas o para el feto. Algunas parejas prefieren realizar otras prácticas como caricias mutuas y otros tipos de estimulación

d) Fecundidad adolescente

La fecundidad adolescente es un problema que va mas allá de los ámbitos de la salud física y psicosocial, ya que como dice C. Serrano de la OPS, constituye un fuerte indicador del desarrollo social.

A pesar de que la fecundidad ha descendido prácticamente en toda América Latina, el número absoluto de hijos nacidos de adolescentes y la proporción de todos los nacimientos que ocurren entre adolescentes ha aumentado. Esto se debe a las estructuras de edad que han resultado de las altas tasas de fecundidad prevalente en años pasados y a la rapidez del descenso de dichas tasas. Por ejemplo, en Cuba los alumbramientos entre adolescentes correspondieron a 10.4% de todos los alumbramientos vivos entre 1950 y 1955, en tanto que se elevaron a 25% entre 1985 y 1990. Datos recientes del Centro Latinoamericano de Demografía estiman el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en alrededor de 20%; sin embargo, este número oculta las notables diferencias que existen en las tasas de fertilidad en la región que van desde 138 por 1000 para El Salvador, hasta 66 por 1000 para Chile.

Debe advertirse que, si bien se reconoce el problema que representa a nivel continental el aumento en los números de embarazos adolescentes por las consecuencias negativas que representa para las adolescentes mismas, sus hijos y para la sociedad, en muchos países no existen datos precisos de la magnitud del fenómeno. En algunos casos debido a que no hay desagregación de estadísticas por género y edad, y en otros, sencillamente a causa del subregistro y/o la falta de registros confiables.

La mayor parte de los embarazos precoces no son planeados, como lo muestran los estudios realizados por Leo Morris en ciudades de Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Panamá y Paraguay (v.g. 75% en Ecuador). Esto no resulta sorprendente, ya que resultados de otras investigaciones, como las realizadas entre un grupo de adolescentes embarazadas en la Ciudad de México en 1988, muestran que 40% de las entrevistadas eran solteras, mientras que 60% restante estaban casadas o unidas en relaciones que no necesariamente se caracterizaban por su estabilidad.

Las edades en las que ocurre la primera relación sexual, según la encuesta de Morris arriba mencionada, son entre 15 y 17.6 años para las mujeres, y entre 12.6 y 16.0 para los varones. No se sabe si en años recientes ha existido descenso en estas edades, ya que no se cuenta con datos previos para compararlas; sin embargo, sí existe evidencia de que en estos primeros coitos no se utilizan métodos anticonceptivos modernos.

Causas y consecuencias

Muchas de los factores causales del embarazo adolescente tienen relación con las condiciones socioeconómicas existentes en la región. Para citar sólo un ejemplo, es bien sabido que la escolaridad es tal vez el factor social más importante para modificar la fecundidad de las mujeres, y lo es aún más en el caso de las adolescentes.

Zeidenstein, del Population Council señala que..."la educación es uno de los aspectos críticos de la discriminación económica hacia las mujeres. En muchos países las muchachas reciben menos educación que los varones. Como resultado de esta falta de oportunidades de educación, las mujeres de los países más pobres presentan mayores tasas de fecundidad adolescente y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. El vínculo entre poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo".

Por otra parte, una diversidad de estudios realizados en países de la región demuestran que la causa de los embarazos adolescentes radica no solamente en su ignorancia respecto a la anticoncepción, ni en la inaccesibilidad de los servicios y métodos, sino, muy sustancialmente, en los patrones socioculturales que refuerzan las condiciones de subordinación de la mujer dentro de la sociedad y en la frecuente falta de habilidades para establecer un plan de vida por parte de los y las adolescentes. En muchos casos, las jóvenes se embarazan porque no existen otras alternativas (de estudio o trabajo) para adquirir status dentro de su grupo. Como ya hemos mencionado, cuando la cultura y los medios exaltan la maternidad y ésta se encuentra tan cercanamente vinculada con

la identidad femenina, quedan pocos caminos que no conduzcan a la búsqueda, muchas veces inconsciente, de un embarazo, a pesar de las consecuencias que afectarán y marcarán toda la vida de la adolescente.

Muchas jóvenes no intentan o no desean embarazarse; sin embargo, sienten que requieren la atención del hombre y su aprobación, y simplemente no pueden protegerse de la actividad sexual no deseada o de los embarazos. Tampoco debe olvidarse a sus compañeros, hombres jóvenes que pueden identificar la desinhibida expresión de la sexualidad y la fecundidad con la masculinidad. Muchos de ellos no tienen la intención de volverse padres, pero ignoran los recursos a su alcance para evitar la paternidad o simplemente no se interesan en utilizarlos.

Los riesgos y consecuencias del embarazo precoz afectan tanto a la madre como al hijo, al igual que a la sociedad. Los riesgos biomédicos para la joven y el niño son bien conocidos; menos estudiados son los riesgos asociados al desarrollo infantil, tales como desnutrición, problemas de aprendizaje y conducta, entre otros. Sólo hasta fechas recientes se da importancia al precio psicosocial que la joven paga: reincidencia del embarazo, abortos realizados en pésimas condiciones, deserción escolar, en caso de que asista a la escuela, matrimonios y uniones precipitados y disminución de las posibilidades de capacitación y empleo. Los varones, aunque en menor grado, también se ven afectados. En pocas palabras, el embarazo adolescente compromete el potencial de un pleno desarrollo humano de un gran sector de la población.

e) Menopausia

Desde el punto de vista endócrino, el climaterio se caracteriza por la disminución o suspensión de la producción de estrógenos y progesterona. Por esta disminución de niveles hormonales se presentan signos y síntomas que en su conjunto han sido llamados *síndrome climatérico*. El síndrome climatérico en la pre-menopausia (antes del último sangrado) se manifiesta por irregularidades menstruales y algunos trastornos emocionales como fatiga e irritabilidad y otros como mareos y cefaleas. Una vez que se ha presentado la menopausia, se denomina síndrome climatérico post-menopáusico, en el que pueden presentarse fenómenos más agudos como bochornos, atrofia genital, osteoporosis, etc., que puede conducir a fracturas, arteriosclerosis, enfermedad coronaria y en algunas mujeres trastornos emocionales. La menopausia se presenta, en promedio, entre los 45 y 50 años de edad. Actualmente, esta edad corresponde a mujeres productivas, y es necesario que cuenten con conocimientos claros de lo que les está pasando, tal y como requirieron información para vivir mejor la pubertad y la adolescencia.








Cambios como la atrofia del epitelio vaginal, pérdida de la rugosidad de la vagina, adelgazamiento de la mucosa, disminución de la humedad, etc., pueden repercutir en la vida sexual de una mujer que no tenga información suficiente, por lo que la consejería se hace obligada. Hoy en día se cuenta con medicamentos (hormonas sustitutivas) que pueden ser utilizados cuando son indicados. Es necesario informar a todas las mujeres sobre esta etapa tan importante de la vida; educar para la conservación de la salud evitando enfermedades previsibles como los cánceres cervicouterino y mamario. Desde los 30 años de edad o desde el inicio de la vida sexual el estudio de Papanicolaou se hace obligado anualmente, o con menor intervalo de tiempo si así se requiere. La mamografía es otro estudio importante y recomendable al llegar a esta etapa.

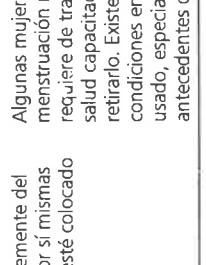
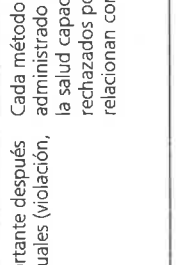
En lo que respecta a la función sexual, algunas mujeres aumentan su interés por las relaciones sexuales, ya que ha desaparecido el riesgo de un embarazo no deseado. Investigaciones recientes señalan que el cambio de actitud y mentalidad que pueden apreciarse en personas mayores es atribuible a las secuelas del papel social que se les impone más que a efectos biológicos.

Andropausia: no existe una menopausia masculina, ya que los testículos siguen activos hasta una avanzada edad. Aun así, después de los 50 años hay un descenso de la producción de testosterona, lo que dará como resultado problemas físicos y emocionales muy parecidos a los de las mujeres. Se mencionan como los más relevantes, disminución del impulso sexual y una cierta inestabilidad emocional. Se presentan modificaciones en las curvas de respuesta sexual y así vemos cómo se alarga el tiempo para conseguir una erección y el periodo refractario. Sin embargo, el placer puede experimentarse con tanta o más intensidad que en los años anteriores.

Es importante mencionar que en esta etapa y desde los 40 años de edad es necesario revisar una vez al año las condiciones de la próstata, debido a la alta frecuencia del cáncer en dicho órgano. Sólo con la valoración anual puede detectarse tempranamente algún problema y resolverse de un modo menos agresivo que cuando se encuentra en estados avanzados o en etapas terminales.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Descripción	Prevención del embarazo	Prevención del VIH y otras ETS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
<p>CONDÓN Es una funda de látex que se coloca desenrollándolo sobre el pene erecto antes del coito. El hombre eyacula dentro del condón. El condón es más efectivo en la prevención del embarazo cuando se usa con un espermicida. En algunos casos los condones están previamente lubricados; si no lo están, deben lubricarse con un lubricante a base de agua.</p> 	<p>Efectivo si se usa adecuada y consistentemente.</p>	<p>Muy efectivo. El VIH y otros agentes infecciosos no pueden atravesarlo.</p>	<p>Ampliamente disponible en la mayoría de los países, en clubes nocturnos, tiendas y clínicas. No es caro.</p>	<p>En raras ocasiones produce efectos colaterales (algunas personas informan irritación por el látex). Sólo se usa para coito vaginal u anal. Algunas personas deciden usarlo en relaciones orales.</p>	<p>Es necesario aprender a usarlo. Puede romperse si no se usa correctamente o está caducado, o cuando hay mucha fricción (por ejemplo, cuando el condón está seco), si se emplean lubricantes grasosos.</p>
<p>CONDÓN FEMENINO Es una funda suave de poliuretano que cubre el interior de la vagina. Similar al condón masculino. Puede ser usado con un espermicida.</p> 	<p>Muy efectivo si se usa adecuada y consistentemente.</p>	<p>Muy efectivo. El VIH y otras infecciones no pueden atravesarlo.</p>	<p>Es difícil de conseguir. Es caro.</p>	<p>No produce efectos colaterales. Se usa sólo durante las relaciones sexuales. Algunas mujeres lo pueden usar sin que el hombre se dé cuenta.</p>	<p>Es muy difícil conseguirlo en la mayoría de los países. Puede ser difícil colocarlo.</p>
<p>DIAFRAGMA Y CAPUCHÓN CERVICAL Capuchón cervical que se coloca sobre el cérvix de la mujer para impedir que entre el espermatozoides. Se requiere que un trabajador de la salud lo mida. Debe ser colocado en la vagina antes de las relaciones sexuales y dejado allí por lo menos seis horas y no más de 24 después de que el coito haya terminado. Debe lavarse antes de usarlo nuevamente. Debe ser usado con espermicidas.</p> 	<p>Muy efectivo si se usa adecuadamente.</p>	<p>No protege contra el VIH. Puede proteger contra algunas ETS, como las verrugas genitales.</p>	<p>No está disponible en muchos países.</p>	<p>Sólo se usa durante las relaciones sexuales. Puede usarse durante años. No es necesario acudir a un trabajador de la salud después de ser medido inicialmente.</p>	<p>Para su medida inicial se requiere de un trabajador de la salud capacitado. Algunas mujeres informan dificultad en colocarlo y retirarlo. Se necesita volver a medirse cada dos años, después del embarazo, o si la mujer pierde o aumenta de peso.</p>
<p>ESPERMICIDAS Son sustancias químicas elaboradas para matar los espermatozoides en la vagina e impedir que el espermatozoides entre en el cérvix. Existen diversas presentaciones: espuma, película vaginal, crema, gel y supositorios vaginales. Deben ser usados con métodos de barrera (condones, diafragma y capuchón cervical).</p> 	<p>Sólo cuando se usan.</p>	<p>No existen pruebas de que protegen contra VIH. Pueden proporcionar cierta protección contra infecciones producidas por bacterias.</p>	<p>Ampliamente disponibles.</p>	<p>Sólo se usan durante las relaciones sexuales. No es necesaria la ayuda de un trabajador de la salud.</p>	<p>Algunas personas pueden ser alérgicas a ellos.</p>
<p>PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS (la píldora) La píldora contiene hormonas que detienen la ovulación (la producción de óvulos del ovario).</p> 	<p>Cuando se toman correctamente son excelentes.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Disponible en la mayoría de las clínicas de planificación familiar.</p>	<p>No es necesario prepararse para usarla. Puede ayudar a otros métodos.</p>	<p>Requiere que un trabajador de la salud la administre. Produce ciertos efectos colaterales. Existen muchas condiciones en que no deben ser administradas.</p>
<p>IMPLANTES HORMONALES (conocidos como Norplant) Son seis tubos pequeños que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Los tubos lentamente liberan una hormona que evita la ovulación. Deben ser colocados y retirados por trabajadores de la salud capacitados. Su efectividad se prolonga hasta cinco años.</p> 	<p>Excelente.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Ampliamente disponibles en algunos países.</p>	<p>Se usan independientemente del coito. Las mujeres pueden usarlos sin que los hombres se enteren. Larga duración.</p>	<p>Pueden causar periodos irregulares. En algunas condiciones no pueden ser usados. Deben ser retirados por trabajadores de la salud capacitados.</p>
<p>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES El inyectable más conocido es la Depo-Provera. La inyección debe administrarse cada tres meses en una clínica o centro de salud. Evita la ovulación.</p> 	<p>Excelente.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Ampliamente disponibles en algunos países.</p>	<p>Se usan independientemente del coito. Pueden ser usados sin que el hombre lo sepa.</p>	<p>Pueden causar periodos irregulares. Requieren de acceso a trabajadores de la salud capacitados cada tres meses. En caso de efectos colaterales no puede suspenderse su efecto. Existen algunas condiciones en que no deben ser usados.</p>

Descripción	Prevención del embarazo	Prevención del VIH y otras ETS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
 <p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) Es una pieza de plástico o cobre que se coloca en el útero (matriz) por un trabajador de la salud capacitado. Tiene unos finos hilos que la mujer puede sentir para asegurarse que está colocado en el lugar correcto. El DIU evita la fecundación.</p>	Excelente.	Ninguna. Incrementa el riesgo de EPI después de insertarlo o debido al filamento del mismo.	Está disponible en la mayoría de las clínicas de planificación familiar. A menudo sólo para mujeres que ya han tenido hijos.	Se usa independientemente del coito. Las mujeres por sí mismas pueden revisar que esté colocado en su lugar.	Algunas mujeres informan menstruación muy abundante. Se requiere de trabajadores de la salud capacitados para colocarlo o retirarlo. Existen algunas condiciones en que no debería ser usado, especialmente cuando hay antecedentes de ETS.
<p>ANTICONCEPCIÓN NATURAL Esto significa tener relaciones sexuales sólo durante las etapas del ciclo menstrual cuando la mujer no puede embarazarse. Requiere conocer estas etapas; incluye observar la temperatura del cuerpo y los cambios en el moco cervical.</p>	Efectiva si se usa adecuadamente.	Ninguna.	Puede ser usado por parejas que conocen el ciclo de la mujer.	No produce efectos colaterales. Las parejas pueden compartir las responsabilidades de la planificación familiar. No implica gastos.	Requiere del compromiso de ambos compañeros. Necesita de una observación cuidadosa.
<p>CONCIENCIA DE LA FECUNDIDAD Esto significa que puede ser de utilidad el conocimiento de la mujer sobre su ciclo menstrual para decidir cuándo emplear un método anticonceptivo y cuándo tener relaciones sexuales sin protección. Una mujer que desea embarazarse puede tener relaciones sexuales no protegidas durante la etapa que corresponde a su ciclo fértil, pero en ese caso deben usarse los métodos de barrera (condones, diafragma o capuchón cervical) que podrían proteger eventualmente de las ETS.</p>	Efectiva si se usa adecuadamente.	Efectiva cuando se usa con un método de barrera. Ninguna cuando se tienen relaciones sexuales sin protección.	Puede ser de utilidad para las parejas que conocen el ciclo menstrual de la mujer.	No produce efectos secundarios. Las parejas pueden compartir la responsabilidad de la planificación familiar. No implica gastos.	Requiere del compromiso de ambos compañeros. Necesita de una observación cuidadosa y del registro de los cambios.
<p>LACTANCIA MATERNA La lactancia puede reducir el riesgo del embarazo durante los primeros seis meses al retrasar la ovulación. La mayoría de las mujeres empiezan a ovular después de los seis meses, aun sin haber menstruado.</p>	Efectiva si sólo utiliza lactancia a libre demanda.	Ninguna.	Casi todas las mujeres que han parido pueden amamantar a sus hijos si cuentan con el apoyo necesario.	No implica gastos.	No dura más de allá de seis meses. Las mujeres que viven con VIH pueden optar por no amamantar a sus hijos.
<p>RETIRO Esto sucede cuando el hombre retira su pene del interior de la vagina antes de eyacular.</p>	Baja eficacia, porque el esperma puede producirse antes de eyacular y entrar en el cérvix.	Ninguna. El VIH ha sido encontrado en el líquido preeyaculatorio.	Disponible para todos los hombres.	Útil si no hay algún otro método disponible.	El hombre necesita estar pendiente de su eficacia en el momento de las relaciones sexuales. Se puede dificultar al retirarlo antes de eyacular.
<p>ESTERILIZACIÓN Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen, o en cortar o bloquear los tubos uterinos en las mujeres para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan.</p>	Excelente.	Ninguna.	Disponible en clínicas o centros de salud. Debe ser efectuada por médicos capacitados.	Se usa independientemente del coito.	Requiere de una intervención quirúrgica con anestesia local (hombres) o anestesia general (mujeres). No es reversible. Pueden producirse pequeñas infecciones después de la operación.
<p>ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Debe ser usada por la mujer después de tener relaciones sexuales no protegidas. Existe bajo las presentaciones de píldoras o de DIU. Las píldoras deben tomarse dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. El DIU puede ser colocado cinco días después de un contacto sexual desprotegido.</p> 	Excelente cuando se usa dentro del tiempo marcado.	Ninguna.	Ampliamente disponible.	Es una opción importante después de "accidentes" sexuales (violación, por ejemplo).	Cada método debe ser administrado por un trabajador de la salud capacitado. Pueden ser rechazados por personas que los relacionan con el aborto.

f) Regulación de la fecundidad

La posibilidad de controlar y regular la fecundidad es componente indispensable de la salud sexual y reproductiva y constituye un derecho. Por tanto, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con información para proporcionar servicios de calidad.

La planificación de la familia es la actitud consciente sobre el número y espaciamiento de los hijos fundamentada en el conocimiento de métodos y técnicas anticonceptivas. Sin duda, uno de los eventos indeseables más frecuente en la vida de pareja es un embarazo no deseado o el nacimiento de un hijo no querido y no planeado. Afortunadamente, y gracias a los métodos anticonceptivos, se ha podido desligar el placer erótico de la reproducción. Los métodos anticonceptivos con los que contamos hoy en día son en general seguros para los dos miembros de la pareja y cuentan con niveles variables de eficacia; la mayoría no interfieren con el placer sexual y son emocionalmente aceptables por ambas partes. El mejor anticonceptivo será el que la pareja determine que les brinda más protección, sin interferencia en la vida sexual y de bajo costo. Ninguno de los anticonceptivos con los que contamos actualmente es perfecto y todos tienen un índice mayor o menor de error.

En vista de la gran cantidad de información disponible en lo que se refiere a anticoncepción resumimos algunos puntos importantes en el cuadro de las páginas anteriores (64-65).

g) Calidad de atención

El concepto de calidad de servicios ha sido propuesto por Judith Bruce, y se refiere particularmente a la salud reproductiva, identificando seis elementos que reflejan los aspectos que los clientes experimentan como críticos:

1. Expansión de las tecnologías de control de la fecundidad disponibles; es decir, la importancia de ofrecer consistentemente todos los métodos y atender así las necesidades de diferentes segmentos poblacionales, según características como edad, ingreso familiar, condiciones de salud, tolerancia a efectos colaterales, etcétera.
2. La información que se da a los clientes durante el servicio, que les permite la elección y el uso satisfactorio de los métodos. Esta información debe incluir las alternativas existentes, sus ventajas y desventajas, información detallada sobre el uso del método seleccionado y, finalmente, información sobre servicios que los clientes pueden esperar en el futuro, como consejería, apoyo, provisión de métodos, referencia para otros métodos, etcétera.
3. La competencia técnica de los proveedores de los servicios, que incluye factores como la técnica clínica, la observancia de normas y protocolos y la asepsia meticulosa necesaria para la entrega de métodos clínicos tales como el DIU, la esterilización y los implantes.
4. Las relaciones interpersonales entre los usuarios y proveedores son la dimensión personal del servicio, principalmente el contenido afectivo recibido en los intercambios con clientes o clientes potenciales.
5. Los mecanismos para fomentar la continuidad indican el interés y habilidad del programa en promover la continuidad en el uso de los anticonceptivos a través de mecanismos como citas futuras, uso de medios masivos o visitas domiciliarias.
6. La constelación apropiada de servicios se refiere a situar los servicios de planificación familiar dentro de un amplio contexto de salud reproductiva, de manera que sean convenientes y aceptables para los clientes, respondiendo a sus conceptos de salud y satisfaciendo necesidades urgentes y pre-existentes de salud.

h) Infertilidad y esterilidad

En sociedades donde se valora altamente la posibilidad de procrear la infertilidad y la esterilidad representan más que un problema médico por sus connotaciones psicológicas y sociales.

Los factores que intervienen para lograr una concepción humana son numerosos; en la mujer es necesaria una integridad anatómica de genitales y adecuado funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario que permita regular el ciclo menstrual, con una adecuada foliculogénesis, ovulación y la producción hormonal necesaria para sustentar el embarazo; en el hombre se requiere de estructuras anatómicas, función sexual y espermatogénesis normal que permita el depósito de un número adecuado de espermatozoides morfológicamente normales y móviles en el fondo de la

vagina. Para que el encuentro del óvulo con el espermatozoide se lleve a cabo, es necesaria una adecuada interacción del moco cervical con el espermatozoide, que permita el transporte de éste al tercio externo de la trompa de Falopio; al mismo tiempo, esta estructura debe tener la movilidad e integridad necesaria para captar y transportar el óvulo a este encuentro. Todo lo anterior está enmarcado por una compleja y fina interacción molecular, hormonal e inmunológica de distintas estructuras.

Bustos y Castelazo definen la esterilidad como la imposibilidad de lograr el embarazo, después de un año de tener relaciones sexuales (más de tres veces por semana) sin la utilización de un método anticonceptivo. Este periodo se ha definido basándose en estudios que indican que la probabilidad acumulada de lograr el embarazo es a los 12 meses en 90% de las parejas sanas.

Los mismos autores definen la infertilidad como la incapacidad de tener hijos vivos a término. El aborto habitual es parte de la infertilidad y se presenta en aquellas mujeres con más de tres o seis pérdidas fetales (antes de las 20 semanas de gestación), continuas, interrumpidas, no deseadas.

Estos dos fenómenos representan graves problemas para las parejas afectadas. Es común que cuando una pareja no logra cumplir con sus expectativas de reproducción se generen conflictos interpersonales, de pareja o de familia. La infertilidad y la esterilidad siempre deben ser consideradas un problema de pareja, aunque sea uno de los miembros el que presente el problema físico. Es especialmente importante que el personal de salud señale a las parejas afectadas que no existe un "culpable" y que la solución involucra a ambos. Esto es particularmente importante en el caso de las mujeres en comunidades tradicionales que consideran que cuando la maternidad no se logra la mujer no está completa. Deben trabajarse los aspectos de género con las parejas, las familias y la comunidad misma para que la mujer se valore y sea valorada por los demás en sí misma y no únicamente en su papel de madre.

El diagnóstico y estudio de las parejas representa un alto costo emocional y requiere de una alta inversión tecnológica que no siempre está a la disposición de los involucrados, por lo que el estudio de estas parejas debe ser fundamentado, justificado y oportuno para evitar secuelas.

Es de esperarse que la compleja tecnología necesaria para las diversas opciones terapéuticas se encuentre algún día al alcance de todas aquellas parejas que deseen cristalizar sus ideales reproductivos.

i) Cáncer

La salud reproductiva de hombres y mujeres se ve cada vez más afectada por problemas relacionados con el cáncer. Es necesario educar a ambos para llevar a cabo las medidas que pueden detectar tempranamente estos padecimientos.

El cáncer cervicouterino afecta a mujeres entre los 20 y hasta más de los 80 años de edad, siendo más frecuente entre los 45 y 65 años. Existe una relación entre algunos factores que predisponen a la presencia de este cáncer:

- El inicio temprano de la vida sexual.
- Mayor número de embarazos.
- Mayor número de compañeros sexuales.
- La presencia de enfermedades de transmisión sexual, la más importante, el herpes.
- Compañeros no circuncidados.

Para hacer el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino se recomienda practicar un Papanicolaou a todas las mujeres a partir del inicio de la vida sexual o a partir de los 30 años, una vez por año. Con este estudio podrán tratar tempranamente, no sólo el problema del cáncer sino también procesos infecciosos e inflamatorios agudos o crónicos de cuello y vagina.

De igual forma, cuando el cáncer de mama es detectado tempranamente existen muchas más posibilidades de que sea tratado, y esto se traduzca en una buena sobrevida. Uno de los mejores medios de prevención es la autoexploración sistemática y periódica.

También a los hombres se les debe informar y enseñarles a autoexplorarse los testículos y sensibilizarlos a acudir regularmente después de los 40 años a su médico para una exploración prostática; así podrán diagnosticarse y tratar tempranamente los tumores malignos de testículo y próstata con mejores pronósticos.

j) Higiene y autocuidado

Aún existe un sinnúmero de mitos respecto a la higiene durante la menstruación, el embarazo y el puerperio. En lo que a la menstruación se refiere, en muchas comunidades a lo largo de América Latina se piensa todavía que las mujeres están impuras o sucias, y que no deben acercarse a varones y mucho menos tener relaciones sexuales. Estos mitos han disminuido en la medida en que ha aumentado la información sobre este fenómeno entre la población y ha mejorado la condición de las mujeres.

Es necesario informar a las mujeres de los cuidados que deben tener durante la menstruación. En primer término, recordarles que estar menstruando no significa que la mujer esté enferma y no pueda continuar con la vida normal, integrando el cuidado higiénico a su vida cotidiana; es decir, evitando derrames con el uso de compresas de algodón o tela y en el mejor de los casos con toallas sanitarias o tampones (no hay que olvidar que el himen es permeable a un dedo y también a un tampón, por lo cual las mujeres vírgenes pueden aprender a colocárselo y usarlo sin romper el himen). No hay ninguna actividad que se deba suprimir o alimentos prohibidos o limitados durante la menstruación. El sangrado menstrual dura entre tres y cinco días; la intensidad del sangrado varía de mujer a mujer. Las molestias que se experimentan durante la menstruación deben ceder con analgésicos simples. En muchas regiones del Continente se conocen tisanas y remedios populares útiles para este mismo fin. Si las molestias o dolor limitan de alguna manera la vida cotidiana de la mujer convendrá la valoración de un especialista.

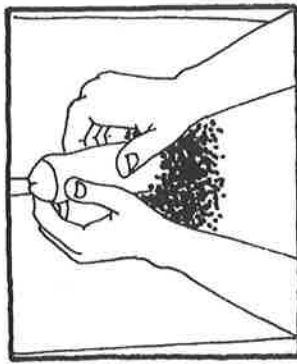
Es importante mencionar que durante la menstruación no hay impedimento para tener relaciones sexuales; esto dependerá del gusto o disgusto de los interesados. Tener relaciones sexuales durante la menstruación puede provocar enfermedades infecciosas, incluyendo el riesgo de un embarazo si no se toman las medidas preventivas adecuadas. No se recomienda hacer lavados vaginales ni vulvares especiales durante o después de la menstruación, ya que puede eliminarse la flora vaginal normal propiciándose así infecciones locales de diversas etiologías.

Autoexploración: desde que se inicia la pubertad se requiere del aprendizaje para explorar los pechos y detectar tempranamente procesos mamarios benignos o malignos. La técnica es muy sencilla y está al alcance de todas las manos.

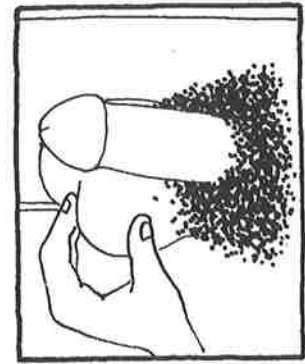
La mujer se coloca de pie frente al espejo con el torso descubierto, primero con las manos en la cintura y posteriormente con las manos elevadas. En el espejo se valorará la situación de los pezones, su simetría, que no existan zonas de retracción; la textura y coloración de la piel de ambas mamas será la usual y simétrica con la mama contralateral. Posteriormente se palpa con la mano derecha el pecho izquierdo y viceversa, siempre empezando a las 12 de las manecillas del reloj y terminando nuevamente a las 12. Se busca intencionadamente nódulos, "bolitas" o puntos dolorosos. Se incluye la palpación suave del hueso axilar, donde igualmente se buscan nódulos o puntos dolorosos (se entrenará poco a poco a las mujeres a tocar, en condiciones normales, las cadenas ganglionares axilares). Finalmente, acostada sobre la espalda, con un brazo flexionado y colocado atrás de la cabeza, con la mano contralateral se inicia la exploración de la mama, siempre en el sentido de las manecillas del reloj, buscando nódulos o puntos dolorosos. Se recomienda hacer esta autoexploración una vez al mes y de preferencia después de la menstruación. Si se detecta algo sospechoso es necesario acudir al profesional para su atención temprana. Gracias al entrenamiento de mujeres en autoexploración mamaria se han detectado muy tempranamente procesos malignos que se resolvieron a tiempo.

La autoexploración no sólo se recomienda a nivel mamario, sino que también en los genitales externos; si se aprende a conocerlos en condiciones normales, será más fácil detectar cualquier patología tempranamente. Reconocemos que para la mayoría de las mujeres, debido a su educación, resulta difícil la exploración de los genitales; por eso es importante estimularlas para que se percaten de los beneficios que trae consigo esta exploración. Se recomienda la exploración vulvar una vez al mes, después del baño y auxiliada por un espejo. Se revisa el clítoris, el meato urinario, los labios mayores, los labios menores y la entrada vaginal; asimismo debe incluirse la valoración del periné y el ano. Se buscarán cambios de coloración de la piel de los labios mayores, presencia de nódulos o puntos dolorosos de la vulva en general, las condiciones de la mucosa vaginal, presencia o aumento de la secreción vaginal con cambio en sus características: olor, color etc., la presencia de abscesos y en general las condiciones del periné.





También es importante enseñar a los hombres técnicas de autoexploración de genitales, sobre todo del pene y los testículos. Se revisará con regularidad el glande, su coloración, si existe escozor o algún punto doloroso. Al retraer el prepucio para liberar el glande se valorará el surco balanoprepucial, sobre todo en caso de los no circuncidados. Se revisará el escroto, palpando y buscando de cada lado el testículo correspondiente, haciendo hincapié en que la consistencia y el



tamaño de los testículos sean simétricos; así, poco a poco se entrenará para reconocer el estado normal del patológico. Cuando se detecte un aumento de tamaño en la bolsa escrotal por crecimiento testicular o aumento de la consistencia del testículo con la presencia o no de dolor a la palpación, hay que acudir con el especialista para una valoración temprana e integral.

k) Aborto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto es "la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos -edad gestacional aproximada de 20-22 semanas completas, o de 140-154 días completo-, o de cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso y designación específica -por ejemplo la mola hidatiforme- independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto espontáneo o inducido" (CLAP-OPS/OMS, 1985).

El aborto inducido es la interrupción intencional del embarazo no deseado; se denomina también aborto provocado. Este tema ha causado y sigue causando enormes controversias. Algunos grupos hablan de que se trata del asesinato de un ser humano no nacido, en tanto que otros sostienen que el huevo fecundado y el embrión no tienen vida propia.

En la gran mayoría de los países de la región el aborto inducido es ilegal y constituye un grave problema de salud pública. Por su misma condición, no existen datos fidedignos respecto a su incidencia. En México, por ejemplo, las estimaciones varían de 800 000 a 1 000 000 de abortos por año. El Programa de Salud Materna y Maternidad sin Riesgos de la OMS señala

en estimaciones inéditas que en América Latina y el Caribe se calculan seis mil muertes anuales por aborto en malas condiciones.

También las complicaciones del aborto son muy difíciles de documentar debido al subregistro; sin embargo, con frecuencia se presentan en los servicios de salud situaciones derivadas de la práctica clandestina, que en la mayoría de los casos se realiza en malas condiciones de asepsia.

El aborto constituye un problema de clase social al afectar de manera diferencial a mujeres de clases sociales populares, ya que es posible obtener abortos seguros efectuados por personal calificado con buena calidad de servicio si se cuenta con los recursos económicos.

Éste es uno de los problemas relacionados con la salud que mejor ejemplifica las condiciones de subordinación de las mujeres al enajenar el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En el Plan de Acción para el Siglo XXI, resultado de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se trató también el problema del aborto. Para disminuir el número de mujeres que cada año muere por abortos clandestinos realizados en malas condiciones de higiene y por personas no calificadas se recomiendan las siguientes medidas:

- Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres y a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública.
- En todos los casos, las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.

- Los gobiernos deberían reducir el recurso al aborto mediante la prestación de servicios más amplios y mejores de planificación familiar. El aborto no debe promoverse como método de planificación de la familia. Se debe ofrecer con prontitud servicios y educación de planificación de la familia post-aborto que ayuden a evitar la repetición de los abortos.
- Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas en los casos en que no sean contrarios a la ley.
- Una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las adolescentes y las mujeres jóvenes reduciría notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes.

Es importante trabajar para contrarrestar las complicaciones del embarazo adolescente, el embarazo no deseado y el aborto, aumentando los servicios de planificación familiar de alta calidad, aunados a programas integrales de educación de la sexualidad con énfasis en la salud reproductiva.

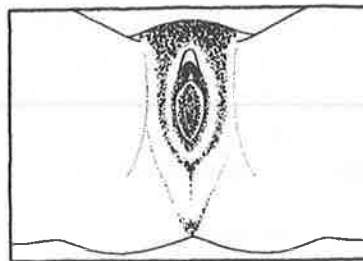
5. Respuesta sexual humana y disfunciones sexuales

Éste es un tema de particular interés para la salud sexual, no sólo porque ha permitido avanzar en el conocimiento, pues también su estudio ha llevado a la comprensión de fenómenos que pueden ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual. Por otra parte, ha abierto el campo del tratamiento de las disfunciones sexuales por diferentes medios.

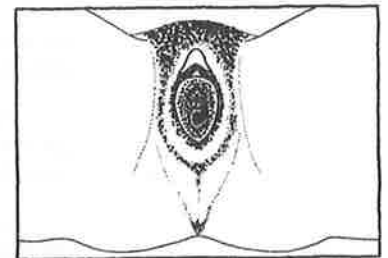
Los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual fueron descritos en forma sistemática por primera vez en 1966 por Masters y Johnson en un libro que se convirtió en un clásico titulado "Respuesta Sexual Humana". Con fines didácticos representaron sus hallazgos por medio de una curva y la dividieron en cuatro fases:

La excitación

El sustrato biológico de esta fase es la vasocongestión mediada por el Sistema Nervioso. Cuando un estímulo resulta efectivo para iniciar la respuesta sexual, el Sistema Nervioso emite neurotransmisores a los microvasos de la región pélvica. El mensajero químico produce apertura de arteriolas y cierre de vénulas y todo ello ocasiona la vasocongestión.



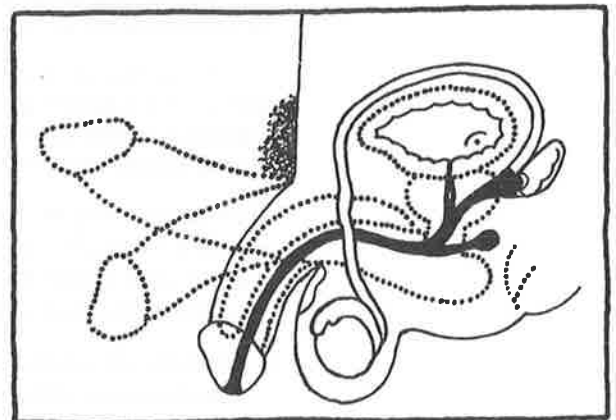
El congestionamiento sanguíneo provoca que las estructuras genitales aumenten de tamaño, como puede observarse en los labios menores, el clítoris y el pene. Debido a esto, los primeros signos de la excitación sexual son la lubricación vaginal y la erección del pene.



A ciencia cierta se desconoce de dónde proviene el líquido de la lubricación vaginal, pero aparece en fracciones de segundo después de que la mujer se siente excitada. La explicación más sencilla señala que es producto de la gran vasocongestión pélvica; sin embargo, el epitelio vaginal hace difícil el paso de un exudado en tan corto tiempo. Algunas mujeres hacen referencia a que están excitadas cuando dicen "me mojé" o "estoy húmeda".

En esta fase también las paredes vaginales se separan y el útero, que normalmente se recarga en la vejiga, tiende a verticalizarse.

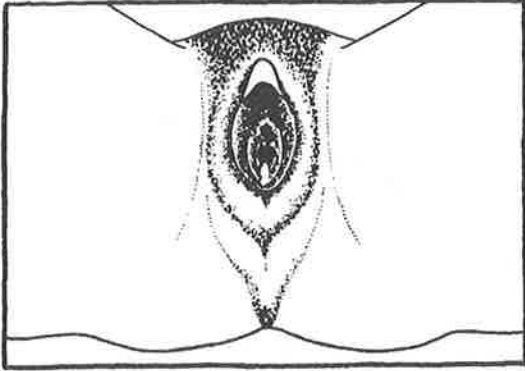
En el varón, aparte de la erección peneana, los testículos son aproximados al periné debido a la acción del cremáster, músculo que se localiza en el escroto y que realiza esta acción cuando el medio es muy frío o ante una reacción de miedo. Lo contrario sucede cuando hay calor; es decir, la piel del escroto se torna delgada y los testículos penden hasta el extremo más bajo de esa bolsa.



Durante esta fase también puede ocurrir que los pezones se pongan erectos y la areola aumente de tamaño. Cuando las mujeres no han lactado, sus glándulas mamarias pueden aumentar hasta 25%.

La meseta

Esta fase se caracteriza porque los cambios antes descritos alcanzan sus máximos valores. Los labios mayores se observan como hinchados e incluso tienden a separarse; los labios menores también están turgentes y adquieren una coloración intensa.

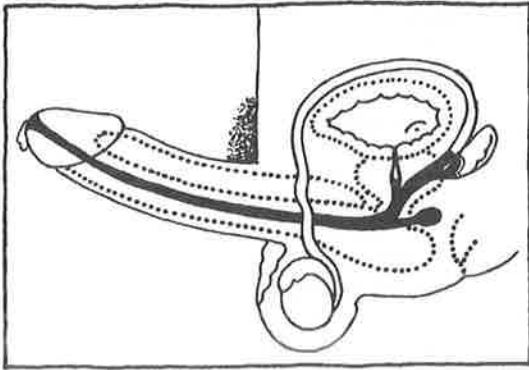


Es importante mencionar que, al ser traccionado hacia arriba el pubis, el clítoris parece disminuir en tamaño, pero esto en realidad es sólo un efecto aparente y no significa que la excitación disminuya y mucho menos que haya terminado.

Es posible que la lubricación vaginal comience a desaparecer y el completo enderezamiento del útero produzca la formación de una especie de cámara en la parte posterior o profunda de la vagina.

El pene alcanza sus máximas dimensiones en cuanto a longitud y circunferencia se refiere. Es posible observar por la uretra la salida de unas cuantas gotas de un líquido transparente que proviene de las glándulas bulbouretrales o de Cowper y cuya función es alcalinizar la uretra para impedir que los espermatozoides sean dañados por el medio ácido que produce la orina. Es importante señalar que este líquido contiene espermatozoides, y aunque el varón se retire antes de eyacular dentro de la vagina siempre existe la posibilidad de un embarazo.

Los testículos pueden estar pegados al periné, aunque descenderán de vez en cuando, si la meseta se prolonga. La duración de esta fase es muy variable y está más influenciada por aspectos psicosociales de lo que la gente se atreve a aceptar.



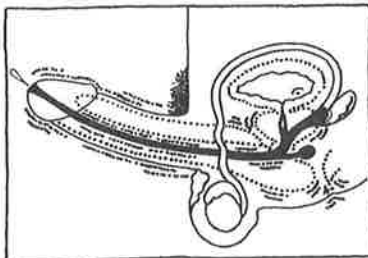
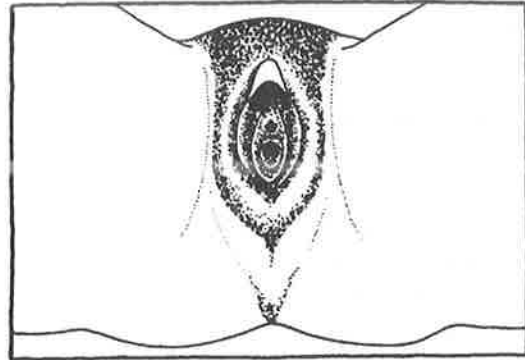
El orgasmo

En esta fase ocurren contracciones involuntarias de la musculatura pélvica y concomitantemente el individuo tiene diversas sensaciones que varían de acuerdo con la experiencia. Dicho de otra forma, la mujer experimenta una serie de contracciones en la parte más externa de la vagina y tiene sensaciones placenteras. Algunas dicen:

“siento mariposas en el estómago”, otras dicen: “es como si cayera en una especie de vacío”. La mayoría coincide en que se pierde la percepción del tiempo; otras más relatan: “tengo unas sensaciones muy intensas en la región del clítoris que después se extienden como en ondas al resto del cuerpo”.

El varón también tiene contracciones involuntarias, sobre todo en la base del pene, y en la mayoría de los hombres, la eyacuación (expulsión del semen por la uretra) ocurre durante el orgasmo. Sin embargo, debe enfatizarse que orgasmo y eyacuación no son el mismo fenómeno.

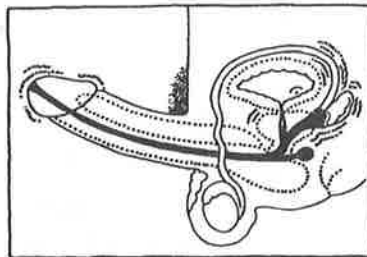
Al igual que en la mujer, existen sensaciones placenteras que por definición son subjetivas y por lo tanto únicas o personales.



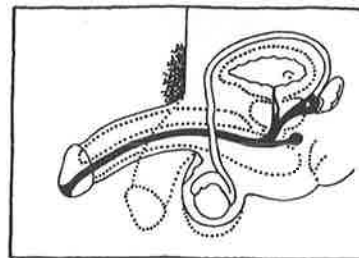
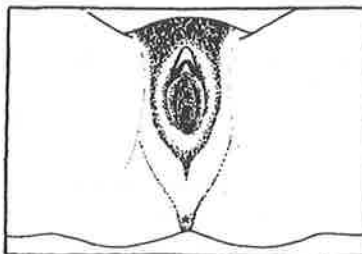
La multiorgasmia, esto es, la capacidad de tener varios orgasmos en un solo coito, se observa en las mujeres, aunque en los hombres existe la misma potencialidad.

La resolución

En esta fase los cambios ocurridos remiten; es decir, se pierde la erección del pene y los testículos retornan a su posición normal. Los labios, tanto mayores como menores, recobran su tamaño y el clítoris retorna a su posición original, lo mismo que el útero.



Respecto al varón debe señalarse que el tiempo requerido para que el pene pierda su erección se relaciona directamente con la duración de la meseta: entre más tiempo dure la meseta más tiempo estará el pene erecto después del orgasmo y viceversa.



Periodo refractario

Masters y Johnson señalan que forma parte de la fase de resolución y lo describen como exclusivo de los varones. Los autores afirman que durante el lapso que dura este periodo no se puede tener otra respuesta, a diferencia de las mujeres que, por no tenerlo siempre, están listas y pueden tener orgasmos *ad infinitum*. Sin embargo, algunas mujeres mencionan que en ocasiones, después de uno o varios orgasmos, no pueden volver a intentar tener otra relación sexual porque están prácticamente exhaustas y ello es similar a lo que ocurre en el hombre. La duración del periodo refractario aumenta conforme el varón envejece.

Helen S. Kaplan, investigadora y sexóloga estadounidense, divide la respuesta sexual en tres fases: de deseo, vasocongestiva (corresponde a excitación) y mioclónica (orgasmo).

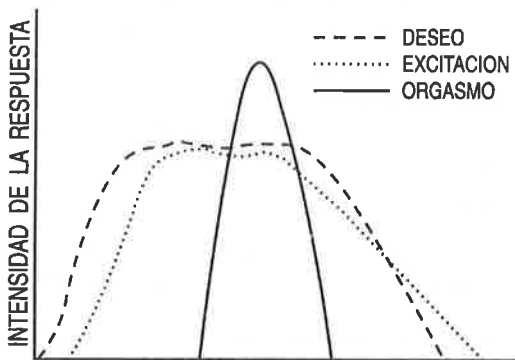
Esta propuesta es muy interesante porque incluye al deseo. Las propuestas de Masters y Johnson y la de H.S. Kaplan no se contraponen sino que, por el contrario, se complementan.

La diferencia básica entre el modelo de cuatro fases de Masters y Johnson y el modelo trifásico de Helen Kaplan no es, como pudiera pensarse, el número de fases consideradas, sino la suposición básica del número de dimensiones o tipos de procesos fisiológicos considerados. Bancroft ha propuesto un modelo que conceptualiza aún más dimensionales que Kaplan: el deseo sexual, la excitación central, la respuesta genital y la excitación periférica y los fenómenos precedentes, propios y consecuentes al orgasmo. El problema conceptual es más trascendente que definir cuántas dimensiones de respuesta existen. La posibilidad de predicción de los eventos y de intervenir clínicamente para su modificación se ve radicalmente modificada con la adopción de un modelo o de otro.

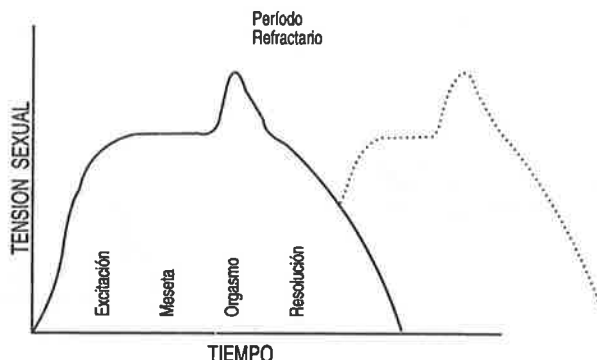
La respuesta sexual humana cambia de acuerdo con la edad del individuo, pero siempre existe el potencial y nunca se pierde por completo. Se dice que es integral porque es todo el organismo el que responde: la frecuencia cardíaca y la respiratoria aumentan; la temperatura y la tensión tanto arterial como muscular se incrementan, pero nunca en cifras que pongan en peligro nuestra existencia. Las contracciones no se restringen a la zona pélvica sino que ocurren en todo el cuerpo.

Disfunciones de la respuesta sexual humana

Es un término que se refiere a la falla de una o más fases de la respuesta sexual humana, que se caracteriza por ser frecuente y por causar malestar al individuo que la sufre o a su pareja. Esta definición excluye a los desempeños inadecuados que ocurren ocasionalmente y además toma en cuenta al otro miembro de la pareja.



Representación del Modelo de Helen Kaplan en el tiempo



Modelo del ciclo de la respuesta sexual humana de Masters y Johnson



En esta definición, es evidente que la persona puede tener problemas en una o varias fases, pero también que otras pueden funcionar sin alteración ninguna. No basta con que ocurra una falla en el ejercicio erótico, se hablará de disfunción cuando la alteración constituya un fenómeno corriente. Esto significa que la disfunción no es un hecho aislado, sino más bien un hecho reiterado.

Se menciona a la pareja como un factor importante para definir si hay o no disfunción, porque en un gran número de ocasiones las personas se sienten muy bien respecto a su desempeño, pero cuando se interroga al otro miembro de la diada, menciona que la actividad sexual no es placentera a causa de la manera en que la ejerce el individuo en cuestión.

Las disfunciones, según su momento de aparición se dividen en:

- *Disfunción primaria*: cuando la persona la ha padecido desde siempre, y
- *Disfunción secundaria*: cuando ocurre después de haber funcionado adecuadamente. En términos generales puede decirse que son más fáciles de solucionar las disfunciones primarias que las secundarias.

Es importante investigar las circunstancias en las que ocurre la problemática; es por ello que se habla de:

- *Disfunción selectiva*: cuando la falla ocurre sólo con determinada persona; por ejemplo, cuando un hombre acude a consulta porque no tiene erecciones con una de sus parejas pero sí con otra.
- *Disfunción situacional*: cuando la falla sucede en circunstancias específicas; por ejemplo, cuando la mujer no llega al orgasmo, ya que viven en casa de sus suegros y piensa que no tienen suficiente intimidad.

A continuación se presenta una tabla clasificatoria de los síndromes sexuales de acuerdo con la fase de la respuesta sexual que resulte afectada; para este efecto se usará el modelo trifásico de H.S. Kaplan:

a) *Disfunciones de la fase de deseo*



- *Síndrome del deseo sexual disminuido*: la inhibición del deseo es persistente y profunda; en muchos casos no es quien padece esta disfunción el que busca ayuda, sino que su pareja se queja de que la frecuencia coital ha disminuido en forma importante o incluso ha desaparecido.
- *Síndrome del deseo sexual hiperactivo*: el individuo tiene un deseo sexual frecuente, y dedica la mayor parte de su tiempo a tratar de satisfacerlo, con lo cual soslaya muchas de sus actividades cotidianas. Durante mucho tiempo se le conoció como satiriasis en el caso de los hombres y ninfomanía en las mujeres.
- *Síndrome de disritmia*: en esta disfunción ocurre que el ciclo del deseo sexual es bastante diferente en ambos miembros de la pareja. Uno se queja de que el otro no tiene interés en las relaciones y éste a su vez argumenta que su pareja sólo quiere estar en la cama.

b) *Disfunciones de la fase de excitación*

- *Síndrome de incompetencia eréctil (del varón)*: el problema radica en que existe dificultad para lograr que el pene se erecte en forma completa, de modo que la penetración resulta imposible. Anteriormente se conocía como impotencia.
- *Síndrome de hipolubricación (de la mujer)*: la queja consiste en que la vagina no se humedece y ello provoca que se dificulte la penetración o que cuando se realice provoque dolor.

c) Disfunciones de la fase de orgasmo

- Síndrome de eyaculación precoz (discontrol eyaculatorio I) (del varón): el hombre no controla (voluntariamente) su eyaculación y la mayoría de las veces lo hace antes de que su pareja llegue al orgasmo. En ocasiones lo hace inmediatamente después de introducir el pene y a veces antes de la penetración.
- Síndrome de eyaculación retardada (discontrol eyaculatorio II): esta disfunción es lo contrario de la anterior y hace referencia a la incapacidad que tiene el hombre para eyacular en la vagina de su compañera, consiguiéndolo en ocasiones si se masturba.
- Síndrome de preorgasmia (de la mujer): el equivalente femenino de la disfunción anterior; se refiere a mujeres que se quejan de que requieren mucho tiempo para acceder al orgasmo, tanto que en ocasiones no lo consiguen. Estas mujeres hacen hincapié en que la consecución del orgasmo les exige un gran esfuerzo.
- Síndrome de anorgasmia (de ambos): la incapacidad para alcanzar el orgasmo puede ocurrir tanto en hombres como en mujeres, aunque es más informado por estas últimas. Durante mucho tiempo se dudó que los hombres padecieran esta disfunción; sin embargo, hay varones que pese a eyacular durante sus relaciones niegan tener las sensaciones subjetivas del orgasmo. Esto también refuerza el hecho de que orgasmo y eyaculación son dos fenómenos diferentes, si bien bastante cercanos en la esfera temporal.

d) Otras disfunciones

- Síndrome de vaginismo: contracción involuntaria, sostenida y dolorosa de la musculatura del tercio externo de la vagina que impide la penetración.
- Síndrome doloroso: hace referencia al dolor que puede experimentarse en cualquiera de las fases de la respuesta sexual durante el coito. Esta disfunción puede encontrarse tanto en hombres como en mujeres.
- Síndrome de evitación sexual fóbica: al experimentar un miedo constante e irracional, el individuo evita toda situación de índole sexual. Pese a que conoce que su miedo es exagerado y desproporcionado respecto al riesgo real, es capaz de cualquier cosa con tal de no verse enfrentado a la situación que lo altera.
- Síndrome de matrimonio inconsumado: ésta es una de las disfunciones menos conocidas. Consiste en que el varón no ha podido introducir el pene en la vagina de su compañera. Lo más común es que en la primera experiencia coital la mujer se haya quejado de un dolor muy intenso al momento de la penetración y el varón se haya detenido para no lastimarla, posteriormente se repite el mismo mecanismo incluso por años.

Causas de las disfunciones

Las disfunciones pueden ser de origen biológico, psicológico, sociocultural y de pareja. Hace menos de veinte años se consideraba que más de 95% de los problemas sexuales eran de origen psicológico; sin embargo, en la medida en que la tecnología médica ha evolucionado las causas biológicas han sido mejor diagnosticadas.

Resulta prácticamente imposible encontrar una causa única, la mayoría de las veces el origen es multifactorial; por ejemplo, la diabetes puede ocasionar que el hombre tenga problemas eréctiles pero la ansiedad causada por las primeras fallas con toda seguridad exacerbará el grado de la disfunción.

Por otro lado, aun cuando se trate de una disfunción de causa orgánica como la falla en la erección debida a sección medular, saber que la compañera puede obtener placer e incluso llegar al orgasmo por medio de caricias en las que no interviene el pene puede mejorar en forma importante el aspecto anímico y el desempeño erótico-sexual del paciente. Quienes deseen profundizar en el tema pueden revisar la bibliografía recomendada.

Causas biológicas:



1. Naturales: procesos como el embarazo, el climaterio y el envejecimiento ocasionan cambios en el organismo que de una u otra manera modifican nuestra respuesta sexual. En el embarazo, por ejemplo, las alteraciones del primer trimestre son mencionadas por muchos investigadores como explicación de la disminución tanto del deseo sexual como de la frecuencia coital de esa época. En el último trimestre, al cansancio que presentan muchas mujeres debe agregarse la incomodidad que puede ocasionar el vientre crecido.

2. Patológicas: los profesionales de la salud saben que cualquier situación que afecte la salud se convierte en un "anafrodisíaco"; es decir, algo que altera negativamente el potencial erótico-sexual. Por lo general se piensa en cardiopatías, lesiones medulares o diabetes y se pasa por alto la artritis que, como dato curioso, es una de las mayores causas de incapacidad definitiva en las instituciones de salud.

3. Iatrogénicas: aquí se agrupan aquellas disfunciones ocasionadas por el profesional de la salud y debe quedar claro que esto no se restringe a los médicos sino que debe aplicarse también a psicólogos, terapeutas y a todos aquellos profesionistas que proporcionan alguna forma de tratamiento. Si opinamos como Carl Rogers que "toda educación es una forma de terapia y toda terapia es una forma de educación", también podrían entrar a este apartado los profesionales que por medio de sus mensajes influyen en sus oyentes, como profesores, divulgadores científicos y conferencistas.

- La iatrogenia farmacológica, quizá la más conocida, es aquella en la que un medicamento prescrito para aliviar una dolencia específica afecta en forma negativa el potencial erótico sexual del paciente. Uno de los ejemplos más dramáticos lo constituye sin duda alguna la eyaculación retrógrada causada por el Melleril. Cada vez son más los investigadores que, como Jaspersen, publican trabajos sobre fármacos que pueden afectar en forma adversa la respuesta sexual.
- La iatrogenia quirúrgica se refiere a las alteraciones que en forma directa o indirecta pueden causar los procedimientos quirúrgicos; un ejemplo conocido por todos sería la eyaculación retrógrada o las fallas en la erección posteriores a una prostatectomía.
- La iatrogenia verbal es aquella en la que un comentario o expresión del terapeuta incide negativamente en el desempeño sexual del consultante. Los juicios valorativos del profesional de la salud del tipo "las mujeres que sólo alcanzan el orgasmo por medio de la estimulación del clítoris son inmaduras" pueden interferir con la respuesta sexual de la aludida.

Causas psicológicas

El carácter de las personas se relaciona en forma estrecha con el desempeño sexual; por ejemplo, los obsesivos con frecuencia sufren disfunciones sexuales. Recordemos que su enorme atracción por el perfeccionismo reside en que desconfían de sus actuaciones en todos los campos en los que se desenvuelven, y la sexualidad no es la excepción.

La autoobservación es una de las formas como se expresa la ansiedad en las personas que padecen disfunciones sexuales. Cuando un varón que cree tener problemas eréctiles intenta hacer el amor con su compañera, tocará u observará de manera disimulada qué tan erecto se encuentra su pene y ello, desde el punto de vista neurológico, significa que su Sistema Nervioso se encuentra en estado de alerta (ataque o huida), con lo cual la sangre se dirigirá preferentemente a los músculos y al cerebro y no al pene, como ocurre cuando existe una respuesta sexual adecuada.

Causas socioculturales

En términos generales puede afirmarse que los hombres son condicionados socialmente, desde su más tierna infancia, para que eyaculen rápido.

Cuando el menor comienza a masturbarse lo hace en el baño y casi siempre a toda prisa para evitar ser sorprendido. Efectuar una práctica de este modo a veces durante años hará que el hombre se condicione para eyacular a la brevedad.

Hasta hace unos años muchos varones tenían su primera relación coital con una prostituta que les exigía que terminaran de inmediato.

En la actualidad, los jóvenes tienen su primer coito con una amiga, pero las condiciones no han cambiado a tal grado que puedan realizar el acto con toda calma. Lo más probable es que sea una actividad clandestina y por tanto llena de tensión, que para variar tiene que llevarse a cabo a gran velocidad para disminuir las posibilidades de ser sorprendidos. Todo lo anterior forma un cuadro dramático y explicativo del origen de la disfunción sexual masculina más frecuente.

Cuando el varón dice "me vine", describe que le sucedió algo fuera de su control, que fue sorprendido y sobre todo que la emisión ocurrió en forma involuntaria. Por medio de los silencios, los mitos, los tabúes y las represiones, nuestra sociedad contribuye a que el varón eluda la responsabilidad de su actuación.

Por otro lado, cuando se analiza la historia de mujeres que padecen anorgasmia, un hallazgo frecuente es que nunca o casi nunca se masturbaron; asimismo, mencionan que vivieron su sexualidad en forma reprimida.

El Viagra, un medicamento específico para la disfunción eréctil.

Como es del conocimiento común, desde mediados de 1998, se expende en varios países de América Latina el sildenafil conocido con la marca comercial Viagra. Este medicamento facilita la obtención de una erección. El citrato de sildenafil se desarrolló como un medicamento vasodilatador para tratar problemas del corazón (angina de pecho). Su efecto en la erección se descubrió por casualidad. Algunos investigadores estudiando la sustancia antes mencionada, encontraron que no era muy efectiva para aliviar la angina de pecho, pero al percatarse que los pacientes les comunicaban que aumentaban la presencia de erecciones penéneas, decidieron seguir con los estudios en esa nueva línea.

Las campañas publicitarias han producido falsas esperanzas en los varones; la mayoría imagina que el Viagra es la panacea de la sexualidad que los convertirá en los mejores amantes del mundo. Sin embargo, los medicamentos de este tipo sirven sólo a quienes padecen disfunción eréctil. Su uso está justificado cuando la disfunción eréctil es causada por una enfermedad o complicación que no se puede tratar (como es el caso de los diabéticos, las insuficiencias arteriales y otras).

Los hombres normales que ingieren estas pastillas no mejorarán su desempeño sexual y por el contrario, pueden sufrir molestias debidas a los efectos secundarios propios de estos medicamentos.

Los medicamentos orales que ayudan a obtener la erección penénea deben ser prescritos por un profesional de la salud con amplios conocimientos sobre la fisiología del erotismo, después de conocer la causa de la disfunción sexual y estar seguro de que el fármaco es la mejor opción.

Es importante que los profesionales de la salud subrayen a sus consultantes los riesgos que implica la automedicación y el caso del Viagra no es la excepción. Es necesario valorar los costos económicos y el riesgo de tomar algo innecesario; es preferible empatizar, comunicar y acordar en pareja todo lo que puede hacerse para brindarse placer en forma segura, es decir, sin correr el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.



Bibliografía

Corona E. *Adolescent sexuality and new development paradigms*. En: *We speak for ourselves. Population and development*. Washington: The Panos Institute, 1994.

Jaspersen GJ. *Farmacología de la erección peneana y disfunción eréctil*. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 1995; 01(01):85-98.

Kaplan HS. *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza editorial, 1974: Tomo 1.

Katchdourian H, Lunde D. *Las bases de la sexualidad humana*. México: CECSA, 1981.

Masters WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Ed. Inter-Médica, 1978.

Health conditions in the Americas. OPS/OMS. Scientific Publications No. 524, 1990:Vol. II.

Centro Internacional de Documentación sobre Fecundidad Adolescente (ICAF). *Reflexión Juvenil*. 1990;10 (1), 1990; 10(2), 1991;10(4).

Rubio AE, Pérez C (eds.). *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 1994: Vols I, II y III.

The Alan Guttmacher Institute. *Adolescentes de hoy. Padres del mañana. Un perfil de las Américas. 1988-1989*. New York: 1990.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *¿Cómo es mi cuerpo?*

Objetivo:

Reconocer nuestro cuerpo con naturalidad, dando un valor positivo a nuestra sexualidad.

Aplicación:

Grupal e individual.

Material:

Hojas en blanco, cinta adhesiva y plumones.

Instrucciones:

1. *¿Qué piensan, saben, sienten...?*

Para lograr mayor éxito en esta actividad es importante averiguar cuál es el grado de naturalidad o de inhibición con el que los participantes aceptan su cuerpo.

- Entregue a los participantes una hoja en blanco y solicíteles que dibujen su cuerpo. Si le preguntan si deben dibujarlo vestido o desnudo, vuélvalos a repetir su pedido "Dibujen su cuerpo".
- Cuando terminen de dibujar sus cuerpos recoja los dibujos y pégelos en la pizarra, e inicie un diálogo que los ayude a exteriorizar lo que sienten frente a sus cuerpos: agrado, desagrado, aceptación, rechazo, vergüenza, inquietud, miedo; estas preguntas pueden servirle de guía.

¿Los cuerpos que vemos dibujados están vestidos o desnudos? ¿Se parecen a ustedes?

¿Por qué algunos están vestidos?

¿Aparecen todas las partes del cuerpo en los dibujos? (señale los dibujos que estén incompletos).

¿Qué partes faltan?, anímeles a que digan qué partes no están dibujadas.

¿Qué han sentido al dibujar sus cuerpos? ¿Qué partes de su cuerpo les hacen sentirse bien como hombre o como mujer?

Luego de este intercambio devuélvalos sus dibujos y pídale que junto a las partes de sus cuerpos que más le gustan o más les desagradan escriban pequeños mensajes, tratando de explicar por qué tienen estos sentimientos frente a esas partes.

Ejemplos:

- "Me gustas mucho naricita, porque eres pequeña".
- "No me gustas mucho cadera, porque tienes mucha grasa".

Dé unos cinco minutos para que realicen esta actividad.

2. Reflexionando juntos

- Pregúnteles si les fue difícil escribir sus mensajes; espere sus respuestas y anímelos al diálogo.
- Si hay alguna parte de su cuerpo que les sea prohibido tocar o mostrar ¿creen realmente que debe ser así? ¿Por qué?
- ¿Conocen los nombres de las partes de su cuerpo? Si no los conocen, averigüe por qué, o qué otro nombre se les da.
- Ayúdeles a aceptar y valorar su cuerpo con la siguiente reflexión:

Muchas veces no se ha dejado tocar libremente nuestro cuerpo. Otras veces no hemos podido siquiera mencionar su nombre. Desde niños aprendemos equivocadamente que el cuerpo tiene partes malas. A medida que podamos hablar de nuestro cuerpo con naturalidad y expresar todo lo que sentimos iremos aprendiendo a valorarlo, quererlo y cuidarlo.

3. Llevándolo a la vida

Para concluir esta actividad invítelos a que escriban un mensaje de compromiso con su cuerpo en el cual deberán especificar: ¿cómo van a cuidarlo?, ¿qué van a hacer para que se vea más hermoso? y ¿a qué parte le van a dedicar más atención?

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: "¿Tienes la respuesta?"

Objetivo:

Reconocer las fases y características de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres.

Aplicación:

Grupal e individual.

Material:

Caja de cartón, tarjetas con preguntas, hoja de trabajo para el docente.

Instrucciones:

- Introduzca al tema y explique que van a hablar de la respuesta sexual humana y de los mitos que existen al respecto.
- Explique que al centro del salón se encuentra una caja con una serie de preguntas sobre el tema. Pida que un voluntario seleccione una de las tarjetas, la lea y pregunte al grupo ¿quién sabe la respuesta?
- De oportunidad para que el grupo participe. Si no saben la respuesta el docente deberá responder con apoyo de la hoja de trabajo. Continúe la actividad hasta concluir el total de respuestas.
- Concluya sobre los aspectos más relevantes, en especial donde exista duda.
- Enfatique que una respuesta sexual placentera involucra de manera importante la relación de la pareja, el afecto y el respeto. Deberá existir un acuerdo mutuo entre el hombre y la mujer para hacer el amor.

¿TIENES LA RESPUESTA?

1. ¿Qué es la respuesta sexual humana?

Es el conjunto de cambios que ocurren en el cuerpo frente a cierto tipo de estímulos que denominamos estímulos sexuales, los cuales tienen la capacidad de producir un orgasmo.

2. ¿El ciclo de respuesta sexual básicamente es el mismo para las mujeres que para los hombres?

Sí, el ciclo de respuesta sexual es casi igual para las mujeres que para los hombres. Aunque existen diferencias anatómicas, ambas respuestas se basan en un fenómeno de vasocongestión; es decir, aumenta el flujo sanguíneo dentro de los tejidos de los cuerpos cavernosos. Una diferencia importante es que las mujeres tienen el potencial de experimentar varios orgasmos a partir de un estímulo, mientras que el hombre necesita de un periodo de "descanso".

3. ¿Cuáles son las fases de la respuesta sexual humana?

Según Helen S. Kaplan, sexóloga estadounidense, son tres: el deseo, la excitación y el orgasmo. También pueden señalarse las cuatro fases de Masters y Johnson.

4. ¿Cuál es la función del clítoris?

Es un órgano externo, cuya función es recibir y transformar la estimulación sexual.

5. ¿Siempre termina la estimulación sexual en un coito?

No necesariamente. La estimulación sexual está regulada por innumerables circunstancias que dependen de las personas y del ambiente; la estimulación sexual se puede inhibir o puede continuar, sin tener que terminar en un coito.

6. ¿De dónde proviene la lubricación vaginal cuando hay estimulación sexual? ¿Por qué es importante?

Proviene de las paredes de la vagina. Es un líquido claro que forma una capa de humedad que facilita la penetración del pene como preparación para el coito; si no hay lubricación, la penetración puede resultar incómoda o dolorosa tanto para la mujer como para el hombre.

7. ¿Qué le sucede al hombre si tiene erección pero no tiene relaciones sexuales?

Nada. La erección se pierde lentamente.

8. ¿Cuál es el papel del ambiente y los sentimientos en la respuesta sexual?

Son una parte fundamental para detener o continuar con la totalidad de los eventos en la respuesta sexual humana; son inhibidores de la respuesta sexual en situaciones que se vivan como peligrosas o con dolor: el enojo, la falta de aprecio en la pareja o la hostilidad.

El aprecio, el amor, el respeto mutuo y los factores estéticos despiertan deseo sexual en los seres humanos; también las manifestaciones de cariño y la creatividad. El impulso sexual responde más al placer que al dolor. Una relación con una pareja receptiva y atrayente es un estímulo que desencadena o refuerza el deseo sexual.

De esta forma, la respuesta sexual humana es un medio para expresar sentimientos profundos; es un encuentro con lo que somos, donde el respeto y el conocimiento posibilitarán una relación de armonía con nosotros mismos y el medio ambiente.

9. ¿Existe un momento en la respuesta sexual en que el orgasmo es inevitable?

Sí, cuando la persona facilita la excitación sexual se empiezan a desencadenar una serie de cambios específicos, empezando por la lubricación vaginal y la erección del pene; una vez que los cambios se establecen completamente llega un momento en que la acumulación de estímulos hará que se presente el orgasmo.

10. ¿Qué cambios ocurren en el cuerpo de la mujer durante el ciclo de respuesta sexual?

Aunque se dan cambios en todo el organismo, las manifestaciones más importantes son la lubricación vaginal y el cambio discreto en el tamaño de labios mayores y menores; hay cambios en el canal vaginal y en su parte más exterior se reduce el diámetro de la vagina; finalmente, se presentan contracciones involuntarias en la parte exterior de la vagina, el útero y el recto, y el cuerpo regresa a su estado de reposo.

11. ¿Qué es el orgasmo?

Es la descarga de la tensión sexual, físicamente se presenta como una serie de contracciones involuntarias a nivel del área de genitales y sensaciones de placer generalizadas.

12. ¿Es similar el ciclo de respuesta sexual durante la masturbación que en el coito?

Sí, es similar; durante la masturbación se experimentan los mismos cambios que en el coito y también ocurren orgasmos similares.

13. ¿Es necesario buscar el orgasmo simultáneo?

No necesariamente; es responsabilidad de cada pareja el decidir cuáles son las condiciones particulares de su expresión sexual, tomando en cuenta el afecto y el respeto mutuo. La expresión de la sexualidad humana no responde a modelos o estereotipos sociales, responde a demandas individuales basadas en la armonía, la gratificación, el placer o el juego, el amor, etc., e implica aprendizaje y conocimiento.

MÓDULO 4

VIH/SIDA Y
ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL

VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Objetivos

- Conocer las formas de transmisión del VIH y cómo prevenirlo.
- Conocer las diferentes enfermedades de transmisión sexual y las formas de prevenirlas.
- Conocer el papel que juega la promoción de los derechos humanos en la prevención de la infección por VIH y en relación con la atención y los cuidados de las personas que viven con VIH.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué es el SIDA?

SIDA quiere decir Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Adquirir la infección por VIH conduce a un Sistema Inmunológico debilitado. Esto hace que una persona con VIH sea vulnerable a un conjunto de síntomas y enfermedades que no afectarían normalmente a una persona sin el virus. El desarrollo de estas enfermedades lleva a un diagnóstico de SIDA; éstas pueden tardar en desarrollarse desde unos meses hasta más de diez años después de la infección inicial.

¿Qué lo causa?

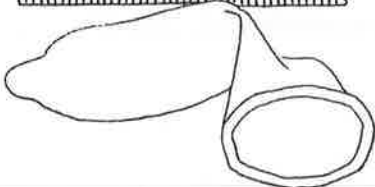
El SIDA es causado por un virus conocido como VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Este virus infecta las células de nuestro Sistema Inmunológico. Este proceso conduce a un estado de vulnerabilidad ante distintos microorganismos que pueden provocar enfermedades.

¿Cómo se transmite el VIH?

Dado que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana se encuentra tanto en algunas células constituyentes del organismo como aquéllas de la sangre y en secreciones sexuales de las personas infectadas, se puede adquirir por **transmisión sexual**, al tener relaciones sexuales desprotegidas con penetración ya sea vaginal, anal u oral; por **transmisión sanguínea**, cuando se transfunde sangre infectada con el VIH o por usar jeringas o agujas previamente utilizadas por alguna persona infectada o en transplante de órganos contaminados y por **transmisión perinatal**, de una madre infectada a su hijo, durante el embarazo, parto o amamantamiento.

¿Es útil el condón para evitar la transmisión sexual del VIH?

Muchas veces escuchamos que el condón no sirve, que no se siente igual, que es un problema, cuando lo que realmente sucede es que a menudo no se sabe utilizar. El condón tiene 100% de seguridad si se utiliza correctamente; si no se utiliza correctamente, este porcentaje disminuye a 75%. Por lo tanto es muy importante aprender a utilizarlo bien. Otro factor que contribuye en su eficacia es que debe usarse de manera permanente, no eventual. El uso correcto y permanente es un requisito esencial que hace que el condón realmente funcione.



¿Cómo no se transmite el VIH?

El VIH sólo puede sobrevivir en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo. Una vez que la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH sobrevive sólo unos cuantos segundos. De igual manera, el VIH no se transmite por contacto casual: tocando a alguien que está infectado o algunas cosas que éste haya utilizado, o compartiendo utensilios para comer o beber o usando los mismos retretes o agua para lavarse.

¿Qué quiere decir VIH positivo?

Es cuando una persona tiene infección por VIH y permanece saludable, aunque a veces se presentan ligeros problemas de salud. Se dice que esta persona pasa por lo que se conoce como **infección asintomática por VIH**.

¿Qué significa tener SIDA?

Es cuando una persona pasa por lo que se conoce como **infección sintomática por VIH** o enfermedad del VIH presentando enfermedades relacionadas con un Sistema Inmunológico debilitado. Estas enfermedades pueden ser ligeras, moderadas o severas, dependiendo de que el Sistema Inmunológico de una persona esté dañado por el virus. En la actualidad se reconoce que el curso de la infección sintomática por VIH se caracteriza por episodios de enfermedad seguidos por una recuperación y períodos saludables.

¿Cómo se puede saber cuando una persona se ha infectado del VIH?

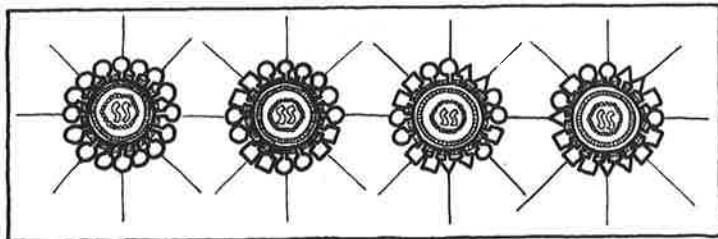
Al presumir que se expuso a alguna de las formas de transmisión anteriores. Cuando se ha estado en contacto con VIH y queda la posibilidad de que uno se haya infectado, si bien esto no quiere decir que en realidad exista la infección y se tenga SIDA. Para aclarar esta duda, debe aplicarse la prueba erróneamente conocida como "del SIDA", pues su denominación correcta es prueba de infección por VIH. Cabe mencionar que cualquier persona que vive con la infección por VIH puede tener una presencia física saludable, como la de cualquier otra persona que no está infectada.

¿Es el VIH/SIDA una Enfermedad de Transmisión Sexual?

Sí, porque por lo menos un 85% del total de casos de SIDA corresponden a contactos sexuales deprotegidos, además de que semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y sangre de una persona infectada contienen una gran concentración de VIH, lo suficiente para producir una infección.

Desarrollo temático

1. Epidemiología



Hace alrededor de dieciocho años, los investigadores reconocieron que un número considerable de personas presentaban enfermedades e infecciones raras, teniendo en común un Sistema Inmunológico dañado. En 1983, fue aislado un nuevo virus -ahora conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana-. El VIH es el agente que causa el SIDA.

El SIDA es el nombre que se le da al conjunto de enfermedades que ocurren cuando el sistema de defensas del cuerpo es debilitado a causa del desarrollo de la infección por VIH. En este conjunto de enfermedades se cuentan la tuberculosis, irritaciones de la piel y diarrea, cánceres de piel y neumonías poco comunes, aunque durante la presente década se ha observado que jóvenes, mujeres, niños y bebés presentan enfermedades crónicas múltiples, que la tuberculosis es la causa de muerte de adultos y jóvenes en muchos países y que enfermedades relacionadas con un Sistema Inmunológico deficiente se están volviendo comunes. Estudios demuestran que las tasas de mortalidad ocurren en personas entre los 20 y los 40 años, lo que antes era poco común.

¿Cuál es la situación actual del SIDA? ¿Las estadísticas son correctas? Estas preguntas son difíciles de contestar porque el único método para conocer cuántas personas viven con VIH es mediante la aplicación de la prueba que reacciona a los anticuerpos específicos desarrollados por el Sistema Inmunológico en respuesta al VIH. Es de todos sabido que una prueba obligatoria y masiva, además de poco útil, sería demasiado costosa para la economía de muchos países y los problemas éticos serían enormes. La única manera de motivar a las personas para que se apliquen dicha prueba es mediante campañas educativas que los alienten a renocer cualquier situación de riesgo de infección por VIH tomando las medidas adecuadas de diagnóstico, prevención y cuidados.



El número de personas con VIH se calcula a través de la vigilancia anónima de donaciones de sangre, en las clínicas prenatales y de ETS y de aquellos que acuden a los centros de información sobre SIDA de los Programas Nacionales contra el SIDA en cada país. El miedo y el estigma de la discriminación y el rechazo desaniman la búsqueda de tratamiento, lo que explica que muchas personas sepan que fueron infectadas por VIH cuando ya están enfermas o han desarrollado SIDA.

El Programa conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) estima que:

- Existen 30 millones de personas viviendo con la infección por VIH en todo el mundo; de los cuales la mitad corresponde a mujeres.
- Todos los días ocurren 16 000 nuevos casos de infección por VIH.
- La mayoría de las personas que se infectan, todos los días se ubican entre los 15 y los 24 años de edad.
- Con estas tendencias, se espera que para el año 2000, haya 40 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo.



Estas cifras se basan en los informes que los Programas Nacionales contra el SIDA envían al ONUSIDA, mismos que han utilizado nuevas y más precisas técnicas estadísticas, mediante las cuales se asegura que la epidemia es peor de lo que se pensaba.

Sin negar que la epidemia del VIH/SIDA sigue afectando principalmente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, podemos observar grandes e importantes cambios en cuanto al comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA, como sigue:

- **Heterosexualización creciente.** En el pasado afectó —y continúa haciéndolo— a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pero el aumento de casos en mujeres y niños demuestra que la transmisión heterosexual empieza a adquirir una mayor importancia.
- **Control de la transmisión sanguínea del VIH.** Gracias a los programas de selección de donadores sanguíneos, la prohibición del comercio de la sangre y aplicación de la prueba a productos sanguíneos, con la consecuente eliminación de los productos sanguíneos contaminados, ha resultado exitosa en la reducción del número de casos por transmisión sanguínea.
- **Ruralización progresiva.** Se empieza a notar un desplazamiento de la infección del VIH de las grandes ciudades a las áreas rurales y semirurales. Los movimientos migratorios entre ciudades y poblaciones, además de aquellos hombres y mujeres trabajadores que van y vienen de Estados Unidos a México contribuyen a la mayor diseminación del VIH. Es importante introducir medidas de prevención en los hábitos sexuales de los migrantes.

2. Transmisión

Cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo (por cualquiera de las tres formas de transmisión: sexual, sanguínea y perinatal) ocurre un proceso de infección especialmente entre cierto tipo de células (linfocitos T) que conforman el Sistema Inmunológico. Estas células producen anticuerpos producidos como una reacción de ataque ante la presencia del VIH. La respuesta (los anticuerpos) se detecta mediante las pruebas ELISA y Western Blot, que son una manera de saber si se ha estado expuesto a la infección por VIH. Estas pruebas sanguíneas detectan la presencia de los anticuerpos al VIH en la sangre y sus resultados nos dicen si existe o no la infección por VIH; si circula por el cuerpo y se puede transmitir a otros.

La prueba de infección por VIH

Las pruebas para detectar los anticuerpos al VIH requieren de una toma de sangre equivalente a una cucharada sopera (tanto para la ELISA como la Western Blot). Se sugiere que se apliquen aproximadamente tres meses después del momento en que se corrió el riesgo de infección. Si la prueba se realiza antes de este tiempo no obtendremos resultados confiables, pues se necesita que el organismo reaccione ante la infección por VIH mediante la producción de anticuerpos específicos. Existen dos tipos de resultados: positivo y negativo.

Definición clínica de SIDA

La presencia de sarcoma de Kaposi generalizado o de meningitis criptocócica es suficiente para un diagnóstico de SIDA.

El SIDA también se diagnostica si están presentes cuando menos dos signos primarios y un signo secundario, en ausencia de causas conocidas de inmunodepresión, como la desnutrición.

Signos primarios

- *Fiebre durante más de un mes.*
- *Pérdida de peso de más de 10% del peso corporal.*
- *Diarrea durante más de un mes.*

Signos secundarios

- *Tos por más de un mes.*
- *Dermatitis pruriginosa.*
- *Herpes zoster recurrente.*
- *Candidiasis orofaríngea o aldoncillo*
- *Herpes simplex crónico o ulcerativo agresivo.*
- *Linfadenopatía generalizada persistente.*

Fuente: Definición de infección sintomática por VIH y SIDA en adultos en Actualización clínica en Acción en SIDA. Número 20, julio-septiembre, 1993. AHRTAG.



El significado de un resultado positivo

Un resultado positivo nos dice que la prueba detectó anticuerpos contra el VIH en la muestra de sangre. Esta persona es "seropositiva". Una persona es seropositiva cuando la muestra de suero sanguíneo (SERO: suero) que se le tomó dio un resultado positivo (POSITIVO: presencia de anticuerpos en la muestra de sangre). Entonces es necesario comprobar con una prueba confirmatoria conocida como Western Blot. Es extremadamente necesario que un médico capacitado o un psicólogo entregue este resultado. Recibir un resultado positivo no significa que se tenga SIDA, que pronto se vaya a morir, ni que deban evitarse las relaciones sexuales o que no se pueda continuar con una vida normal.

El significado de un resultado negativo

Un resultado negativo nos dice que no se encontraron anticuerpos contra el VIH en la muestra de sangre tomada, lo que significa que la persona no está infectada. Es posible recibir un resultado negativo si la prueba se aplica poco tiempo después de infectarse, ya que el organismo no ha desarrollado anticuerpos contra el VIH. Es necesario esperar tres meses después de que se cree que ocurrió la infección. El recibir un resultado negativo significa que no se está infectado y que se deben adoptar medidas de prevención para no contraer nunca la infección por VIH, pero no significa que se esté libre de contraer la infección por VIH y que no hay necesidad de preocuparse.

2.1. Tratamientos



Todos se preguntan si es cierto que ya existe una cura para el SIDA. Desafortunadamente la respuesta es negativa. Pero existen tratamientos nuevos que prometen una mayor y mejor calidad de vida para las personas que viven con VIH/SIDA.

Existen dos tipos de tratamientos para VIH/SIDA. El primer grupo es un conjunto de medicamentos que tratan las enfermedades que se presentan durante la etapa sintomática de la infección por VIH. El segundo grupo es un conjunto de medicamentos que tratan la infección por VIH por sí misma. Los primeros deben ser administrados cuando se presenta cualquier enfermedad oportunista: retinitis por citomegalovirus, toxoplasmosis, neumonía por *pneumocystis carinii*, por ejemplo. Los últimos, de acuerdo con nuevos descubrimientos en terapia antiviral, deben administrarse desde que se infecta una persona con VIH. Éstos son básicamente una combinación de tres medicamentos antivirales, conocida también como *coctel*.

El objetivo de esta nueva estrategia terapéutica es proporcionar una mayor y mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH/SIDA. La estrategia consiste en:

- *Disminuir la carga viral, que es la cantidad de virus que tiene una persona infectada en el torrente sanguíneo.*
- *Elevar la cantidad de células que constituyen el Sistema Inmunológico de una persona infectada.*

La carga viral y el número de células pueden ser conocidos mediante técnicas de laboratorio especiales. Estos datos servirán para orientar la estrategia antiviral más adecuada a las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA.

En estudios recientes se comprobó que en personas infectadas por VIH que tomaban la triple terapia antiviral, disminuyó la carga viral y se elevó su conteo de células del Sistema Inmunológico, lo que tuvo como resultado una mayor y mejor calidad de vida.

Esto quedó expresado de la siguiente manera:

A mayor carga viral, menor cantidad de células del Sistema Inmunológico, lo que es igual a menor calidad de vida y mayor probabilidad de progresión a SIDA y a la muerte.

A menor carga viral, mayor cantidad de células del Sistema Inmunológico y menor probabilidad de progresión a SIDA y a la muerte.

Estudios recientes demostraron que personas que tomaban la triple terapia antiviral presentaban niveles indetectables de carga viral en el torrente sanguíneo. Este dato brindó la hipótesis de que sería posible eliminar la infección por VIH de un individuo infectado. Lo anterior originó un malentendido, principalmente entre los medios masivos de información, en el sentido de que se había encontrado una cura para el SIDA. Pronto se descubrió que tales argumentos, si no del todo falsos, sí ofrecían falsas expectativas. Estudios posteriores encontraron que personas con niveles indetectables de VIH en el torrente sanguíneo presentaban una concentración elevada en tejidos linfoides y cerebral, además de que las personas que dejaban de administrarse la triple terapia debido a que su carga viral era mínima, mostraban en poco tiempo una multiplicación considerable de VIH en su organismo.

No se pretende decir que se trate de una cura para el SIDA; aceptar lo contrario sería caer en actitudes irresponsables y desinformadas, porque existen dilemas aún sin resolver, por ejemplo:

- Los elevados costos de la triple terapia antiviral.
- Lo complejo que resulta su administración: deben tomarse varias veces al día con más de un litro de agua, algunos en ayunas y otros con alimentos ricos en grasas.
- Deben ser recetados y supervisados por un médico capacitado porque producen efectos colaterales adversos.
- De acuerdo con la extraordinaria capacidad de mutación que tiene el VIH, amplían el espectro de resistencia al tratamiento; si éste se interrumpe a causa de la incapacidad del paciente de comprar nuevos medicamentos o simplemente porque olvidó tomarlos, esto ayudará a que se formen nuevas cepas (tipos, clases) de VIH que son resistentes a muchos de los medicamentos de los que se dispone actualmente.
- Deben tomarse de por vida.

No obstante lo anterior, dado el progreso en el tratamiento de la infección por VIH, el SIDA está en camino de convertirse en una enfermedad crónica controlable, reduciendo en extremo la posibilidad de muerte en personas infectadas, al prevenir el desarrollo de infecciones oportunistas, y aun de la inmunodeficiencia.

3. Prevención

La educación es *-y seguirá siendo aun cuando se cuente con una vacuna y un tratamiento al alcance de todos-* la mejor estrategia para la prevención de la infección por VIH. En teoría, conociendo cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, se podrá evitar que las personas se sigan infectando. De este modo, podemos decir que:

La infección por contacto sexual desprotegido se puede prevenir observando los siguientes comportamientos:

- **Explorando relaciones sexuales más seguras.** Evitar el intercambio de una persona a otra de fluidos corporales como semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y sangre. Buscar *-y poner en práctica-* alternativas a la penetración.



- **Practicando relaciones sexuales protegidas.** Cuando se desea tener relaciones sexuales con penetración (sea contacto pene-vagina, pene- ano y pene-boca) debe emplearse correctamente un cóndón (comprobando que sea de hule látex, que no esté caducado, que esté en buen estado, además de que esté suficientemente lubricado).

La infección por contacto con productos sanguíneos contaminados, se puede prevenir mediante:



- **Exigir sangre segura.** Si es necesario recibir una transfusión sanguínea, confirmar que la sangre que se va a transfundir tenga una etiqueta de "sangre segura", que demuestra que resultó negativa a la prueba de anticuerpos al VIH.
- **No usar o compartir agujas o jeringas que no estén correctamente esterilizadas.** Cuidar que las jeringas que se utilizan en la toma de muestras de sangre u aplicación de vacunas u otros medicamentos sean desechables, que estén nuevas, comprobando que estén dentro de su paquete original cerrado.

En cuanto a la transmisión perinatal, se recomienda que:



- Las mujeres que desean embarazarse deben, con base en consejería e información previa, realizarse la prueba de detección de anticuerpos al VIH para conocer su situación serológica. En caso de obtener un resultado positivo es necesario consultar a un médico capacitado.
- En el caso de mujeres embarazadas que saben que viven con la infección por VIH, deben buscar que les proporcionen servicios de salud en donde puedan conseguir zidovudina. Estudios recientes han demostrado que la zidovudina puede reducir en más allá de 70% de casos la transmisión perinatal del VIH en mujeres embarazadas que viven con el virus.
- La transmisión del VIH mediante amamantamiento al recién nacido puede prevenirse comprobando la situación de la madre con la aplicación de la prueba de anticuerpos al VIH, o simplemente no amamantarlo, lo cual dependerá de evaluar la existencia de otras enfermedades infecciosas, de los índices de desnutrición en cada región en particular y de la disponibilidad de leche enlatada, además de sus posibles riesgos.

3.1 Relaciones sexuales seguras y protegidas:

Hay dos maneras de continuar con una vida sexual saludable libre de la infección del VIH y las ETS. Éstas consisten en:

Explorar las relaciones sexuales más seguras

El objetivo de las relaciones sexuales más seguras es evitar el intercambio de fluidos corporales como semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales, entre una persona y otra durante las relaciones sexuales.

Este conjunto de prácticas se basan en un concepto conocido como "sexo seguro", que surgió como una respuesta de algunas comunidades de homosexuales organizados de los Estados Unidos, frente a la crisis de salud que representaba el SIDA, que en ese entonces asolaba principalmente a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres.

El término *sexo seguro* proviene del inglés *safe sex*, mismo que posteriormente cambió por el de *safer sex*, porque si bien la practica del sexo seguro reducía el riesgo de infección no lo eliminaba por completo, por lo que desde ese momento empezó a conocerse como *sexo más seguro*.

Este concepto otorgó un nuevo significado a las relaciones sexuales: el estado serológico de las personas (si se es VIH positivo o VIH negativo) no tenía por qué ser un obstáculo para continuar con una vida sexual activa.

El mensaje que descansa en el fondo de las relaciones sexuales más seguras es que es absolutamente necesario erotizar todo nuestro cuerpo, desgenitalizando las relaciones sexuales; en otras palabras, la fuente del placer sexual no debe reducirse solamente a los genitales. El órgano principal y el más grande para disfrutar del placer sexual es el cerebro. La creatividad, la imaginación y la fantasía juegan un papel esencial en la práctica de relaciones sexuales más seguras. El otro órgano con gran capacidad para dar y recibir placer es la piel. En síntesis, todo nuestro cuerpo tiene la capacidad de dar y recibir placer sexual.

Existe una lista enorme de practicas sexuales más seguras, por ejemplo:

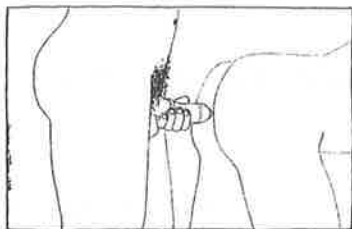
- Dar y recibir caricias cuerpo a cuerpo con ropa o sin ésta.
- Estimularse los órganos sexuales en pareja o en medio de un grupo de personas.
- Emplear juguetes sexuales sin intercambiarlos. Ver videos sexualmente explícitos. Escuchar grabaciones con altos contenidos eróticos. Leer revistas, novelas y cuentos eróticos.
- Frotar los cuerpos con ropa y sin ella.
- Bailar desnudos.
- Bañarse juntos.
- Dar y recibir masajes.
- Dar y recibir besos en labios y cuerpos.
- Echar a andar la fantasía.
- Mirarse a uno mismo desnudo o mirar a los otros también desnudos.
- Simular la penetración entre las piernas, debajo de los hombros y debajo de las rodillas.
- Disfrutar los olores del cuerpo.
- Contar historias eróticas por teléfono.
- Dibujar cuerpos desnudos.
- Empezar un juego divertido empleando palabras en doble sentido.

Poner en práctica relaciones sexuales protegidas

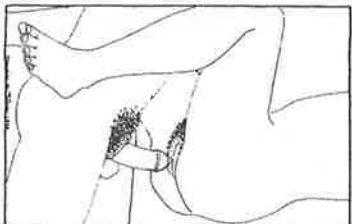
Las relaciones sexuales protegidas surgen como una respuesta a la necesidad de reducir el riesgo de infección por VIH cuando se desea tener relaciones sexuales con penetración. La penetración consiste en introducir el pene en cualquiera de los orificios del cuerpo: vagina, ano u boca para obtener y dar placer sexual.

Existen tres tipos de penetraciones. El riesgo de infección depende del tipo de penetración que se esté practicando, por ejemplo:

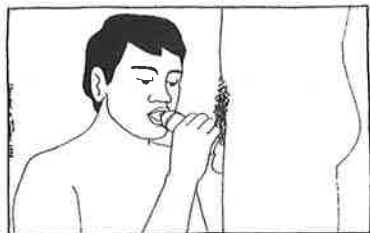
- **Penetración anal:** es el contacto del pene con el ano. Es la práctica de mayor riesgo porque ni el ano ni el recto están preparados para la penetración; fácilmente pueden producirse lesiones en paredes del ano y recto que favorecen la entrada o salida de microorganismos. En estas áreas existe una gran concentración de células que posibilitan la entrada del VIH y otras ETS. Es requisito indispensable para que ocurra la infección, lo siguiente: sin condón de por medio y con la presencia de semen, líquido preeyaculatorio y sangre de ambas partes.



- **Penetración vaginal:** es el contacto del pene y la vagina. El semen y en menor medida los fluidos vaginales contienen una gran concentración de VIH que permite que ocurra la infección. Las lesiones tanto en pene como en vagina son puertas de entrada y de salida para el VIH y otras ETS. En la vagina existe una gran cantidad de células que permiten la entrada del VIH. El VIH también puede entrar por el glande y la uretra del pene. Es requisito indispensable para que ocurra la infección, lo siguiente: sin condón de por medio y con la presencia de semen y fluidos vaginales de ambas partes.



- **Penetración oral:** existe un solo estudio que documenta el riesgo de infección por relaciones sexuales orales, aunque menor que en los otros dos tipos de penetraciones, el riesgo existe. La lesiones en labios, paladar, encías y garganta son puertas de entrada o de salida del VIH y de otras ETS. El VIH puede entrar por el glande y la uretra del pene. El semen contiene una gran concentración de VIH. Es requisito indispensable para que ocurra la infección, lo siguiente: sin condón de por medio y con la presencia de semen y lesiones en la boca.



El VIH es un virus que necesita células vivas, especialmente aquéllas contenidas en secreciones sexuales como semen, sangre o fluidos vaginales. El proceso de infección ocurre cuando el VIH entra mediante estos fluidos en puertas de entrada como mucosas o paredes de vagina, ano u lesiones en la boca y garganta de una persona a otra directamente en el torrente sanguíneo.

Dado que cuesta trabajo concebir y entender la sexualidad como un compromiso existencial que nos acompaña mañana, tarde y noche, desde que nacemos hasta que morimos, en la calle y en espacios como casa, trabajo, escuela y centros de entretenimiento, no como un asunto meramente reducido a los órganos sexuales: pene - vagina, ni tampoco relacionado exclusivamente con la reproducción ni las relaciones sexuales, resulta difícil poner en práctica relaciones sexuales más seguras con nuestras parejas sexuales estables u ocasionales.

En tanto se nos dificulte encontrar y poner en práctica maneras de evitar la penetración, podemos decir que los métodos de barrera, como el condón -masculino y femenino- juegan un papel esencial en protegernos y proteger a nuestras parejas de la infección por VIH.

3.2 Condón

El condón funciona como una barrera que evita que, durante las relaciones sexuales, pasen bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae* de la gonorrea, el *Treponema pallidum* de la sífilis, el *Mycoplasma hominis* de la uretritis no gonocócica, parásitos como la *Trichomonas vaginales* de la tricomoniasis o virus como el del herpes, hepatitis B o el VIH. Existen tres tipos de condones: de tejido de animales, de látex y de poliuretano, siendo estos dos últimos altamente efectivos en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

El condón es altamente efectivo en la prevención tanto de embarazos no planeados como de infección por VIH y otras ETS. Por eso, se dice que ofrece una protección doble. Existe un condón para los hombres, que es disponible y que está ampliamente difundido y uno para mujeres, que está a la venta únicamente en Estados Unidos y Europa y se trata de introducir en mercados de países en desarrollo; su elevado costo, además de que las mujeres están poco familiarizadas con éste son algunos de sus obstáculos para su uso en las relaciones sexuales.

Condón masculino

Está hecho de hule látex. Cubre el cuerpo del pene desde la punta hasta la base del mismo. Debe colocarse cuando el pene esté erecto y retirarse antes de que se pierda la erección, inmediatamente después de eyacular. Este método de barrera que ayuda en la prevención de la infección por VIH depende del control de los hombres.

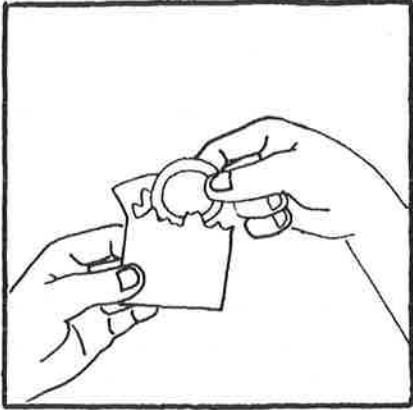
En ocasiones cuesta trabajo proponerlo como parte de las relaciones sexuales porque tiene connotaciones negativas, ya que se asocia con relaciones casuales, promiscuidad, enfermedad, prostitución, disminución y pérdida del placer, relaciones extramaritales o a temprana edad, rechazo del amor, cercanía y afecto de la pareja y negación de la reproducción.

Condón femenino

Está hecho de poliuretano. Cubre el cuello del cérvix de manera externa y la vulva en su interior. Debe insertarse antes de la penetración. Este método de barrera ayuda en la prevención de la infección por VIH y depende del control de las mujeres.

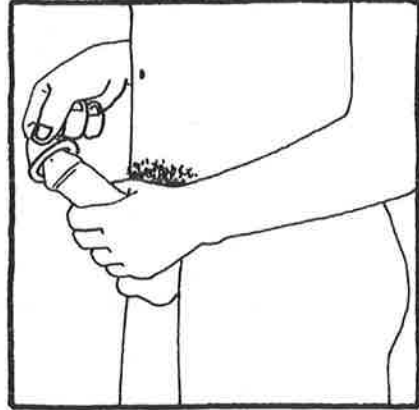
CONDÓN MASCULINO

1



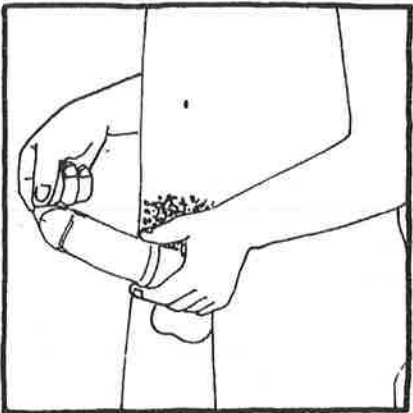
Ve la fecha de caducidad. Saca cuidadosamente el condón del paquete, sin usar tijeras, dientes, ni las uñas de los dedos.

2



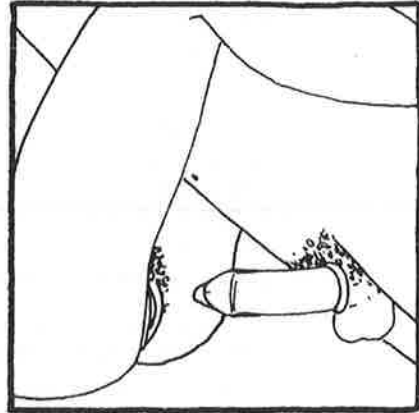
Coloca el condón en la punta del pene erecto, sujetándolo con la yema de los dedos dejando un pequeño espacio para que sea depositado el semen; con la otra mano desenrollalo hasta la base del pene.

3



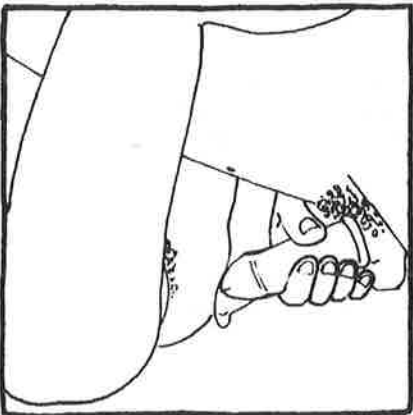
Pónle suficiente lubricante, procurando dejar un espacio en la punta; asegúrate de quitar cualquier burbuja de aire.

4



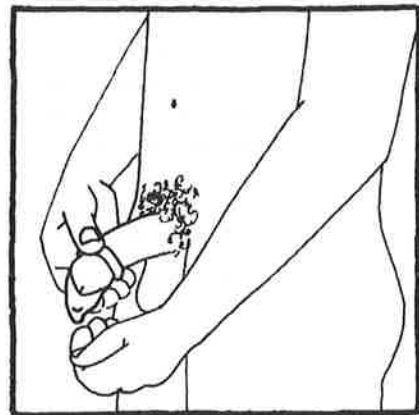
Después de que tú o tu pareja hayan eyaculado dentro del condón, quítalo cuidadosamente, antes de que el pene pierda la erección, porque el condón puede quedarse dentro, derramando el semen en el interior de tu pareja. Para retirarse debe sujetar el condón desde la base presionando hacia el cuerpo del pene, de tal manera que el semen no se derrame.

5



Para quitar el condón del pene, deslízalo cuidadosamente y anúdalo por la parte abierta.

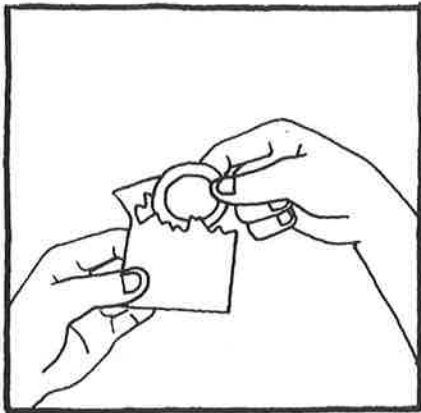
6



Tíralo a la basura. Usa un condón nuevo para cada contacto sexual.

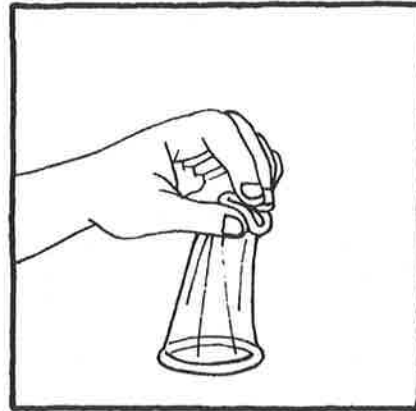
CONDÓN FEMENINO

1



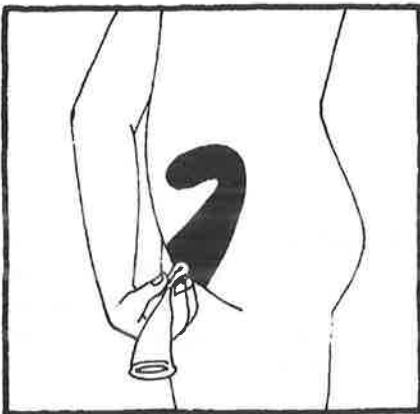
Abre el paquete cuidadosamente.

2



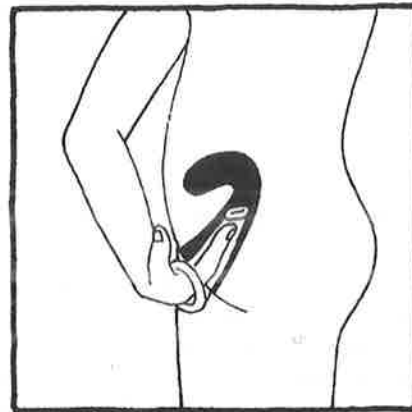
Nota que el condón tiene dos anillos: uno pequeño y otro grande. Sujeta el anillo pequeño con los dedos pulgar, índice y medio. Para algunas mujeres, este anillo resulta molesto, por lo que deciden quitarlo.

3



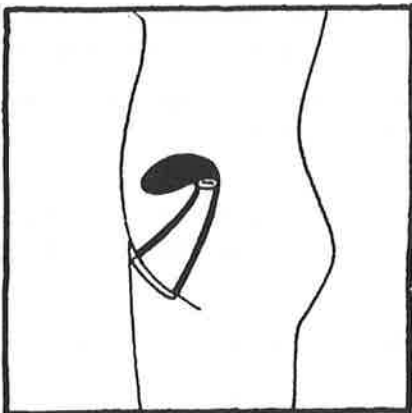
Busca una posición cómoda. Escoge, entre permanecer recostada, sentada con tus rodillas separadas, o parada, con un pie colocado sobre un banco. Aprieta el anillo pequeño y colócalo en el interior de la vagina, empujándolo hacia adentro con los dedos tanto como sea posible.

4



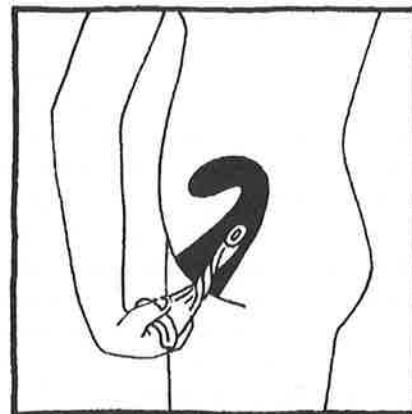
Mete un dedo en el interior del condón y empuja el anillo pequeño dentro tanto como sea posible.

5



Asegúrate de que el anillo externo quede fuera del cuerpo. El anillo externo debe quedar sujeto a tu cuerpo cuando el pene esté dentro del condón. Cuida que el pene entre en el condón.

6



Después de que tu pareja haya eyaculado, retira cuidadosamente el condón, torciendo el anillo externo y jalando el condón hacia afuera, cuidando que el semen no se derrame.

Tíralo a la basura. Usa uno nuevo para cada contacto

A veces cuesta trabajo proponerlo como parte de las relaciones sexuales porque requiere de cierta autonomía y capacidad de decisión por parte de las mujeres, a pesar de que se fabricó pensando en estos obstáculos. Dado que es ciertamente aparatoso requiere de negociación, otro inconveniente es su precio elevado. Para colocarlo se necesita que las mujeres conozcan su cuerpo. Al igual de lo que sucede con el condón masculino, ocurre disminución y pérdida del placer; produce sensaciones de rechazo del amor, cercanía y de afecto de la pareja y negación de la reproducción.

4. Derechos Humanos y VIH/SIDA

Existen razones de sobra para empezar a hablar de los derechos humanos. La principal nos dice que la promoción de los derechos humanos es un componente esencial de cualquier estrategia de prevención de la infección por VIH, además de los cuidados y la atención que deben recibir las personas que viven con VIH/SIDA. Esto se puede observar claramente en tres hechos contundentes:

- La actitud hacia las personas más vulnerables a la infección y hacia las personas que viven con VIH y las personas que rodean a ambos grupos, revela profundos procesos de discriminación y rechazo -social y familiar- que coloca a estas personas en situaciones que agreden sus derechos humanos básicos: acceso al crédito, a los servicios de salud, a una muerte digna, a la información, a la vivienda y al empleo.
- Las personas que permanecen en los márgenes de la sociedad, de los sistemas religiosos, legales y de salud y servicios, conocidos como personas socialmente apartadas como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, niños y niñas de la calle, indigentes, por ejemplo. En términos de derechos humanos su sexualidad es negada, devaluada, detestada, sancionada, señalada, poco o nada atendida, actitudes y acciones que los empuja a practicarla frecuentemente de manera desprotegida e insegura, en espacios clandestinos en medio del anonimato, sujetos a la extorsión, el crimen y la impunidad.
- Es extremadamente urgente reconocer, aceptar y procurar dar un trato de respeto a estos sectores de la sociedad porque como otros segmentos sociales tienen derecho a los servicios, la información y a un ambiente social positivo. Estos grupos tienen los mismos derechos, privilegios, necesidades, dignidad, y en consecuencia, el mismo derecho a la felicidad como cualquier otro grupo de la sociedad; de otra manera la infección por VIH afectará a más y más personas.

SIDA no es igual a discriminación

La discriminación relacionada con el VIH/SIDA tiene las siguientes consecuencias sociales:

1. *Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre la epidemia y, por lo tanto, disminuye su capacidad de respuesta ante el reto que representa prevenir la infección por VIH.*

2. *Aleja a la población de los lugares en donde se proporciona información relacionada con el SIDA.*

3. *Difunde los mitos que existen alrededor de la epidemia y propicia el miedo injustificado respecto a un posible contagio por medio del contacto casual con personas ya infectadas.*

4. *Refuerza la idea errónea de que el SIDA es una enfermedad exclusiva de determinados grupos sociales, tales como drogadictos intravenosos, homosexuales y sexoservidoras. A partir de este razonamiento, se piensa que quien no pertenece a dichos grupos no corre el riesgo de infectarse.*

5. *Fomenta la intolerancia hacia determinados grupos sociales que de manera equivocada han sido percibidos como representantes de la enfermedad. En este sentido, es frecuente que las personas, en lugar de adoptar las medidas necesarias para prevenir la infección, pretendan encontrar supuestos responsables de la evolución de la epidemia.*

6. *Propicia una división de la sociedad, en donde existe un aparente enfrentamiento entre los derechos de la mayoría no infectada y los derechos de las personas afectadas por el virus.*

7. *Daña a los familiares y a quienes rodean a las personas con el VIH/SIDA, dificultando que estas últimas reciban muestras de apoyo.*

8. *Evita que la sociedad acepte la necesidad de establecer una responsabilidad compartida para enfrentar con éxito la epidemia del SIDA*

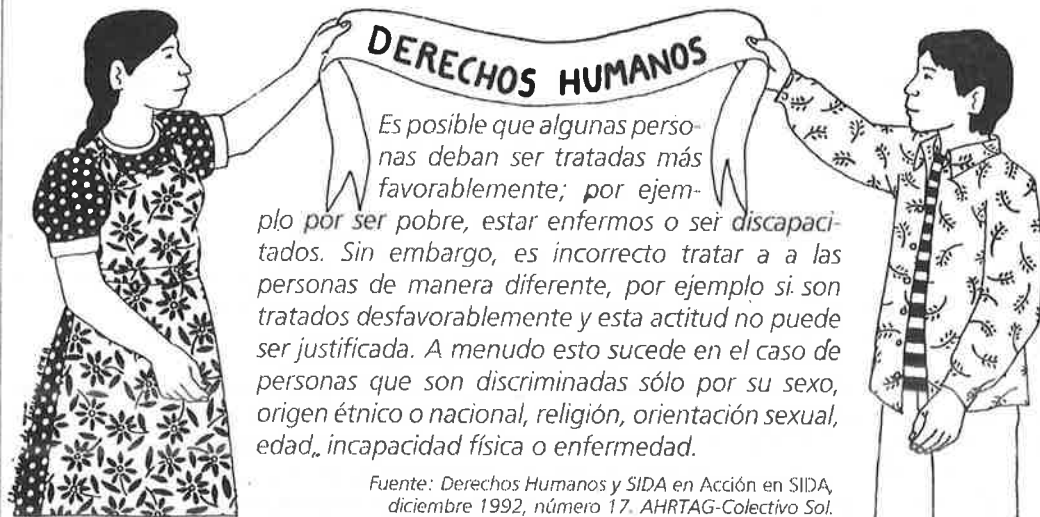
Fuente: SIDA no es igual a discriminación. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1998.

¿Qué son los derechos humanos?

Todos tenemos la posibilidad de gozar de ciertos derechos que han sido definidos por leyes internacionales. El ejemplo más famoso es la "Declaración Universal de los Derechos Humanos". Los gobiernos se han comprometido a responder y ponerlos en práctica.

Algunos derechos son "absolutos" y aunque no siempre son respetados por los gobiernos, nadie debería jamás ser privado de ellos. Esto incluye el derecho de no ser sujeto a tortura o cualquier castigo o trato inhumano, cruel o degradante. Otros derechos -a la privacidad, al libre tránsito- pueden ser algunas veces restringidos legítimamente por algunos gobiernos. La gente tiene también derecho a un nivel adecuado de atención de la salud, educación y trabajo, pero éstos pueden verse limitados por los recursos económicos de cada país.

Otro concepto importante es la igualdad de derechos. Esto no significa que todos debamos ser tratados de la misma manera.



5. Enfermedades de Transmisión Sexual

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual, ETS, son aquellas infecciones que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) desprotegidas. También son conocidas como enfermedades venéreas.

Se consideran como enfermedades sexuales a las que son producidas por: hongos (monoliasis), bacterias (gonorrea, sífilis, chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, uretritis no gonococcica), protozoarios (tricomoniasis, amibiasis, giardiasis), virus (condiloma acuminado, herpes genital, SIDA) y parásitos (pediculosis púbica y escabiasis).

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año ocurren 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual en todo el mundo. Éstas tienen su mayor incidencia entre hombres y mujeres de países en desarrollo. La pobreza, las prácticas culturales y un difícil acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, información incorrecta, conocimientos y necesidad del autocuidado del cuerpo, son factores que contribuyen a una mayor diseminación de este tipo de infecciones en hombres y mujeres.

El diagnóstico y tratamiento de las ETS es posible mediante una estrategia conocida como "manejo sindrómico". Ésta se basa en el reconocimiento de un conjunto de síntomas y signos relacionados con ciertas enfermedades sexuales. Los trabajadores de la salud reconocen y dan tratamiento basándose más en estos síntomas, que en una ETS en particular.

El método del manejo sindrómico reconoce siete conjuntos de síntomas:

- Ulceración genital en hombres y mujeres (sífilis, chancro y granuloma inguinal).
- Secreción uretral en hombres (gonorrea y clamidia).
- Secreción vaginal en mujeres (gonorrea, clamidia, candidiasis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana).
- Dolor en el bajo abdomen en las mujeres (gonorrea, clamidia, infecciones bacterianas).
- Inflamación en la próstata (gonorrea).
- Bloqueo de los conductos espermáticos (gonorrea y clamidia).
- Conjuntivitis en los recién nacidos (clamidia y gonorrea).

Las mujeres y las ETS

Las mujeres tienen una mayor posibilidad de ser afectadas por las ETS que los hombres a causa de una compleja red de factores biológicos, epidemiológicos y sociales.

Las mujeres son biológicamente más vulnerables. Existe el doble de posibilidades de que el hombre transmita una ETS a una mujer, que a la inversa, porque dada la naturaleza y tradiciones de las prácticas sexuales, se da por hecho que ellas representan la parte pasiva en la relación sexual; además, porque ciertas ETS, por ejemplo aquéllas que producen úlceras, facilitan la entrada de VIH y otras ETS y porque ETS inflamatorias como la tricomoniasis, la gonorrea y la clamidia requieren de una gran concentración de linfocitos, que son las células objetivo del VIH.

Las mujeres son epidemiológicamente más vulnerables. Ellas tienden a tener relaciones sexuales y a casarse con hombres mayores que ellas y que, por tanto, han tenido más parejas sexuales, de modo que existe una mayor probabilidad de exposición al riesgo de infección.

Las mujeres son socialmente más vulnerables. Los conocimientos y creencias de las mujeres en relación con sus propios cuerpos, las barreras culturales y los prejuicios, además de la desigualdad de género en relación con el hombre las colocan en una posición de desventaja en la negociación sexual. Los roles de género dictan maneras de ser y de comportarse que marcan la desigualdad: el hombre debe ser agresivo, compulsivo y activo, mientras que la mujer debe ser sumisa, fiel y pasiva en las relaciones sexuales.

Consecuencias de las ETS en las mujeres

Como ya se mencionó, las mujeres pueden contraer tricomoniasis, gonorrea o herpes y VIH con una sola exposición, porque además de ser la parte receptiva dentro de la relación sexual, el semen contiene una gran concentración de VIH. Éstas son algunas de las consecuencias de las ETS en las mujeres:

- Presentan consecuencias serias e importantes cuando no se tratan las ETS. La gonorrea y la clamidia puede producir infertilidad y embarazo ectópico. La infección por el virus del papiloma humano puede causar cáncer cérvicouterino y la muerte.
- Pueden transmitir las ETS a sus hijos durante el embarazo, parto y lactancia. La sífilis afecta al feto durante el embarazo. El VIH puede ser transmitido durante el embarazo, parto o lactancia materna. La sífilis puede causar muerte fetal. La gonorrea puede causar ceguera en los bebés. La clamidia puede afectar los pulmones de los bebés causando neumonía.

SIDA y ETS

El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual. La categoría de transmisión que se incrementa de manera alarmante y que es de las más difíciles de controlar es el contacto sexual sin protección. Ochenta y cinco por ciento del total de casos de SIDA en todo el mundo se deben a las relaciones sexuales desprotegidas. Las ETS y la infección por VIH están estrechamente ligadas. La presencia de ETS puede aumentar hasta nueve veces la posibilidad de infección por VIH. Las ETS tienen su mayor incidencia entre hombres y mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad.

Enfermedades Sexualmente Transmisibles más comunes

ENFERMEDADES	SÍNTOMAS EN LA MUJER	SÍNTOMAS EN EL HOMBRE	POSIBLES EFECTOS Y OTRA INFORMACION
GONORREA	La mujer puede no percatarse de los síntomas., puede tener secreción vaginal purulenta, dolor en el bajo vientre, dolor al orinar.	Secreción purulenta en el pene.	Esterilidad, infecciones pélvicas repetidas en la mujer. Puede causar daño al recién nacido. Es curable mediante un tratamiento adecuado administrado por un médico.
CLAMIDIA	Asintomática para 60-80% de las mujeres. Algunas pueden presentar secreciones vaginales, dolor al orinar, dolor sordo en la pelvis o sangrado entre periodos menstruales.	Asintomática para 20-40% de los hombres. Otros pueden presentar dolor al orinar o secreción acuosa en el pene.	Infertilidad en el hombre y en la mujer, infecciones de ojos y pulmones en los recién nacidos. Una vez que ha sido identificada, la clamidia puede ser tratada efectivamente con antibióticos.
HERPES GENITAL	Una o más úlceras en o alrededor de los genitales. La úlcera puede parecer urticaria o una cortada; no siempre es dolorosa. Los síntomas desaparecen.		Puede causar daños severos en infantes y madres con infecciones activas en el momento del parto. Causado por un virus puede ser tratado, pero no curado. Las infecciones pueden repetirse después de la primera manifestación.
SÍFILIS	Una úlcera generalmente indolora. Posteriormente puede aparecer urticaria en otras partes del cuerpo (generalmente manos y pies). Puede presentarse también irritación de la garganta, fiebre, glándulas inflamadas. Los síntomas desaparecen.		Puede afectar el corazón, columna y cerebro. Amenaza grave para el feto en desarrollo. Se detecta con un simple análisis de sangre. Curable con antibióticos administrados por el médico.
HEPATITIS B	Los síntomas varían mucho, algunas personas no presentan ninguno; otros experimentan pérdida de apetito, fiebre, cansancio, dolor en el área del hígado o ictericia.		Principal causa de cáncer en el hígado. Puede ser mortal. En ocasiones puede ser transmitida de la madre al hijo en el momento del parto. Existe una vacuna para prevenir la hepatitis B.
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS GENITALES)	Verruga en/o alrededor de los genitales o el recto. Deben ser tratadas por un médico.		Pueden aumentar de tamaño y obstruir el pene, la vagina o el ano. Las verrugas genitales se han relacionado con el desarrollo de cáncer genital.
TRICOMONIASIS	Comezón vaginal, abundante secreción vaginal verde/amarilla con fuerte olor.	A menudo ninguno. Ocasionalmente secreciones en el pene.	Las parejas frecuentemente no le dan importancia a esta enfermedad y se predisponen a reinfectarse. Es curable pero ambos miembros de la pareja deben ser tratados.

Adaptado de: Nine Common Sexually Transmitted Diseases por el American Council for Healthful Living

Bibliografía

Libros

Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*. México: Información Profesional Especializada, S.A. de C.V., 1995.

Izazola-Licea JA, (ed.). *SIDA: Estado actual del conocimiento*. México: FUNSALUD/Editorial Limusa, 1996.

Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL (eds.). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1997.

Saavedra J, Magis C. *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*. México: Serie Ángulos del SIDA, 1988.



Manuales

Marchetti R, Ortíz V, Rodríguez A, Salinas HM. *Guía de orientación para informadores en VIH/SIDA*. México: CONASIDA/SSA.

Revistas

Acción en SIDA. Colectivo Sol, A.C. Apartado Postal 13-320. 03500 México, DF, México.

AIDS Captions en Español. Family Health International. 2101 Wilson Blvd., Suite 700. Arlington, Virginia 22201. USA.

NETWORK EN ESPAÑOL. Family Health International. P.O. Box 13950. Research Triangle Park. North Carolina 27709. USA.

OUTLOOK. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). 4 Nickerson Street. Seattle, Washington 98109-1699. USA.

POPULATION REPORTS. Population Information Program. The Johns Hopkins School of Public Health. 111 Market Place, Suite 310. Baltimore. MD . 21202-4012. USA.

SIDA/ETS Enfermedades de Transmisión Sexual. CONASIDA. Calzada de Tlalpan 4585, 2o. piso, CP 14050, México, D.F.

SIDAMERICA. The Panos Institute. 1025 Thomas Jefferson St., Suite 105. Washington DC 20007, USA.

Suplemento Letra S. Salud, Sexualidad y SIDA. Periódico *La Jornada*. Balderas No. 68, Col. Centro, C.P. 06050, México, DF, México

Informes

Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. ONUSIDA/OMS.

Herramientas Educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: ETS... Lotería

Objetivo:

Reconocer los síntomas de las ETS.

Aplicación

Trabajo grupal

Material:

Ocho barajas con la descripción de cada una de las ETS, cuatro tarjetas con la descripción de ocho de las ETS, 40 fichas, frijoles o botones y cuadro sinóptico de ETS.

Instrucciones:

- Divida al grupo en cuatro subgrupos, entregándole a cada subgrupo una tarjeta con las ETS y seis fichas; hecho esto, mezcle el juego de barajas de ETS.
- Explique al grupo que van a participar en un juego de azar parecido a la lotería; el juego consiste en identificar una ETS por sus síntomas y colocar una ficha en el espacio correspondiente de las tarjetas, a medida que el docente vaya cantando los síntomas de cada ETS.
- El subgrupo que reconozca la enfermedad o síntoma colocará una ficha en el lugar correspondiente y seguirá así hasta llenar su tarjeta.
- El subgrupo que llene primero su tarjeta será el que gane el juego; el docente seguirá leyendo las barajas hasta que termine con todas.



BARAJA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

(SÍFILIS)

Te lo aviso: es una úlcera o llaga fea que te crece, se ve muy mal y no duele; cuando le pasa a mujer puede que no se dé cuenta, pues se oculta la canija y aunque sin tratamiento desaparece iaguas! pues sigue ahí la enfermedad.

(VERRUGAS GENITALES O CONDILOMA ACUMINADO)

Puede aumentar a un tamaño que llegue a obstruir el pene, y la vagina aparece como radiante lechuga o presentarse en el ano como la cresta de un gallo.

(TRICOMONA VAGINAL)

No me duelas comezón, deja de tanto picar, porque tanta secreción me llega a ser un fastidio, sumando su mal olor y su color amarillo.

(HEPATITIS B)

Si no tienen apetito, están cansados con fiebre, lo que sigue es el color que a todos parece blanco, aunque siempre te lo dicen que icterico estás quedando.

(GONORREA)

Y siendo tan popular...lo dicen las malas lenguas; empieza con un dolor y un ardor al orinar, y aparece secreción de pus que llega a manchar hasta la ropa interior, además esta el olor que asusta hasta los zorrillos.

(CLAMIDIA)

El dolor al orinar es común para los dos, hombre o mujer te lo dicen el dolor viene de abajo y hay secreción acuosa que se sale por el pene, o sangras entre los ciclos de tu periodo menstrual, o si tienes secreción por el lado vaginal ten cuidado...ten cuidado pues de seguro te ha dado.

(VIH/SIDA)

Suele asombrar a todos con su cambio de disfraz, si te da no se te nota; OJO no te confíes porque al cabo de algún tiempo se te vienen para abajo las defensas de tu cuerpo. Por eso cuando hagas el amor recuerda a tu amigo el condón.

(HERPES GENITAL)

Si aparecen unas úlceras que se ven como urticaria, o una sola cortada que parece una rajada, puede haber mucho dolor aunque estén tan chiquititas y estando en los genitales lo peor es que no se quitan.

**CONDILOMAS
O VERRUGAS
GENITALES**

**TRICOMONA
VAGINAL**

HEPATITIS B

CLAMIDIA

SIDA

**HERPES
GENITAL**

SÍFILIS	CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS GENITALES)
TRICOMONA VAGINAL	GONORREA
CLAMIDIA	SIDA

**HERPES
GENITAL**

**TRICOMONA
VAGINAL**

CLAMIDIA

HEPATITIS B

GONORREA

SIDA

RECEIVED
MAY 19 1964

1964
MAY 19

RECEIVED

MAY 19 1964

1964

MAY 19 1964

SIDA

**HERPES
GENITAL**

SÍFILIS

CLAMIDIA

**TRICOMONA
VAGINAL**

GONORREA

**HERPES
GENITAL**

**TRICOMONA
VAGINAL**

CLAMIDIA

HEPATITIS B

GONORREA

SIDA

1910
10/10/10

1910
10/10/10

1910
10/10/10

1910
10/10/10

1910
10/10/10

1910
10/10/10

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Así se usa correctamente un condón*

Objetivo:

Confirmar que se sabe colocar correctamente el condón.

Aplicación:

Individual y grupal

Material:

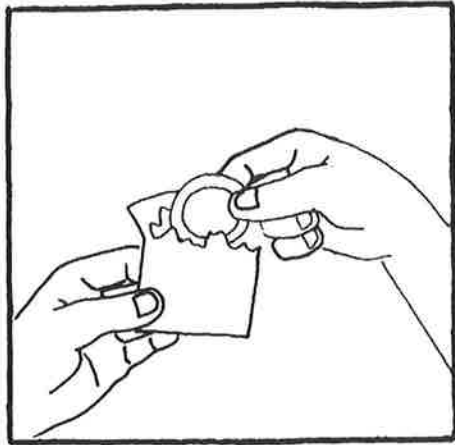
Doce tarjetas: seis conteniendo textos que expliquen paso a paso cómo poner y quitar el condón y otras seis sin un solo texto.

Veintiocho ilustraciones sobre cómo poner y quitar el condón.

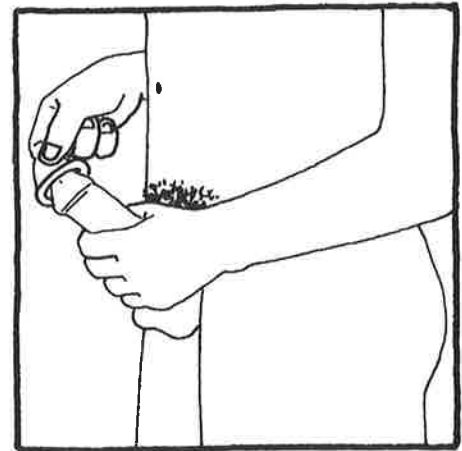
Instrucciones:

- Exponga mediante las ilustraciones cómo poner y quitar el condón. Forme pequeños grupos de participantes.
- Procure que en cada grupo haya un número igual de hombres y mujeres.
- Guarde las tarjetas ilustradas.
- Dé a cada grupo un número igual de tarjetas sin texto, pero que sí contengan ilustraciones
- Cuando hayan terminado, saque las tarjetas con texto que le ayudaron con la exposición.
- En grupo, comparen ambos trabajos.

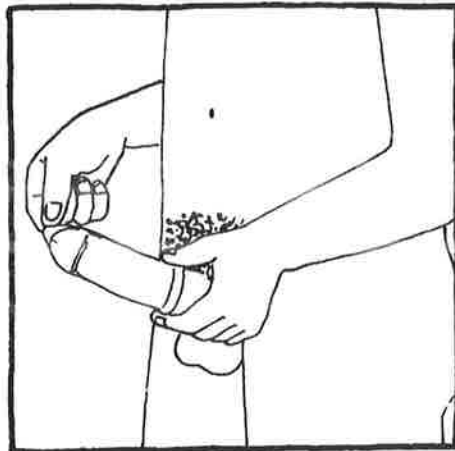
ASÍ SE USA CORRECTAMENTE EL CONDÓN



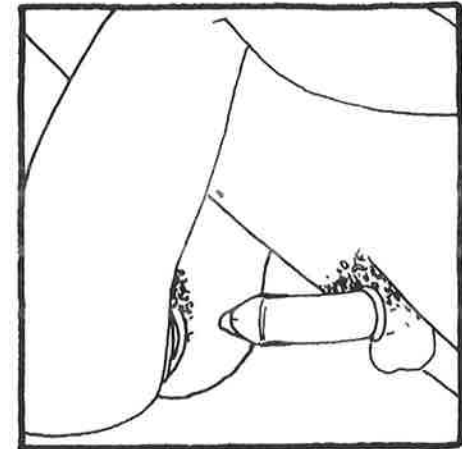
1. Saca el condón de la envoltura,



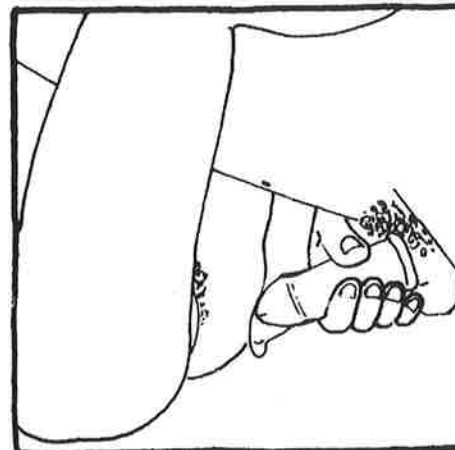
2. Cuando el pene esté erecto o duro, coloca el condón en la punta del pene, colócalo antes de que el pene entre en contacto o penetre en el cuerpo de tu pareja.



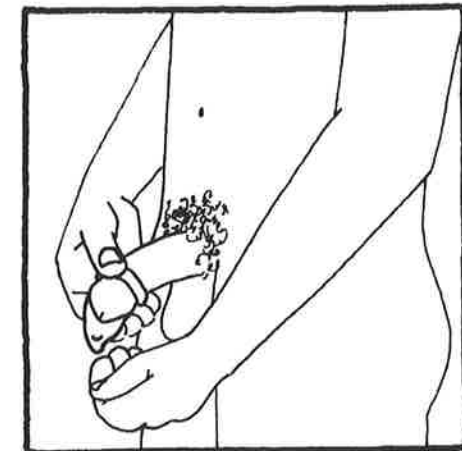
3. Sujeta la punta del condón en el pene con el pulgar y el dedo índice. Desenrolla el condón hasta cubrir todo el pene.



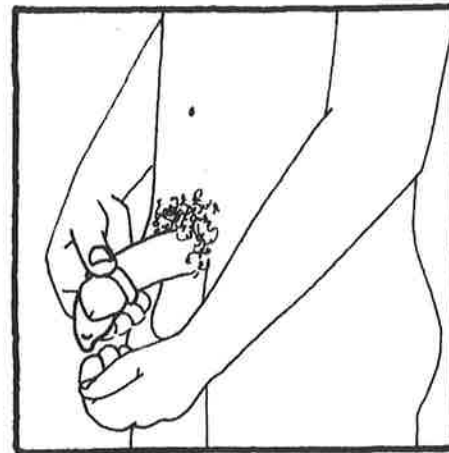
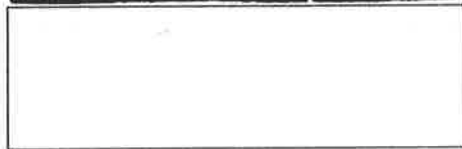
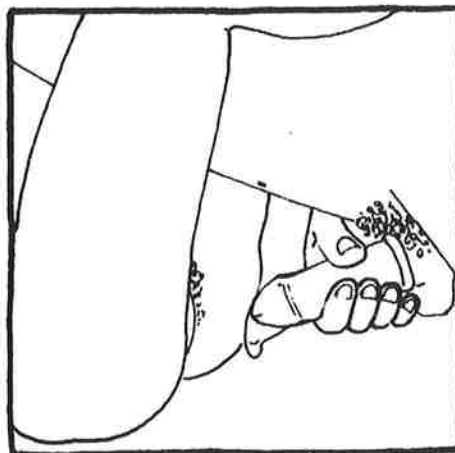
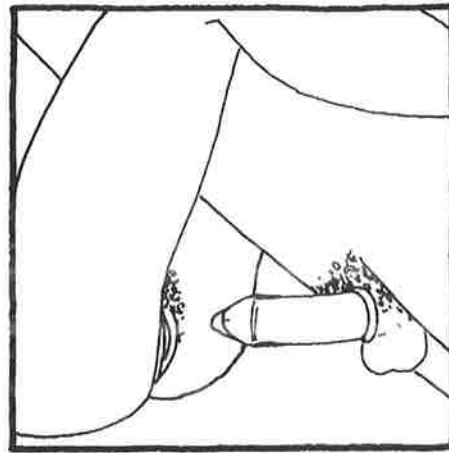
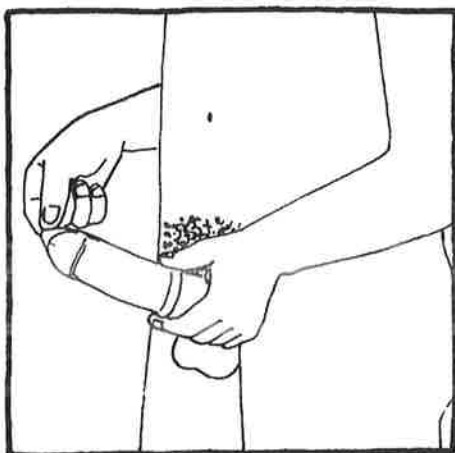
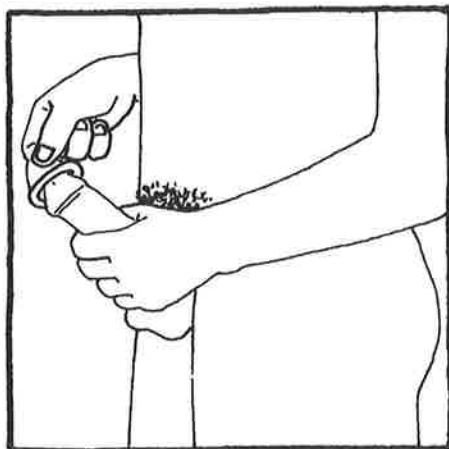
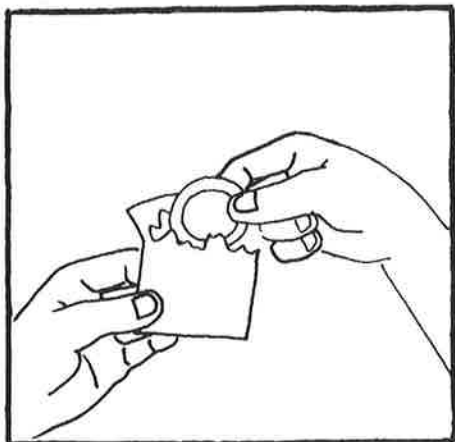
4. Ahora ten relaciones sexuales con tu pareja.



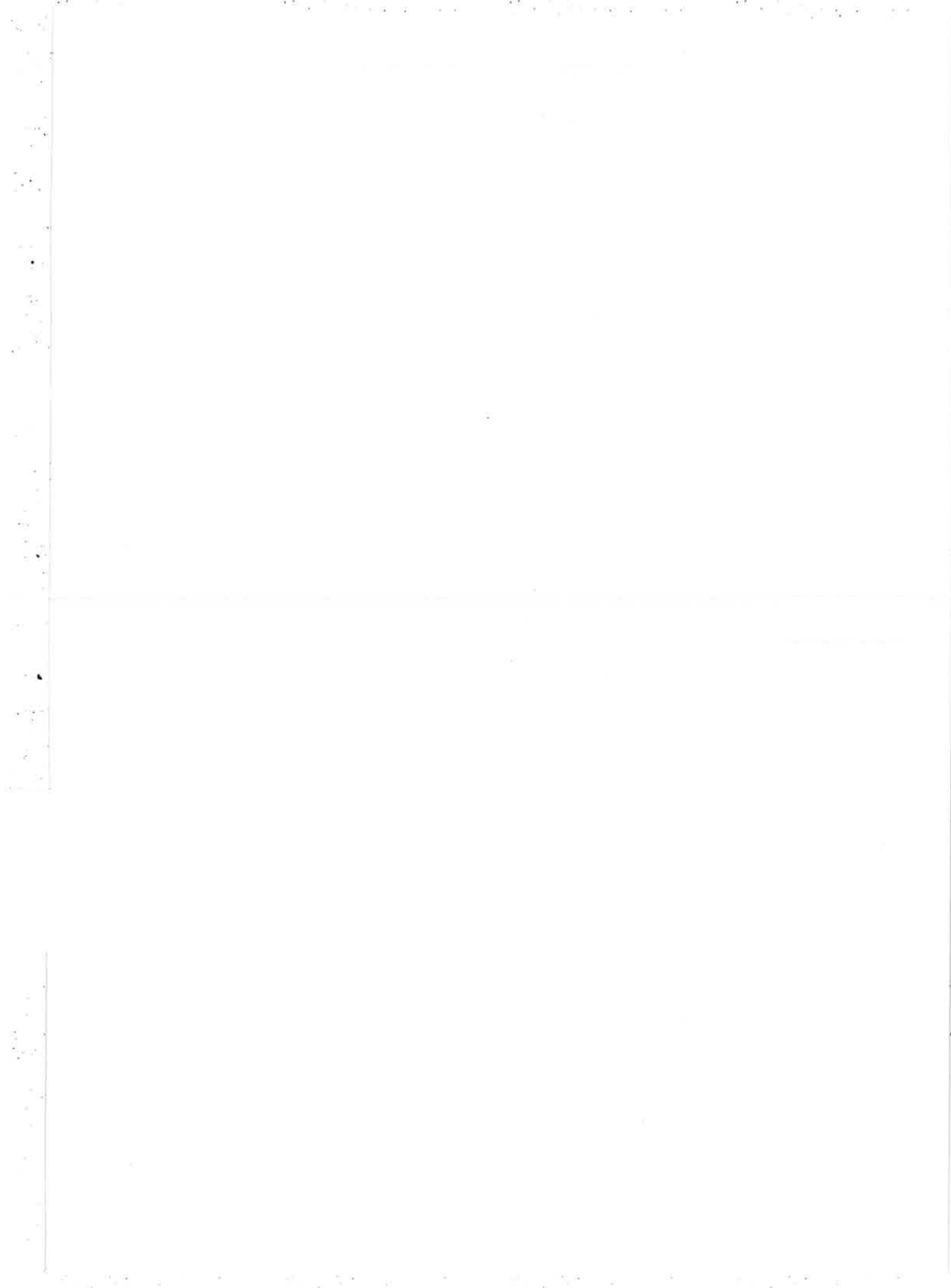
5. Después de eyacular sujeta firmemente el condón y retíralo del pene cuando esté todavía erecto.



6. Tira el condón a la basura. Recuerda: sólo sirve una vez



DERECHOS SEXUALES.
DOS DESAFÍOS:
DIVERSIDAD SEXUAL
Y VIOLENCIA SEXUAL



DERECHOS SEXUALES. DOS DESAFÍOS: DIVERSIDAD SEXUAL Y VIOLENCIA SEXUAL

Objetivos

- Facilitar la comprensión de la relación entre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.
- Plantear algunos de los temas más controversiales relacionados con los derechos sexuales:
 - Describir las diversas expresiones de la sexualidad.
 - Reflexionar sobre el fenómeno de la violencia sexual.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué son los derechos humanos y cómo se relacionan con los derechos sexuales?

Los derechos humanos son todas aquellas facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el simple hecho de serlo, y sin las cuales no se puede vivir como ser humano. Tienen como fundamento la dignidad de la persona humana, que ha sido reivindicada en cada momento histórico. Rebasan cualquier límite cultural, racial e inclusive al propio Estado.

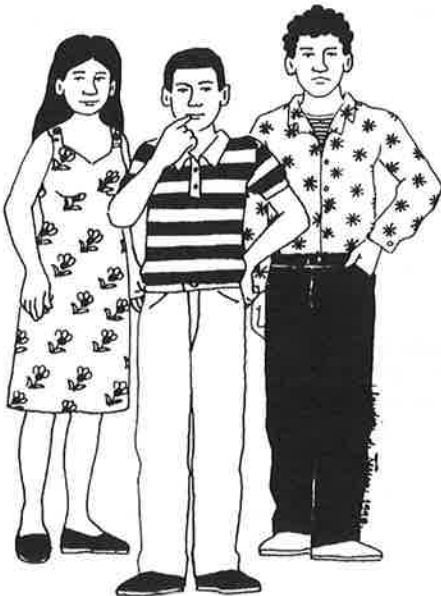
Los derechos sexuales son derechos humanos, como se verá más adelante.

¿Qué es la orientación sexual?

Es la atracción sexual, que comprende lo erótico y lo afectivo entre seres sexuales. Es un componente esencial de la personalidad, definido mediante la identidad y el comportamiento sexual: la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad son tres expresiones de la orientación sexual. Es multicausal. Los estudios efectuados en torno a las causas de la orientación sexual generalmente están enfocados a la homosexualidad; sin embargo, tales estudios no han concluido completamente. El inconsciente juega un papel esencial en su determinación; por ello, podemos decir que no es correcta la idea de que preferencia es igual a orientación. La preferencia es la manera en que decidimos socializar nuestra orientación sexual.

¿Qué es la violencia sexual?

Es el conjunto de conductas negativas que pueden ser físicas y psicológicas, basadas en situaciones desiguales entre seres sexuales, fuertemente arraigadas en prejuicios, ejercidas principalmente hacia mujeres, hombres y mujeres homosexuales y niños y niñas. La discriminación y el estigma basados en la orientación sexual, la raza, la edad y el género se traducen en expresiones negativas como abuso sexual, violación y violencia doméstica e intrafamiliar. El silencio, por parte de agresores y agredidos, es un cómplice perfecto de la violencia sexual.



Desarrollo Temático

1. Derechos sexuales y reproductivos. Algunos conceptos básicos

Todas las personas deben tener control sobre su salud sexual y reproductiva. El trabajo y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos son la base para el desarrollo de los individuos y las comunidades. La poca o nula atención a la salud sexual y reproductiva, reflejada en el abandono de los derechos sexuales y reproductivos, es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes: la violencia, el abuso sexual y la violación de las mujeres y los niños, el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo de adolescentes, los niños abandonados, las prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina, y la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en El Cairo en 1994 y la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing en 1995 reconocen *los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por lo que los afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.*

En la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995) se afirmó que los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, así como su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

Los derechos reproductivos definidos por los documentos emanados de dichas Conferencias abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos:

- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

Diferentes autores y entidades han elaborado códigos de derechos sexuales y reproductivos; como ejemplo presentamos dos: el elaborado por la especialista colombiana María Ladi Londoño y la "Declaración de Valencia", elaborada por un nutrido grupo internacional de especialistas en sexología.

Entre los fenómenos que más dificultan el ejercicio de los derechos sexuales se encuentran, por un lado, la intolerancia y la falta de respeto a la diversidad sexual, y por el otro, la violencia sexual. Los profesionales de la salud enfrentan con frecuencia preguntas sobre estos temas.

A continuación se tratarán ambas problemáticas por separado.

2. Expresiones de la diversidad sexual

Aunque desde el punto de vista teórico, el profesional de la salud conoce una gran diversidad de expresiones de la sexualidad, es muy frecuente que se tope con condiciones para las que no está prevenido(a) y cuya existencia ni siquiera sospechaba. Si recurre a la literatura médica lo más probable es que se encuentre con explicaciones "patologizantes" ya que escasean las descripciones científicas y objetivas.

La falta de conocimiento sobre la sexualidad y sus diversas formas de expresión suele disimularse recurriendo a una especie de "sentido común" que determina la aceptabilidad o no de la conducta (deseo o fantasía) expresada por la persona. Este "sentido común" difiere en forma radical del que ha prestado grandes servicios en otras áreas de la salud, ya que en realidad se apoya en una normatividad moral que propone como eje rector la aceptación de aquellas expresiones de la sexualidad que puedan conducir a la reproducción y el rechazo de aquellas que sólo sean fuente de placer.

Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos

1. *Derecho a condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana.*
2. *Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias, y a la protección legal de las mismas.*
3. *Derecho a una sexualidad placentera y recreacional independiente de la reproducción. A usar contraceptivos gratuitos o a bajo costo con información actualizada, seguimiento y el deber de quienes los prescriben de responder por sus efectos.*
4. *Derecho a conocer, respetar y amar el cuerpo y los genitales.*
5. *Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo; a buscar afecto y relación sexual.*
6. *Derecho al orgasmo y a ser libres en la intimidad.*
7. *Derecho a la relación sexual independiente de la edad, estado civil o modelo familiar, exenta de cualquier forma de violencia, abuso o acoso.*
8. *Derecho a la maternidad libre, a decidirla y vivirla por propia elección y no por obligación.*
9. *Derecho de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza, reasumiéndola creativamente, y a construir identidades propias más allá de los roles de género.*
10. *Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.*
11. *Derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el postparto y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas.*
12. *Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral, asequibles y razonables.*
13. *Derecho a negarnos a facilitar investigaciones con nuestra función reproductiva y a estar informadas/os de manera comprensible sobre el alcance de la tecnología que la modifique, que debe regularse por una ética humanista.*
14. *Derecho a participar como ciudadanas/os y ONGs en la formulación y puesta en marcha de políticas y programas de población y desarrollo.*
15. *Derecho a no tener actividad sexual.*

Tomado de: Londoño, ML. *Derechos Sexuales y Reproductivos. Los más humanos de todos los derechos.* Colombia: IEDER, 1996, páginas 43-44.

Este esquema de referencia caracteriza a los grupos cuya historia (religiosa, moral, legal, etc.) deriva del sistema judeo-cristiano, el cual estableció como una de sus normas básicas "sexualidad es igual sólo a reproducción". Dicha norma ha persistido de tal forma que en la actualidad los grupos conservadores la esgrimen como estandarte cuando rechazan conductas que no consideran apropiadas (como el uso del condón, el uso de anticonceptivos, la masturbación, la homosexualidad, entre otras).

En este esquema de referencia lo "normal" no se refiere a lo que es común o frecuente (contenido objetivo) sino a lo que es aceptado, valorado positivamente en cierto grupo social (contenido subjetivo, valorativo).

Es posible que nuestra comunicación mejorara si elimináramos la palabra "normal" del lenguaje referente a la sexualidad y usáramos el término que describiera precisamente lo que se desea expresar. Lo mismo debería hacerse con términos igual de ambiguos como "natural".

Visto lo anterior, la "anormalidad sexual" es una calificación o etiqueta que se asigna a las personas por algunos aspectos de su sexualidad, y más que a criterios de salud, obedece a la normatividad moral vigente.

Algunos autores indican que una conducta sexual es anormal, desde el punto de vista clínico, cuando tal comportamiento le impide a la persona funcionar e interactuar con otros miembros de su sociedad.

Sin embargo, la diferencia suele despertar sospechas y la meta de algunos profesionales (de la educación, clínicos, etc.) parece ser uniformar/normalizar; es decir, reducir la diferencia entre el sujeto que se trata o educa y la norma estadística (promedio) de la población a la que pertenece. De nueva cuenta lo diferente asusta, lo distinto estremece y aunque no existan pruebas de que una conducta minoritaria constituya un peligro, se prefiere presionar al sujeto para que "no sea raro y se vuelva como los demás". Las estrategias para que todos actúen de la misma manera abundan en los ámbitos educativo y terapéutico.

La única justificación válida para "normalizar" ocurre cuando las medidas anormales constituyen un signo de disfunción o enfermedad y su "normalización" forma parte del proceso de curación y rehabilitación. Lo importante no es que las personas sean iguales sino que estén sanas. Respecto a las conductas sexuales no hay elementos que indiquen las diferencias a reducir pues hay muchas personas técnicamente sanas cuyas conductas o deseos sexuales difieren de los de la mayoría.

La normatividad del esquema biomédico dominante así como muchas de las legislaciones en los distintos países se parecen tanto al principio rector de la normatividad judeo-cristiana debido a que tienen el mismo origen histórico.

La ONU propuso que 1995 fuese un año dedicado a la tolerancia y quizá por ello cobren mayor importancia las palabras de Gagnon en su libro *Sexualidad y Conducta Sexual*: "El clasificar la conducta que en otro tiempo se creyó que era el máximo de la perversión, la inmoralidad y la delincuencia, como simplemente uno más de una multiplicidad de estilos de vida constituye un importante comentario sobre cambios en la cultura lo largo de las dos últimas décadas".

2.1 Las parafilias

Se denomina de este modo a la condición en la que el desempeño sexual de la persona depende de algún elemento particular (situación, lugar, tipo preciso de persona u objeto sexual, técnicas, etc.), sin el cual no puede obtener satisfacción sexual. La parafilia engendra un problema cuando el elemento antes mencionado está ausente (a veces es inalcanzable por ilegal, inmoral o porque resulta muy caro). El término es, etimológicamente, similar a "desviación sexual" (ver) pero con él se pretende evitar la valoración y el prejuicio.



**DECLARACIÓN DE VALENCIA DE LOS DERECHOS SEXUALES
VALENCIA, ESPAÑA, 29 DE JUNIO DE 1997**

Las personas participantes en el XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos declaramos que:

La sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente por la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, está presente en todas las épocas de la vida, como fuerza integradora de la identidad y contribuye a fortalecer y/o producir vínculos interpersonales.

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual. Es parte de una sexualidad libre de conflictos y angustia, promotora del desarrollo personal y social.

Por lo tanto proponemos que la sociedad cree las condiciones dignas donde se puedan satisfacer las necesidades para el desarrollo integral de la persona y el respeto a los siguientes DERECHOS SEXUALES inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana:

Derecho a la libertad. Excluye todas las formas de cohesión, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.

Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole.

Derecho a la igualdad sexual. Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que se pertenece.

Derecho a la salud sexual. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.

Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.

Derecho a una educación sexual integral desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.

Derecho a la libre asociación. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.

Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable. Tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño tiene derecho a ser deseado y querido.

Derecho a la vida privada. Implica la capacidad de tomar decisiones autónomas respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente, racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

La sexualidad humana constituye el origen de vínculos más profundos entre los seres humanos y de su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, la familia y la sociedad. Es por lo tanto su patrimonio más importante, y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles.

**LA SALUD SEXUAL ES UN DERECHO HUMANO
BÁSICO Y FUNDAMENTAL**

También podrá usarse el término "expresiones de la sexualidad" que son un amplio conjunto de conductas realizadas o fantaseadas. En otras épocas muchas de estas expresiones han sido denominadas de diferentes formas, que van desde "faltas de educación" hasta "pecados" o "crímenes". La Iglesia Católica las clasifica como "ofensas a la castidad" y las condena como "actos desordenados" ya que no buscan ni la procreación ni el vínculo.

Fuera del ámbito de la sexología moderna las expresiones de la sexualidad son denominadas con términos como "perversión" (ver), "desviación" (ver), "aberración" (ver), o similares, que resultan más valorativos que descriptivos. La parte medular de esta propuesta es que considera que todos los seres humanos podemos expresar nuestra sexualidad de diferentes formas.

Ni la violación ni el hostigamiento sexual ni el abuso sexual a las y los menores son expresiones de la sexualidad, ya que no existe acuerdo entre los participantes.

El cuadro indica los rangos de variabilidad en la conducta.

Expresión mínima no erótica	Se observa en todas las personas.
Expresión acentuada	El gusto es notablemente mayor que en la anterior.
Expresión erótico-sexual a nivel de fantasía	El gusto o la satisfacción sólo se han llevado a cabo en un plano imaginario.
Expresión erótico-sexual mínima	Al menos en una ocasión se ha obtenido excitación u orgasmo con un comportamiento de este tipo.
Expresión erótico-sexual preferida	Esta es conducta favorita del individuo.
Expresión erótico-sexual predominante	Si bien ésta no es la práctica favorita, sí es la más frecuente.

Al nivel "expresión erótico-sexual exclusiva" pertenecen los casos descritos en la literatura médica o psicológica, lo cual implica que los niveles restantes prácticamente no han sido contemplados.

Para esta propuesta no todo es válido; se debe tomar en cuenta la opinión de la persona con la que se efectúa el acto sexual. Debe quedar claro que cuando no existe acuerdo y alguien impone su voluntad ya no se puede hablar de expresión de la sexualidad sino de una violación a la libertad sexual.

Si se recuerda que la sexualidad es un concepto que no sólo se refiere a lo genital o a lo erótico y si se analiza el propio comportamiento quedará más clara esta parte del módulo.

Se ejemplificará con la necrofilia, ya que es una expresión ampliamente conocida, si bien el mismo método se puede aplicar a las restantes expresiones. En forma tradicional se afirma que el necrófilo es aquel individuo que obtiene su placer sexual al tener relaciones con cadáveres.

Expresión mínima no erótica	Casi todos los habitantes de la América precolombina sentían un profundo respeto por la muerte. La mezcla de nuestras costumbres con las de los españoles produjeron las costumbres que conocemos en la actualidad.
Expresión acentuada	Hay personas que sienten una especial atracción por los funerales. Ejemplos en el terreno artístico son el grabador mexicano Guadalupe Posada (1852 - 1913) y el escritor estadounidense Edgar Allan Poe (1809 - 1849).
Expresión erótico-sexual a nivel de fantasía	Personas que durante sus sueños o sus fantasías han imaginado que un encuentro sexual con un cadáver les produjo placer.
Expresión erótico-sexual mínima	La persona, al menos en una ocasión, ha obtenido placer u orgasmo al entrar en contacto con un cadáver. No necesariamente debe haber copulado; la excitación pudo haber surgido al mirar el cuerpo o al tocarlo, etcétera.
Expresión erótico-sexual preferida	La persona alcanza su mayor placer al relacionarse sexualmente con cadáveres.
Expresión erótico-sexual predominante	El individuo quizá se vea obligado a efectuar esta conducta.
Expresión erótico-sexual exclusiva	Son muy raros los casos reportados. El sexólogo colombiano Octavio Giraldo señala: "... en algunas grandes urbes se satisface a los necrófilos por medio de prostitutas que imitan a cadáveres en una atmósfera fúnebre" ¹

¹ Giraldo, N.O. *Explorando las sexualidades humanas. Aspectos psicosociales.* Editorial Trillas, México, 1986.

El número de expresiones de la sexualidad es muy grande y, por motivos de espacio, sólo enumeraremos algunas: coprofilia, escoptofilia (voyeurismo), exhibicionismo, fetichismo, gerontofilia, grafofilia, logofilia, masoquismo, paidofilia, sadismo, travestismo, urofilia, zoofilia, etcétera.

Es muy importante tener presente que, para que puedan ser consideradas como tales, las expresiones de la sexualidad deben ser aprobadas por las personas que intervengan en la actividad. No basta con que alguien diga que realiza cualquier conducta con la mejor de las intenciones. Si no existe acuerdo cuando se lleva a cabo una actividad sexual se está invadiendo la privacidad del otro; se está violando su libertad de elección o, dicho de forma más concreta, se está cometiendo un delito.

2.2 Orientación sexual



Consideraremos a la orientación sexual como atracción sexual, que comprende lo erótico y lo afectivo entre seres sexuales. Es un componente esencial de la personalidad definido mediante la identidad y el comportamiento sexual: la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad son tres expresiones de la orientación sexual. Es multicausal. Los estudios efectuados en torno a las causas de la orientación sexual generalmente están enfocados a la homosexualidad; sin embargo, tales estudios no han concluido completamente. El inconsciente juega un papel esencial en su determinación; por ello, podemos decir que no es correcta la idea de que preferencia es igual a orientación. La preferencia es la manera en que decidimos socializar nuestra orientación sexual.

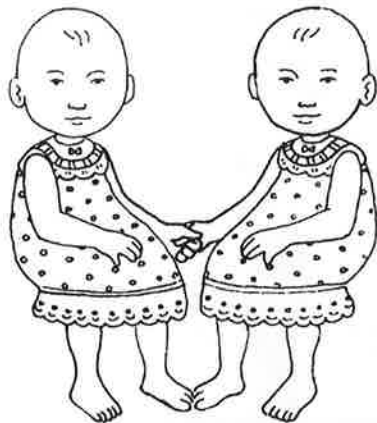
En el terreno de la sexualidad existen conductas hacia las cuales se adoptan actitudes negativas; la mayoría de las veces las justificaciones esgrimidas carecen de base científica.

Uno de los comportamientos que más persecuciones ha sufrido desde hace años es la homosexualidad. Llama la atención que, pese a las numerosas aportaciones de estudios efectuados en diferentes sociedades, se continúe estigmatizando a quienes tienen esta orientación sexual.

2.3 Homosexualidad

Las personas que piensan en la reproducción como el único objetivo de la sexualidad se muestran reacias a aceptar otros tipos de unión sexual. Alegan que lo natural es que los hombres y las mujeres se casen y tengan hijos.

Quienes piensan que "anatomía es destino" están en contra de que hombres y mujeres puedan relacionarse afectiva o sexualmente con personas de su mismo sexo. Esto no siempre ha ocurrido, existen multitud de ejemplos a lo largo de la historia de la humanidad que demuestran que la homosexualidad y el lesbianismo han acompañado a nuestra especie desde el principio. Más aún, abundan estudios sobre este comportamiento, como los analizados por Beach y Ford. Estos investigadores realizaron una de las recopilaciones más completas respecto a la conducta sexual tanto de humanos como de otras especies.



Son muchas las teorías que se han elaborado para explicar la causa de la homosexualidad.

a) Teoría hereditaria: ésta fue una de las más socorridas; sus defensores afirmaban que tal característica se transmitía por vía genética y, aunque uno de sus máximos defensores, Kallman (1952), salió muy mal librado debido a problemas metodológicos, la idea volvió a cobrar importancia a principios de los noventa.

Kallman realizó una investigación con gemelos idénticos y encontró que en el total de los casos si uno de los sujetos era homosexual el otro también lo era. Su grupo control estaba constituido por gemelos no idénticos y la concordancia entre ellos fue menor de 15%. Investigaciones posteriores no pudieron reconfirmar sus hallazgos.

b) Teoría hormonal: cuando algunos médicos se percataron de los espectaculares efectos de los andrógenos y en especial de la testosterona sobre la respuesta sexual, de inmediato supusieron que los homosexuales tenían un déficit de esta sustancia. Pensaban que todos los homosexuales eran delicados, femeninos, con gran sensibilidad artística y cobardes, de modo que decidieron aplicarles testosterona, pero como señala Overing: "... las hormonas ejercen ciertamente una influencia sobre la fuerza de la libido, pero no sobre su orientación". Algunos sujetos, a consecuencia del tratamiento, desearon tener más relaciones sexuales pero con personas de su mismo sexo. Esta hipótesis perdió credibilidad.



c) Teoría psicológica: algunos psicoanalistas consideraron que el homosexual provenía de un hogar donde el padre era débil y la madre dominante. Como contraparte la lesbiana había tenido un hogar donde la relación con su madre había sido desastrosa y se había identificado mayormente con su padre. Se suponía que ambos buscaban en sus parejas al progenitor del cual siempre estuvieron alejados.

Ni duda cabe que ésta es una de las hipótesis más perdurables, pero gracias a investigadores como Alan Bell, los estudios fueron mejor diseñados y las muestras dejaron de circunscribirse a la clientela del profesional de la salud.

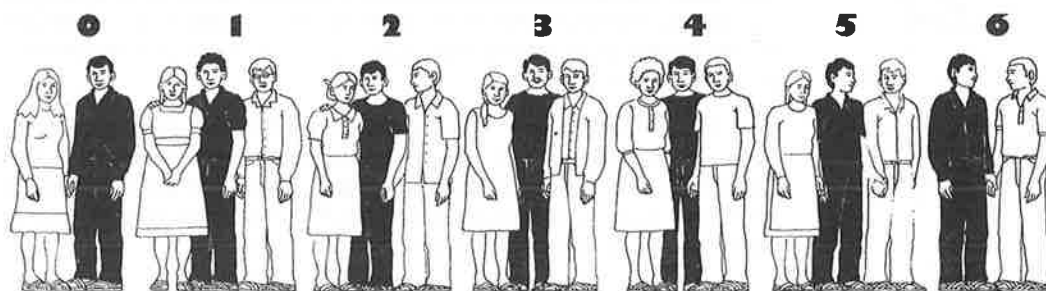
d) Teoría conductista: entre los principales y más renombrados defensores de esta hipótesis destacan Masters , Johnson y Richard Green. Dichos autores afirman que el sujeto aprende a lo largo de su vida a tener relaciones con personas de su mismo sexo debido a la facilidad con la que se dan estos encuentros o a causa de que una relación heterosexual les dejó una amarga experiencia.

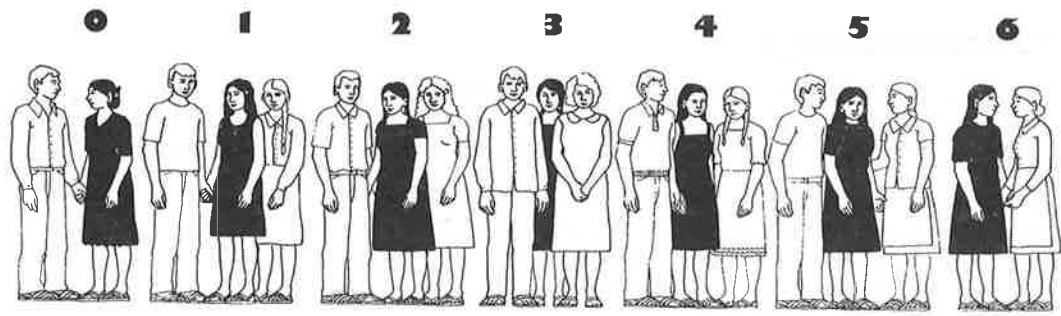
e) Preferencia sexual: el uso de este término adquirió más fuerza a raíz de la investigación efectuada por Alan Bell, pero vale la pena recordar lo que hace muchos años escribió Simone de Beauvoir: "En verdad la homosexualidad no es una perversión deliberada ni una maldición fatal. Es una actitud elegida en situación, es decir, motivada y libremente adoptada a la vez. Ninguno de los factores que el sujeto asume a causa de su elección —condiciones fisiológicas, historia psicológica, circunstancias sociales— es determinante pero todos contribuyen a explicarla. Para la mujer es una manera entre otras de resolver los problemas que le plantea su condición en general y su situación en particular. Como todas las conductas humanas, arrastrará consigo comedias y desequilibrios y fracasos y mentiras o, por el contrario, será fuente de experiencias fecundas, según sea vivida de mala fe, perezosa e inauténticamente, o en lucidez, generosidad y libertad".

Bell y Weinberg hicieron la investigación mejor diseñada desde el punto de vista metodológico y estadístico sobre el tema. Después de entrevistar a 979 personas con preferencia homosexual (70% homosexuales y 30% lesbianas) y a 477 heterosexuales (70% hombres y 30% mujeres) no encontraron sustento para ninguno de los supuestos psicoanalíticos.

f) Escala Kinsey de la preferencia sexual: Alfred Charles Kinsey, biólogo estadounidense, es reconocido en todo el mundo por haber efectuado la primera investigación amplia que produjo datos objetivos sobre la sexualidad de las personas. Kinsey clasificó las experiencias sexoeróticas de algunos de sus encuestados en siete clases (del 0 al 6), lo que no significa que haya siete clases de personas. Su escala funciona mejor que la visión binaria (ser homosexual o no serlo) prevaleciente de su época, la cual angustiaba en forma intensa a las personas con experiencias o preferencias intermedias.

En la escala de Kinsey la preferencia bisexual ocupa el lugar central (clase 3) o bien las tres clases centrales (2 a 4) y las preferencias homosexual y heterosexual ocupan las clases extremas. Esta escala es base metodológica y referencia obligada para otras clasificaciones.





El antropólogo mexicano Xabier Lizárraga modificó la escala de Kinsey de modo que eliminó los números, en vista de que asignarle el 0 a la heterosexualidad y el 6 a la homosexualidad podía ser interpretado como que la primera fuese el origen. Para evitar ese problema Lizárraga denomina a los grupos como:

- Fundamentalmente heterosexual: aquel individuo que afirma que sólo le son atractivas las personas del sexo opuesto.
- Básicamente heterosexual: esta persona dice que puede haber gente de su mismo sexo que le resulte atractiva.
- Preferentemente heterosexual: este individuo acepta que existen muchas personas de su mismo sexo que le resultan atractivas.
- Bisexual: puede sentirse atraído por personas de uno u otro sexo.
- Preferentemente homosexual: este individuo acepta que existen muchas personas del otro sexo que le son atractivas.
- Básicamente homosexual: esta persona dice que puede haber gente del otro sexo que le resulte atractiva.
- Fundamentalmente homosexual: aquel individuo que afirma que sólo son atractivas las personas de su mismo sexo.

Esta tabla contempla la posibilidad de que el individuo haya practicado o no su preferencia e incluso de que la tenga reprimida consciente o inconscientemente.

A causa de todas estas modificaciones, la tabla de Lizárraga contiene 72 categorías contra las siete propuestas por Kinsey; ello permite entender que es posible, por ejemplo, tener la preferencia homosexual y efectuar prácticas heterosexuales, o que pueden existir individuos con preferencia homosexual que no han tenido ningún tipo de relación sexual.

También queda claro que las personas pueden desplazarse en la tabla; es decir, se trata de algo dinámico y no estático. No tiene valor clínico pero permite una mayor comprensión de lo que es la preferencia.

Conclusión: hasta el momento puede afirmarse que no se ha encontrado cuál es *la causa* de la homosexualidad, de la misma forma que tampoco se ha determinado el origen de la heterosexualidad. Ello puede obedecer a que la aparición de cualquiera de las orientaciones sexuales quizá sea de orden multifactorial. En todo caso, desde 1974 la Asociación Psiquiátrica Americana señaló que la homosexualidad no constituye una enfermedad mental. Los profesionales de la salud actualizados usan términos como "preferencia sexual" u "orientación" en vez del obsoleto "desviación sexual".

2.4 Bisexualidad

"Sólo factores culturales más bien que fisiológicos pueden explicar algunas de las amplias diferencias en el comportamiento sexual."

Frank A. Beach.

Quienes tienen esta orientación se sienten atraídos por hombres y mujeres, o como dicen algunos autores, se relacionan en forma afectiva o sexual con personas independientemente del sexo que tengan.

Hasta épocas muy recientes se comenzó a aceptar la existencia de este grupo, que crece cada vez más. La *Bisexual Resource Guide* señala que existen más de mil cuatrocientos grupos distribuidos en todo el territorio estadounidense. La mayoría de las personas insisten en que se trata de homosexuales reprimidos.

2.5 Heterosexualidad

Son muy pocas las investigaciones efectuadas para determinar a qué obedece esta orientación. Esto se debe a que se considera que, normalmente, hombres y mujeres deben tenerla; cuando ello no sucede (homosexualidad o bisexualidad) se piensa en la existencia de una desviación.

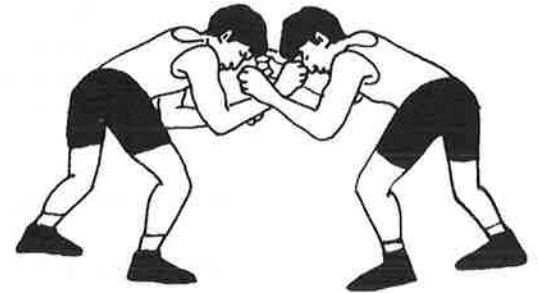
La misión del profesional de la salud no es cambiar la orientación o preferencia sexual a los homo y bisexuales; vale la pena recordar lo señalado por Bell y Weinberg: "Lo que se debe hacer, al menos en un primer momento, es averiguar por qué a una determinada persona le resulta problemática la homosexualidad y examinar de qué forma es posible hacer que su estilo de vida pueda resultarle más satisfactorio".

Como se ha mencionado antes, uno de los derechos sexuales y reproductivos en los que la mayor parte de los códigos están de acuerdo es el derecho a vivir libres de violencia, particularmente la sexual. A continuación examinaremos este tópico.

3. Violencia sexual

3.1 Conceptos generales

La violencia está presente en todas las sociedades humanas; se encuentra tan extendida que existe la tentación de decir que es innata, natural y además necesaria para que sobrevivan "los mejores". La lectura de cualquier diario nos informa sobre guerras étnicas (como si hubiera otra raza aparte de la humana), grupos fundamentalistas que bombardean edificios, narcotraficantes capaces de todo con tal de entregar su mercancía, gobernantes ávidos de poder y criminales que, so pretexto de estar desempleados, roban y asesinan a sus semejantes.



Pero se habla mucho menos de una clase de violencia más frecuente, la sexual. En vista de que existen diferentes tipos de violencia sexual se analizarán por separado, pero debe tenerse presente que tal conducta no está genéticamente determinada, ya que no todos los individuos son violentos.

Si los varones recuerdan algunos ritos de iniciación se darán cuenta de que muchos se relacionan en forma estrecha con actos violentos. Había que pelear para demostrar que se era hombre; había que ser cruel para no ser considerado "maricón"; había que golpear fuerte y no como "vieja", y había que estar al pendiente todo el tiempo en parecer hombre porque de lo contrario se corría el peligro de descender en el estatus y ser como una mujer.

Durante siglos, a las mujeres se les ha ordenado que sean sumisas, débiles, seductoras pero fieles y serviciales. A lo largo de la historia han aprendido a desempeñar a la perfección el papel de víctimas de la violencia.

Las diferencias biológicas entre los dos sexos no justifican las desigualdades en los diferentes ámbitos de la vida. Las conductas que se consideran idóneas tanto para los hombres como para las mujeres son aprendidas desde la más tierna infancia, casi siempre por la fuerza, y ello es un claro ejemplo de que no es algo con lo cual nacemos. Si esos comportamientos fuesen naturales en el ser humano serían iguales en todas las sociedades, pero la realidad es que ello no ocurre así.

El número de personas que son víctimas de la violencia sexual es muy elevado, motivo por el cual este fenómeno constituye un problema de salud pública y requiere de los profesionales de la salud no sólo actualización sino un cambio de actitudes en lo que respecta al apoyo que debe proporcionarse a quienes padecen esta situación.

Quizá sea tiempo de investigar a qué se debe que algunos hombres no sean violentos pese a vivir en sociedades tan machistas como las nuestras.



"Hoy más que nunca, los trabajadores de la salud tenemos la responsabilidad social ineluctable de prevenir y denunciar los abusos físicos o psicosexuales de nuestros pacientes. Si nosotros no lo hacemos ¿quién entonces?"

Alberto Palacios (Periódico La Jornada, 23/mayo/1995).

3.2 Violencia intrafamiliar

Se denomina así a la agresión física, psicológica o sexual que infringe a una mujer su esposo, ex-esposo, amante, concubino o padre de sus hijos.

Por lo que toca a la violencia sexual, en un gran número de ocasiones el hombre obliga a la

mujer a realizar actos en contra de su voluntad. Con una frecuencia mayor de la imaginada la viola y ella no lo denuncia por temor (bien fundado) de que cause mayores daños tanto a ella como a sus hijos (en el supuesto de que los tenga).



Cuando no se ha estudiado este problema uno no entiende cómo es que ciertas mujeres permanecen con alguien que es capaz de humillarlas a tal grado. Que no lo permita, que lo eche de la casa, que lo abandone es lo primero que se le aconseja; sin embargo, difícilmente ella actuará de esa forma porque:

- Muchas de estas mujeres provienen de hogares donde la violencia constituía parte de la cotidianidad. Una secuencia que a menudo se ha observado es la siguiente: muchas de ellas se casan (a temprana edad) con el primer novio, no por amor sino para huir de ese lugar donde eran maltratadas por todo mundo. El hombre poco a poco la va alejando de sus conocidos y familiares, de modo que no tiene a quién solicitar ayuda. El marido reprueba cada una de sus actividades, nada de lo que ella hace le satisface y en forma sistemática mina su confianza en sí misma.
- A cada momento la insulta, le dice que es tonta, que no merece que la quieran y destruye su autoestima. Los golpes o los insultos pueden llegar en cualquier momento; es decir, no hay manera de saber qué

INGLATERRA

- Regla del pulgar: autorizaba expresamente el castigo de la esposa con fines correctivos, siempre y cuando la vara no tuviese más de una pulgada de diámetro.
- En 1885 la ley limitó la venta de esposas e hijas para la prostitución, si las mujeres eran menores de 16 años.
- En 1891 la ley impidió que los maridos dejaran encerradas bajo llave a sus mujeres.

FRANCIA

- Fue hasta 1924 cuando una corte emitió el primer fallo en el que expresaba que un marido no tenía derecho a pegarle a su esposa.

ITALIA

- En 1960 se estableció que era un delito grave matar a la mujer, a la hermana o a la madre "en defensa del honor masculino".

ESTADOS UNIDOS

- En 1975 casi todos los estados permitieron a las mujeres demandar a sus maridos si ejercían violencia contra ellas.

CANADÁ

- Entre 1981 y 1985, 261 esposas golpeadas fueron asesinadas por sus maridos y 57 hombres fueron muertos por sus cónyuges.

provocará la furia de ese hombre. Se crea una situación de incertidumbre y temor constante. En los momentos de cierta paz, él le dice que la ama mucho y que la maltrata porque es un enfermo, que por favor lo ayude y ella... lo cree porque toda la vida le han enseñado que "el amor todo lo puede".

Después de un corto tiempo introyecta todo lo que él le dice y no se siente merecedora de ayuda, pues cree que los maltratos son por su culpa. Le han dicho que la conservación del matrimonio es responsabilidad de ella, de modo que piensa que con un poco de paciencia él cambiará. Además, cuando solicita ayuda porque él la golpeó, lo primero que le preguntan es: ¿por qué le pegó? Ello significa que bajo ciertas circunstancias se justifica la violencia física hacia las mujeres. La mujer ha constatado que la violencia sube de intensidad conforme transcurre el tiempo, de modo que teme que le vaya peor si lo acusa o demanda.

Es necesario romper este círculo y para tal efecto en muchos países de América Latina se han instalado centros de atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

3.3 El abuso sexual en infantes

Definición: el abuso sexual en infantes se comete en cualquier tipo de relación entre un adulto y un menor en la que éste último es obligado a través de la coerción, manipulación, engaño o soborno a ejecutar o permitir que se ejecuten en él las conductas que el ofensor determine.

El objetivo del adulto es obtener gratificación sexual. Existen relaciones sin contacto físico: hostigamiento verbal o por medio de llamadas telefónicas, mostrarle a los pequeños material pornográfico y exhibicionismo. En las relaciones que implican contacto directo, el menor puede tener participación activa o pasiva: besos, roces, tocamientos a genitales, contactos buco-genitales, etcétera.

Una agresión sexual de este tipo tiene repercusiones a nivel personal, familiar y social. En la familia hay temor de que el menor se vuelva homosexual, de que abuse sexualmente de otros, de que ya no pueda contener su apetito sexual, de que más adelante sea un "degenerado(a) sexual" o de que tenga disfunciones sexuales cuando llegue a la edad adulta. Gran parte de estas afirmaciones pertenecen a la categoría de mitos.



Tales abusos sexuales no siempre se denuncian; sin embargo, una gran cantidad de las víctimas que en distintos países acuden a las instancias legales provienen de familias con escasos recursos económicos, que están desorganizadas y en las que existe una inadecuada comunicación entre sus miembros, pero esto no significa que sea un fenómeno privativo de estos grupos, sino que quienes disponen de suficientes recursos económicos acuden a instancias privadas para su atención.

Características de la víctima: principalmente de sexo femenino. Entre más pequeños son los menores los casos ocurren en número similar en ambos sexos, pero a medida que se acercan a la pubertad el número de niñas tiende a aumentar.

Características del ofensor: la inmensa mayoría son varones conocidos de las víctimas. No buscan ayuda en forma voluntaria y por lo general atacan a muchos menores antes de ser descubiertos. Hacen que la criatura se sienta avergonzada y la dominan.

Indicadores físicos de abuso: dificultades al caminar o sentarse; ropa interior desgarrada, manchada o ensangrentada; dolor o comezón en el área genital; moretones o sangrado en áreas genitales o perianales; enfermedades de transmisión sexual o embarazo.

Indicadores psicológicos: cambios radicales en el comportamiento; conductas seductoras; exagerada curiosidad sobre temas sexuales; adoptan comportamientos de personas menores y que ya habían superado; evitan determinados lugares.



Características familiares: padres dominantes y poco flexibles; familia aislada de la comunidad; antecedentes de abuso en alguno de los padres; mujer maltratada.

Por qué los menores no acusan



Algo que llama poderosamente la atención de los familiares y que sobre todo les indigna es que el menor no les comunicó lo que estaba ocurriendo; se sienten muy molestos y adoptan una conducta inquisitiva con el niño que, lejos de ayudar, ahonda más la problemática. La mayoría de los autores considera que las principales causas que llevan a niñas y niños a mantener el silencio son tres:

1. Consideran que la sexualidad es algo privado.
2. Se sienten avergonzados y culpables por lo sucedido.
3. Es muy frecuente que se encuentren involucrados los padres, parientes muy cercanos, amigos o personas de las que el menor depende.

Es obvio que cuando los padres interrogan tanto a los niños, éstos se sienten cada vez más culpables y se encierran en un mutismo que provoca la ira de sus progenitores, con lo que se cierra el círculo vicioso.

El lugar de los hechos. De acuerdo con las experiencias de los diversos centros para la atención de estos casos y por terrible que parezca, los menores corren un gran peligro en sus propios hogares, sobre todo aquéllos que tienen necesidades especiales (discapacitados).

Prevención. Es necesario enseñar a las niñas y a los niños a que desarrollen límites respecto al afecto y la privacidad.

- Es de vital importancia que les hagamos saber que existen contactos al cuerpo debidos e indebidos y ser muy claros en lo que se menciona, **en este caso no son válidas las sutilezas.**
- Es conveniente decirles que nadie debe tocarlos en sus genitales (vulva, pene, testículos), región perianal (nalgas), pechos, etcétera.
- Es mejor usar nombres específicos cuando se habla de genitales en vez de eufemismos (palomita, pirrín, pajarito, cosita, etc.).
- Enfatizar que si alguien intenta tocarlos (manosearlos) lo comunique de inmediato a su madre, a su padre, un profesor o cualquier persona de su confianza, pero el mensaje debe manifestar el deseo de ayudar y no encerrar una amenaza.
- Debe respetarse la privacidad de los menores; es decir, tienen que contar con espacios donde disfrutar su intimidad; ello tiene como objetivo que los chicos se percaten de que tienen el derecho a controlar su cuerpo y su espacio.
- Se debe animar a las niñas y a los niños a decir **NO**, procurando que lo hagan en forma categórica, pero sobre todo hay que respetar su decisión.
- Las famosas reglas de urbanidad o de buenas costumbres propician que los niños sean sujetos pasivos, sumisos y obedientes de cualquier adulto y esto a todas luces los coloca en una situación de alta vulnerabilidad.
- Es necesario decirles a los pequeños que hasta la gente aparentemente "buena" puede no serlo y vale la pena determinar con ellos cuál es la mejor conducta a seguir en situaciones de urgencia.

3.4 Hostigamiento sexual

Lo característico de esta conducta es que alguien, valiéndose de que ocupa una posición jerárquica superior, hace invitaciones o insinuaciones a una persona subordinada para ejecutar un acto sexual, lo cual provoca en ésta molestia y una sensación de amenaza. No puede hablarse de hostigamiento cuando se trata de un hecho aislado; en realidad, este asedio se realiza en forma reiterada.

No se trata de un fenómeno reciente, lo novedoso es que en algunos países se ha tipificado como un delito punible. Debe quedar bien claro que esto no sólo ocurre en situaciones laborales sino en cualquier circunstancia en la que exista subordinación.

En vista de que se trata de un delito nuevo, la gente -en términos generales- no lo conoce. Pese a que se encuentra descrito en los Códigos Penales, son muchas las personas que no se atreven a realizar denuncias porque consideran que resulta algo muy difícil de comprobar.

Llama la atención la fuerza de la costumbre. Hay quienes consideran como normal que el jefe tenga relaciones sexuales con la secretaria o los hijos del patrón con la sirvienta, independientemente de que ellas lo deseen o no. Lo manejan como si fuese una obligación del puesto, ya que aquéllas que se niegan se ven expuestas a conductas represivas que en no pocas ocasiones culminan con su despido por cualquier causa.



3.5 Violación

El acto se comete contra la voluntad de la víctima, a la cual se le priva de todo control. Aunque puede realizarse tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de las veces son ellas quienes más la padecen.

Aún existen quienes afirman que si la mujer se hubiese defendido no le habría pasado nada. Esas personas no toman en cuenta o ya olvidaron que a las niñas nunca se les animó a pelear, a luchar físicamente o a insultar. Sus familiares celebraban que no se sintieran atraídas por las actividades "violentas", por lo que no es posible que de repente pongan en práctica lo que no conocen.

Debe tomarse en cuenta que el violador lleva a cabo un acto de sometimiento, para lo cual cuenta con muchos recursos que van desde la amenaza contra la integridad de la víctima o la de sus familiares, a las amenazas proferidas en distintos tonos, que van del susurro al grito estremeedor. Pueden seguir los golpes que, en forma sistemática, minan la resistencia de la víctima y la sumen en un estado de pánico. Sugerir que en ese momento ella le pique los ojos, le golpeé los oídos o los testículos, le pegué en la cabeza con un objeto pesado o grite en forma desahogada es ponerla en peligro de que provoque una situación de mucho mayor riesgo, pues el atacante puede tornarse más violento.

a) *La paradoja del pobre violador.* Todavía hay quienes aseguran que el violador no pudo contenerse. "Cuando vio a aquella mujer vestida en esa forma tan provocativa se sintió fuertemente atraído y sus instintos más ancestrales emergieron y lo obligaron a actuar en forma irracional." Otros dicen "ella lo incitaba, lo animaba y él (pobrecito) ya no pudo controlarse más". No obstante, los estudios efectuados a los atacantes demuestran que conocían a su víctima; que nunca se trata de algo espontáneo sino por el contrario, que es algo planeado de modo que se lleve a cabo y el agresor no sea denunciado o en su defecto que no pueda ser inculpado.

Es mentira que lo mueve una necesidad sexual irrefrenable; lo que el atacante desea es poner de manifiesto su poder, su prepotencia, quiere demostrar su superioridad a otra persona a quien considera como inferior e indigna. El placer que busca es el de controlar, amedrentar; anhela sentirse superior.

Y es más falso aún afirmar que las mujeres, en lo más interno de su ser, desean ser violadas. Esto lo han promulgado quienes en forma por demás simplista han interpretado que los sueños y las fantasías de algunas mujeres las han llevado a buscar inconscientemente encuentros en los que alguien las viole aun en contra de su voluntad consciente.



¿Qué hacía ella en el cuarto del campeón a esas horas de la madrugada? Quizá en primera instancia se sintió atraída hacia él; posiblemente deseaba hacer el amor con él, pero quizá también a última hora se arrepintió.

Ya es tiempo de que se acepte que cualquier mujer tiene derecho a decir "NO" en cualquier situación.

Quienes afirman que la acción del violador es justa "porque ella no cumplió" no han mencionado "qué puede hacer ella cuando un hombre no tiene erección en un encuentro sexual".

Llama la atención el hecho de que no se tomen en cuenta contradicciones como la de considerar provocativa a una mujer cuando todo el tiempo se le ha exigido que sea pasiva. Que a ese ser humano subordinado por excelencia se le considere *ipso facto* responsable del delito que se cometió contra su cuerpo.

b) *Secuelas.* En muchas ocasiones la violación le parece irreal a la víctima. La percepción disminuida ayuda a que la mujer soporte el ataque. Creer que nada ocurrió es una manera de negar el ataque; es un recurso para convencerse a sí misma: "a mí no me pasó". No son raros los casos en que ella está desorientada, tanto en la esfera temporal como en la espacial. La amnesia se convierte en una "buena" compañera que mantiene lejos a la dolorosa realidad. Sin embargo, los

recuerdos pueden aparecer en forma de pesadillas, en un miedo o pavor a permanecer sola o en la obscuridad o en presencia de un hombre. No obstante, conforme recuerde lo que le sucedió entrará en crisis y ello, aunque doloroso, permitirá profundizar el proceso terapéutico.

Después del ataque la víctima se siente sucia y quiere borrar toda huella de ese otro que invadió su cuerpo. Busca que el agua elimine todo rastro de esa presencia que habrá de ser constante porque se ha refugiado en la mente, donde cualquier estímulo puede servir de disparador de vívidos y dolorosos recuerdos que se acrecientan en la medida en que se tratan de olvidar en vez de entenderse.

Algo que resulta palpable es que ella tiende al aislamiento, pues a causa de los condicionamientos sociales se siente culpable, impura, indigna y como alguien que "ya no vale la pena". Además, que el ataque haya ocurrido en el contexto de su cotidianeidad provoca la destrucción de una de las premisas fundamentales de las relaciones interpersonales, que es "puedo confiar en los demás porque nadie me lastimará". Todo ello explica por qué la víctima tiende a refugiarse en sí misma, temerosa de todos los demás.

La autoestima estará por los suelos ya que fue humillada en forma impresionante. De súbito se percató de cuán grande era su vulnerabilidad. Su esencia de sujeto fue no sólo ignorada: fue pisoteada. Al privársele de su libertad y su voluntad se le colocó en la categoría de objeto y como tal fue utilizada. Esto explica en parte el sentimiento de minusvalía.

No sólo ha perdido la confianza en los demás; también la ha perdido en sí misma. En vista de su culpabilidad reprimirá cualquier manifestación de su erotismo, temerosa de un nuevo ataque.

Es necesario capacitar a los profesionales de la salud y otros profesionales, como pueden ser aquéllos que atienden los servicios jurídicos donde se levantan las denuncias, para que cuenten con la suficiente sensibilización y atiendan en forma respetuosa a la víctima.

Que sólo sean mujeres las que atiendan a las víctimas es una estrategia válida en primera instancia, ya que la imagen masculina puede resultar muy agresiva en numerosas ocasiones.



- *La mujer no debe sentirse culpable de la violación.*
- *Más que sugerirle que lo olvide hay que animarle a que hable de lo sucedido.*
- *La ira, la irritación y la cólera no sólo son justificables sino que resultan indispensables.*
- *Se debe trabajar en forma intensa para que recupere su autoestima.*
- *Hay que animarla a que tome decisiones, lo más rápido posible; por ejemplo, se le puede animar a que preste declaración.*
- *Ella no tiene que responsabilizarse de los sentimientos de su compañero. Él será quien deba enfrentarlos.*
- *Bajo ninguna circunstancia se le debe presionar para que tenga relaciones sexuales.*
- *La sobreprotección de la víctima entorpece la recuperación.*
- *No denunciar es como invitar a un nuevo ataque; sin embargo, si la víctima prefiere guardar silencio hay que respetar su decisión.*

c) *Intervención en crisis.* Quienes afirman que las violaciones han aumentado en esta época tienen razón, en el sentido de que en la actualidad nuestra población es más grande que en el pasado. No puede asegurarse que el fenómeno haya aumentado en cuanto a su proporción; es decir, no hay modo de confirmar que antaño se violaba menos que hoy. Lo novedoso en estos tiempos es que las denuncias son más frecuentes y sin duda aumentarán en la medida en que se adopten actitudes de mayor respeto hacia la víctima. No debe olvidarse que el silencio se convierte en el mejor aliado de los violadores.

En vista de lo anterior, resulta muy factible que el profesional de la salud se enfrente en algún momento a la problemática de atender a pacientes que han sufrido ataques sexuales; si bien no se espera que resuelva la situación sí es aconsejable que sepa cómo actuar en ese primer contacto.

Lo ideal sería que las víctimas fuesen atendidas por personal de su propio sexo, pero en caso de no ser posible es importante tener en mente las siguientes sugerencias:

SUGERENCIAS PARA TRABAJAR CON LA VÍCTIMA

Empatía con la víctima. En la medida en que se conozca el problema se estará más preparado para intentar entender, comprender y conocer lo que siente la paciente.

Aceptar el estado emocional de la víctima. Es muy posible que no quiera hablar, quizá sólo lllore o esté furiosa. En esos primeros momentos le ayudará mucho saber que tiene razón en sentirse de determinada forma.

Debemos transmitirle la sensación de que le brindamos apoyo (algo totalmente diferente a la lástima). Vale la pena que sienta que no tenemos prisa sino que estamos interesados en su bienestar.

En ocasiones permanecerá muda, pero con toda seguridad no estará inexpresiva. Es muy importante observar en forma integral; con mucha frecuencia los silencios dicen más que las palabras. El cuerpo suele ser más sincero que la boca. Los ojos a punto de llorar, las manos crispadas, los suspiros constantes, la mirada dirigida quién sabe donde pueden indicar: un dolor infinito y agobiante, una furia contenida, temores futuros, deseos de fugarse. Ayuda mucho que reflejemos verbalmente sus sentimientos (lo que observamos) de modo que los conozca y acepte.

Una vez que haya contactado e identificado sus sentimientos es conveniente animarla a que los exprese sin importar cuáles sean: culpa, enojo, vergüenza, miedo, ira, etcétera.

- *Todos los seres humanos requerimos marcos de referencia para interactuar con los demás. La víctima de una violación presenta entre otras cosas gran confusión; algo totalmente inesperado le ocurrió y casi nunca encuentra explicaciones para ello. Es conveniente que la animemos a que describa sus hipótesis causales.*
- *Después de escuchar con atención las ideas que tiene respecto al por qué fue atacada es conveniente proporcionarle información básica para desculpabilizarla.*



SUGERENCIAS PARA TRABAJAR CON LA FAMILIA



- Las personas que viven con la víctima también son afectadas por el ataque, por ello es indispensable que reciban tratamiento.
- Es de vital importancia que opinen acerca de lo que le sucedió a la víctima y que expresen sus sentimientos al respecto. Es necesario saber qué le dijeron: ¿la culpan? ¿se culpan?
- Deben saber que si responden en forma exagerada (ya sea con lástima o indignación) a lo sucedido, la víctima entenderá que su situación les incomoda tanto que es preferible disimular, y eso entorpecerá la comunicación agravando la problemática.
- Deberán ser informados de que la víctima pasará por un proceso que incluye: estado de choque, depresión, cambios de humor, ira, etcétera. Que llegará el momento en que analice lo ocurrido y acepte que ya no es la misma persona, para finalmente no olvidar el evento pero sí tenerlo resuelto, segura de que lo ocurrido no fue su responsabilidad, ya que pudo haberle pasado a cualquiera.

Bibliografía



Delfín LF. "*Variantes de las prácticas eróticas o expresiones del comportamiento erótico*". En: *Antología de la sexualidad humana. Tomo I*. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa, CONAPO, 1994.

Foucault M. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Ed. Siglo XXI, 1981.

Gagnon J. *Sexualidad y conducta social*. México: Ed. Pax-México, 1980.

Katchadourian HA. *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.

Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica (Breviario 213).

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Cambio*. Barcelona: Ed. Herder, 1980.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: Palabras...palabras

Objetivo:

Analizar las actitudes y sentimientos alrededor de la homosexualidad.

Aplicación:

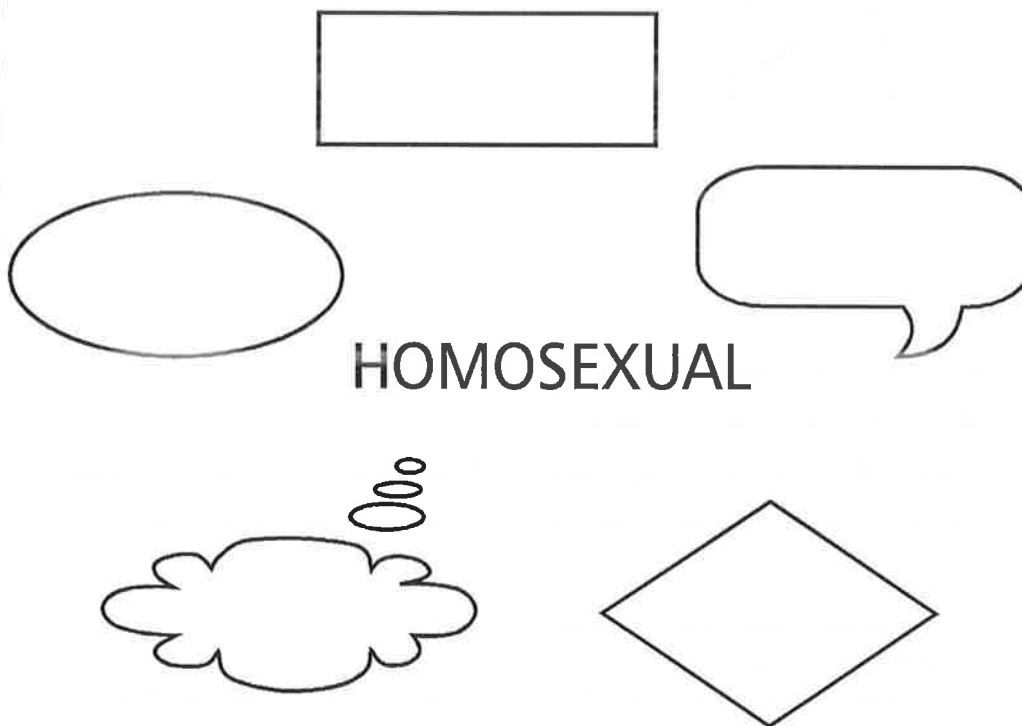
Individual y grupal.

Materiales:

Tarjetas y plumones.

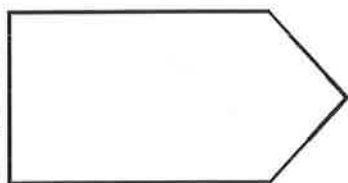
Instrucciones:

- Lea la palabra que se encuentra en el centro. Ahora coloque alrededor de esta palabra todas las que le vengan a la mente después de haberla leído.

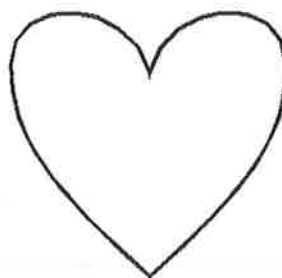


- Ahora dé la vuelta a la hoja.

- Haga lo mismo para la palabra que está en el centro.



HETEROSEXUAL



- Ahora compare ambas hojas.
¿Qué tipo de palabras ha escrito?
¿Estas palabras dan una imagen consistente de sus actitudes o sentimientos?
Seleccione la palabra que mejor describa su reacción para cada tópico.

Reflexione...

- ¿De dónde vienen nuestras actitudes?
- ¿Cómo las aprendemos?
- ¿Por qué hay tabúes acerca de la homosexualidad en nuestra sociedad?
- ¿Están cambiando?

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Estrujamiento*

Objetivo:

Identificar los sentimientos que experimenta una persona cuando es violentada.

Aplicación:

Trabajo grupal.

Materiales:

Salón amplio, una grabadora, cintas de audio grabadas con música suave, hojas blancas y lápices.

Instrucciones:

- Introduzca el tema explicando que van a realizar una actividad en la que su imaginación es muy importante.
- Explique que en esta actividad uno de los ejes más importantes es el análisis de sus sentimientos. Invítelos a que participen activamente.
- Pida que se coloquen en una posición en la que se sientan cómodos.
- Ponga música de fondo suave con volumen que no moleste. Invite a que los participantes se relajen, cierren los ojos y traten de contactarse con su interior y los sentimientos que tienen en ese momento (3').
- Disminuya el volumen de la música de modo que apenas pueda oírse.
- Pida que hagan en el papel algún dibujo, gráfico, símbolo, etc., a través del cual expresen lo que sienten en ese momento.
- Una vez que hayan terminado pida que seleccionen una pareja, preferentemente alguien a quien no conozcan. Ambas personas se mostrarán sus respectivos dibujos y explicarán lo que significan.
- Una vez que ha concluido la presentación en parejas, pida que todos pongan atención a las instrucciones que usted va a dar para cumplirlas al pie de la letra.
- Lea la hoja de apoyo para el Docente.
- En forma voluntaria pida que los participantes expresen sus sentimientos.
- Concluya sobre la importancia de reconocer nuestros sentimientos ante una situación violenta para saber de qué manera reaccionar.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Dime qué se vale*

Objetivo:

Elaborar criterios de aceptabilidad de diversas conductas sexuales dentro de un marco de tolerancia.

Aplicación:

Grupal.

Materiales:

Hojas de rotafolios y plumones.

Instrucciones:

- Recuerde al grupo que ser tolerante no significa aceptar automáticamente todo lo que los otros hacen o piensan.
- Divida al grupo en cuatro subgrupos.
- Pida a cada subgrupo que piense en alguna conducta sexual que les provoque conflicto. Ésta puede ir desde las relaciones entre un hombre muy joven y una mujer mayor hasta la violación pasando por hostigamiento o cualquier otra que el subgrupo considere problemática.
- Solicite a cada subgrupo que indique si esta actividad o conducta debe ser tolerada. ¿Sí?, ¿no?, ¿por qué? Es especialmente importante que presenten las razones para aceptarla o reprobarla.
- Solicite a cada subgrupo que presente sus conclusiones en plenaria.
- Extraiga los criterios que el grupo haya aplicado.
- Enfatice el respeto que merecen las opciones personales siempre y cuando no transgredan la libertad de los demás y sean adoptadas libremente, sin coerción alguna.

MÓDULO 6

ATENCIÓN DE LA
SALUD SEXUAL

ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

Educación e información, consejería y terapia

Objetivos

- Identificar el tipo de intervención que requieren los y las consultantes según sus necesidades.
- Fomentar la apertura necesaria para hablar de las preocupaciones que el o la consultante tengan respecto a su salud y su sexualidad.
- Proporcionar herramientas para abordar la sexualidad de los y las adolescentes.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué niveles de intervención existen para tratar asuntos relacionados con la sexualidad?

Existen diferentes niveles de intervención orientados a resolver tanto problemas graves como leves, y en última instancia, hay cuestiones que podrían resolverse con acciones educativas. Conviene examinar cuáles pueden ser estos niveles de intervención:

Un esquema útil es el descrito por el psicólogo Jack Annon en un modelo que adaptaremos y denominaremos EPICT (E Educación, P Permiso, I Información, C Consejería, T Terapia).

¿Qué es la educación sexual?

Es el proceso vital mediante el cual se **adquieren y transforman**, formal e informalmente, **conocimientos, actitudes y valores** respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquéllos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso.

¿Qué es la consejería?

La consejería —también llamada asesoría u orientación psicológica— tiene como meta proporcionar elementos a las personas para enfrentar de mejor manera la tensión, encontrar medios realistas de resolver problemas y tomar decisiones informadas.

¿Qué es la terapia sexual?

Es un grupo de terapias desarrolladas para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Por lo general son una combinación de psicoterapia; tareas conductuales que el individuo o la pareja realizan. Tienen algunas características comunes; por ejemplo, una cuidadosa exploración de la causa de los problemas, concentrándose en síntomas, en las relaciones de pareja y entre géneros o bien en medio de un ambiente grupal.

Desarrollo Temático

1. El profesional de la salud ante la sexualidad

Aunque la sexualidad en sí no debería representar un problema, los condicionamientos sociales han causado que muchas personas y comunidades tengan dudas y preguntas respecto a esta importante área de la experiencia humana, por lo que con frecuencia se recurre al profesional de la salud para solucionarlas. Estos profesionales juegan un papel de primordial importancia en la manera en que las comunidades construyen su sexualidad debido a su posición de especial influencia dentro de la sociedad. Ahora que la sexualidad ha sido reconocida por los países que integran las Naciones Unidas como uno de los componentes de la salud integral del individuo, es necesario enfatizar y revalorar la función de los profesionales de la salud.

Para asumir la responsabilidad de informar es imprescindible tener conocimientos sólidos sobre sexualidad con objeto de responder correctamente, sin errores ni prejuicios a las necesidades y demandas de los consultantes —mujeres y hombres— que buscan atención e información sobre sexualidad en general, derechos sexuales y reproductivos, enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo VIH/SIDA y disfunciones sexuales, entre otros.

El papel de "juez" que con frecuencia asumen algunos profesionales de la salud ha causado muchos problemas en su desempeño, dañando a los y las usuarias de los servicios. Esta posición tal vez se deba a que su participación durante el periodo de gestación de un nuevo ser o en la orientación o prescripción de medicamentos para sanar las enfermedades les ha conferido el papel de dioses que controlan la vida y la muerte.

Estas conductas y actitudes afectan y son afectadas por las sociedades y los individuos, como parte de una fuerte herencia cultural plena de tradiciones, que en parte provienen de la formación del médico y de los profesionales de la salud. La población en general se queja a menudo de ser tratada como un número, de manera impersonal o deshumanizada o haciéndoles sentir que ellos tienen la culpa de sus enfermedades, especialmente si se trata de problemas relacionados con la sexualidad. Los profesionales de la salud no son ajenos a la forma en que las sociedades latinoamericanas han construido su sexualidad, colocándola como un tema oculto o difícil de abordar.

Por todo lo señalado anteriormente, el desconocimiento de la sexualidad puede provocar que el trato, la forma de conducir la entrevista y la historia clínica, sean equivocados y causen tensión entre ambos participantes (consultante y profesional del área de la salud). Además, con frecuencia las intervenciones no serán las adecuadas para atender correctamente a la persona que acude por ayuda y apoyo en lo físico, psicológico o simplemente en busca de información.

Los temas sexuales no se asocian únicamente a problemas físicos, sino también emotivos, de autoestima y de inseguridad, por lo que llegar a una consulta sobre sexualidad implica haber superado diversas dificultades individuales relativas al temor de ser maltratado(a), humillado(a), castigado(a) y estigmatizado(a), al ser juzgada la intimidad y la vida sexual.

Exponer de manera directa costumbres, hábitos y técnicas en materia sexual, puede provocar dos reacciones:

- En caso de recibir una buena orientación e información se motiva a la persona en la prevención y el cuidado de su propia salud y la de su(s) pareja(s) sexual(es).
- Si la persona consultante es rechazada, estigmatizada o criticada, esto puede motivar el rechazo total a la información preventiva y al cuidado de la salud propia y la de su(s) pareja(s) sexual(es).
- Por ello, el papel que juega el profesional de la salud a cualquier nivel es no sólo importante, sino fundamental: enfermeras(os), trabajadoras(es) sociales, consultoras(es), médicas(os), psicoterapeutas, psicólogas(os), psiquiatras, psicoterapeutas sexuales, infectólogos(as), ginecólogos(as), urólogos(as), en fin, cualquier especialidad y cualquier área son fundamentales para apoyar la salud de los individuos y las comunidades.
- Su papel de liderazgo en la comunidad y su ejercicio como promotores de lo que se llama "salud" conlleva la gran responsabilidad de adquirir un sólido conocimiento sobre sexualidad que les permita interactuar de manera eficaz, honesta y respetuosa con la sociedad a la que sirven.

2. Niveles de intervención

Al igual que en otras esferas de la vida, coexisten individuos y comunidades mejor informados y con menos conflictos, con otros cuya ignorancia en materia sexual es casi total o para quienes las circunstancias han conducido a que la sexualidad se convierta en una verdadera problemática.

Hay problemas graves y problemas leves, y en última instancia, hay cuestiones que podrían resolverse con acciones educativas. Conviene examinar cuáles pueden ser estos niveles de intervención.

Como ya se dijo anteriormente, un esquema útil es el descrito por el psicólogo Jack Annon en un modelo que adaptaremos y denominaremos EPICT:

E	Educación
P	Permiso
I	Información
C	Consejería
T	Terapia

Y que se resume en el esquema siguiente:

TODOS NECESITAMOS **E** EDUCACIÓN



MUCHOS NECESITAN **P** PERMISO E **I** INFORMACIÓN PARA ACTUAR



ALGUNOS REQUIEREN DE **C** CONSEJERÍA



POCOS REQUIEREN DE **T** TERAPIA



3. Educación

Cuando se mencionan las palabras "educación sexual", la mayor parte de la población, sea o no profesional, tiende a equipararlas con un proceso en el que propositiva y conscientemente se contestan preguntas y se proporciona información. Sin embargo, la educación sexual es:

"El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquéllos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso."

Esto significa, en pocas palabras, que todos hemos recibido una educación sexual, buena o mala, pero que ha configurado de alguna manera el modo en que experimentamos nuestra sexualidad. A su vez todos somos educadores de la sexualidad de otros y particularmente de nuestros hijos en cuanto padres de familia.

Además de la familia, hay personas e instituciones que, por su importancia dentro de la comunidad, intervienen en la conformación de la sexualidad de lo individuos. Entre éstos tenemos a los maestros, a ministros de cultos religiosos y, particularmente, a los profesionales de la salud. Una gran cantidad de encuestas realizadas en diversos países indican que los profesionales a quienes se desearía acudir para recibir información o ante dudas respecto de la sexualidad son los médicos. Desafortunadamente los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros, casi nunca han recibido, dentro de su formación profesional, la capacitación necesaria para actuar como educadores sexuales de la comunidad.

¿Cómo pueden los profesionales asumir esta responsabilidad? Un primer paso es conocer los procesos de la educación sexual. La educación sexual puede ser formal e informal.

Denominamos **educación sexual informal** a la que se da en forma no sistemática, como parte de la vida cotidiana y que generalmente no tiene propósitos conscientes. Sin embargo, es la más importante por sus efectos en toda la vida de las personas. Algunos ejemplos:

La forma en la que los padres o aquéllos que están cerca de un bebé viven su propia sexualidad, será transmitida a la criatura, dándoles una percepción de que la sexualidad es una experiencia agradable o negativa. Un padre que se acerca al tema de las relaciones sexuales con violencia necesariamente transmitirá el mensaje de la asociación entre sexualidad y violencia.

La manera en que son aceptadas o reprobadas las primeras exploraciones corporales de niños y niñas. Si existe en la familia vergüenza ante el propio cuerpo y nunca se nombra a los genitales, es poco probable que pueda formarse un sentimiento de aceptación del propio cuerpo y de las sensaciones que de él provienen, elementos indispensables para una plena salud sexual.

No dando respuesta a las primeras inquietudes infantiles respecto de las diferencias sexuales, o bien replicando en forma parcial y prejuiciosa. Así, si se dice que los niños tienen "algo" que "las niñas han perdido", se estará mostrando que se percibe a la mujer sólo en relación con el varón como un ser carente, reforzando así el modelo social de inequidad entre los géneros.

La escandalización de padres de familia ante el desnudo a pesar de la implícita aceptación de anuncios televisivos que utilizan la sexualidad como un gancho comercial.

La preferencia que se da a los varones para que asistan a la escuela, en tanto las niñas se quedan en casa para ayudar con los quehaceres domésticos.

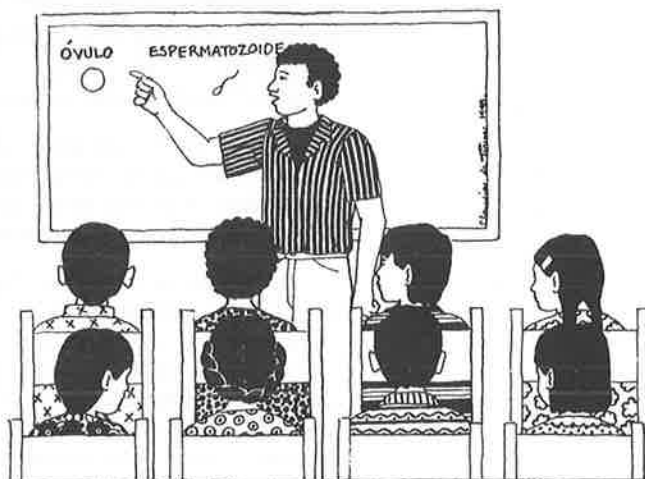
Los profesionales de la salud que riñen a los y las adolescentes que se acercan a ellos para pedir anticonceptivos o los farmacéuticos que se burlan de aquellos jóvenes que acuden a comprar condones.

En todos estos casos se está dando una educación sexual que transmite valores y actitudes negativas y que forma o deforma la personalidad. Para transformar esta educación es necesario darle propósitos, de este modo la educación sexual debe contribuir al bienestar, la autonomía y el desarrollo de los individuos y por lo tanto es necesario que sea oportuna, veraz, integral, libre de mitos y prejuicios, ya que en esta medida actuará como preventiva de problemas posteriores y conducirá a la salud sexual.

Existe otro tipo de educación, **la formal**, que es aquella impartida dentro del sistema escolarizado, ya sea mediante charlas o talleres, incluidas o no dentro del currículum. En algunos países como Colombia, forma parte obligatoria de la educación que se imparte en todas las escuelas, en algunos otros, existen materias como ciencias sociales y naturales que incluyen en sus contenidos algunos relativos a la sexualidad. Si bien es cierto que sería de gran conveniencia que en todos los países existiera educación sexual formal no puede sustituir la informal que se da en la familia y la comunidad. Por otra parte exige la capacitación de un amplio número de maestros (que en ocasiones no se encuentran pedagógica o emocionalmente preparados para responder adecuadamente).

Existe un tercer tipo, **la educación sexual no formal**, que consiste en cursos, charlas, talleres que se dan a diferentes públicos como pueden ser adolescentes, padres, maestros y personal de la salud. Generalmente responden a una planeación con objetivos y actividades específicos. En muchos casos, es a través de estos cursos que el personal de la salud recibe la formación necesaria para trabajar con la comunidad y a su vez transmiten conocimientos y actitudes a la comunidad.

Es claro que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de brindar conocimientos veraces con una actitud positiva y procurar que sus consultantes y las comunidades que atienden revisen críticamente y creen sus propios valores. Esto no significa que no tengan una posición propia al respecto, pero deben conocerla plenamente para impedir que interfiera en su tarea de orientadores comunitarios.





4. Cómo explorar la sexualidad

Antes de entrar a los siguientes niveles de intervención, es necesario examinar algunos modos de acercarse a la sexualidad de los consultantes. Como hemos comentado anteriormente, grandes grupos de nuestra sociedad han considerado ayer y hoy en día a la sexualidad como una parte ajena al individuo. Los profesionales de la salud no son, generalmente, la excepción y por tanto es raro el profesional de la salud que explora esta área en la relación con sus pacientes.

Sin embargo, tanto los profesionales como las comunidades y los individuos están cambiando su manera de abordar el tema. Los programas de radio y televisión, así como artículos y reportajes en revistas y diarios de gran difusión han colaborado a que estos temas puedan ser discutidos entre amigos y a veces dentro de la familia, haciendo en última instancia al público en general más capaz de identificar problemas relacionados con la sexualidad. De este modo se abre la posibilidad de que se planteen al profesional de la salud general y al especialista en particular cuestiones relativas a la sexualidad. Esto conlleva la necesidad de elaborar una historia clínica que se centre en esta área.

Por otra parte, los profesionales de la salud escuchan con frecuencia quejas poco específicas que bajo un interrogatorio más profundo pueden remitirse a problemas sexuales del individuo. Los profesionales que se ocupan de la salud integral de individuos y comunidades deben estar atentos a lo que se diga "entre líneas" para evitar eludir el tema.

Es conveniente que los profesionales de la salud aprendan a realizar una historia sexual básica y/o una historia sexual más profunda según lo requiera el caso.

Es de notarse que existe una considerable diferencia entre estos dos tipos de historia. Muchos profesionales pensarían que al hablar de historia clínica sexual nos referimos a aquéllas de gran extensión que preceden la atención especializada de algún problema. Si bien esas historias son necesarias, requieren de capacitación especial y demandan mucho tiempo para su elaboración.

Las historias clínicas extensas recogen material verdaderamente sorprendente por su abundancia y riqueza, y de allí parten las grandes directivas de la terapia; sin embargo, reconocemos que la gran mayoría de los profesionales de la salud carece del tiempo necesario para hacer una historia clínica sexual de esta naturaleza aunque tengan los conocimientos para hacerlo.

Llegamos pues al problema de cómo pueden el profesional de la salud y otros especialistas hacer una historia que les permita identificar la problemática sexual y relacionarla con el estado general de salud o enfermedad del consultante. En primer lugar debemos aclarar que una historia clínica sexual debe ser levantada dentro del contexto de la vida y personalidad total del consultante para que realmente sea significativa y por lo tanto no puede limitarse a la vida reproductiva o traducirse en una encuesta sobre prácticas coitales.

Este enfoque integral es más difícil, es cierto, pero es el único que a la larga es válido, ya que en muchas ocasiones arroja luz sobre cuestiones que a veces no parecen relacionadas con las áreas que se pretenden explorar.

Otro punto que es necesario considerar como uno de los elementos más importantes es al mismo profesional de la salud que hace la historia. Si siente escrúpulos ante esta actividad, vergüenza o asco, transmitirá invariablemente al consultante estas actitudes. Esto se refleja no sólo en el tono de voz y la facilidad de abordar el tema, sino también en la forma en que la exploración es conducida y por los términos que el profesional de la salud elige; por ejemplo, si el o la profesional de la salud usa el término "perversiones" para denominar algunas conductas, estará condenándolas de antemano. Si de alguna forma el o la consultante perciben que no se aprueba un tipo específico de conducta, será difícil que pueda discutirlo con nosotros.

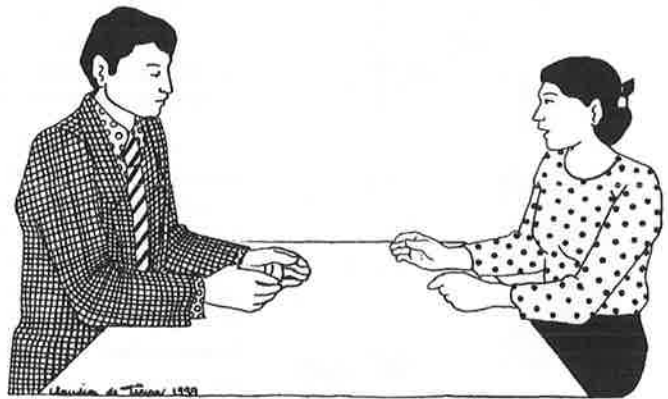
También es importante usar un lenguaje que pueda ser comprendido por el consultante, reconociendo y respetando el uso de términos del léxico popular. Por otra parte, es conveniente pedir al consultante que explique en sus propias palabras lo que quiere decir, ya que en ocasiones ella o él no usarán los términos con la precisión a que el profesional de la salud está acostumbrado y además los interpretará de otra forma. Éste es un peligro menos común en otras áreas. Sería difícil que un consultante se presentara diciendo: "doctor, tengo síntomas de colitis ulcerativa

crónica", pero es más posible que otra consultante si mencionara "no tengo orgasmos" y aquí sería indispensable escuchar atentamente la interpretación que el o la consultante confiere al término orgasmo.

No debemos perder de vista que en una historia clínica sexual se define el sistema de valores sexuales del individuo.

¿Qué va a averiguarse mediante este tipo de historia? Podemos inclinarnos por la recopilación gradual —a veces efectuada durante varias consultas— de una historia cronológica del desarrollo del paciente, que parta o que culmine con la situación actual del consultante.

O es posible elegir un enfoque menos estructurado pero que igualmente permita definir el funcionamiento actual, las actitudes y valores del individuo respecto de la sexualidad y el pasado que les dio origen.



Entre los temas alrededor de los cuales puede centrarse una historia se encuentran: los mitos y falacias sexuales existentes en la comunidad del consultante, los valores individuales o de la pareja, las experiencias sexuales, su educación o, más específicamente, disfunciones sexuales tales como eyacuación precoz, disfunción eréctil, dispareunia, disfunción general orgásmica femenina, etc., que con frecuencia serán objeto de consulta directa del individuo o la pareja.

Muchos pacientes nunca han tenido oportunidad de discutir algunas ideas que han escuchado y que los inquietan, tales como aquéllas relacionadas con la masturbación, el tamaño de los órganos, la frecuencia de su actividad coital, entre otras. Aquí, más que nunca, es necesario ser muy objetivo en las respuestas y utilizar las dudas como punto de arranque de la historia general.

Deben tomarse en cuenta factores como la orientación sexual y la edad; es muy diferente realizar la historia de una persona de 60 años que la de una adolescente de 15. Cada edad tiene características específicas; sin embargo, todo individuo tiene una forma particular de expresar su sexualidad y todas merecen respeto.

La consideración de los tópicos excedería la extensión de esta sección; no obstante, para facilitar la labor del profesional de la salud presentamos entre los ejercicios algunos modelos de historias clínicas.

El profesional de la salud que realice una buena historia clínica sexual descubrirá que no sólo ha recabado datos sino que ha tendido un puente de comunicación con el consultante que no se limitará únicamente al área sexual sino que acrecentará la confianza mutua de este irreductible binomio: profesional de la salud-consultante.

5. Información, comunicación y permiso

La comunicación es un elemento de vital importancia en todos los actos de la vida diaria. El proceso de la comunicación debe tomar en cuenta algunos factores, entre ellos:

La existencia de un *emisor* y por lo menos de un *receptor*; en segundo lugar, que el código que utilice el emisor —en este caso el profesional de la salud— sea entendible y vaya de acuerdo con el consultante.

La efectividad de la comunicación no depende del consultante sino del profesional de la salud, quien tiene la responsabilidad de colocarse al nivel del consultante. Esto significa utilizar el lenguaje de éste y las palabras familiares, de uso cotidiano, de acuerdo con su nivel educativo, entorno social, actividad o profesión. Deducimos que el lenguaje a utilizar por parte del profesional de la salud no puede ser técnico ni médico; además debe ser lo más claro posible. En caso necesario, traduciendo los términos médicos y técnicos a un lenguaje accesible, valiéndose de ejemplos que permitan una clara exposición de su mensaje. Es importante ser claros, directos y abordar el punto central que preocupa al consultante.





El profesional de la salud, durante su formación, ha creado los mecanismos de defensa necesarios para tomar la suficiente distancia con sus consultantes. Esto significa que los problemas del y la consultante no deben afectar su interrelación en su vida cotidiana; sin embargo, se corre el riesgo de que tales precauciones hagan aparecer al profesional de la salud como frío, cortante o poco humano. Tal situación es abordada por un nuevo enfoque humanista sobre la salud y la sexualidad, que nos propone una manera de aproximarnos a la enfermedad, la muerte, las disfunciones sexuales e inclusive al VIH/SIDA sin que interpongamos barreras entre consultante y profesional.

No hay consultante que no entienda, hay especialistas que no se dan a entender. Es una posición equivocada decir "no me entendió", el problema real es que no nos dimos a entender. Esto quiere decir que el o la profesional carece de capacidad para explicarse en el contexto socio-

económico de la o el consultante. No es lo mismo hablar entre colegas de la misma especialidad, que con personas ajenas a los tecnicismos y términos que comúnmente se manejan en la práctica profesional.

Es muy útil pensar que si el consultante fuera un familiar, un ser querido o incluso uno mismo, le gustaría recibir un trato respetuoso, atento y con el mayor cuidado que cualquier persona se merece. No hay que olvidar que el ser profesionales de la salud no significa estar a salvo de correr los mismos riesgos de salud en la vida cotidiana, especialmente si no se ponen en práctica las medidas preventivas que tanto se ponderan. El profesional de la salud puede en cualquier momento estar sentado del otro lado, consultando o padeciendo algún problema de salud sexual.

6. Consejería

Una de las intervenciones que está más a la disposición de los profesionales de la salud es la consejería, por lo que se dedicarán algunas páginas a explorarla enfatizando el modelo de la consejería en VIH/SIDA, pero que es igualmente aplicable a otros temas sexuales.

En numerosas ocasiones los profesionales de la salud de atención primaria se han encontrado ante la demanda de los usuarios de sus servicios por obtener información en torno al SIDA o a la infección por VIH. En algunos lugares, por ejemplo, el conocimiento de un caso de SIDA —persona que ha fallecido o algún portador—, o en ciertos casos haber incurrido en alguna práctica de alto riesgo de infección, como contacto sexual desprotegido, o la transfusión de sangre en situaciones

de emergencia —especialmente en lugares donde los niveles de información puedan garantizar este tipo de respuestas— han despertado la inquietud de la población por encontrar respuesta a sus preguntas, resolver sus dudas e inquietudes y disipar sus temores. Es común también observar que muchas personas acuden a la oficina local de prevención y cuidados del SIDA, referidos por algún hospital o centro comunitario de salud para aplicarse la prueba de los anticuerpos al VIH. En otros casos es indispensable la asesoría o acompañamiento para promover conductas sexuales más seguras, como una manera de prevenir la infección, o bien recibir atención a las necesidades psicológicas que responden al curso de la infección o a la aparición de síntomas en aquéllos que viven con VIH o con SIDA, o simplemente el médico que tiene que enfrentarse a resolver cualquier crisis psicológica en sus pacientes, provocada por la ansiedad, el temor o el miedo.



La consejería juega un papel importante en la satisfacción de las necesidades psicosociales de:

- Los afectados y los infectados.
- Aquellas personas que los rodean -familiares, amigos y compañeros;
- O bien aquéllos que proveen de cuidados a la salud -médicos, psicólogos, enfermeras, o
- Dispensadores de cuidados domiciliarios a pacientes enfermos, incapacitados en sus casas.

El término "consejería" proviene del inglés *counseling*, que se ha traducido y usado de distintas maneras -generalmente de manera incorrecta y contraria a los diccionarios actuales-, como aconsejamiento, labor de consejo, consejería, orientación, acompañamiento o bien asesoría psicológica. El consejero es quien brinda la consejería y el consultante es quien la recibe; entre ambos se establece una especie de diálogo, en donde el segundo expone, responde y reacciona y finalmente aprende a tomar decisiones, mientras el primero escucha, observa, provee información, facilita, en breve, actúa como un puente hacia la realidad.

Existen modelos de consejería, basados en las necesidades psicológicas de los consultantes. Es importante mencionar que mucha de la experiencia en consejería sobre la que se cimentó todo un cuerpo teórico en torno a la infección por VIH y el problema del SIDA provino de la atención dada a los enfermos terminales de cualquier enfermedad incurable, combinándola con terapias psicológicas individuales, de grupo o de pareja.

6.1 Definición

En la epidemia del VIH y el problema del SIDA las necesidades psicosociales de las personas han sido identificadas como una prioridad que requiere de una respuesta de salud pública sistemática y sostenida. Ofrecer apoyo psicológico a las personas que viven con VIH/SIDA, mantenerlos dentro de la sociedad y fortalecer su integración dentro de las estructuras sociales existentes es esencial para su salud y para proteger la salud pública y el interés social. Pero no todo termina aquí; la pandemia produce un amplio círculo de personas afectadas que necesitan apoyo psicológico y que son identificadas día con día, incluyendo familias, proveedores de cuidados de la salud y aquéllos que sufren de desgaste emocional.

La consejería cumple una doble función: la prevención y el apoyo.

La **prevención** que se busca a través de la consejería implica informar a la gente acerca de comportamientos sexuales más seguros y ayudarlos a evitar conductas que los expongan a la infección por VIH.

El **apoyo** brindado mediante la consejería ayuda a mejorar la calidad de vida a través de enfrentar mucho mejor los problemas físicos, emocionales y sociales derivados. Esto significa lidiar con la ansiedad, la abrumación y la exclusión social de cualquier tipo. La consejería puede ser individual o en grupo, e inclusive puede ser comunitaria. Es ofrecida como una parte de los servicios del sistema de cuidados de la salud locales, por grupos de base comunitaria, organizaciones no gubernamentales -incluyendo sociedades religiosas y espirituales- y por instituciones oficiales.



La consejería tiene como meta proporcionar elementos a una persona para que enfrente de mejor manera la tensión, encuentre medios realistas de resolver problemas y tome decisiones informadas.

6.2 Cualidades y habilidades personales del consejero

¿Quién puede ofrecer la consejería? Ésta es una pregunta crucial cuya respuesta se relaciona claramente con la manera como es percibida y definida en cada cultura. En muchos países existe confusión sobre el auténtico papel del consejero. Por lo general, la consejería es percibida como propia de la actividad de un trabajador de la salud, lo cual a menudo cuestiona la capacidad del gobierno para ofrecer suficientes consejeros profesionales que satisfagan todas las necesidades de los solicitantes.

Los consejeros son personas capacitadas para ayudar a otros a entender sus problemas, identificar y desarrollar soluciones y tomar sus propias decisiones. La consejería los obliga a estar con las personas, escucharlas hablar de sus problemas y miedos, ayudarlos a aumentar su propia autoestima y cuando sea necesario dar información **correcta, actual y útil** basada en lo que necesitan saber en ese momento.

El conocimiento de las técnicas de consejería y su uso permiten que una persona:

- Explique los datos de una manera clara y sencilla y proporcione información apropiada.
- Hable acerca de la sexualidad y el sexo de manera abierta y sin emitir juicios, para alentar a los consultantes a discutir libremente acerca de lo que hacen.
- Escuche y dé a los demás tiempo para hablar.
- Haga preguntas que no estimulen una respuesta específica sino que motiven a la otra persona a **decir más de lo que siente en otras condiciones**, dándole la oportunidad para pensar más acerca de su propia vida y su relación con los demás.
- Tenga empatía, lo que significa entender lo que otra persona siente acerca de su situación, sin imponer valores o ideas personales.
- Dé apoyo psicológico, permitiendo al otro identificar y explorar sus reacciones, sentimientos y emociones.
- Ayude al otro a tomar decisiones realistas y a descubrir maneras para ajustarse al cambio, valiéndose de sus propios recursos, personas y servicios;
- Establezca una relación de confianza y respete la confidencialidad.

6.3 Objetivos de la consejería

El Programa La Casa, un proyecto sobre VIH/SIDA en Colombia, enseña que la consejería contempla tres objetivos básicos:

- **Informar claramente** los aspectos relacionados con la infección por el VIH y el SIDA así como precisar el proceso de diagnóstico y su confiabilidad dependiendo de la fase de la infección.



- **Informar y explicar** aspectos sobre la confidencialidad y el manejo de la información.
- **Evaluar** las posibles reacciones del consultante frente a las implicaciones psicológicas y sociales de los resultados de la prueba; establecer los recursos propios y la red de apoyo con la que realmente cuenta el paciente.

6.4 Técnicas de la consejería

Una vez definidos los objetivos, una serie de técnicas pueden ser de utilidad:

- **Escuche activamente.** Preste atención a todo lo que dice, hace y exprese su consultante. Mantenga el contacto visual y afirme con la cabeza indicando que escucha y comprende.

Parfrasee y sintetice lo que la persona le ha comunicado, de acuerdo con lo que usted interpreta y entiende.

- **Realice preguntas eficaces.** Detrás de cada pregunta está la posibilidad de obtener información y facilitar la comunicación de sentimientos, actitudes y pensamientos. Haga siempre preguntas abiertas que le permitan explorar la mayor cantidad de información posible. Evite siempre preguntas cuya única respuesta sea un "sí" o un "no". Puede ser muy útil retomar el hilo de lo que la persona estaba expresando. Haga una pequeña síntesis que enmarque la pregunta abierta.
- **Facilite la resolución de problemas.** La asesoría es básicamente un espacio que facilita al consultante la resolución de problemas. Permita siempre que la persona exprese lo que le preocupa y/o confunde. Explore junto con él/ella alternativas de solución. Facilite la toma de decisiones analizando posibles temores u obstáculos. Recuerde que a pesar de la posible angustia del consultante, debe ser él/ella quien resuelva los asuntos problemáticos; usted está allí para facilitar este proceso.
- **Use adecuadamente el silencio.** El silencio es un herramienta de gran utilidad, que estimula los pensamientos y la reflexión. Permite asimilar sin interferencias las intervenciones que usted realice como asesor. A pesar de lo incómodo que puede llegar a ser un silencio prolongado, usted debe considerar en qué momento es útil en función del proceso.
- **Expresé lo que observa.** En una sesión de asesoría usted puede observar y sentir actitudes y maneras de interactuar típicas de su consultante en su medio externo. Si alguna de estas actitudes se plantea como problemática por parte de la persona, usted puede retomar la manera como ha actuado en la sesión y utilizarla como herramienta de análisis.
- **Informe clara y concisamente.** No olvide que algunos estados de ánimo pueden obstaculizar la asimilación de información. Si su consultante está muy angustiado o deprimido identifique en primera instancia estos sentimientos, antes de brindar cualquier información, ya que fácilmente puede perderse. Una vez que garantice algún nivel de tranquilidad, brinde la información clara, concisa y brevemente. Sea creativo.
- **Reformule.** Reformular lo que el consultante trae a su sesión lo ayuda a usted a clarificar, y a su consultante a concretar lo que le preocupa. Al lograr clarificar y establecer qué es lo prioritario a analizar, se empieza a hablar en los "mismos términos" y se facilita establecer una meta común durante las sesiones de asesoría.
- **Identifique y aclare.** La persona que llega a pedir ayuda puede estar confundida. Usted está allí para clarificar lo que él/ella le expresa. Puede trabajar sobre temores o inquietudes que la persona tiene. Cuando usted logra identificar los temores y lo que el consultante define como algo problemático, puede reducir notablemente la ansiedad.
- **Tranquilice.** Usted tranquiliza a su consultante cuando valida sus sentimientos y temores, cuando éstos son racionales y corresponden a una reacción normal. Expresé esto abiertamente. Puede informar y aclarar posibles ideas o conceptos erróneos que la persona maneje.
- **Sea sincero.** Es necesario que usted se convierta en un "puente" hacia la realidad. Más adelante veremos que la negación puede ser un mecanismo común frente a realidades dolorosas. Usted está allí para confirmar una realidad y para facilitar que la persona la acepte. Pero no olvide que la empatía es un requisito y que debe evaluar en qué momento la persona está un poco más fortalecida para empezar a trabajar en ello.
- **Confronte.** La negación y la distorsión de la realidad son reacciones típicas en momentos de crisis. Usted debe confrontar a su consultante con actitudes y comportamientos que pongan en juego su bienestar físico y psicológico o el de otros.



- **Mantenga el hilo.** Es función primordial del asesor mantener el hilo del discurso, ya que en ciertos estados afectivos es muy fácil que la persona se disperse.
- **Sintetice.** Al finalizar la sesión es conveniente que usted realice un breve resumen de lo que se discutió y lo que se concluyó. Si considera importante continuar con otro tema durante la sesión, es aconsejable que sintetice e introduzca el nuevo tema.

En otros casos la consejería se vuelve tan indispensable que la provisión de este servicio de manera individual resulta insuficiente, lo que ha llevado a pensar en una modalidad de consejería que relaciona a la comunidad en su conjunto, por supuesto, apoyado por un facilitador externo.

7. Terapia

El último nivel de intervención, el que menos personas requiere, es de la terapia, que la más de las veces requiere capacitación específica por parte del profesional; sin embargo, conviene que el profesional de la salud conozca los distintos tipos de terapias disponibles para problemas relacionados con la sexualidad. La siguiente lista no es exhaustiva pero incluye algunas de las más usuales en nuestro medio.

7.1 Psicoterapias breves

Estas psicoterapias pueden responder a distintas orientaciones teóricas como la conductual, la psicodinámica, de gestalt entre otras, pero su característica común es precisamente su brevedad temporal. Pueden ser utilizadas para realizar la llamada "intervención de crisis", que es necesaria cuando se presentan situaciones tales como abusos sexuales u otros eventos que requieren una rápida atención al problema.

Otras psicoterapias breves obedecen a una programación de un periodo concentrado en el tiempo o de lapsos intermitentes en los que, según las técnicas utilizadas se discuten los problemas, intentando, por lo general, que sea el consultante mismo quien con la guía y orientación del terapeuta encuentre las respuestas a sus problemas.

7.2 Psicoterapia psicoanalítica

En estas terapias se utilizan técnicas psicoanalíticas para entender el origen de los problemas que presenta el consultante, ya que se asumiría que todo problema tiene una raíz psicológica profunda que es necesario explorar para resolver la problemática presentada. Su duración puede variar desde algunos meses hasta años en las versiones más ortodoxas. Es conveniente hacer notar que se necesita conocer la corriente que el psicoanalista consultado maneja, ya que la orientación teórica determina la orientación terapéutica; así, si se considera que la homosexualidad es una "enfermedad" que requiere curación, hacia ese fin se orientará la terapia, en tanto que si se reconoce como una orientación sexual se trabajará con el consultante para que la asuma, si así lo desea, y para que pueda socializarla de una manera armónica para sí mismo.

7.3 Terapia sexual

Este es un grupo de terapias desarrolladas en los últimos treinta años específicamente para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Estas terapias por lo general son una combinación de psicoterapia, tareas conductuales que el individuo o la pareja realizan. Tienen, por lo general algunas características comunes:

- Se basan en una cuidadosa y detallada exploración del origen de los problemas para descartar las causas orgánicas.
- Se dirigen a la atención del síntoma (la disfunción) y evitan las interpretaciones sobre los orígenes remotos, en caso de existir.
- Exploran las interacciones de la pareja y las relaciones de género dentro de ella.
- Procuran atender a la pareja (hetero u homosexual) y no sólo al individuo. Esto puede ser hecho dentro de un contexto de la pareja misma o un ambiente grupal.

La terapia requiere, como antes se ha mencionado, capacitación muy específica de varios años de duración. Los profesionales de la salud poseen una excelente base para recibir esta capacitación, pero en ningún caso deben intentar este nivel de intervención sin la capacitación necesaria. Precisamente en esos casos es cuando deben derivar o referir a los especialistas. Sin embargo, debe hacerse notar que no todo psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra posee la capacitación para atender la salud sexual. Afortunadamente, cada día con más frecuencia, los cursos de especialización incluyen la amplia temática de la sexualidad. El terapeuta sexual es un especialista que ha realizado los estudios correspondientes y no sólo un médico o psicólogo que ha recibido cursillos o talleres aislados. Para encontrar los profesionales más idóneos se recomienda consultar con las múltiples asociaciones de sexología y educación sexual que existen en todos los países. Existen asociaciones afiliadas a la Federación Latinoamericana de Educación Sexual y Sexología en la mayoría de los países de la región.



Bibliografía

Asesoría en infección por VIH y SIDA. Bogotá: Programa la Casa.

"*Claves para el asesoramiento*". En: *Acción en SIDA*. No. 24, enero-marzo, 1995. AHRTAG.

Cameron Ch. "*Three kinds of needs. Medical needs. Psychosocial needs. Social welfare needs*". En: Mann J, Tarantola D, Netter T (eds.). *Providing Care. Part II. The Global Response. AIDS in the World. A global report.* Estados Unidos: Harvard University Press, 1992.

Corona E. *Cómo hacer una historia clínica sexual.* Trabajo mimeografiado, 1995.

Del Río C, Uribe P (eds.). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA.* México: CONASIDA, 1994.

Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Serie OMS sobre el SIDA 8. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

Nosotros: Recomendaciones para un VIH positivo. Grupo de Prevención SIDA. Cuba.

Rossi L. "*Necesidades psicológicas del paciente infectado*". En: *Boletín Mensual CONASIDA*. INDRE, vol. 4, núm. 11, 1990.

Solano O. "*Manejo de actitudes en la entrega de resultados. Ética y salud en Claves para el asesoramiento*". En: *Acción en SIDA*, núm. 24, enero-marzo, 1995. AHRTAG/Colectivo Sol.

"*Why counselling counts*". En: *Population Reports Series J*, No. 36, Vol. XV, No. 4, Diciembre 1987.



Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Definiendo términos*

Objetivo:

Distinguir entre motivación, promoción, información, educación y orientación.

Aplicación:

Individual.

Material:

Lápices.

Instrucciones:

Lea el siguiente texto:

DIFERENTES TIPOS DE INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL

MOTIVACIÓN / PROMOCIÓN

Esta intervención se efectúa a nivel general para promover la planificación familiar y la salud sexual. Por lo general se ofrecen datos acerca de los programas y servicios que ofrece una asociación o instituciones de salud.

Su objetivo es informar a los individuos, grupos o comunidades sobre los servicios existentes en dichas instituciones y los beneficios de los mismos. Utilizan generalmente la comunicación unilateral, llevando un mensaje que tendrá un resultado positivo y beneficioso para la población.

INFORMACIÓN

El propósito de esta intervención es proporcionar datos a la población sobre diferentes aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, tales como métodos anticonceptivos reversible e irreversibles, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, en forma honesta y clara, explicando los mecanismo de acción, formas de utilización, ventajas, desventajas, posibles complicaciones y riesgos de los mismos. Es ampliar conocimientos sobre la reproducción y la sexualidad.

El proceso de proveer información se confunde frecuentemente con orientación. Sin embargo, la información es generalmente un proceso de comunicación unidireccional que informa a los usuarios y consultantes en su esfera racional. Su objetivo es facilitar la toma de decisiones.

Existen diversas actividades informativas como charlas, conferencias, discusiones guiadas que pueden apoyarse con afiches, modelos pélvicos, folletos y otros materiales adicionales.

EDUCACIÓN

Va más allá de la entrega de información. Es una comunicación bidireccional para ayudar a los usuarios y consultantes a ampliar su conocimiento y entendimiento sobre diversos temas. La educación es el proceso de adquisición activa de nuevos elementos o habilidades relacionadas con la sexualidad, para lograr un cambio en las actitudes y comportamientos de los individuos.

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Es un contacto directo y privado con los usuarios y consultantes tendiente a permitirles hacer explícitas sus necesidades. Los usuarios y consultantes tienen un papel activo: participan, preguntan, exponen sus dificultades, expectativas y sus sentimientos.

A través de la orientación y consejería se clarifican dudas, se disminuyen temores, se disipan sus mitos o conflictos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, la sexualidad, las ETS/SIDA. También se brinda apoyo y seguimiento a aquellas personas que lo requieran.

Aunque promoción, motivación, información y educación son formas importantes de comunicación, solamente la orientación y la consejería aseguran que se consideren las circunstancias individuales, los intereses personales y los sentimientos de los consultantes que están tomando decisiones sobre su salud sexual poniéndolos en el centro del proceso.

Reflexione:

- ¿Qué tipo de intervención realiza usted con más frecuencia?
- ¿Qué capacitación se requiere para cada una de las intervenciones?, ¿tiene usted esa capacitación?
- Piense en algunos casos específicos que le hayan presentado sus consultantes. ¿Qué tipo de intervención han requerido?

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Entrevista e historia clínica sexual*

Nombre de la Institución _____

Nombre del paciente _____

Fecha ____/____/____

Datos Demográficos

Edad ____ Sexo ____ Estado civil _____

Escolaridad _____

Ingresos personales \$ _____ Ingresos familiares \$ _____

Religión _____

Ocupación _____

Análisis del Problema

Motivo de la consulta _____

Inicio del problema ____/____/____

El problema: ha aumentado disminuido se conserva igual

Curso del problema _____

Causa del problema _____

Enfermedad crónica: Sí NO ¿Cuál? _____

Medicamentos que toma _____

Otra(s) enfermedad(es) _____

¿Tiene pareja estable actualmente?: Sí NO Edad de la pareja _____

Núm. de parejas sexuales actuales _____

Tipo de unión:

Casados Viven juntos o no están casados No viven juntos

Otra _____

¿Tiene una relación estable sexual y amorosa actualmente?: Sí NO

Es una relación sin compromiso _____

¿Tiene más de una pareja?: Sí NO

¿Cuántas ? _____ Edades _____

Sexo(s) de sus pareja(s): Hombre(s) Mujer(es)

Tiempo de unión de la pareja _____

Disfunción sexual:

SÍ NO ¿Cuál? _____

Disfunción Sexual de la pareja: SÍ NO

¿Cuál? _____

Frecuencia actual de las relaciones sexuales _____

Frecuencia de las relaciones sexuales anterior al problema _____

Evaluación Erótica

Problemas en la fase de: Deseo Excitación Orgasmo

¿Desde qué edad practicó la masturbación? _____

¿Con qué frecuencia la practica actualmente? _____

¿Tiene o ha tenido algún problema con la masturbación?: SÍ NO

¿Cuál? _____

¿Qué piensa de la homosexualidad? _____

¿Qué piensa de la heterosexualidad? _____

¿Qué piensa de la bisexualidad? _____

¿Qué piensa de la castidad? _____

¿Alguna vez tuvo juegos o experiencias con personas de su mismo sexo?

SÍ NO ¿Fue agradable?: SÍ NO

¿Le causó alguna culpa u otro sentimiento? _____

¿Alguna vez tuvo juegos o experiencias con personas del otro sexo?

SÍ NO ¿Fue agradable?: SÍ NO

¿Le causó alguna culpa u otro sentimiento? _____

Desarrollo Erótico

¿A qué edad tuvo su primer recuerdo erótico? _____

¿Cómo fue? _____

¿A qué edad fueron sus primeras experiencias sexuales infantiles? _____

¿Cómo fueron estas experiencias? _____

¿Con quién fue la primera experiencia? _____

Edad de esta persona _____ sexo _____

¿Fue agradable?: Sí NO

¿Qué sentimientos le causó? _____

¿Tuvo alguna vez alguna experiencia sexual violenta sin su consentimiento?
Sí NO

¿A qué edad? _____ ¿a otras edades? _____

¿De qué sexo era esa persona? _____ ¿Quién era? _____

¿Qué sentimiento le causó esta experiencia? _____

¿Alguien lo supo o lo sabe? _____

¿Fue atendida(o) por esa razón?: Sí NO

¿Quién le atendió? _____

¿A qué edad tuvo su primera fantasía erótica? _____

¿La recuerda?: Sí NO ¿Fue angustiante?: Sí NO

¿A qué edad fue su primera caricia erótica? _____

¿Con quién fue? _____

¿Fue agradable?: Sí NO ¿Con quién fue? _____

Edad de esta persona _____

¿A qué edad fue su primer coito (penetración) vaginal o anal? _____

¿Fue agradable?: Sí NO ¿Con quién fue? _____

Edad de la persona con la que se relacionó _____ sexo _____

Ocupación _____

Desarrollo de identidad de género

¿Cuáles eran sus juegos infantiles? _____

¿Cuál era el papel o rol que más le gustaba jugar, el de niño o niña? _____

¿Por qué? _____

Identidad de género

¿Cuáles eran los juegos infantiles que más le gustaban de niño(a)?

¿Qué sentimientos tenía en su infancia respecto a su sexo biológico?

¿Qué sentimientos tenía en la pubertad y la adolescencia respecto a su sexo biológico?

¿Respecto a los demás se sentía diferente? _____

¿Podía relacionarse con los demás fácilmente? _____

Afectos

¿A qué edad tuvo su primer amigo? _____ ¿y amiga? _____

¿A qué edad sintió afecto por una persona? _____

¿Quién era? _____

¿A qué edad sintió amor por una persona? _____

¿Quién era? _____

¿Cuántos enamoramientos ha tenido a lo largo de su vida? _____

¿Quiénes eran? (escriba sus nombres) _____

¿Cuántos noviazgos ha tenido? _____

¿De qué sexo? Hombres Mujeres

¿Cuántos(as) amantes ha tenido? _____

¿De qué sexo? Hombres Mujeres

¿Cuántas veces se ha casado civilmente? _____

¿Cuántas veces ha vivido con una pareja estable? _____ ¿De qué sexo? _____

¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido fuera de la pareja estable? _____

¿Cuántas veces se ha enamorado de una persona fuera de la relación estable?

_____ ¿De qué sexo es? _____ ¿Lo sabe su pareja estable?: Sí NO

¿Ha contraído alguna enfermedad sexualmente transmisible?: Sí NO

¿Cuál(es)? _____

Si no sabe su nombre ¿cuáles eran los síntomas?

¿Cuántas veces ha tenido enfermedades sexualmente transmisibles? _____

¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado?

Usted _____

Su pareja _____

¿Qué edad tenía? _____ ¿Ha utilizado algún método de barrera?: Sí NO

¿Cuál(es)? _____

¿Se ha realizado la prueba de anticuerpos del VIH (ELISA)? Sí NO

¿Por qué? _____

¿Cree que está fuera de riesgo?: Sí NO

¿Por qué? _____

¿En los últimos 15 años ha tenido transfusiones de sangre, suero y sus derivados?: Sí NO ¿Por qué? _____

¿En los últimos 15 años ha utilizado el condón?: Sí NO

¿Por qué? _____

¿Ha intercambiado sus fluidos sexuales con otra persona sin protección del condón?: Sí NO ¿Por qué? _____

¿Ha tenido penetración en vagina, ano o boca sin condón?: Sí NO

¿Por qué? _____

Capacidad reproductiva

Qué sentimientos tuvo en sus siguientes cambios físicos y acontecimientos:

¿Qué sintió cuando tuvo su primera menstruación? _____

¿Alguien le informó al respecto antes de que esto sucediera?:

Sí NO

¿Quién? _____

¿Alguien le informó sobre su primera eyaculación antes de que esto sucediera?: Sí NO

¿Quién? _____

¿Qué sentimientos tiene sobre la paternidad o la maternidad?

¿Quiere tener hijos?: Sí NO ¿Por qué? _____

¿Ha planeado sus embarazos o los de su compañera?: Sí NO

¿Cómo? _____

¿Qué es lo que más le preocupa cuando tiene relaciones sexuales?

¿Puede evitar estos problemas para tener relaciones sexuales más placenteras?: Sí NO

¿Por qué? _____

¿Disfruta sus relaciones sexuales?

Sí NO Algunas veces Nunca

¿Por qué? _____

¿Cree tener algún problema de índole sexual que quiera arreglar?

SÍ NO ¿Cuál? _____

¿Su pareja tiene problemas sexuales?: SÍ NO

¿Ha tenido alguna enfermedad y quiere tratamiento especial?

SÍ NO

¿Por qué? _____

Describe a su padre

Describe a su madre

Describe a sus hermanos

Describe a su pareja

Describase a usted mismo(a)

Describe la relación que tiene con su padre

Describe la relación que tiene con su madre

¿En su familia se hablaba de sexualidad o cómo se comportaban ante este tema?

¿Tiene una familia estable?: Sí NO

¿Cuáles son los problemas de la familia?

¿Se siente deprimido(a)?: Sí NO

¿Tiene ansiedad?: Sí NO

¿Tiene resentimientos?: Sí NO

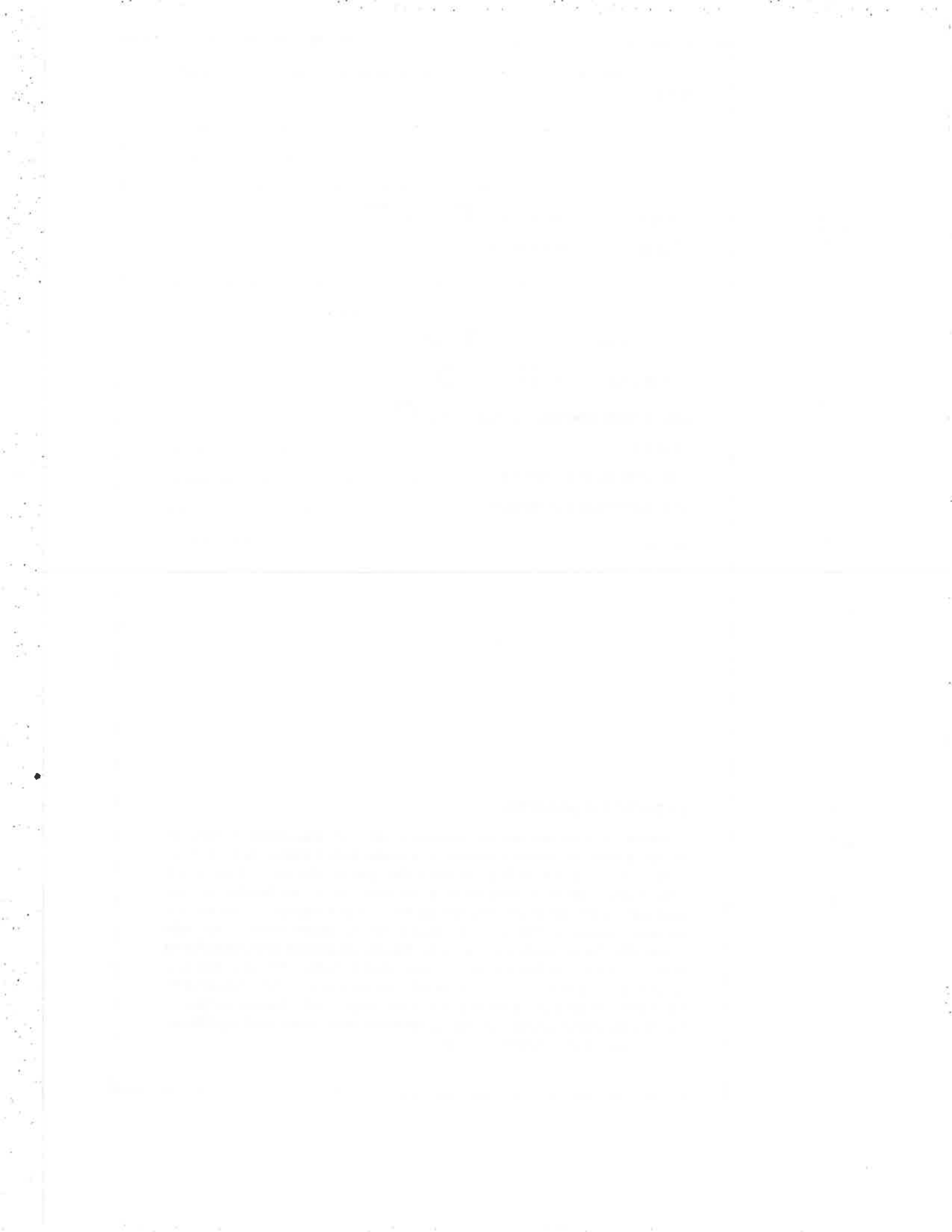
¿A qué? _____

¿Se siente autoderrotada(o)? _____

¿Tiene algo más que agregar? _____

El perfil del paciente

Generalmente los usuarios, sin importar edad, sexo, educación, orientación sexual o nivel económico tienen un común denominador que los hace homogéneos a pesar de la heterogeneidad que puedan tener. Este común denominador es muy importante y fundamental: es vulnerable, porque carece de salud y no se encuentra en sus mejores condiciones y los síndromes, es decir, signos y síntomas que manifiesta, lo hacen sentirse aún más vulnerable. Por lo común ellos ven al profesional de la salud con desconfianza y temor, pues éste representa una autoridad y dicha autoridad está precisamente en lo más apreciado de la vida que es la salud y el bienestar tanto físico como psicológico y social, por lo que cualquier información que pueda dar al consultante puede representar muchas cosas tanto en el significado de la salud como la calidad de vida.



ANEXOS

GUÍA DEL FACILITADOR
PARA ACTIVIDADES
GRUPALES

GUÍA DEL FACILITADOR PARA ACTIVIDADES GRUPALES

Objetivos

- Que el facilitador cuente con elementos pedagógicos para transmitir de forma grupal conocimientos, habilidades y reflexiones generadas por la obra.
- Que pueda utilizar su experiencia individual y la experiencia de su práctica profesional y social conjuntamente con la información y las reflexiones individuales que pueda haber motivado la lectura del manual.
- Que pueda planear y conducir sesiones formativas con apoyo en los documentos elaborados para esta obra.

Esta guía es un apoyo didáctico para la educación de la sexualidad. Es un auxiliar para la planeación, realización y evaluación de sesiones educativas. Ofrece ideas, sugerencias y recursos teórico-metodológicos para una mejor transmisión de información y experiencias en un ambiente que permita la interacción permanente de los participantes.

Presentación

Esta guía es un segmento complementario de "¡Hablemos de Salud Sexual!", ya que cubre la posibilidad de hacer de la experiencia educativa individual (mediante la simple lectura de los materiales y la realización de los ejercicios) una experiencia colectiva a través de una propuesta de trabajo grupal coordinada por un facilitador.

Reconocemos que la tarea de un facilitador en un trabajo grupal es complicada y de gran responsabilidad; por este motivo trataremos de dar algunas indicaciones para que el trabajo colectivo o grupal se lleve a cabo de manera eficiente.

Cabe aclarar que dentro de los procesos educativos es básico, para quien los conduce o facilita, no sólo conocer los temas que se aborden, sino también contar con elementos que le permitan planear, realizar y evaluar sus sesiones de trabajo educativo.

Una de las características que definen al paquete educativo es la necesidad de que se incorporen, en su ejecución, las diferencias individuales, así como los contextos sociales, culturales y geográficos, mismos que deberá considerar quien se haga cargo de la conducción. Esto quiere decir que debemos tomar en cuenta que todas las personas somos diferentes, procedemos y nos desenvolvemos en espacios diversos, tenemos distinta información y necesidades que resolver. Pensar que todos somos iguales es un primer obstáculo para desempeñar el trabajo.

Agradecimiento

A todas las organizaciones educativas e individuos que contribuyeron con su ingenio y creatividad con los ejercicios participativos y reflexivos, que acompañan las páginas de este Manual.

¿A quién va dirigido el Manual "¡Hablemos de Salud Sexual!", así como sus herramientas educativas?

A los trabajadores de la salud, médicos, enfermeras, promotores comunitarios, trabajadores sociales, educadores, de los distintos países de América Latina.

Por eso es aplicable en hospitales, clínicas, centros de salud, escuelas, casas de cultura, centros de reunión social, etcétera.

¿Para qué sirve el Manual "¡Hablemos de Salud Sexual!", así como sus herramientas educativas?

- Para obtener información y orientación con objeto de emprender un trabajo grupal.
- Para responder nuestras propias preguntas y dudas.
- Para facilitar el intercambio de información y experiencias entre la gente de nuestra comunidad.
- Para permitirnos recordar información olvidada.
- Para organizar sesiones educativas y así participar en el proceso de educación para la salud.

¿Qué es un facilitador?

Es una persona surgida de nuestra comunidad (compañero de trabajo, miembro de algún grupo social y/o asistencial, etc.) que debe tener la disposición y disponibilidad de hacerse cargo de la organización, conducción y evaluación de actividades educativas, preferentemente con alguna formación como docente. Sin embargo, también puede ser cualquier persona con talento para enseñar o conducir sesiones de enseñanza-aprendizaje. Su función es la de reunir a un grupo, trabajar con él algunos contenidos, alentar la comunicación de los participantes y, de ser posible, animarlos para que se conviertan a su vez en replicadores de los conocimientos e ideas contenidas en el Manual.

Su función es tan delicada, que no cualquier persona tiene la habilidad de realizarla. Las cualidades que se requieren pueden ser propias de la personalidad del sujeto o pueden haberse adquirido con ciertas prácticas parecidas; sin embargo, cabe recomendar que los facilitadores potenciales se pregunten: ¿serviré para facilitador? (ver Herramientas Educativas).

¿Qué cualidades debe tener un facilitador?

- Conocer la problemática que vive la población.
- Comprender el contenido de la información que va a socializar.
- Saber escuchar a los participantes.
- Ser discreto y con capacidad de mantener la confidencialidad.
- Ser amigable.
- Debe evitar juzgar a los participantes.
- Tener capacidad para comunicar sus conocimientos e ideas, para lo cual deberá usar el lenguaje apropiado al grupo.
- Ser honesto y saber reconocer los límites de sus conocimientos.
- Ser capaz de crear un ambiente de confianza en el grupo.
- Debe respetar las opiniones distintas a las suyas.
- Promover la participación de todos los integrantes del grupo.
- Ayudar al grupo a reconocer problemas y buscar soluciones.
- Reconocer y respetar los distintos tiempos que lleva a cada participante entender e incorporar lo aprendido, sin presiones.
- Ayudar a aliviar la tensión de los participantes en situaciones o momentos de miedo y angustia.
- Promover el respeto y tolerancia entre todos los participantes.
- Dar apoyo adicional (incluso extra-sesión) a los integrantes que lo requieran.

¿Qué funciones tiene un facilitador?

a) En la experiencia misma

- Poner a disposición de diversos trabajadores comunitarios una experiencia educativa que provea de información, espacios de reflexión, análisis y discusión, así como de ejercicios y dinámicas diversas que promuevan el desarrollo profesional y personal.
- Impulsar un proceso multiplicador entre los destinatarios primarios del Manual para que se conviertan, a su vez, en promotores del mismo en otros espacios institucionales o de sectores o grupos sociales.

b) En el impacto social

- Promover la educación sexual mediante la transmisión de conocimientos, la desmitificación de creencias, mitos y prácticas, la incorporación de formas distintas de mirar a las personas, su sexualidad y sus prácticas, la transformación de la propia vida sexual, la prevención de ETS y VIH/SIDA.
- Ofrecer condiciones suficientes en la interacción grupal para que los participantes, incluido el mismo facilitador, incorporen en su vida actitudes de respeto y tolerancia ante formas distintas de vivir la sexualidad, y asimismo desarrollen sensibilidad para dar un trato solidario y humano a los usuarios de los servicios de salud (sanos o enfermos) y sus familiares.

Entonces... ¿Qué tendrá que hacer un facilitador?

Cuando se realiza una acción educativa siempre hay un conjunto de intenciones propuestas que el facilitador promueve a través de su propia interpretación de la propuesta; es decir, un facilitador no es sólo un operador mecánico de las actividades, sino que se convierte en su intérprete; esto significa que llevará a cabo:

1. Análisis del grupo.
2. Identificación del contenido.
3. Formulación de las circunstancias de operación.

Con estos aspectos podrá hacer inicialmente una planeación de las sesiones que va a conducir.

- Es importante que conozca la composición del grupo, ya que es distinto trabajar con profesionales de la salud que con mujeres campesinas.
- La selección de los temas, su ordenación y las actividades a efectuar dependerán de:
 - La información previa que tenga el grupo.
 - El tiempo de que se disponga.
 - El espacio para las reuniones.
 - Los materiales que se pueden obtener y utilizar.
 - Los alcances u objetivos del trabajo.

Para que la planeación resulte más sencilla se presentan a continuación algunas ideas para elaborar una carta descriptiva que ayuda a sistematizar la información y observar la integralidad de la propuesta de trabajo.

¿Qué es una carta descriptiva?

Es un formato con diversas columnas encabezadas por los principales componentes de una actividad educativa. Sirve para organizar de manera visual el paquete y reconocer las actividades principales y los requerimientos de la sesión.

Formato de carta descriptiva

Tema	Violencia hacia la mujer.	
Objetivo	Conocer los principales planteamientos de la IV Conferencia Internacional de la Mujer respecto de la violencia.	
Procedimiento	Problematización de la violencia contra la mujer.	
Actividades	Lectura de alguna noticia que aborde una violación sexual u otro tipo de violencia contra una mujer.	Discusión acerca de los sentimientos de la mujer violada o violentada.
Material	Recorte de un periódico, tarjetas blancas y de otro color, lápices, hojas de rotafolio y plumones.	
Apoyos	Texto: Módulo 5: <i>Derechos Sexuales</i>	
Tiempo	15 min.	45 min.

Esta carta descriptiva es sólo un ejemplo de cómo se puede elaborar una. Se recomienda que sea retomada la idea de las columnas, aunque procedimientos y actividades pueden colocarse en una sola columna, así como materiales y apoyos.

El contenido que se introduzca en la carta será más general o más particular dependiendo de la precisión que desee alcanzarse. Por ejemplo, se puede hacer una carta descriptiva por cada módulo, o bien una para cada tema que se reconozca en cada módulo. En el primer caso es un documento más general, en el segundo será más específico.

En la medida en que se planifiquen las sesiones con más detalle, el facilitador estará menos expuesto a no saber qué hacer; sin embargo, no debe ser rígido en la realización, ya que en un momento particular puede haber interés del grupo por algún tema emergente que el facilitador podría dejar pasar por apegarse demasiado a su plan.

¿Qué hacer para que la experiencia educativa sea más rica?

Para que la interacción de los participantes sea más provechosa es necesario que el facilitador comprenda las condiciones de la experiencia educativa que va a enfrentar, por lo que conviene que se realice un:

Diagnóstico del grupo

1. ¿Quiénes son los participantes? Profesionales de la salud, trabajadores comunitarios, adultos, jóvenes y adolescentes, mujeres. Cada grupo requerirá un enfoque diferente.
2. ¿Cuál es el tamaño del grupo? Es recomendable que esté formado por un número de participantes no menor de 12 y 30 como máximo.
3. ¿Qué conocimientos previos tienen los participantes?, ¿qué tanto saben de los temas que se van a abordar?, ¿tienen conocimientos previos o es la primera vez que se ponen en contacto con la información?, ¿tienen experiencia profesional en el campo o es la primera vez que trabajan profesionalmente?

Puede haber una larga lista de fuentes que permitan conocer al grupo.

Calidad del aprendizaje

1. Podemos aprender un amplio conjunto de cosas en un esfuerzo personal y construir conocimientos en situaciones problemáticas concretas, pero también la interacción con otros sujetos es valiosa; es decir, la ayuda de otros. Así, el aprendizaje puede ser individual, social o grupalmente construido.

2. Las distintas concepciones de *aprender* pueden referirse a la simple memorización mecánica de información que se repite y fácilmente se olvida o a un *aprendizaje significativo* que se vincula sustantivamente con otros saberes de la persona, donde la realidad cobra un significado distinto a la luz del nuevo conocimiento. Dentro de este planteamiento la memoria puede ser sólo repetitiva o también comprensiva.

3. Es *memoria comprensiva* cuando la información pasa por un nivel de conciencia, se entiende su fondo, sus relaciones internas y externas.

4. En la medida en que el aprendizaje sea significativo y logre ser efectivamente utilizado por la persona que aprende estaremos frente a un *aprendizaje funcional* (Coll, C. 1987).

Recordemos que:

- Las personas aprendemos en muchos escenarios, bajo diversas y variadas circunstancias, en la relación con diferentes personas, con más o menos amplitud y profundidad.
- Existe la posibilidad de aprender ya sea por uno mismo o con ayuda de otros.
- Podemos aprender sólo de memoria o dando significado a lo que aprendemos.
- Podemos memorizar mecánica o comprensivamente.
- El conocimiento que nos es útil es funcional.

En la medida en que el facilitador logre incorporar estos aspectos en su trabajo educativo, los resultados serán más exitosos.

¿Cuáles son las fases del proceso educativo que hay que atender?

Hay diferentes momentos en el proceso educativo y en la medida en que se puedan cubrir, lo trabajado será de mejor calidad. Recordemos que el facilitador lleva la conducción consciente del proceso, y de él depende en buena medida el alcance de los objetivos de la actividad.

Es probable que no todos los objetivos se cumplan en una sola sesión; tal vez algunas actividades se aborden con mayor profundidad en algunos momentos que en otros, lo cual no constituye un verdadero problema. A continuación se presentan las fases del proceso educativo:

- **Fase de problematización.** Son situaciones de la vida real, de preferencia cercanas o conocidas por los participantes, que incluyen puntos de vista discrepantes o situaciones de difícil solución.
- **Fase informativa.** En ésta se presentan datos o informaciones más elaboradas y/o especializadas.
- **Fase de intercambio.** Los participantes reflexionan, discuten y dialogan, lo que representa una primera articulación entre información, opinión y vivencia.
- **Fase de elaboración.** De forma individual las experiencias de aprendizaje cobran significados particulares, específicos y valorativos distintos para cada participante.
- **Fase de consolidación.** Se puede argumentar la posición personal, compartir con otros, sacar conclusiones y probablemente hacer algunas generalizaciones.
- **Fase propositiva o de búsqueda de soluciones.** En la que con base en lo aprendido, el sujeto es capaz de ver el problema inicial de una manera diferente y es capaz de proponer soluciones y cambios.
- **Fase de cambio de actitudes.** Es de difícil detección inmediata, pero significa que el sujeto es capaz de modificar racionalmente sus conductas.

Tal como aparece en el ejemplo de carta descriptiva (ver arriba), el facilitador podrá planear las sesiones intentando abarcar el mayor número de actividades posible.

¿Cómo seleccionar las actividades?

En la selección de las actividades es conveniente preferir aquéllas en las que el participante tenga un papel activo; es decir, que pueda:

- Reconocer sus conocimientos o información, sus emociones y sus preferencias.
- Explorar sus ideas y encontrar o descubrir sus compromisos.
- Interactuar con la realidad.
- Interactuar con otros.
- Reconocer las diferencias planteadas por los otros participantes del grupo.
- Examinar otros contextos.
- Analizar *verdades supuestas* y *falsas creencias* de los diversos grupos sociales a que pertenece y de la sociedad en general.
- Enfrentarse a situaciones de éxito, crítica o fracaso sin que lo afecten.
- Reconsiderar sus esfuerzos iniciales.
- Encontrar el espacio para incorporar sus vivencias y expectativas.
- Ver procesos completos (exploración, información, reflexión, discusión, secuencias, vías de acceso y resultados o consecuencias).

Dicho de otro modo:

- El facilitador tiene el encargo de conducir un proceso educativo, apoyado en una propuesta elaborada.
- La propuesta educativa marca objetivos, contenidos y actividades, pero el facilitador hará su propia interpretación de ella.
- Al interactuar con un grupo, tendrá que considerar que todos los integrantes son diferentes, lo que le obliga a proponer condiciones de trabajo que armonicen y vitalicen las diferencias.

El proceso de la comunicación

En los apartados anteriores se menciona de manera reiterada la palabra "comunicación".

La comunicación es indispensable en toda interacción humana así como en las actividades vinculadas a este Manual. Sin comunicación las experiencias educativas individuales y colectivas no son realizables.

Hay distintos medios para comunicarnos, ya sea de forma escrita, por medio de la palabra oral, los dibujos y las viñetas, las ilustraciones y las artes, etcétera.

¿Qué tipos de comunicación existen?

La comunicación puede darse en una sola dirección, como es el caso de la radio: aunque el mensaje emitido puede despertar una reacción en el auditorio, ésta no se conoce por parte de quien emite dicho mensaje.

En un grupo este tipo de comunicación prácticamente no existe; la que se da con mayor frecuencia es la comunicación radial; es decir, aquélla que va hacia todos lados y toca a todos los asistentes, quienes pueden devolver su reacción en cualquier dirección; por lo tanto, el facilitador no debe molestarse cuando el grupo o algunos de sus miembros manifiesten alguna reacción, sino por el contrario, tratar de escuchar y sacar algo de provecho para todos.

¿Qué técnicas didácticas pueden usarse para activar los procesos de comunicación?

Este listado no es exhaustivo, pero contiene técnicas sumamente útiles.

Técnica	Uso	Material necesario
1. Exposición o conferencia.	Dar información especializada.	Texto breve, cuadros sinópticos, diagramas, pizarrón, rotafolios, cartulinas, esquemas, diapositivas, etc. (se puede usar uno o varios según se requiera).
2. Demostración.	Explicación de procesos, uso de materiales, desarrollo de habilidades.	Modelos, objetos concretos como condones.
3. Discusión en pequeños grupos o por equipos. Diálogos simultáneos. Corrillos (equipos de 4-6 personas).	Para agilizar la participación, dividir temas en sus partes, escuchar diferentes puntos de vista, promover la comunicación entre todos los participantes, etcétera. En interacciones más íntimas o cuando el grupo es muy pequeño. Para explorar una serie de saberes, ocurrencias, preocupaciones que tienen los participantes.	Preguntas, problemas o temas a desarrollar; papel y lápiz. Material para sistematizar (ver exposición).
4. Lluvia de ideas.	Es un ejercicio ideal para iniciar una sesión y permite procesos de selección, discriminación, jerarquización, clasificación, etcétera.	
5. Escenificaciones, psicodramas, sociodramas y simulacros.	Para vivenciar situaciones, sensibilizar, reconocer emociones, trabajar relaciones interpersonales, etcétera. El grupo se divide en dos: los actores y el auditorio o espectadores.	Cualquier objeto puede servir para que los participantes se disfracen, creen un espacio, etcétera. Se requiere aclarar a los actores cuáles son los papeles que van a desarrollar. Las circunstancias, diálogos, problematizaciones que sucedan serán espontáneas.
6. Trabajo individual.	Cuando se requiera hacer reflexiones y/o elaboraciones personales, reconstrucciones de vida, etcétera.	Papel y lápiz, eventualmente algún cuestionario o formato para ser llenado.
7. Sesiones plenarias (todo el grupo).	Para presentar avances o resultados de los equipos, sacar conclusiones grupales, etcétera.	Material para sistematizar (ver exposición).

¿Qué recursos se pueden utilizar?

- Historias, narraciones, leyendas.
- Collages o fotomontajes.
- Historias de vida personales.
- Presentación de problemas.
- Historietas o secuencias de dibujos.
- Películas, fotografías, ilustraciones.
- Cualquier objeto que pueda ser útil.

¿Qué material conviene tener?

- Materiales para escribir: hojas tamaño carta, tarjetas, lápices, crayones, plumones, cartulinas, hojas grandes, pizarra o rotafolios.
- Materiales para trabajar: plastilina, tijeras, revistas, pegamento, papeles diversos (de distintos colores, texturas, tamaños, etc.).
- Materiales de estudio: textos, artículos, instructivos.

Recomendaciones para llevar a cabo un programa de capacitación utilizando este Manual.

1. Actividades previas:

- Planificar el curso, taller o actividad.
- Convocar.

2. Realización de la capacitación (o programa).

La primera sesión:

Es de suma importancia, ya que en este momento los participantes definen su permanencia en todo el programa; es decir, si les parece que no cubre sus expectativas, no les simpatiza el facilitador, la composición del grupo o el contenido tal vez no regresen. Lograr en esta sesión un ambiente agradable y de trabajo permitirá un buen avance.

Asimismo, en esta sesión deben realizarse actividades para "romper el hielo" tales como la presentación individual de cada participante, ya sea de forma oral o con una composición gráfica (confección de un fotomontaje o collage) que contenga los datos principales que el participante quiera compartir (nombre, trabajo, interés por asistir al paquete, gustos, etc.).

Las sesiones posteriores:

Conviene realizar las siguientes tareas:

- Revisar lo ocurrido en cada sesión.
- Evaluar la articulación entre lo que pasó en la sesión anterior y lo que se propone para la siguiente sesión.
- Ajustar el plan de sesión.
- Acopiar y organizar los materiales requeridos.

Evaluación de las sesiones

¿Qué es?

Evaluar es constatar en qué medida logramos nuestros objetivos.

¿Quiénes evalúan?

No sólo corresponde al facilitador hacer el balance de logros y tropiezos; dicha tarea deberá hacerla con el grupo, así podrá incorporar sus opiniones.

¿Para qué sirve?

Para reconocer el avance del grupo, tanto en el manejo de información como en el proceso de interacción grupal y, lo más importante, qué cambio de actitudes se alcanzó. También sirve para mejorar nuestro trabajo, modificar el paquete y reconocer errores y aciertos.

¿Cuándo se realiza?

Es recomendable que haya una pequeña evaluación al finalizar cada sesión, pero si no es posible, no hay que dejar de hacerla al final de la capacitación.

¿Cómo se realiza?

Existen muchos modos de realizarla. Es recomendable la participación individual de cada asistente; sin embargo, ésta no se debe forzar, lo cual quiere decir que será voluntaria y hasta donde cada uno quiera hablar. Algunas preguntas que se pueden formular al grupo son: ¿te gustó?, ¿crees que aprendiste algo?, ¿crees que tuviste tiempo para cambiar algunas actitudes?, ¿cómo te pareció el trabajo? ¿cómo sentiste la conducción de la capacitación?, ¿cómo te sentiste en el grupo y cómo

te pareció su participación?, ¿qué crees que puedas aplicar?, ¿qué temas te parecieron más interesantes?, ¿cuáles actividades resultaron mejores?, ¿te gustaría participar como facilitador en un taller o curso semejante en tu comunidad?, etcétera.

También pueden realizarse evaluaciones escritas de conocimientos referentes al contenido, su presentación, las actividades, los materiales, la dinámica y el papel del facilitador.

**Esperamos que estas sugerencias les sean útiles;
su empleo será la mejor evaluación de nuestros esfuerzos**



Bibliografía

Aguirre ME y cols. *Manual de didáctica general*. México: UNAM-ANUIES.

Bruyn MH. *Facing the challenges of HIV, AIDS, STDs: a gender-based response*. Amsterdam: OMS, 1995.

Castle Ch, Filgueiras A. *Resource pack on sexual health and AIDS prevention*. Londres: AHRTAG, Hand in Hand NETWORK, 1993.

Coll C. *Psicología y Currículum*. Madrid: Paidós.

Educación sexual básica para profesionales de la salud. México: CONAPO, 1981.

Educación sexual básica para promotores de la comunidad rural. México: CONAPO, 1980.

Díaz-Barriga A. *Didáctica y currículum*. México: Nuevomar, 1989.

García A. *Medios audiovisuales para la comunicación educativa*. México: UNED, 1993.

Hermanus F. *Educación de adultos. Su metodología y sus técnicas*. México: Edicol, 1981.

La cacerola (edición especial), *La tribuna* No. 34, agosto, 1988.

León A. *Psicopedagogía del adulto*. México: S.XXI, 1973.

Kaleeba N. *AIDS homecare handbook*. Suiza: OMS, 1993.

Marchetti R y cols. *Guía de orientación para informadores*. México: CONASIDA, 1993.

Palomas S, Martínez D. *Del pizarrón al video*. México: Mexfam, 1993.

Rosas L y cols. *El maestro más allá del salón clases*. México: CEE.

Tyler R. *Principios básicos para la elaboración del currículum*. Buenos Aires: Troquel, 1970.

Ysunza A. "Propuesta de un programa de capacitación autogestiva para trabajadores de la salud comunitaria". En: *II Taller sobre alternativas de educación de adultos*. México: Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México y Fundación Friedrich Ebert, 1989.

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Clarooscuro de la profesión*

Objetivo:

Identificar la percepción personal que cada quien tiene de su quehacer diario. Esto incluye la detección de logros y obstáculos.

Aplicación:

Grupal e individual.

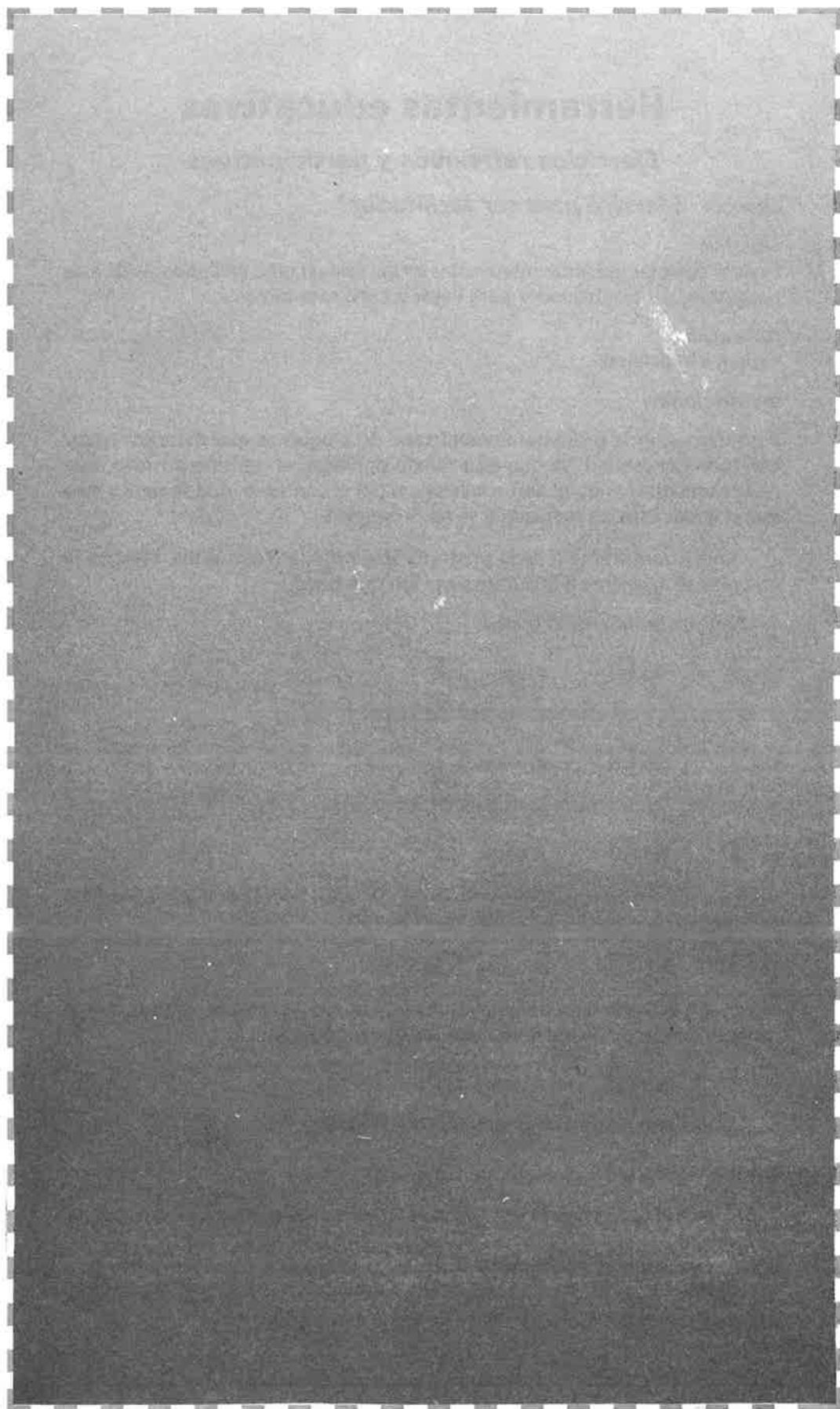
Material:

Cartulinas y plumones.

Instrucciones:

- A continuación se presenta una lámina en blanco, negro y diversos tonos de gris.
- Obsérvela bien y reflexione sobre su práctica profesional.
- Utilice los espacios en blanco para anotar los aspectos que considere positivos en su trabajo: satisfacciones, logros, situaciones gratificantes, ideales, alegrías, en fin todas aquellas situaciones que le han hecho sentirse bien.
- Utilice los tonos de gris, según su intensidad, para anotar sobre de ellos aquellos aspectos que le incomodan o que dificultan su trabajo y los espacios negros para anotar los aspectos problemáticos que se convierten en verdaderos obstáculos y desencantos y que influyen negativamente en su actuación profesional; es decir, que le han hecho sentirse mal.
- El matiz de sus percepciones quedará identificado con los distintos tonos; por lo tanto, es importante que reflexione muy bien antes de hacer sus notas.
- Haga un pequeño ensayo enlistando los distintos aspectos tanto positivos como molestos y negativos; después, trate de clasificarlos de acuerdo con la intensidad con la que repercuten en su trabajo.
- Ahora sí, ya está en la posibilidad de transcribirlos en su clarooscuro de forma más próxima a sus percepciones.
- Probablemente le falten espacios que enfatizen el tono de su percepción, si llegara a sucederle, divida los espacios amplios en dos o más fragmentos, para que quepan todas sus ideas.
- Está ahora frente a su propia imagen profesional.
- ¿Qué encontró?, ¿qué tanto ha dependido de usted alcanzar los espacios en blanco?, ¿qué ha hecho o puede hacer para resolver los grises oscuros y los negros?
- Busque respuestas a estas preguntas y anótelas.

HERRAMIENTAS EDUCATIVAS



Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: ¿Serviré para ser facilitador?

Objetivo:

Evaluar entre las personas interesadas en participar como facilitadores de este programa, sus posibilidades para llevar a cabo esta tarea.

Aplicación:

Grupal e individual.

Instrucciones:

A continuación le presentamos una serie de preguntas que debe contestar con toda honestidad, ya que esto puede significar, en sentido positivo, que realice una estupenda acción educativa, o por el contrario, que se sienta muy mal si no alcanza las metas que se ha propuesto.

Encontrará frente a cada pregunta tres posibles respuestas, marque la que más se aproxime a la autopercepción que tiene.

1. Me gusta compartir lo que sé.

Sí No A veces

2. Me resulta fácil elaborar síntesis de lo que se dice.

Sí No A veces

3. Escucho con atención lo que dicen los demás.

Sí No A veces

4. Frecuentemente se acercan a mí los compañeros o familiares y amigos para que les explique alguna cosa que no entienden.

Sí No A veces

5. Tengo paciencia para dar explicaciones y busco las mejores formas que se me ocurran para que me entiendan los que preguntan.

Sí No A veces

6. Cuando me cuentan algo, procuro no divulgarlo.

Sí No A veces

7. En general tengo buena relación con las personas con las que interactúo.

Sí No A veces

8. Cuando alguien tiene una opinión diferente de la mía procuro no enojarme.

Sí No A veces

9. Cuando alguien habla demasiado y/o se sale del tema sé ubicarlo en lo que estábamos.

Sí No A veces

10. Admito que hay cosas que no sé y puedo aprender de otros.

Sí No A veces

Bien, una vez que ha contestado las preguntas, cuente cuántas veces contestó "sí", cuántas "no" y cuántas "a veces".

Tabla de calificaciones	
<i>Las respuestas con</i>	<i>valen</i>
"Sí"	2 puntos.
"A veces"	1 punto
"No"	0 puntos.

Multiplique el número de preguntas de cada respuesta dada por el factor y luego súmelas.

- Es decir, si obtuvo cinco respuestas con "sí" tendrá 10 puntos.
- Si obtuvo tres respuestas con "a veces" tendrá 3 puntos.
- Si obtuvo dos respuestas con "no" tendrá 0 puntos.

TOTAL: 16 puntos de 20 es un buen puntaje.

Pero si obtiene menos de 12 puntos, será mejor que reflexione muy bien para valorar si realmente quiere hacer ese trabajo.

¡BUENA SUERTE!

Herramientas educativas

Ejercicios reflexivos y participativos

Nombre: *Educación Sexual Informal*

Objetivo:

Reconocer diversas maneras para llevar a cabo acciones de educación informal relativas a la salud reproductiva.

Aplicación:

Grupal e individual.

Instrucciones:

Queremos llevar a cabo en nuestra comunidad una campaña de apoyo a la lactancia materna o al uso de métodos anticonceptivos.

- ¿Qué información vamos a incluir?
- ¿Cómo la vamos a presentar? Si la población es mayoritariamente analfabeta ¿cómo tendrán que ser los mensajes?
- ¿De qué medios gráficos me puedo valer? Volantes, carteles, historietas, videos, etcétera.
- ¿Dónde los voy a colocar, distribuir o presentar?
- ¿Qué otras acciones apoyarán la propuesta educativa?

Defina las condiciones anteriores; después, de conformidad con sus consideraciones, elabore cuando menos uno de los medios que pensó.

Recuerde que:

- Un medio de este tipo sólo debe contener la información básica, la cual debe ser concisa y relevante. Carteles, volantes y otros impresos no se leen cuando tienen muchas letras.
- Busque ilustraciones, recortes, fotografías, etc. y/o realice dibujos, diagramas, esquemas que representen específicamente lo que quiere dar a conocer.
- Utilice sólo los textos indispensables con letras grandes y claras (legibles).
- El medio gráfico tiene que ser llamativo, use algo que impacte: colores, formas, etcétera.
- Enseñe el resultado de su trabajo a algunas personas y pregunte ¿qué les parece?
- Pregunte si les gusta, si lo leerían de encontrárselo en algún sitio, y ¿qué mensaje principal encuentran?
- Esta última actividad es una especie de evaluación; por lo tanto, también se pueden pedir sugerencias y opiniones.
- Reelabore su medio o piense en otros. Llévelos a su institución y valore su utilidad.

DIRECTORIO DE RECURSOS EDUCATIVOS Y DE CAPACITACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL

Este directorio contiene publicaciones, documentos y videos disponibles que pueden ayudar a aquéllos que trabajan en salud sexual. En la mayoría de los casos, y para facilitar la adquisición de los materiales, hemos colocado la dirección de las organizaciones que los producen.

Revistas

Acción en SIDA - Boletín Internacional sobre Prevención y Atención del SIDA. Colectivo Sol, A.C. Apartado Postal 13-320. 03500 México DF, México.

AIDS Captions en Español. Family Health International. Wilson Blvd., Suite 700. Arlington, Virginia 22201, USA.

Alternativas. Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe. The Population Council/Programa INOPAL III. The Population Council. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Escondida 110, Coyoacán. 04000, México DF, México.

NETWORK en español. Family Health International. Box 13950. Research Triangle Park. North Carolina 27709, USA.

POPULATION REPORTS. Population Information Program. The Johns Hopkins School of Public Health. Market Place, Suite 310. Baltimore MD, USA.

Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Isis Internacional. Casilla 2067. Correo Central. Santiago, Chile.

Salud Mundial. Revista de la Organización Mundial de la Salud. CH 1211 Ginebra 27, Suiza.

Salud Reproductiva y Sociedad. Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Camino al Ajusco 20. Pedregal de Santa Teresa. 10740 México DF, México.

SIDA/ETS Enfermedades de Transmisión Sexual. CONASIDA. Calzada de Tlalpan. 4585, 2o. piso. CP 14050, México DF, México.

SIDAMÉRICA. The Panos Institute. 1025 Thomas Jefferson St., Suite 105. Washington DC 20007, USA

Videos educativos

- Los mejores deseos (14 minutos).
- Música para dos (13 minutos).
- La paloma azul (11 minutos).
- Como cuates (21 minutos).
- El último tren (25 minutos).

Se pueden ordenar en: Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, A.C. Juárez 208, Col. Tlalpan. CP 14040. México DF, México.

Libros de consulta

Nafis Sadik. Estado de la Población Mundial. 1997. *El Derecho a optar. Derechos de procreación y salud de la reproducción*. Nueva York: UNFPA, 1997: UNFPA. 220 East 42nd Street, New York, NY, USA.

Pérez C, Rubio E (comps.). *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO, 1994. Tres volúmenes.

Aguilar JA, Mayén B (comps.). *Hablemos de sexualidad*. México: CONAPO/MEXFAM. *Lecturas*, 1997.

Estas publicaciones se pueden solicitar en: CONAPO. Ángel Urraza 1137, Col. del Valle. CP 03100, México DF, México y en MEXFAM. Juárez 208, Col. Tlalpan. CP 14040. México DF, México.

Ortíz-Ortega A (ed.). *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México: The Population Council/EDAMEX, 1994.

Esta publicación se puede solicitar en: The Population Council. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Escondida 110, Coyoacán. 04000, México DF, México.

Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. Family Care International. Nueva York: 1995.

Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para Todos. Family Care International. Nueva York: 1994.

Para solicitar ejemplares escriba a: Family Care International (FCI). 588 Broadway, Suite 503, Nueva York, NY 10012, USA.

Derechos Sexuales y Reproductivos. Los más humanos de todos los derechos. María Ladi Londoño E. Colombia: ISEDER, 1996.

Manuales y guías de capacitación

- **Capacitación de instructores para el desarrollo.** Washington DC: CEDPA, *Serie de Manuales de Capacitación de CEDPA*. 1995.
- **Diseño de proyectos para administradores de programas.** Washington DC: CEDPA, *Serie de Manuales de Capacitación de CEDPA*. 1995.
- **¡Elige un futuro! Temas y opciones para adolescentes.** Washington DC: CEDPA, 1996.
- **Género y Desarrollo.** Washington, DC: CEDPA, *Serie de Manuales de Capacitación de CEDPA*. 1996: 96 pp.
- **Supervisión.** Washington, DC: CEDPA, *Serie de Manuales de Capacitación de CEDPA*. 1996: 93 pp.

Para ordenarlos, escribir a: CEDPA. The Centre for Development and Population Activities. 1717 Massachusetts Avenue, NW, Suite 200, Washington DC, 20036, USA.

- **Guía para capacitadores en salud sexual.** Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental, 1992.

Lo puede solicitar en: IPPF/RHO. 902 Broadway - 10th Floor. New York, NY, 10010, USA.

- **Taller sobre género, salud y desarrollo. Guía para facilitadores.** Washington DC: Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1997.
- **Género, mujer y salud en las Américas.** Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1993.
- **Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.** Ginebra: OMS/Consejo Internacional de Enfermeras, *Serie OMS sobre el SIDA 3*. 1988.
- **Prevención de la transmisión sexual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.** Ginebra: OMS, *Serie OMS sobre el SIDA 6*. 1990.
- **Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH.** Ginebra: OMS, *Serie OMS sobre el SIDA 8*. 1991.

Se pueden solicitar en: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 525 Twenty-Third Street, Washington DC, 20037, USA.

Matamala MI, Maynou P. **Salud de la mujer, calidad de la atención y género. Guía para la realización del curso taller.** Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, 1996.

Escriba a: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social. Brown Norte 379, Nuñoa. Santiago, Chile.

Catálogos y directorios

Catálogo de material educativo. Reunión de Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. UNFPA/Seguridad Social. Costa Rica, 1997.

Instituciones de salud sexual y reproductiva del adolescente en América Latina. Inventario 1997. UNFPA. 220 East 42nd Street, New York, NY 10017, USA.

Materiales educativos sobre salud sexual juvenil. Catálogo Latinoamericano y del Caribe. MEXFAM. Juárez 208, Col. Tlalpan. CP 14040. México DF, México.

Promover la salud sexual en América Latina y el Caribe. Directorio de recursos y de organizaciones. Colectivo Sol, A.C. Apartado Postal 13-320. 03500 México DF, México.

HOJA DE EVALUACIÓN

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) nos gustaría conocer la opinión de los usuarios del Manual **iHablemos de Salud Sexual!** Sus comentarios y sugerencias podrían ser incorporados en futuras ediciones de esta publicación. Le rogamos completar el formato de evaluación que se encuentra a continuación y enviarlo por correo a:

Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.
Michoacán 77, Col. Condesa - México, DF 06140
Tel. 286 4059. Fax. 286 0789

1. ¿Cuál(es) de los módulos de este Manual le parece(n) más útil(es)?
(Marque con una cruz en el recuadro de la izquierda).

- Módulo 1: *Sexualidad y Desarrollo Humano*
- Módulo 2: *Sexualidad y Género*
- Módulo 3: *Temas Selectos de Salud Reproductiva*
- Módulo 4: *VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*
- Módulo 5: *Derechos Sexuales. Dos Desafíos: Diversidad Sexual y Violencia Sexual*
- Módulo 6: *Atención de la Salud Sexual: Educación e información, Consejería y Terapia*

2. ¿Cuáles de los ejercicios participativos y de reflexión le resultaron más útiles?
(Marque con una cruz en el recuadro de la izquierda).

Del módulo 1: *Sexualidad y Desarrollo Humano*

- 1. La historia de Elena
- 2. El adolescente que fui

Del módulo 2: *Sexualidad y Género*

- 1. Acomodando papeles o roles
- 2. "Mi experiencia como mujer, mi experiencia como hombre"

Del módulo 3: *Temas Selectos de Salud Reproductiva*

- 1. ¿Cómo es mi cuerpo?
- 2. ¿Tienes la respuesta?

Del módulo 4: *VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*

- 1. ETS...Lotería
- 2. Así se usa correctamente el condón

Del módulo 5: *Derechos sexuales. Dos Desafíos: Diversidad Sexual y Violencia Sexual*

- 1. Palabras...palabras
- 2. Estrujamiento
- 3. Dime qué se vale

Del módulo 6: *Atención de la Salud Sexual: Educación e Información, Consejería y Terapia*

- 1. Definiendo términos
- 2. Entrevista e historia clínica sexual

De la *Guía del Facilitador*

- 1. Reflexionando sobre nuestra profesión
- 2. Claroscuro de la profesión
- 3. ¿Serviré para facilitador?
- 4. Educación sexual informal

3. ¿Qué parte del manual ha utilizado en su trabajo cotidiano?

Dé un ejemplo:

He reproducido o adaptado alguna parte. Dé un ejemplo:

He usado el manual de otra forma. Dé un ejemplo:

No lo he usado.

4. ¿Hay algunos módulos o parte de éstos que ha omitido? ¿Cuáles?

5. ¿Tiene comentarios, críticas o recomendaciones qué hacer?

6. De los siguientes cargos, ¿cuál es el que mejor le describe?

- Encargado de programas
- Grupo encargado del proyecto
- Maestro
- Médico/enfermera(o)/trabajador de la salud
- Trabajador social
- Académico
- Consultor
- Funcionario de gobierno
- Miembro de una ONG nacional
- Miembro de una ONG internacional
- Funcionario de Naciones Unidas
- Otros: _____

7. Es: Hombre Mujer

8. País _____

9. Nombre y dirección:

Nombre completo _____

Organización _____

Dirección _____

HOJA DE EVALUACIÓN

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) nos gustaría conocer la opinión de los usuarios del Manual **iHablemos de Salud Sexual!** Sus comentarios y sugerencias podrían ser incorporados en futuras ediciones de esta publicación. Le rogamos completar el formato de evaluación que se encuentra a continuación y enviarlo por correo a:

Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.
Michoacán 77, Col. Condesa - México, DF 06140
Tel. 286 4059. Fax. 286 0789

I. ¿Cuál(es) de los módulos de este Manual le parece(n) más útil(es)?
(Marque con una cruz en el recuadro de la izquierda).

- Módulo 1: *Sexualidad y Desarrollo Humano*
- Módulo 2: *Sexualidad y Género*
- Módulo 3: *Temas Selectos de Salud Reproductiva*
- Módulo 4: *VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*
- Módulo 5: *Derechos Sexuales. Dos Desafíos: Diversidad Sexual y Violencia Sexual*
- Módulo 6: *Atención de la Salud Sexual: Educación e información, Consejería y Terapia*

2. ¿Cuáles de los ejercicios participativos y de reflexión le resultaron más útiles?
(Marque con una cruz en el recuadro de la izquierda).

Del módulo 1: *Sexualidad y Desarrollo Humano*

- 1. La historia de Elena
- 2. El adolescente que fui

Del módulo 2: *Sexualidad y Género*

- 1. Acomodando papeles o roles
- 2. "Mi experiencia como mujer, mi experiencia como hombre"

Del módulo 3: *Temas Selectos de Salud Reproductiva*

- 1. ¿Cómo es mi cuerpo?
- 2. ¿Tienes la respuesta?

Del módulo 4: *VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*

- 1. ETS...Lotería
- 2. Así se usa correctamente el condón

Del módulo 5: *Derechos sexuales. Dos Desafíos: Diversidad Sexual y Violencia Sexual*

- 1. Palabras...palabras
- 2. Estrujamiento
- 3. Dime qué se vale

Del módulo 6: *Atención de la Salud Sexual: Educación e Información, Consejería y Terapia*

- 1. Definiendo términos
- 2. Entrevista e historia clínica sexual

De la *Guía del Facilitador*

- 1. Reflexionando sobre nuestra profesión
- 2. Claroscuro de la profesión
- 3. ¿Serviré para facilitador?
- 4. Educación sexual informal

3. ¿Qué parte del manual ha utilizado en su trabajo cotidiano?

Dé un ejemplo:

He reproducido o adaptado alguna parte. Dé un ejemplo:

He usado el manual de otra forma. Dé un ejemplo:

No lo he usado.

4. ¿Hay algunos módulos o parte de éstos que ha omitido? ¿Cuáles?

5. ¿Tiene comentarios, críticas o recomendaciones que hacer?

6. De los siguientes cargos, ¿cuál es el que mejor le describe?

- Encargado de programas
- Grupo encargado del proyecto
- Maestro
- Médico/enfermera(o)/trabajador de la salud
- Trabajador social
- Académico
- Consultor
- Funcionario de gobierno
- Miembro de una ONG nacional
- Miembro de una ONG internacional
- Funcionario de Naciones Unidas
- Otros: _____

7. Es: Hombre Mujer

8. País _____

9. Nombre y dirección:

Nombre completo _____

Organización _____

Dirección _____



¡HABLEMOS DE SALUD SEXUAL!

*Manual para profesionales de atención primaria de salud.
Información, herramientas educativas y recursos*

se terminó de imprimir en el mes de enero del 2000 en los talleres de
GM + PRODUCCIONES. José Sotero Castañeda 599, Col. Vista Alegre, C.P. 06860,
México, D.F. Tels. 5740 2848, 5687 7232 y 5682 2381.
El tiraje, de 3000 ejemplares, estuvo al cuidado de Francisco Rosas.



Salud Sexual, derecho de todos y todas.
Responsabilidad social.



Organización
Panamericana
de la Salud



Asociación Mexicana
de Educación Sexual