

Hablemos de sexualidad:

guía didáctica





Hablemos de sexualidad:

guía didáctica

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Enrique Peña Nieto
Gobernador Constitucional del Estado

Consejo Estatal de Población

Luis Enrique Miranda Nava
Secretario General de Gobierno
y Presidente del Consejo Estatal de Población

Patricia Chemor Ruiz
Secretaria Técnica del Consejo Estatal de Población

Primera Edición: Julio de 2010

Hablemos de sexualidad: guía didáctica

D.R. © 2010

Gobierno del Estado de México
Palacio del Poder Ejecutivo,
Av. Sebastián Lerdo de Tejada Poniente No. 300,
Col. Centro, Toluca, Estado de México.
C.P. 50000.
www.edomex.gob.mx

Consejo Estatal de Población
Paseo Vicente Guerrero No. 175,
Col. Vicente Guerrero,
Toluca, Estado de México.
C.P. 50120.
www.edomex.gob.mx/coespo

Diseño y producción: Consejo Estatal de Población

La reproducción parcial o total de este
documento podrá efectuarse mediante
autorización expresa de la fuente y dándole
el crédito correspondiente.

Impreso y hecho en Toluca.

Número de autorización del Consejo Editorial
de la Administración Pública Estatal
CE: 202/1/01/10

Índice

Presentación

Introducción

Módulo 1 Hacia una educación integral de la sexualidad

- Tema 1. La importancia de la educación sexual integral
- Tema 2. La educación de la sexualidad y la educación en población en el contexto de la política de población
- Tema 3. La educación sexual integral en el ámbito escolar
- Tema 4. Enfoques y métodos en la educación sexual
- Tema 5. La construcción de la ética y los valores sexuales
- Tema 6. El marco legal de la educación sexual en México
- Tema 7. La facilitación grupal en el proceso de la promoción de la educación sexual

Módulo 2 La sexualidad como construcción social y los derechos sexuales

- Tema 1. Marco conceptual: conceptos básicos
- Tema 2. El modelo de Holones y la sexualidad como construcción social
- Tema 3. La reproductividad
- Tema 4. El género
- Tema 5. El erotismo
- Tema 6. La vinculación afectiva
- Tema 7. La ciudadanía y los derechos relacionados con la sexualidad

Módulo 3 La adolescencia y la juventud como etapas del curso de la vida

- Tema 1. Los cambios en la pubertad
- Tema 2. La adolescencia como fenómeno psicosociocultural
- Tema 3. La sexualidad y la juventud
- Tema 4. El marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes
- Tema 5. Los derechos sexuales de las y los jóvenes

Módulo 4 Las situaciones de riesgo que afectan a la salud sexual

- Tema 1. Embarazo adolescente
- Tema 2. Infecciones de transmisión sexual
- Tema 3. Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Módulo 5 Acciones y estrategias para promover la salud sexual

- Tema 1. La cultura preventiva y el autocuidado
- Tema 2. Mejorando nuestra salud sexual y reproductiva: métodos anticonceptivos
- Tema 3. Sexo seguro y sexo protegido
- Tema 4. Tecnologías de la información, cultura de masas y sexualidad
- Tema 5. Vámonos respetando: reconozcamos nuestras diferencias, hablemos de la diversidad sexual

Fuentes consultadas

Anexos

- Lecturas
- Actividades



Presentación

La inclusión de la salud sexual y reproductiva¹ en el desarrollo de los habitantes se vuelve necesaria en el contexto de la política de población mundial y local. Las acciones que se han realizado, en este sentido, en las últimas décadas, han marcado pautas importantes en la estructura demográfica contemporánea, permitiendo, a su vez, vislumbrar sus tendencias y dirigir de esta forma las acciones en el corto, mediano y largo plazo que atiendan las necesidades de los grupos vulnerables.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), coinciden en que la educación en población² es una herramienta medular para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, en donde la salud sexual y reproductiva involucra directamente a cuatro de los ocho objetivos: Igualdad entre los géneros; Reducir la mortalidad de los niños; Mejorar la salud materna; y Combatir el VIH/SIDA.

La concepción global de la condición humana ha ampliado el umbral hacia diferentes lineamientos a seguir y sus respectivas metas cuantitativas con la intención de contribuir a alcanzar una mejor condición humana local. En este sentido, los gobiernos, en sus diferentes ámbitos, coordinan esfuerzos, a través de las políticas poblacionales, para hacer frente a los retos demográficos contemporáneos. En el caso de México, la materialización de los esfuerzos se centra en el seguimiento de sus planes de desarrollo y programas de acción a nivel nacional, estatal y municipal.

En consecuencia, el Gobierno del Estado de México, a través del Consejo Estatal de Población (COESPO), en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), lleva a cabo acciones encaminadas a la prevención de la salud sexual y reproductiva por medio de la consolidación de una cultura demográfica en la entidad.

Uno de los campos de coincidencia institucional es la salud sexual y reproductiva, misma que, desde un punto de vista sociodemográfico, incide directamente en el volumen, crecimiento y estructura poblacional, ya que se encuentran inmersas dimensiones como la fecundidad, el inicio de la vida reproductiva, preferencias reproductivas, prácticas anticonceptivas, salud materna, mortalidad infantil, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, entre otros. Dimensiones que son sujetas a cambios en su comportamiento mediante estrategias de prevención y concientización a los tomadores de decisiones, tanto en el ámbito público (diseño y aplicación de políticas poblacionales), como individual a través de la educación en población, especialmente al grupo de edad más vulnerables, la población joven³.

La presente publicación es un instrumento y área de oportunidad para coadyuvar, por un lado, a complementar el conocimiento integral de la salud sexual y reproductiva, por otro, estimular la toma racional de decisiones públicas e individuales y, por último, facilitar el diseño y aplicación de la política de población y descentralización de la política demográfica considerando la heterogeneidad de circunstancias al interior del Estado de México. Cabe hacer mención que este trabajo es el resultado de la coordinación interinstitucional en ánimos de dar puntual seguimiento y cumplir las metas marcadas en los diferentes planes y programas de la administración pública, así como, por los objetivos del desarrollo del milenio, manteniendo de esta forma la congruencia de las políticas poblacionales de orden nacional, estatal y municipal.

Este documento forma parte del material de apoyo en la reproducción e impartición en el Estado de México del taller Hablemos de Sexualidad, en el que gran parte del texto fue compilado del curso del mismo nombre impartido por el CONAPO en 2009, material que ha sido liberado con esta intención. De éste se complementaron las singularidades en la entidad, enriqueciendo así el contexto temático del facilitador.

Si bien, este trabajo no se debe considerar como material exhaustivo en la materia; tampoco es la intención de formar comportamientos, preferencias ni conductas sexuales o de cualquier otro tipo; no pretende ser una guía de valores morales, de cuidados personales, de sexualidad o potencializar placeres; si pretende, entonces, brindar la oportunidad de reflexionar y proponer acciones que contribuyan a incentivar la salud sexual y reproductiva de la población joven, difundir información y estimular la toma racional e informada de decisiones,

Claro está que, por la naturaleza propia de la materia, puede existir subjetividad o relatividad en los temas expuestos, debido a la heterogeneidad de valores, costumbres, religiones, puntos de vista, por lo que se sugiere que el lector sea sensible a diferentes valores y culturas, así como adoptar una postura crítica y de respeto hacia el contexto sociocultural en el que se encuentra inserto.

¹ La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Entraña, además, la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad; la eliminación de la violencia doméstica y sexual, que afecta la integridad y la salud; el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer - CCMM y Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - CIPD).

² El término de Educación en Población surge de la preocupación de especialistas y sectores gubernamentales en la declinación de la tasa de crecimiento poblacional de la década de 1930 en Suecia y Estados Unidos, en la siguiente década, demógrafos sugirieron la incorporación de temas en población en los planes de estudio. Sin embargo, a partir de la década de los años de 1970, el Programa de Educación en Población de la UNESCO colaboró con los países de Latinoamérica y el Caribe en la organización y desarrollo de proyectos y actividades orientados a incorporar los asuntos de población en los planes y programas de estudio, esperando cumplir dos objetivos: contribuir al logro del plan de mediano plazo en la década 1984-1989 fijada por la UNESCO, mejorando los contenidos de la educación y los métodos educativos; por el otro lado, emprender actividades educativas que favorezcan una mejor comprensión del papel que desempeñan los fenómenos de población en el desarrollo integral de las naciones. Por tanto, la Educación en Población apunta a procesos educativos dirigidos a informar a las personas para la mejor comprensión de la naturaleza, causas e implicaciones de los fenómenos poblacionales, tanto individuales como en lo colectivo, y su influencia sobre el desarrollo social, por tanto es: transformación, orientación de comportamientos y actitudes, sus consecuencias, y como agente preventivo y concientizador individual.

³ La Organización Mundial de la Salud, WHO por sus siglas en inglés, sugiere que la educación sexual y reproductiva que requiere la población joven es diferente a la de los adultos, por lo que es necesario conocer la información que necesitan y hacérselas llegar para asumir responsablemente su comportamiento sexual y ayudarlos a su salud y a la protección de su salud sexual y reproductiva. A nivel mundial, casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de las enfermedades en la adultez, están asociadas con condiciones o comportamientos que iniciaron en la juventud, incluyendo el tabaquismo, falta de actividad física, sexo sin protección o exposición a hechos violentos. El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, son mucho mayor en la adolescencia que en mujeres de mayor edad. Se estima que el 45% mundial de las nuevas infecciones de VIH ocurrieron en jóvenes entre 15 y 24 en el año 2007. Promover prácticas saludables durante la adolescencia y esfuerzos para advertir de los riesgos a este grupo de edad, asegurarán una más larga y productiva vida para muchos.

Introducción

La evolución en la dinámica demográfica en el Estado de México ha elevado la edad media de los mexiquenses, llegando a ser en la actualidad de 26 años en promedio. De la población estimada para el 2010, 25.6% se encuentra en el rango de edad entre 10 y 24 años, asciende a 3 millones 833 mil 937 personas jóvenes⁴. Éstos constituyen una fuente de riqueza invaluable para la entidad, pero también implica grandes desafíos en todos los ámbitos de la administración pública.

La población joven conforma un grupo heterogéneo al interior del estado, propiciando distintas condiciones y experiencias de vida, mismas que, a diferencia de las generaciones anteriores, se desarrollan inmersos en profundos cambios económicos, sociales, culturales y tecnológicos, generando impresiones variadas de un mismo fenómeno, con la oportunidad propicia para una formación completa e integral, al tiempo de volverlos vulnerables por acceder a información poco validada, distorsionando su apreciación personal de la temática.

Hoy, nuestros adolescentes y jóvenes socializan en un entorno que reconoce la necesidad de combatir la desigualdad de género y, cada vez, cuentan con más posibilidades, recursos y medios para tomar libre y responsablemente sus propias decisiones, incluidas las de la vida sexual y reproductiva. Por ello, los esfuerzos generados en educación en población, aportarán elementos para tomar decisiones más favorables para su futuro.

Los lineamientos y estrategias a seguir en materia de salud sexual y reproductiva los marcan los instrumentos jurídicos como el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Programa Nacional de Población 2008-2012, Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, Programa Estatal de Población 2005-2011, planes municipales de Desarrollo, entre otros ordenamientos jurídicos.

Con los antecedentes de coordinación con el CONAPO, se llevó a cabo la compilación del texto en materia de salud sexual y reproductiva, adecuando su contenido al contexto estatal, con la finalidad de

ser empleado como apoyo en el taller Hablemos de Sexualidad. Éste es un instrumento catalizador en la prevención, reflexión y concientización de la población en la toma de decisiones informada y racional, cuya descripción se enuncia a continuación.

El taller responde a tres motivos principales: a las necesidades propias de los facilitadores de complementar sus conocimientos para mejorar sus competencias; el interés por brindar a la población joven información y orientación en materia de salud sexual y reproductiva; y, desde una perspectiva más amplia, la necesidad de atender, desde múltiples ámbitos de acción, la situación de riesgo y vulnerabilidad que presenta este grupo de población respecto a su salud sexual y reproductiva con los lineamientos locales, estatales, nacionales y desde la perspectiva de los objetivos del desarrollo del milenio.

El taller comprende tres objetivos generales:

1. Comprender la importancia de la educación sexual y la dimensión cultural de los espacios que influyen en el proceso de construcción de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes.
2. Comprender la importancia de identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad para implementar medidas de prevención y protección de los derechos sexuales y reproductivos de la población joven durante la construcción de su proyecto de vida.
3. Identificar la relevancia y oportunidades en el contexto de las y los facilitadores a quienes se dirige el curso.

Los alcances previstos dentro del taller son, por un lado, formar nuevos facilitadores municipales, quienes tendrán la opción, a su vez, de formar otros facilitadores, o bien, implementar los conocimientos adquiridos en su campo de competencia como responsables de la educación en población en el grupo de edades entre 10 y 24 años; por el otro lado, sensibilizar a los tomadores de decisiones y responsables del

diseño, implementación y evaluación de políticas municipales, de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva que enfrenta su población joven en su unidad administrativa, con miras a enfocar acciones para hacerles frente.

El taller Hablemos de Sexualidad es de carácter presencial, dirigido a tomadores de decisiones, profesionales de la educación, salud, vigilantes de derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, entre otros, que tengan que ver con la atención a personas jóvenes en el Estado de México, con la intención de ofrecerles información veraz que contribuya al desarrollo de estrategias integrales de atención a la salud sexual y reproductiva en la población de 10 a 24 años de la entidad.

Consta de cinco módulos, cada uno con duración máxima de cuatro horas, durante las cuales se desglosarán los temas referentes a la salud sexual y reproductiva en sus diferentes dimensiones: demográfica, social, psicológica y biológica).

El desarrollo de los contenidos se realiza de dos formas:

1. A través de la exposición del asunto por parte del facilitador, quien tendrá que tomar en cuenta el tipo de contenido, el objetivo de la unidad, la experiencia y manejo del tema de los participantes, el tiempo con que dispone, así como el contexto sociocultural. Para estas exposiciones el facilitador contará de una guía denominada “Hablemos de sexualidad” donde se mencionan de manera general los conceptos y nociones más importantes en que deberá profundizar y contará además, con lecturas con contenidos temáticos actualizados y, de ser posible, una presentación digital para su exposición.
2. A través de las actividades de aprendizaje que los participantes llevarán a cabo durante el desarrollo del taller, las cuales consisten en comprender el contenido de las lecturas, resolución de cuestionarios, mesas de trabajo, entre otras.

El facilitador promoverá la participación activa de los asistentes y propiciará un ambiente de trabajo dinámico, de confianza y abierto al debate. Es indispensable insistir y mostrar una actitud de respeto y tolerancia durante todas y cada una de las sesiones.

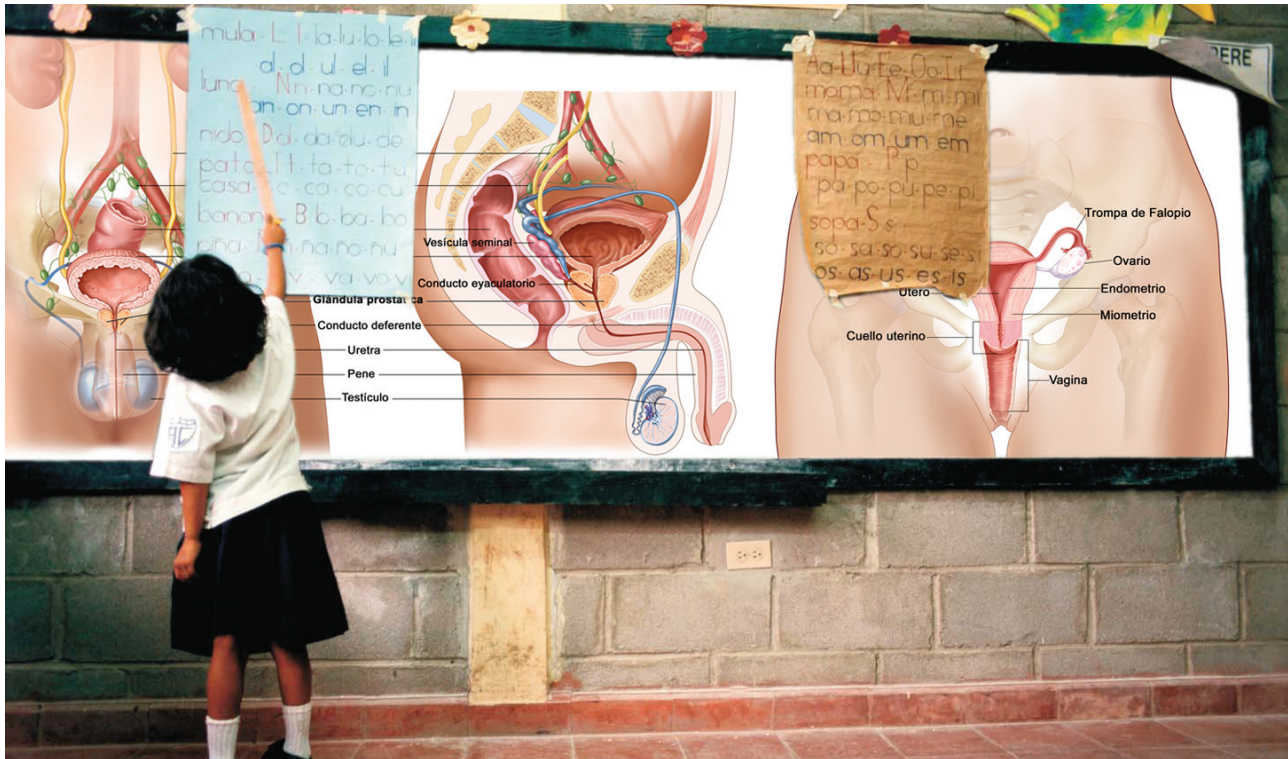
Las experiencias de los participantes enriquecerán los contenidos y los métodos para el proceso de aprendizaje, por lo cual se deberá abrir un espacio para el diálogo y, en lo posible, recuperar todas aquellas que pudieran ser de utilidad para el análisis de casos en módulos posteriores.

En los anexos se presenta la distribución programática de los cinco módulos integrantes del taller. Hablemos de sexualidad; podrá desarrollarse con un mínimo de 10 personas y un máximo de 20, para fines de control de calidad en el manejo de grupo. Además, llevarse a cabo en las oficinas del Consejo Estatal de Población o bien en instalaciones adecuadas gestionadas por las autoridades municipales o interesados en el tema.

⁴ La Organización Mundial de la Salud define a los adolescentes como personas entre 10 y 19 años de edad (primera adolescencia de 10 a 14 años, y segunda adolescencia de 15 a 19 años); jóvenes como personas de entre 15 y 24 años de edad; personas jóvenes como el conjunto de personas entre 10 y 24 años de edad.

Módulo I

Hacia una educación integral
de la sexualidad



Tema I. La importancia de la educación sexual integral⁵

Las y los adolescentes y jóvenes de hoy están expuestos a una mayor información sobre la sexualidad. Llega de boca en boca de diferentes fuentes: se transmite por amigos, libros, enciclopedias, Internet, radio, televisión, etc. Algunos jóvenes obtienen información sexual en programas formales de educación sexual ofrecidos en escuelas, instituciones religiosas y otros centros educativos.

Existe una diferencia importante entre estar expuesto a una cantidad masiva de información y estar involucrado en una educación sexual integral. Hay un gran número de adolescentes y jóvenes que realmente no saben o no entienden hechos significativos sobre la sexualidad. Hay muchos más que no han tenido la oportunidad de pensar sobre cómo el sexo formará parte de sus vidas o de cómo tomarán sus propias decisiones acerca de él. También hay un buen número de jóvenes insatisfechos con lo relacionado al sexo, quienes se sienten culpables y ansiosos acerca de su comportamiento sexual o que carecen de él.

Las y los adolescentes y jóvenes están ávidos de obtener una información exacta y adecuada sobre sexualidad y desean tener la posibilidad de hablar sobre sexo abierta y honestamente, eso se traduce en una vigente necesidad de educación sexual integral, así como de más profesionales que desarrollen programas sobre educación sexual.

La educación de la sexualidad

Ha sido definida como “un 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 aquellos 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”.⁶

Se habla de educación de la sexualidad informal cuando ocurre en forma azarosa, sin planeación, a lo largo de la vida del individuo como resultado de la interacción diaria con otras personas, de manera más importante durante la infancia. Se habla de educación formal de la sexualidad cuando es resultado de un esfuerzo planeado con objetivos previamente establecidos para un periodo relativamente breve de interacción de los educadores con el individuo.

La educación de la sexualidad pretende desarrollar en la población la comprensión de la naturaleza y las necesidades de su propia sexualidad, así como modificar los roles sexuales y del lugar que ocupa la sexualidad en la vida personal y familiar del individuo. Por eso, es imprescindible enseñar a tomar decisiones responsables con respecto al comportamiento sexual, poniendo énfasis en la importancia social de las decisiones individuales

La educación de la sexualidad, contemplada desde la óptica de la educación en población, pretende constituirse en un conjunto de acciones que incidan sobre el individuo, la comunidad y la sociedad, con el objetivo de que los logros educativos favorezcan la solución de los problemas poblacionales.

La dinámica poblacional es influenciada por las formas en que los miembros de la sociedad viven su sexualidad. Si predomina la falta de conocimiento respecto a la sexualidad propia y la de los demás, se dejan al azar las decisiones reproductivas, hay inconsistencia en los vínculos entre las personas y existe irresponsabilidad ante las consecuencias negativas de embarazos no deseados (el abandono de la mujer embarazada o del recién nacido, el maltrato infantil y las posibles carencias económicas en la nueva familia). Esto hará que la dinámica poblacional esté caracterizada por factores negativos.

⁵ Kelly, G.F. (1994). zzz. Programa de Sexualidad Humana del Colegio Clarshon American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists. Postman, New York.

⁶ Rosas, Francisco, Esther Corona y Alma Aldana, (1998) *¡Hablemos de Salud Sexual!*, OPS, México, p. 139.

En este contexto, la educación de la sexualidad debe buscar, en el marco de la educación en población⁷:

Promover una responsable toma de decisiones de las personas basada en el conocimiento científicamente fundamentado.

Promover la equidad entre los seres humanos, en especial entre las categorías que son creadas con base en las concepciones sociales, como el género.

Proporcionar a la población información suficiente y pertinente para que la sexualidad pueda ser vivida en un marco de auténtica libertad.

Generar conciencia en la comunidad de las repercusiones sociales que el ejercicio no planeado de su reproductividad tiene en el bienestar social general.

Asimismo, deberá destacar la importancia de la salud sexual entre la población, tanto en sus aspectos reproductivos, como en las dimensiones que hacen a la sexualidad parte integrante de la persona: erotismo, afectividad e identidad.

Promover un sistema de valores que facilite el bienestar social respetando las diferencias individuales y reconociendo la variedad de ideologías que sustentan la vivencia de la sexualidad. Además de promover la responsabilidad como valor social, ante la experiencia sexual.

Características de la educación sexual integral⁸

La información integral sobre sexualidad tiene las siguientes metas:

Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad deberá guiar hacia el desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.

Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda conocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.

Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos.

Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las de pareja.

Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.

Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.

Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.

Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.

Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Actividad

- ☐ Lectura “¿Qué sirve mejor en la enseñanza sobre la sexualidad y el VIH?”.
- ☐ Comentarios de las ventajas y desventajas de cada uno de los apartados.

⁷ Urbina, F.M., Pérez, F.C.J. (1994). “La Educación de la Sexualidad”. En Antología de la Sexualidad Humana III. Consejo Nacional de Población y Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor. (pp. 875-892). México, D.F.

⁸ OPS/OMS Y WAS (2000). *Características de la educación sexual integral*. Apéndice III. En Actas de una Reunión de Consulta convocada por: OPS/OMS Y WAS. Antigua, Guatemala.

Tema 2. La educación de la sexualidad y la educación en población en el contexto de la política de población

Antecedentes

La trayectoria demográfica de México nos ha enseñado que el bienestar de la nación y las familias depende, en buena medida, de regular el crecimiento de la población y de armonizar su distribución territorial con nuestro potencial de desarrollo, basándose en decisiones libres y responsables de las personas sobre el número de su descendencia, el cuidado de la salud y la opción de migrar.

El Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012 establece lineamientos claros para regular y conducir estos fenómenos demográficos, con base en principios compartidos por la sociedad y el gobierno, como la plena vigencia de los derechos humanos, el respeto a la dignidad humana y la equidad, los cuales dan dirección a la política de población.

En el PNP, se ratifica el claro compromiso con el precepto constitucional que garantiza a toda persona el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. El acceso universal a los servicios de salud reproductiva constituye la mejor garantía para el cumplimiento cabal de los derechos reconocidos por nuestro marco legal.

La política de población tiene como centro y fin a las personas y a las familias, y promueve el ejercicio del derecho a decidir libre, responsable e informadamente sobre su conducta en los ámbitos de relevancia demográfica, de acuerdo con sus valores, creencias y convicciones, y sin coacción o interferencia alguna.

Esta política ha mantenido por más de tres décadas un alto grado de continuidad y ha contribuido a propiciar importantes cambios en el perfil demográfico de México.

La política de población en México y su impacto en los indicadores demográficos.

Dicho escenario, a principios del siglo XXI, dista de manera, enorme de las condiciones que prevalecían en el momento en que se inició la nueva política de población. En poco más de 30 años, en México se dio:

- ☐ La disminución del ritmo de crecimiento natural de la población.
- ☐ La diversificación de la distribución territorial, de ser predominantemente rural avanzó hacia un sistema urbano complejo y diversificado.
- ☐ La migración internacional adquirió una nueva dinámica que la convirtió en un fenómeno masivo y extendido.

La transición demográfica constituye uno de los procesos de cambio social más relevantes para el desarrollo de México. Este fenómeno ha descansado en la ampliación de las oportunidades y capacidades de las personas para ejercer con libertad, información y responsabilidad derechos humanos básicos como el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, así como el derecho a la salud, que garantiza la prolongación de la sobrevivencia.

A pesar de tener innegables logros, la política de población enfrenta importantes desafíos. Por un lado, la persistencia de acentuados rezagos en los patrones demográficos asociados a la pobreza y la desigualdad social y, por otro, problemas y oportunidades emergentes en estrecha relación con el avance alcanzado por la transición demográfica y urbana, como son el envejecimiento de la estructura por edad de la población mexicana, la migración internacional y la persistente dualidad de concentración y dispersión de la población en el territorio, cuyas implicaciones sobre el desarrollo del país y sobre el bienestar de la población son tan relevantes como lo fue en el pasado el acelerado crecimiento demográfico de México.

Las complejas interacciones entre población y desarrollo han obligado a que el proceso de

planeación adquiriera un carácter multisectorial, en el que es determinante la participación de las secretarías y dependencias públicas para asegurar la realización de los objetivos de la política de población, para ello se ha creado el CONAPO.

La Ley General de Población, en su Artículo 5, establece que “el Consejo Nacional de Población (CONAPO) tiene a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos”.

14 La Ley General de Salud también establece atribuciones y obligaciones al CONAPO. Según esta ley, este órgano debe: 1) establecer los contenidos y estrategias para el desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción I); 2) establecer políticas para la prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción III y Art. 69); 3) formular el Programa Nacional de Planificación Familiar (Art. 70); y 4) asesorar al sistema educativo nacional en la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 71).

El Programa Nacional de Población 2008-2012 en concordancia con las orientaciones y lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), define los objetivos que orientarán la actual política de población, de éstos, son dos los que están estrechamente relacionados con la salud sexual y reproductiva:

Actividad

- ☐ Esquema de líneas de acción para fortalecer los esfuerzos de información, educación y comunicación en población (Programa Nacional de Población 2008-2012).
- ☐ Realizar comentarios de la lectura.

Tema 3. La educación sexual integral en el ámbito escolar.

Es evidente la necesidad e importancia de reconocer y entender los procesos históricos en el análisis de los fenómenos que con respecto a la educación sexual se dan hoy en día en nuestro país, así como la persistencia en la actualidad de muchos de los valores construidos en el pasado.

Los antecedentes más remotos datan de principios del siglo pasado, constituyendo hitos importantes el Primer Congreso Feminista de 1916, así como las acciones emprendidas durante el gobierno de Felipe Carrillo Puerto en el estado de Yucatán.

Uno de los acontecimientos más importantes fue la iniciativa de Narciso Bassols, en 1924, como secretario de Educación Pública de instituir la educación sexual en las escuelas. Esta iniciativa originó un gran debate en los diarios que curiosamente guarda semejanzas con el que se daría en los años setenta en el que se acusaba a la educación sexual de ser instrumento de un complot comunista para destruir los valores de la familia y la sociedad. Bassols fue obligado a renunciar, probablemente más por su propuesta de educación socialista que por la educación sexual.

Posteriormente, hasta la década de los años cincuenta pudieron darse los elementos constitutivos de un movimiento de educación sexual principalmente al través del trabajo académico efectuado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

La década de los sesenta posibilitó la consolidación de este movimiento mediante la Reforma Educativa que incluyó en los libros de texto gratuitos contenidos de educación sexual, principalmente de índole biológica; la formulación de una política de población y la creación del Consejo Nacional de Población; además de la Conferencia Internacional de la Mujer que inauguró el Decenio de la Mujer en las Naciones Unidas.

El final de la década de los setenta y la de los ochenta se caracterizó por el incremento en el número de organismos no gubernamentales, así

como de la extensión de sus acciones en el campo de la educación sexual.

De este modo, llegamos al pasado reciente con una diversidad de actores y agentes, entre los que se incluyen organismos gubernamentales y cada vez más Organizaciones No Gubernamentales (ONG), de diversos sectores tales como los de educación, salud, población.

Estamos más cerca de la educación sexual institucionalizada en nuestro estado; sin embargo, es urgente tomar medidas que conduzcan a ese logro para acercarnos a los ideales de bienestar, democracia y equidad.

Actualmente, la Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación (DGESPE), de manera conjunta con la Coordinación de Asesores del Subsecretario de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública, diseñó e implementó el Programa de Formación de Formadores en Educación Sexual en la Escuela y Género en Educación 2008-2012.

El marco institucional e internacional del programa es: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; el Programa Sectorial de Educación 2007-2012; el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; la Declaración Ministerial: 1ª. Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, Prevenir con educación y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las actuales concepciones sobre la sexualidad tienen una enorme deuda con los estudios al respecto que realizó Foucault⁹; éstos fundamentalmente proponen a la sexualidad como una construcción social producto de prácticas sociales históricamente específicas (Foucault, 1978).

Actividad

- ☐ Lectura del documento ¿Por qué estamos a favor de una educación de la sexualidad en México?
- ☐ Realizar un análisis acerca de las propuestas que justifican la educación de la sexualidad en México.

Tema 4. Enfoques y métodos en la educación sexual

El objetivo de un programa de educación sexual integral debe incluir información y oportunidades de exploración sobre el proceso de la reproductividad, del desarrollo sexual humano, del funcionamiento y comportamiento sexual, del sexo y del género, de las relaciones familiares, de pareja e interpersonales, y de la salud sexual, así como del contexto sociocultural en donde se desarrolla¹⁰.

Lo anterior nos da la pauta clara de que la educación sexual integral no podrá ser afectiva si no tiene lugar dentro de una comunicación abierta y sensible entre la persona facilitadora de los procesos educativos y las y los estudiantes, la cual identifique el desarrollo sexual como parte integral de la personalidad.

Como el aprendizaje, (adquisición de significaciones nuevas) ocurre de una manera distinta de acuerdo a las condiciones de cada persona y a la mentalidad que se estructura en cada cultura, debemos aceptar que no existe un método que sirva en todas las circunstancias. Sin embargo, un enfoque globalizador de la sexualidad necesita poner atención a ciertos factores que serán constantes. Éstos tienen que ver con:

1. Los objetivos del aprendizaje,
2. La organización del recorrido del aprendizaje,
3. Los modelos de aprendizaje, y
4. El rol de la persona facilitadora del proceso de aprendizaje

Actividad

- ☐ Lectura del documento “La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes”.
- ☐ Contestar el cuestionario.

⁹ Filósofo francés que dedicó buena parte de su obra a estudiar la sexualidad humana a través de la historia y las culturas.

¹⁰ Kelly, G.F (1994). *Educación Sexual para Adolescentes y Jóvenes*. Programa de Sexualidad Humana del Colegio Clarshon American Association of sex Educators, Counselors and Therapists. Postman, New York.

Tema 5. La construcción de la ética y los valores sexuales.

Es frecuente que las discusiones o referencias a la sexualidad estén teñidas de matices valorativos. Existe una gran preocupación por parte de la sociedad en general, y de los individuos en particular, por determinar si tal o cual conducta asociada con la sexualidad es *buen*a o *mal*a, *correcta* o *incorrecta* y *moral* o *inmoral*. Lo que resulta menos claro es que la respuesta depende de la perspectiva que se adopte para intervenir y, en última instancia, de la ideología de la persona o institución que emite el juicio.

16 De hecho, todas las sociedades norman y reglamentan de alguna manera la conducta sexual. La manera en que lo hace cada grupo social depende de la concepción que se tenga de la sexualidad, de tal modo que si se la concibe como una fuerza instintiva que debe estar al servicio de la reproducción, se considerarán *malas* aquellas conductas que no tengan como finalidad la reproducción; tal sería el caso de la masturbación o de la homosexualidad. Así, por ejemplo, tratados de ética sexual del siglo XIX señalan la masturbación como el origen de graves padecimientos físicos y mentales, ya que no sólo no produce nada (hijos) sino que derrama la posible simiente. Del mismo modo, cuando este tipo de ideas prevalecen, se sostendrá que la sexualidad debe ser controlada mediante rígidos principios y prohibiciones y no podrá ser modelada por quienes la practican.

En cambio, si la sexualidad es percibida como una construcción social basada en un potencial biológico que actúa como vínculo para las relaciones sociales, la valoración que se tenga de la misma será muy diferente y las conductas sexuales podrán aceptarse o no, dependiendo de factores diferentes de su finalidad reproductiva. La educación de la sexualidad será vista, no sólo como una posibilidad real, sino como la manera en que se socializa la sexualidad.

La institución transmisora de los valores es por

excelencia la familia. De esta manera, el niño y la niña aprenden desde la temprana infancia:

- ☐ Las actitudes hacia el cuerpo y los órganos sexuales,
- ☐ Los modelos y la naturaleza de estímulos que pueden evocar la respuesta sexual,
- ☐ La valoración que los padres otorguen a las actividades de cada sexo,
- ☐ El papel del afecto.

En esta etapa de la vida, el individuo adopta como suyos los valores que se inculcan con un cuestionamiento muy limitado, y no es sino hasta la adolescencia cuando, concurrentemente con nuevos procesos de pensamiento y procesos psicológicos de búsqueda de autonomía, se plantea la necesidad de adoptar un sistema de valores que incluya aquellos que se aplican a la conducta y a la vida sexual. Idealmente éste sería un sistema propio y no una asunción automática, sin reflexión, de los valores familiares y sociales vigentes.

Al transitar de la educación sexual informal a la que se imparte formalmente, se reconoce la importancia que tienen los valores cuando se trata el tema de la sexualidad; y, en este sentido, podría criticarse el hecho de que el educador, como parte de su propio entorno, también responde a un código de valores que, con frecuencia, son transmitidos nuevamente sin reflexión o conciencia previa, y sin consideración del grupo con quien se trabaja.

Los valores que aquí se proponen serán fáciles de aceptar por la mayoría de las personas, ya que pertenecen a la categoría que conducen al desarrollo individual y social, y que buscan el bienestar y la armonía.

Entre estos valores se encuentran los siguientes:

Democracia. En su sentido original es una forma de gobierno, un modo de organizar el poder político. En la actualidad se considera ante todo un

método o conjunto de procedimientos para formar gobiernos y para autorizar determinadas políticas que presuponen un principio constitutivo básico.

Democracia y sexualidad. Según algunos autores, el meollo de la democracia es la cuestión del ejercicio del poder, y si en alguna esfera se refleja el choque entre el poder y la libertad, y entre la participación y la decisión, es justamente en las relaciones dentro de la familia y la pareja.

Libertad. Es un valor universal; significa la posibilidad de elegir entre diversas opciones sin verse sujeto a sanciones, amenazas o impedimentos, e implica que la actuación podría haber sido otra en circunstancias diferentes.

Libertad y sexualidad. Referida al ámbito de la sexualidad se relaciona con la omisión total y absoluta de amenazas, castigos o manipulaciones, y en el marco de la información y la verdad. Decir “no” a algo que no se quiere en materia sexual, es una manera de hacer uso de la libertad y es un deber del otro respetar esa decisión.

Responsabilidad. Una persona responsable está consciente de sus obligaciones y asume lo que le corresponde hacer en cualquier circunstancia. En el sentido de la responsabilidad implica estar consciente de las propias acciones y sus consecuencias.

Integridad. Se refiere a que nadie tiene derecho a afectar a la persona en ningún aspecto, es decir, en ninguna parte de su cuerpo o de su mente, en relación con el derecho que todos tenemos a la vida. Atentar contra la integridad de alguien significa que la persona está siendo afectada física, moral o emocionalmente.

Tolerancia. Es un valor de la democracia necesario para la convivencia entre sujetos con iguales derechos y obligaciones; resulta ser éticamente obligatoria en la confrontación civilizada y pacífica de opiniones, así como evita conflictos y genera una

dispersión a comprender los comportamientos y actitudes ajenos a evaluar las propias acciones.

Justicia. La justicia o la injusticia están presentes en todas las esferas de la vida. Quizá una de las grandes injusticias de la historia, relacionadas con la sexualidad, ha sido la inequidad de género.

El respeto. Si un valor aceptado por todos conduce a la consideración de las necesidades y derechos de otro; esto significa, por ejemplo, que no debe aceptarse ninguna conducta coercitiva que obligue a las personas a hacer algo que no deseen.

Placer. Quizá esto resulte más controvertible, se considera que todo ser humano tiene este derecho, y no únicamente al sexual, sino también a derivar.

17

Actividad

- ☐ Describir su opinión acerca de cada uno de los valores que se proponen tomando en cuenta el “derecho al placer”
- ☐ Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de México.

Actividad

- ☐ De la declaración ministerial “Prevenir con Educación” expresar opinión sobre la importancia de la educación sexual como un derecho fundamental de todo mexicano.

Tema 6. El marco legal de la educación sexual en México.

Las leyes representan un consenso social que muchas veces requiere toda una vivencia histórica que va más allá de actos individuales e involucran a la colectividad. Que se defiendan derechos y se subrayen obligaciones a través de un documento validado por las instituciones e instancias de autoridad del país, implica toda una discusión y proceso que incluye el acuerdo y los intereses comunes entre quienes promulga las leyes.

En el caso de la educación sexual, México ha vivido muchas historias valiosas que se concretan en un marco legal a favor de la difusión de conocimientos científicos, veraces y que sean oportunos para el bienestar de la salud sexual y reproductiva de la población mexicana. Por principio, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos es el documento legal más importante en el país, todas las leyes, tratados y acuerdos quedan sujetos al marco constitucional.

A continuación se muestran las leyes y acuerdos vigentes que le dan el marco legal a la educación sexual:

Fuentes de Información:

- ☐ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ☐ Ley General de Educación.
- ☐ Ley General de la salud.
- ☐ Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.
- ☐ Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- ☐ Programa de Acción de la CIPD (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo) firmado por México.
- ☐ Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”.

En el caso del Estado de México se cuenta con las siguientes leyes:

- ☐ Constitución Política del Estado de México.
- ☐ Ley General de Educación del Estado de México.
- ☐ Ley para Prevenir, Combatir y Eliminar actos de Discriminación en el Estado de México (Sept. 2006).

Tema 7. La facilitación grupal en el proceso de la promoción de la educación sexual

En nuestra cultura los patrones de comportamiento sexual, los conocimientos, las actitudes, los valores y las emociones hacia la sexualidad se conforman predominantemente de manera informal; lo que implica que es un proceso formativo en el que lo cotidiano, lo azaroso, lo circunstancial, lo observado y en parte lo expresado, son los mecanismos por los que se adquiere tanto información como formación sobre la sexualidad humana.

A partir de lo anterior, las y los facilitadores en educación de la sexualidad promueven experiencias de educación de la sexualidad que cuestionan, confrontan y en su caso reafirman o replantean las actitudes hacia la sexualidad de cada uno de los integrantes del grupo, con base en su propia escala de valores. Para que esto ocurra, habrán de suscitarse vivencias grupales que permitan la aparición de los fenómenos propios de la interacción grupal cara a cara.

Educar participativamente permite proponer, cooperar, descubrir, conocer y disfrutar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la sexualidad, para poder tomar decisiones informadas, libres responsables y corresponsables.

La metodología en la educación de la sexualidad en los últimos años del siglo xx y principios del milenio coincide con la filosofía y la ideología de la educación para la paz y los derechos humanos, “educar para la paz significa un cambio de contenidos y métodos en todos los ámbitos

educativos. Esta propuesta se basa en el segundo campo, el del cambio de métodos”. Por lo que presentamos sus planteamientos básicos tomados de Amnistía Internacional, Educación en Derechos Humanos, 1997.

Este planteamiento concibe que la educación de la sexualidad es también educación en derechos humanos que reconoce la necesidad de incorporar las metodologías participativas de ambas propuestas, con la flexibilidad y creatividad que la labor educativa exige.

Por todo lo anterior, en sexualidad, si la gran parte de lo que aprendimos fue viviendo, lo hemos de reeducar vivencialmente.

La lucha para establecer los derechos humanos (y los derechos sexuales y reproductivos como parte de ellos) firmemente en la conciencia de los individuos y de los pueblos pasa obligatoriamente por el proceso educativo.

Actividad

- ☐ Lectura del documento metodología participativa en educación de la sexualidad: su base, los derechos humanos.
- ☐ Analizar ventajas y desventajas de esta metodología.

Módulo 2

La sexualidad como construcción social y los derechos sexuales¹¹

¹¹ Tomado de OPS/OMS y WAS (2000). Marco conceptual. En Actas de una Reunión de Consulta convocada por OPS/OMS y WAS, Antigua Guatemala.



Introducción

Imaginar

La idea de la sexualidad despierta en nosotros una serie de pensamientos, fantasías, imágenes, miedos, ilusiones o deseos diversos que están ligados a nuestra propia historia personal, experiencias, modos de ver la vida y de relacionarnos con los otros y con nuestras circunstancias.

Alrededor de ella se han construido cuentos, mitos, poemas, pinturas, danzas, leyendas, manuales y hasta enciclopedias, y es difícil encontrar una persona que no muestre interés por saber de sus verdades, sus mentiras, sus tabúes.

Significar

Hasta hace algunos años, muchas personas pensaban que la sexualidad era un asunto simple, que se relacionaba básicamente con la reproducción. De ahí que se la estudiara solamente desde el punto de vista de la biología o la medicina. Ahora se sabe que es un asunto complejo, que abarca al ser humano en su totalidad, y que si el hombre y la mujer son el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que actúan de modo interdependiente, la sexualidad, como componente fundamental de la naturaleza humana, posee también esa característica tridimensional.

De ahí que su estudio requiera, además de la medicina o la biología, de la participación de otras disciplinas como la antropología, la historia, la psicología, la ética, y de un análisis metodológico en el que se aplique la perspectiva de género.

Objetivos particulares

- Identificar las características y componentes de la sexualidad.
- Comprender los valores que sustentan el comportamiento sexual de las personas, a fin de reconocer la

complejidad del tema y desarrollar un pensamiento crítico.

- Los principales conceptos utilizados en los ámbitos de sexualidad humana y salud sexual. Las definiciones de los conceptos claves son fundamentales para lograr mayor eficacia en la comunicación, divulgación de información y formulación de medidas y programas especiales destinados a la promoción de la salud sexual.

Tema 1. Marco conceptual: conceptos básicos

Sexo. El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

Sexualidad. Es el término que se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos religiosos y espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se vive y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Salud sexual. Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad de uno o de ambos. Para que la salud

sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Conceptos relacionados con la sexualidad:

Género. El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer

24 Identidad de género. La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y también marca las directrices de cómo comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Orientación sexual. Es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo con relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Identidad sexual. La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma en el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Erotismo. El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

Vínculo afectivo. Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante los sentimientos. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que los ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

Actividad sexual. Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

Prácticas sexuales. Son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

Relaciones sexuales sin riesgo. Esta expresión se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular VIH.

Comportamientos sexuales responsables. El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento responsable no pretende

causar daño, se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

La sexualidad se refiere a los elementos complementarios de nuestra naturaleza sexual (es decir, la característica humana de ser sexuado). La capacidad humana para entender y atribuir significados, tanto simbólicos como concretos, a experiencias y sexualidad.

Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, y los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que expresarse. La sexualidad se encuentra presente en toda la vida, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieren con el correr de los años. La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende está determinada por costumbres, tradiciones y valores y ella, a su vez, repercute en éstos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Algunos teóricos han considerado otro elemento de la sexualidad: el vínculo afectivo o amor. Los estudios desde el psicoanálisis abarcan las consideraciones del amor, la patología del amor y la sexualidad a menudo en un lenguaje en el que el amor no puede distinguirse con relación a otras expresiones sexuales tales como la atracción erótica. Sin embargo, algunos hallazgos recientes plantean la posible existencia de un sistema neurobiológico bien diferenciado que rige el apego y la formación de las parejas en los animales.

Salud sexual

Desde el punto de vista histórico, diferentes grupos han empleado el término salud sexual para referirse a conceptos distintos. Algunos opinan que se ha utilizado como un eufemismo para designar la información sobre las infecciones de transmisión sexual; otros consideran que dicho término se ha empleado para fomentar un enfoque estrecho de la educación relativa a la reproducción.

La Organización Mundial de la Salud declara que la salud “es un estado completo de bienestar físico, social y mental y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad o achaques”. Esta definición, que a simple vista no plantea dudas, resulta menos convincente cuando se aplica al comportamiento. Hoy por hoy continúa el debate en torno a las consecuencias de definir la salud cuando la definición se aplica a comportamientos. Existen puntos de vista que no conceptualizan a la salud como un campo que debería interesarse en los comportamientos y los estilos de vida. Dichos enfoques cuestionan la validez de las definiciones relacionadas con un marco de referencia concreto en función de los valores, y proponen que la salud se especifique en términos de indicadores cuantificables de condiciones claramente definidas.

Un elemento fundamental en esta controversia es el debate sobre los valores y la salud. Algunos teóricos definen la salud sin tomar en cuenta los valores; otros defienden el concepto de salud por la función de los valores. Un tercer grupo pone en tela de juicio la viabilidad misma de las proposiciones científicas desprovistas de valores. Los expertos de la OMS, consideran como más plausible, aquella posición que reconoce que la actividad científica, y por consiguiente, la atención y la promoción de la salud basadas en la ciencia, no pueden llevarse a cabo desde una perspectiva totalmente desligada de los valores; por ende, las propuestas, definiciones y conceptos basados en valores resultan inevitables. A partir de lo anterior, se plantea un significado integral de dicho concepto. La tesis de la OMS, ya mencionada, es quizás el mejor

ejemplo de esta posición, pues la salud se define fundamentalmente en términos de bienestar, es así que el bienestar es un estado definido por los valores.

Actividad

- ☐ Componentes de la sexualidad
- ☐ Escribe la respuesta a la siguiente pregunta de manera personal: Para ti ¿cuál es el componente más importante de la sexualidad? ¿Por qué?

Comenta

- ☐ ¿Qué es el sexo y la sexualidad?
- ☐ Para ti ¿cuál es la definición del concepto de sexo?
- ☐ Para ti ¿cuál es la definición del concepto de sexualidad?

Tema 2. El modelo de Holones y la sexualidad como construcción social.

La construcción de la sexualidad conforme al Modelo Sistémico de la Sexualidad Humana comprende:

- a) Nacemos con la potencialidad, biológicamente determinada, para vivir experiencias relacionadas con ser hombre o mujer, reproducirnos, vincularnos afectivamente a los otros y sentir placer erótico.
- b) Las experiencias vividas facilitan el que ese potencial biológico interactúe con el medio (la familia, la escuela, la religión, la sociedad) y genere en cada individuo significados y afectos, de simples a complejos, en todas las dimensiones de la sexualidad (biopsicosociales).
- c) Estos significados y afectos van construyendo los elementos de la sexualidad: el género, los vínculos, el erotismo y la reproductividad.

d) Cada uno de estos elementos es complejo, tiene una expresión específica y a la vez, al relacionarse entre sí, funcionan como un sistema.

e) Después de la adolescencia, los significados y los afectos de los elementos de la sexualidad se integran mentalmente, construyen un sentido más complejo sobre la sexualidad, la cual tiene un nivel personal y otro grupal. El proceso de vivir experiencias que modifican las interpretaciones continúa el resto de la vida, aunque con menos influencia que en la infancia y la adolescencia.

Breve referencia teórica

Estas ideas forman parte del sustento de lo que se conoce como el Modelo de los Holones Sexuales. Enmarcadas estas reflexiones en la Teoría del Sistema General de Von Bertalanffy, cada uno de los componentes es visto como un subsistema de la sexualidad, mejor denominado *Holón* porque la complejidad de cada componente le da una suerte de vida propia que, sin embargo, no puede comprenderse plenamente si no consideramos cómo se interrelaciona cada uno de ellos con los otros tres.

En una persona adulta y desarrollada, la sexualidad es sólo un aspecto de su persona. Todos estos componentes de nuestra sexualidad están presentes desde que nacemos, incluso desde antes de nacer. Desde luego, la forma en la que están presentes no es la misma en el pequeño y en el adulto, de hecho suele no ser la misma en todos los seres humanos adultos. ¿Cómo deben desarrollarse estos componentes? La respuesta a esta pregunta apunta directamente al concepto de salud.

Actividad

- ☐ Escriba la respuesta a la siguiente pregunta de manera personal: Para ti ¿cuál es el componente más importante de la sexualidad? ¿Por qué?

Tema 3. La reproductividad.

Nuestra sexualidad

Podemos afirmar que no hay ninguna otra área de nuestro ser que provoque sentimientos más variados. Para muchas personas, los sentimientos son tan intensos que la búsqueda para encontrarles sentido, plenitud y gozo se ve interferida. Nuestra sexualidad tiene cuando menos cuatro componentes.

El primer componente: La reproductividad

Nuestra sexualidad es el resultado de nuestra naturaleza reproductiva. El primer componente en nuestra sexualidad es la reproductividad, se define así y no como reproducción, porque los seres humanos siempre tenemos la potencialidad de llevarla a cabo; a veces ésta no se hace realidad, por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que desarrollamos, pero la potencialidad persiste.

La reproductividad, por otro lado, no se limita al hecho biológico de poder embarazarse y ser embarazada, es de hecho una dimensión humana mucho más compleja y sofisticada: a los hijos biológicos hay que darles mucho, antes de que en pleno derecho podamos ser sus padres o madres. Hay muchos seres humanos que no se reproducen biológicamente, pero son exitosas madres o padres y en esa acción, que por cierto toma varios años de sus vidas, expresan su reproductividad.

Otros seres humanos no son ni padres ni madres biológicos, ni por adopción, pero se ocupan del crecimiento de otros, y en esa acción, también de muchos años, expresan su reproductividad.

Actividad

- ☐ ¿Qué es la reproductividad?

Escribe lo primero que se te venga a la mente después de leer las siguientes frases. Recuerda que es un ejercicio personal y anónimo:

- ☐ Para mí ser madre/padre significa:
- ☐ Mi primera menstruación o mi primera eyaculación me significó:
- ☐ Cuando ayudo a una persona me siento:
- ☐ Cuando veo a los bebés me siento:

Tema 4. El género.

El segundo componente: El género

En la evolución de los seres vivos, apareció el sexo en cierto momento, es decir, el hecho de que en un mismo tipo de organismo (los biólogos le llaman especie), aparecieron dos formas. Para simplificar las cosas, aquí les llamaremos la forma masculina y la forma femenina. Los científicos de la sexualidad llaman dimorfismo o sexo a esta cualidad de los seres vivos, porque dimorfismo quiere decir dos formas. Es curioso pero muchas veces no se piensa en esto: los seres vivos no necesitan tener sexo para reproducirse; muchos de ellos lo hacen sin tenerlo; demos dos ejemplos: las bacterias (tanto las buenas como las malas), cuando nos enfermamos de una tifoidea por ejemplo, nuestro cuerpo es invadido por una bacteria (que se llama salmonella tifi), quien se da gusto reproduciéndose en su medio ideal: el cuerpo del ser humano.

¿Se imaginan la dificultad que tendrían las salmonellas si hubieran de infectarnos en dos formas (diríamos salmonellas macho y salmonellas hembra?). Pero esto no es así, esta bacteria invade, crece, se multiplica y muere con un solo tipo de organismo en esa especie, que se reproduce asexualmente. Muchos otros seres vivos que pueden causar enfermedades también se reproducen asexualmente: parásitos como la ameba, los virus y otros más.

¿Por qué entonces la vida se desarrolló con la complicación de tener dos formas y no una? Podríamos especular sobre qué sería la raza humana si sólo hubiera una forma; pero es un intento que además de aburrido, sería inútil. La respuesta más satisfactoria proviene de la biología y de quienes estudian la evolución de las especies.

Cuando una especie de organismo cuenta con dos formas, también cuenta con más espacio genético para almacenar información genética que se traduce, al crecer el nuevo ser, en diversas formas de adaptarse al medio ambiente. La información genética es almacenada en el ácido desoxirribonucleico o ADN. Ocurre también que toda la información se expresa en el ser desarrollado. Cuando en una especie de organismo hay un cambio evolutivo, es decir, para adaptarse, ese cambio representa una modificación del código guardado en el ADN, también llamado código genético. A veces, los cambios no son exitosos y suceden enfermedades genéticas en el nuevo ser.

Cuando una especie sexuada, es decir, que tiene dos formas: masculina y femenina, se reproduce, reúne de hecho los códigos genéticos de cada una de sus formas y la posibilidad de hacer cambios adaptativos exitosos, es decir, la posibilidad de evolucionar aumenta considerablemente.

Por eso dicen los biólogos que la reproducción sexuada aumenta las posibilidades de éxito evolutivo. Esta es una respuesta más satisfactoria a la gran pregunta: ¿Por qué somos dos, diferentes y necesarios? Mujeres y hombres, son dos formas que dan origen al segundo de los componentes de nuestra sexualidad: el género.

Ahora bien, en el ser humano, el género se convierte en algo mucho más complejo que sus orígenes; desde los primeros años de la vida de todos nosotros, el género adquiere una dimensión psicológica muy compleja que los científicos llaman identidad genérica.

La identidad genérica (o identidad de género) es una especie de marco de ideas, de conceptos que todos tenemos respecto a lo que somos (en tanto hombres y mujeres), a lo que son los demás y a lo que debemos (o deberíamos) ser en función

de nuestro sexo: masculino o femenino. Como los seres humanos nos comunicamos con nuestros semejantes, estas ideas las platicamos con otros, por eso los grupos humanos desarrollan ideas compartidas de lo que es ser hombre y ser mujer y, desde luego, de lo que deben ser; así, hay ideas referentes a lo que es un “buen o mal hombre” y una “buena o mala mujer”. Estas ideas compartidas han llamado la atención de muchos científicos y les han dado el nombre de papeles o rol sexual.

Como vivimos todos en un grupo social, desde el momento en que podemos entender lo que quieren los otros (empezando por nuestros padres), formamos nuestras propias ideas, como resultado de esta suerte de cascada de conceptos, a partir de lo que el grupo social al que pertenecemos determina que debe ser el hombre ideal y la mujer ideal. Por esta razón, nuestras diferencias básicas producto de la diferencia biológica, muchas veces terminan teniendo muy poco que ver con lo que al crecer esperamos llegar a ser. El género, segundo componente de nuestra sexualidad, termina conformándose muchas veces con percepciones que han resultado fatales: las mujeres no deben votar, los hombres deben luchar por su patria, el honor de un hombre debe salvarse con la vida, la mujer virgen es la única valiosa, y muchas otras por el estilo.

Hasta aquí las cosas son bastantes simples, o eso parece. La intensidad de nuestros sentimientos ante nuestra sexualidad está casi siempre asociada a sus otros componentes. Si se piensan palabras aisladas (como si eso fuera posible): pasión, deseo, amor, amante, entrega, posesión, compromiso, ruptura, impotencia, frigidez, fidelidad, infidelidad, satisfacción, placer, dolor.

Todas son palabras con connotación sexual, y nos hacen referencia a los otros dos componentes de nuestra sexualidad: el erotismo y el amor.

Actividad

- ☐ ¿Que es el género?

Escribe lo primero que se te venga a la mente después de leer las siguientes frases; recuerda que es un ejercicio individual y anónimo:

- ☐ Lo que más me agrada de mi cuerpo es:
- ☐ Lo que menos me agrada de mi cuerpo es:
- ☐ Creo que las mujeres en general son:
- ☐ Creo que los hombres en general son:
- ☐ Lo que más disfruto de mi sexo (hombre/ mujer) es:

El tercer componente: El erotismo

El término erotismo tiene su origen en la mitología griega. Estudiar los mitos, es decir, las creencias humanas que a pesar de saberse o intuirse falsas han subsistido por siglos, revela muchas cosas de quienes los perpetúan. Eros, dios de la pasión y la fertilidad, tiene dos orígenes. El primero se refiere a una de las explicaciones griegas del origen del mundo: la teogonía de Hesíodo, primero era el Caos, luego Geos y Eros (la tierra y el deseo).

Una tradición posterior hizo a Eros hijo de Afrodita, diosa del amor sexual y la belleza, y de Zeus, dios de dioses. Un relato también bastante posterior atribuyó a Eros el enamoramiento de Psique de quien la madre de Eros, Afrodita, tenía recelo y envidia. Enviado por su madre, Eros llena a Psique de una vida mágica y placentera y la hace su esposa, no obstante nunca permite que Psique lo vea directamente; se limita a pasar las noches de placer con ella. Cuando Psique, alentada por sus celosas hermanas que le advierten de la posibilidad de que su misterioso esposo sea un dragón, se decide a ver la cara de su esposo, éste la abandona como castigo.

Por erotismo se entiende a la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Aquí nuevamente se trata de una potencialidad; el hecho de que todos los seres

humanos nacen con esa posibilidad es sumamente importante.

La gran mayoría la desarrolla, la vive y la goza, así como todos tenemos esas capacidades, todos estamos expuestos a las experiencias que regulan su aparición, su desarrollo, su expresión y también su disfunción; la aparición del erotismo es una forma indeseada por nosotros o por el grupo social al que pertenecemos.

El placer sexual es un tipo de experiencia única. 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 bien, que no existan interferencias de tipo biológico con los mecanismos fisiológicos del erotismo.

El placer erótico no resulta solamente de que se realice nuestra fantasía, sino sobre todo de la reacción física de nuestro cuerpo, la cual se genera cuando aceptamos las experiencias que nos resultan estimulantes.

Todas las culturas han demostrado tener a la vida erótica en un lugar importante. Siempre que un grupo humano se organiza, entre las primeras cosas que regula, norma, prescribe y prohíbe están las experiencias eróticas. De los cambios que experimenta nuestro cuerpo se han ocupado muchos sexólogos, tanto del pasado distante como contemporáneos.

La medicina actual también se ha ocupado en forma importante de atender esos cambios así como de encontrar formas para ayudar a quienes tienen dificultades para vivirlos. Los cambios que experimentamos son muchos, pero los más importantes son tres: experimentamos el deseo por el placer erótico, experimentamos la excitación al recibir la estimulación deseada (aunque a veces ésta sólo se recibe en nuestra imaginación) y nuestros genitales responden en forma más bien espectacular: aparece la lubricación de la vagina y la erección peneana, en la mayoría de las ocasiones; precedido por estos cambios, aparece la más

característica de las respuestas eróticas: el orgasmo, que se nota mucho en los genitales pero que es sentido y ocurre en todo el cuerpo; la mayoría de las veces el orgasmo se acompaña de una intensa sensación de placer.

La experiencia del placer erótico es única, aunque en esto, algunos de los más respetables estudiosos de la sexualidad no están de acuerdo.

Dada la importancia que los grupos humanos conceden a la experiencia erótica, la misma adquiere muchísimos matices, y puede expresarse en una multitud de formas.

Es interesante preguntarse para qué; la respuesta más satisfactoria también la dan los estudiosos de la biología y la evolución de las especies: es una forma muy sofisticada y desarrollada de incrementar la posibilidad de éxito evolutivo.

Ocurre que la mayoría de los animales dependen de los ciclos hormonales para que la conducta reproductiva se presente; cuando la hembra entra en su fase reproductiva emite señales a los machos de su especie.

Esas señales son de varios tipos: algunas especies emiten señales visuales, en muchas otras, es química. Es decir, la hembra emite sustancias químicas que cuando entran en contacto con el macho “activan” su deseo sexual. Algunas de éstas también las producen los seres humanos; se llaman feromonas.

Ciertos laboratorios de perfumería aprovechan esa fama animalesca de las feromonas para incluirlas en sus fragancias, los vendedores, con la esperanza de vender más, y los compradores, de que algún efecto tenga sobre su objetivo erótico. Aunque se ha intentado explotar esto del ámbito mercantil, no se ha probado la eficacia de las feromonas como despertadoras 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 de las feromonas. De cualquier forma, aunque esto se comprobara, el peso relativo de su acción sería pequeño.

Nuestro erotismo no parece estar regulado, cuando menos en forma notoria, 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 la concepción de un nuevo ser. Por el contrario, la ovulación en el ser humano está escondida. No hay anuncios ni visuales, ni químicos (olfativos), ni de ningún otro tipo sensorial que la anuncie. Dicho sea de paso, el único anunciador de la ovulación que tiene el cuerpo femenino es la viscosidad del moco cervical, hecho que se ha traducido en un muy complicado método de contracepción “natural” llamado Método Billings.

Para contrarrestar esta aparente desventaja reproductiva, la conducta copulatoria del macho y la hembra humanos desarrolló una independencia notable del ciclo 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, no necesariamente en el de la ovulación.

En esas condiciones, la especie correría el peligro de desaparecer porque la conducta de la que depende su reproducción perdería su poder motivador; se necesitaba una nueva manera para que los hombres y las mujeres siguieran con su actuar reproductivo, esa nueva manera es el placer que se experimenta durante la cópula.

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 son muy parecidas a la heroína, droga poderosa que con facilidad notable hace dependiente de ella a quien la introduce en su organismo. Según esta explicación, el erotismo es la garantía biológica de que los hombres y las mujeres seguirán interesados en copular y, por esta vía, elevar las posibilidades de éxito evolutivo.

Dicho con el lenguaje estrictamente biológico-evolutivo parecería que somos una especie de máquina para sobrevivir. Aunque esta terrible afirmación tiene algo de cierto, es un hecho que la complejidad humana dista mucho de poder reducirse a la predictibilidad de una máquina. La experiencia placentera erótica, que cuando menos es casi sólo producto de la estimulación físico táctil, a medida que crecemos se hace más y más dependiente de lo que significa para nosotros la realidad que percibimos. El erotismo se convierte en una experiencia que depende casi por completo de lo que significa para nosotros lo que vivimos, del significado simbólico que le asignamos, de la realidad que percibimos (o que creamos en nuestra imaginación) aunque muchas veces no nos percatemos de los significados precisos (son inconscientes).

Los significados tienen que ver con lo que el placer mismo representa, desde luego, pero de manera muy notable, del propio de ser hombre o mujer, de lo que el otro sexo nos provoca (ya sea deseo, amor, odio, etc.), y de lo que representa reproducirnos.

Actividad

Escribe lo primero que se te venga a la mente después de leer las siguientes frases; recuerda que es un ejercicio personal y anónimo:

- ☐ Para mí el placer sexual significa:
- ☐ Mi experiencia sexual ideal sería:
- ☐ Mi opinión sobre el autoerotismo es que:

Tema 6. La vinculación afectiva.

El cuarto componente: El vínculo afectivo

De que el amor es el cuarto componente de nuestra sexualidad no se está seguro. Lo cierto es que no todas las formas de expresión de amor son expresiones eróticas.

Es muy posible que la potencialidad humana para amar apareciera en los seres humanos como resultado de una 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. Muchas especies que pueblan el planeta pueden empezar a vivir de manera independiente desde que nacen; nosotros no; dependemos, y por un largo periodo, del cuidado de nuestros progenitores, o por lo menos de algún sustituto de ellos. Muchos animales al nacer tienen un alto grado de independencia; nacen pudiendo moverse y siendo capaces de proveerse de alimento muy rápidamente, viven en casi completa soledad, encontrándose con el otro sexo sólo para procrear.

Nosotros no. Salvo raras excepciones casi mitológicas, vivimos todos en grupo, confiando en mayor o menor medida en lo que los otros van a hacer para que podamos sobrevivir.

El aspecto más notable del amor es que lo hay de muchísimos tipos, sin contar con que cada quien puede entenderlo de formas diferentes.

Del amor se han ocupado casi todos los escritores en el mundo occidental, aquí lo vamos a estudiar para entender cómo se conforma nuestra sexualidad. Para ser más precisos, habrá que utilizar nombres más claros para evitar confusiones en nuestra búsqueda de preguntas y respuestas.

Ocurre que por amor entendemos tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, al punto que se siente indispensable para la vida: “yo sin ti no puedo vivir”, como el supremo acto de ofrecer la vida por otro: “me muero por ti”. 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.

Si observamos cómo desarrollamos nuestra capacidad para amar, las aparentes contradicciones humanas adquieren otra dimensión.

Lo que casi todos los seres humanos experimentamos es algo que podemos denominar mejor como vínculo afectivo. Un vínculo es un lazo, una unión.

El primer vínculo de los seres humanos con alguna otra persona es físico, se llama cordón umbilical y lo tenemos durante más o menos ocho meses; nos une a la mujer que nos lleva en su vientre. Este vínculo (que por cierto es más complejo que sólo un cordón), se rompe de manera más bien brusca al nacer el nuevo ser.

Como antes se mencionó, el ser humano nace en tales condiciones que necesita del cuidado de otros seres humanos durante mucho tiempo para evitar el riesgo de morir. Entre las dos personas interesadas, usualmente la madre y el bebé, aparece muy pronto otro vínculo, es decir, otra unión, pero este vínculo ya no es físico, ya no está compuesto de tejidos y células, sino que está compuesto de lo que cada uno siente: la presencia de ese otro ser que no nos es indiferente, sino que nos provoca sentimientos muy intensos, que llamamos respuestas afectivas.

Lo que cada uno de los dos involucrados siente respecto a la presencia o a la ausencia de ese otro ser, no de cualquier ser humano, sino de ése en especial, es el tejido con el que se teje el vínculo afectivo. El vínculo tiene siempre dos lados cuando menos, hay por lo menos dos seres humanos conformándolo. En esta primera forma de vínculo, la madre experimenta respuestas afectivas que son el producto de su madurez y que son muy complejas, pues expresan casi todos los componentes de su persona.

El vínculo del lado del bebé es mucho más simple, por lo que sabemos hoy en día del desarrollo humano aparece de manera muy clara hacia los cuatro/seis meses después del nacimiento: el bebé empieza a reaccionar con angustia ante la

ausencia y la separación de la madre. La angustia de separación es el primer componente afectivo de la vinculación humana.

Los adultos sentimos a veces esa angustia intensa cuando nuestros amores se tambalean, cuando nuestro ser amado nos abandona. Lo que sucede con los afectos alrededor de las otras personas importantes en la vida determina el tipo de vínculos que vamos estableciendo con los otros y con el otro o la otra que se convierte en el ser amado.

Es necesario que la capacidad de vincularse se desarrolle, al igual que los otros componentes de la sexualidad; ese desarrollo se expresará durante la vida adulta, propiciando sensaciones de placer o de sufrimiento.

A todas esas formas de desear intensamente la presencia y disponibilidad del otro se les ha llamado amor. Sin embargo, es importante aclarar que no todas esas formas de vinculación merecen el término amor; ya que lo que denominamos amor depende de muchísimos factores; por lo tanto se propone llamar amor sólo al tipo de vínculo afectivo que favorece la plenitud de vida tanto del amante como del ser amado.

Cuando en los vínculos afectivos predominan las situaciones tormentosas, los sentimientos de rabia, resentimiento y de dolor, no parece lógico llamarles amor, sería más descriptivo llamarles vinculaciones afectivas infortunadas.

Actividad

☐ ¿Qué es la vinculación afectiva?

Escribe lo primero que se te venga a la mente después de leer las siguientes frases; recuerda que es un ejercicio personal y anónimo:

- ☐ Para mí el amor es:
- ☐ Para mí la amistad es:
- ☐ Yo como amigo (a) soy:
- ☐ Yo como pareja soy:
- ☐ En general, mi relación con los miembros de mi familia es:

Tema 7. Los derechos relacionados con la sexualidad

Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma.

Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; es decir, se adquieren automáticamente cuando se nace. Empero, su reconocimiento no crea derechos *per se*.

Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. Si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica de la mutilación genital femenina. El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso del apoyo a la salud reproductiva.

Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales. Sin embargo, tal reconocimiento se encuentra en proceso de evolución.

El grupo de expertos recomienda firmemente que las organizaciones internacionales, como la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, promuevan y se conviertan en defensoras de la causa para lograr el consenso acerca de la declaración de los derechos sexuales universales del ser humano, emanada de la Asociación Mundial de Sexología.

Declaración de los Derechos Sexuales

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual. Éste involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual. Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Actividad

- ☐ ¿Cómo se podría incorporar a la dimensión social al Modelo de los Cuatro Holones de la Sexualidad?
- ☐ ¿Cómo contribuyen al bienestar de la persona y la sociedad, los valores de la salud sexual, tales como plenitud de la expresión sexual, libertad, congruencia, integridad, responsabilidad y armonía en el marco de los Derechos Sexuales?

Módulo 3

La adolescencia y la juventud
como etapas del curso de vida



Los seres humanos transcurrimos por diferentes etapas a lo largo de nuestras vidas, las cuales forman parte del proceso de nuestro desarrollo; cada una de estas etapas marca una transición entre un nivel de desarrollo y otro y, aunque se observan características que son comunes entre los individuos, se da un proceso diferente en las personas y en cada grupo social, lo que lleva a construcciones de vidas únicas y diversas.

El florecimiento de una persona tiene sus cimientos en el equipo biológico con que nace, pero se moldea y se potencia en la constante interacción con el medio natural y social que se da en el tiempo y los espacios; esta interacción permite el desarrollo de destrezas y capacidades que conducen a una mejor adaptación al medio.

Una de las formas de organización de las sociedades es la estratificación por edad, y cada edad cronológica o periodo tiene socialmente un significado específico, en torno a la cual se crean expectativas acerca de los roles, derechos, responsabilidades y comportamientos. Esta variable juega un papel muy importante en el ejercicio de la sexualidad, ya que las manifestaciones sexuales, particularmente las eróticas, no se reconocen en niños, jóvenes y adultos mayores.

El erotismo

Una de las condiciones para vivir el erotismo con plenitud, sin miedos, sin riesgos y disfrutándolo, es estar consciente de que se vive en cada etapa de la vida de manera diferente, y que así como no se puede correr antes de saber caminar, la vivencia plena de la sexualidad requiere de una estructura psicosocial que permita disfrutar de la experiencia a cabalidad, sin salir lastimado física, emocional o socialmente.

Para vencer el reto que significa vivir con plenitud y madurez se necesita reflexionar sobre lo que somos, lo que deseamos, las capacidades y posibilidades con que contamos, nuestras limitaciones, nuestros principios, la manera como nos relacionamos, el compromiso y responsabilidad

con que actuamos, y el cuidado que tenemos para nosotros mismos y para los que amamos.

Esta capacidad de reflexión nos proporciona los elementos para actuar en consecución de nuestros anhelos y en congruencia con lo que somos, tenemos y aspiramos.

Las etapas

Las vivencias y aprendizajes de la infancia, las identificaciones genéricas y los valores aprendidos, forman parte de los elementos estructurales de la personalidad. Lo que los niños ven, sienten, reflexionan, experimentan y asimilan sobre lo que es ser hombre o mujer; lo que en su casa les enseñaron que es bueno o malo, el significado de la genitalidad o el erotismo, forman parte de la materia prima con la que van construyendo sus propias personas y su sexualidad.

En la etapa de la adolescencia se emprende una manera propia de pensar, actuar, vivir y ver el mundo, todo generado tanto por un cuerpo nuevo como por la adquisición de nuevas capacidades cognoscitivas. En esta etapa vemos la realidad con otros ojos y confrontamos lo que nos dijeron con lo que ahora vemos y vivimos.

Empezar a ordenar lo que teníamos confuso es señal de que la adolescencia está cediendo su paso a la edad adulta. La adultez se caracteriza por la capacidad de formular proyectos propios y llevarlos a cabo, tomar decisiones y prever consecuencias, asumir compromisos sociales (formación de una familia, incorporación al trabajo, ejercicio de derechos políticos y civiles) y vivir de manera socialmente integrada.

Objetivos particulares:

- Reconocer que la sexualidad constituye parte fundamental del ser humano, que se va conformando de acuerdo a lo vivido y aprendido en cada etapa de la vida, y en un contexto social y cultural determinado.

- Describir las características y los cambios más importantes a lo largo del curso de vida, que se relacionan con el desarrollo de la sexualidad.
- Identificar la adolescencia como una etapa de cambios profundos y potencialidades importantes en la vida del ser humano.
- Reconocer la importancia de la prevención y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de acuerdo a cada etapa de la vida.

Tema 1. Los cambios en la pubertad

38 Los muchachos adolescentes como las muchachas son una población heterogénea. Algunos gozan de buena salud y tienen un buen desarrollo. Otros jóvenes corren riesgos y tienen necesidades que quizá no se hayan tenido en cuenta, o se educan socialmente de formas que conducen a la violencia y a la discriminación femenina.

Primer año de vida

A partir de los 6 años la integración del yo es mucho más completa y el pensamiento concreto. Entre niñas y niños de esta edad existe una diferenciación: los niños discriminan a las niñas y viceversa. Se forman grupos de amigos del mismo género y no se admite que nadie del otro género en ellos (Isofilia).

En tales grupos la niña y el niño adoptan claramente su papel, ya sea femenino o masculino, y quienes los rodean favorecen su desarrollo, pues al participar en un grupo, la o el menor acepta las normas que los demás establecen, actúa de acuerdo a lo que se espera de ella o él y ve reflejado en los demás muchas de sus características sexuales, lo que afianza su identidad de género.

A lo largo de esta etapa se observa ya un pensamiento de tipo lógico y concreto por lo que la niña o el niño en forma paulatina, muestra curiosidades específicas acerca del crecimiento y desarrollo, el origen y nacimiento de las y los niños, el desarrollo intrauterino; las diferencias anatómicas

y fisiológicas de las niñas y los niños, entre hombres y mujeres; el papel de las madres y los padres en la reproducción; el porqué de los nacimientos múltiples; las malformaciones congénitas; nacimientos prematuros; abortos y algunos tópicos sociales como el trabajo sexual comercial y la planeación familiar.

Al final de esta etapa, la niña y el niño empiezan a preguntarse sobre los cambios puberales que les sucederán. Generalmente esto les produce inquietud y miedo, por lo que una orientación afectuosa y una información adecuada y oportuna les será de gran utilidad.

La Pubertad

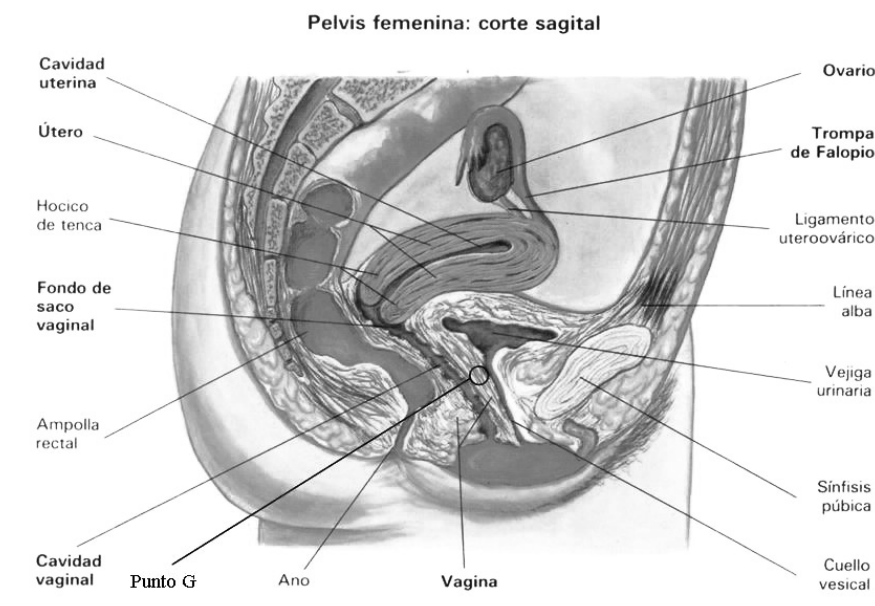
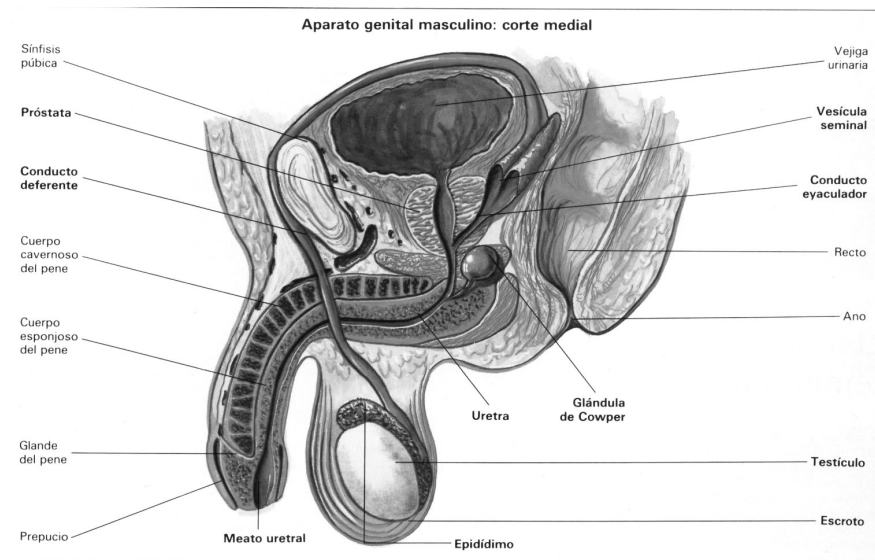
La pubertad es un hecho biológico que ocurre en las mujeres generalmente entre los 10 y 12 años de edad y en los hombres alrededor de un año después, es decir, entre los 11 y 13 años. Este proceso provoca una serie de cambios internos y externos en el cuerpo de los jóvenes, que concluyen con la maduración sexual y, por lo tanto, con la capacidad biológica de tener hijos.

Los niños y las niñas comienzan a crecer de una manera intensa y rápida. Como el crecimiento es vertiginoso, les resulta difícil ajustarse al cambio; y de manera pasajera pierden el control de sus movimientos, chocan con los muebles o rompen objetos de manera involuntaria. Acompañando a este crecimiento aparecen los caracteres sexuales denominados secundarios. En esta etapa el sudor adquiere un olor distinto y en ocasiones aparecen brotes de acné.

Cuerpo humano masculino y femenino

Ocasionalmente, hay jóvenes que a los 14 o 15 años han experimentado estos cambios. Este retraso puede ocurrir por diversas razones, desde desnutrición o problemas hormonales, hasta alguna causa congénita; en cualquier caso, debe consultarse a un médico que pueda proporcionar la orientación necesaria.

Dentro de los cambios que acompañan a la pubertad, los órganos sexuales tanto en hombres como en mujeres, inician su madurez a través del desarrollo y crece el interés por conocer sus funciones.



Tema 2. La adolescencia como fenómeno psicosociocultural.

La adolescencia representa una transición brusca, agitada, inimaginada, que llena de sorpresa a quienes, en su infancia y niñez, aprendieron a vivir con guías concretas y aceptando reglas dadas, dedicando gran parte de su energía a investigar, experimentar y construir conocimientos básicos.

Rapidez del cambio

Durante la adolescencia las personas se revisan críticamente a sí mismas y revisan críticamente al mundo que las rodea, en busca de ideas y principios propios, en busca de planes y proyectos que marquen un rumbo propio y den una nueva dimensión a su futura vida adulta y ciudadana.

Aunque algunas comparaciones entre las necesidades sanitarias de los muchachos y las muchachas adolescentes son inevitables, lo interesante sería examinar las realidades específicas de los adolescentes de un modo que nos permita comprender sus necesidades legítimas y al mismo tiempo trabajar con ellos para favorecer una mayor igualdad de género.

Los cambios que ocurren en esta etapa son la manifestación viva de un cuerpo que madura y se vuelve fértil; de una inteligencia a punto de consolidar su autonomía; de capacidades afectivas que surgen y buscan expresarse en relaciones nuevas; de una inobjetable capacidad de participar en la sociedad: activa y productivamente. Ahí, en medio del vértigo que implica la adolescencia, hay una persona que está a punto de convertirse en adulto.

Esta fase se caracteriza por la búsqueda de autonomía, independencia y propia identidad; la rebelión a todo lo que significa autoridad y el inicio del pensamiento abstracto (hipotético deductivo). Está matizado por muchos y muy rápidos cambios tanto internos como externos.

La pubertad conlleva una presión social tanto para muchachos como muchachas para ajustarse a las normas relacionadas con cada sexo.

La respuesta de la o el adolescente es, en general, de preocupación por los cambios físicos que se dan en la pubertad: tamaño y posición de los órganos sexuales (en el hombre); tamaño de los senos y la función de la menstruación (en la mujer); estatura; acné; acrecentamiento de los impulsos sexuales y agresivos que no sabe manejar; comparación de sí mismo con las y los amigos; la nueva conciencia que tienen de su cuerpo; sentimientos bisexuales que les provocan confusión.

Durante el inicio de la adolescencia, entendida como fenómeno psicosociocultural, aparece un incremento de los impulsos sexuales y agresivos en comparación con la etapa anterior, en la que estaban más o menos dominados. Con el funcionamiento hormonal se presenta un verdadero desequilibrio emocional.

Las y los adolescentes buscan la descarga de su impulso en la masturbación, como parte común de su crecimiento y desarrollo psicosexual. A menudo se acompaña de fantasías de todo tipo.

Tanto a las adolescentes como a los adolescentes no les causa ningún daño físico o mental a excepción que, por cuestiones culturales, les provoque fuertes sentimientos de culpa.

Los conflictos bisexuales son parte del desarrollo de las y los adolescentes. Pertenecen a una etapa de maduración en donde ella y él están probando su identidad sexual. Las actitudes sexuales entre individuos del mismo género son muy frecuentes durante esta etapa de la vida, pues el adolescente se siente íntimamente ligado a su grupo; por lo que no deben ser consideradas como preámbulo a la homosexualidad. La y el adolescente pasa la mayor parte del tiempo con su grupo de pares, hecho que le ayuda a independizarse del núcleo familiar, así como a redefinir su identidad sexual.

A medida que la o el adolescente comienza a afrontar, asimilar e integrar los cambios

ocasionados por la pubertad, se vuelve de modo creciente hacia el otro género.

A través de sus fantasías, ha venido ensayando su conducta al respecto; las actividades compartidas con jóvenes del mismo género le han confirmado que la atracción y el deseo sexual no son algo común, sino que en la mayoría de los casos, son hiper valorados a nivel social.

Las últimas investigaciones sobre el desarrollo psicosocial de los muchachos concluyen que tienen puntos de crisis potencial diferentes durante su desarrollo psicosocial y sus propias vulnerabilidades específicas, aunque a veces parece que sean menos vulnerables psicológicamente que las muchachas en la adolescencia.

Perspectiva personal

Las y los adolescentes descubren que su cuerpo cambia con rapidez. Aparece la primera menstruación en las niñas; su cuerpo crece precipitadamente; los huesos de los brazos se alargan como si quisieran alcanzar el suelo; las facciones de la cara se hacen más agudas; se redondean las caderas; crecen los senos y aparece con claridad la cintura.

Un buen día, los niños se descubren en medio de una eyaculación nocturna; su voz se vuelve ronca; su cara se cubre con barbas o bigotes y, muchas veces, con espinillas; su talla no deja de aumentar y los músculos de su cuerpo cobran forma y fortaleza

En esta etapa de la vida, las y los adolescentes a menudo sienten que sus padres los cuestionan o los regañan. Se sienten extraños, ajenos, diferentes al resto de los miembros de su familia. Se descubren necesitando espacios íntimos y silencios. Notan que ya no les funcionan del todo aquellas reglas que les parecían normales. Cambia la lógica, cambia la perspectiva.

Las adolescentes y los adolescentes se saben útiles y fuertes, anhelan mostrar sus capacidades productivas y desean participar en equipos de reflexión y debate, en talleres que les abran la oportunidad de convertirse en aprendices

inteligentes. Algunos sienten la necesidad de probarse como líderes. Junto con los espacios de trabajo, requieren lugares seguros para el juego y la convivencia, así como espacios para aprender a relacionarse, como adolescentes, de igual a igual.

Los datos del rendimiento escolar en Europa occidental, Australia, Norteamérica, partes de América Latina y el Caribe, hacen pensar que donde se han superado los obstáculos estructurales de acceso a la educación formal para las muchachas, los muchachos se enfrentan a dificultades educativas específicas de su sexo.

Perspectiva familiar

La plenitud, la fuerza y el intenso movimiento de cambio y reflexión que caracterizan la vida adolescente ponen a prueba el equilibrio familiar. Por una parte, las madres y los padres tienen que enfrentarse al hecho de que sus hijos, paulatinamente, están logrando su propia autonomía. Entonces tienen que imaginar nuevas maneras de relacionarse con ellas y con ellos, tienen que ajustar algunas de las reglas de la casa y tienen que eliminar otras que, ahora, carecen de sentido

Esta situación se complica pues no todos los padres están preparados para hacer estos ajustes y cambios, no todos saben cómo hacerlos, y algunos no están dispuestos a hacerlos. Por su parte, los jóvenes no siempre tienen la asertividad y la paciencia suficientes para elegir los momentos de diálogo, para explicar sus deseos, para exponer sus puntos de vista o para escuchar a sus padres. En esta etapa del curso de vida las relaciones entre padres e hijos tienen que replantearse.

Los hermanos menores, acostumbrados tal vez a contar con el tiempo y el apoyo de los grandes, quieren seguir gozando de su atención. Sin embargo, los hermanos grandes que atraviesan por la adolescencia no tienen tiempo ni paciencia que dedicarles. En ocasiones, los hermanos mayores pueden reaccionar con impaciencia ante las demandas y quejas de sus hermanos menores.

En suma, las relaciones entre hermanos también suelen replantearse cuando asoma la adolescencia a una familia.

Así que, con ésta, llega un huracán que lo descoloca todo, que produce largos periodos de incomodidad, algunas veces de incomunicación, o de reclamos, de desconfianza e incertidumbre.

Es un periodo de ajuste inevitable, intenso y pasajero. La bibliografía indica que las diferencias biológicas que existen claramente entre muchachos y muchachas afectan a su salud y desarrollo de una forma más limitada que las diferencias debidas a la socialización de género.

42 Perspectiva social

Al llegar a la adolescencia, las jóvenes y los jóvenes se incorporan con plenitud a la vida social, con toda su belleza, riesgos y complejidades. Es en la sociedad donde los adolescentes encuentran motivos para expresarse, para comunicarse, para formular sus más preciadas preguntas, para jugar y aprender, para diseñar proyectos.

Como todo aprendizaje ocurre por contrastes, las y los adolescentes enfrentan sus ideas, valores y costumbres a los valores, ideas y costumbres de otros grupos, de otras familias, de otras culturas diversas. No es que necesariamente rechacen lo que aprendieron en sus familias, es que quieren depurarlo, quieren tomar lo mejor que tienen y dejar atrás lo que ya no responde a lo que necesitan como personas autónomas.

En momentos de estrés o traumáticos, es más probable que los muchachos más que ellas respondan con agresividad (ya sea contra los demás o contra sí mismos), empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y nieguen o ignoren el estrés y los problemas.

Para las y los adolescentes, la familia tendría que convertirse, en términos ideales, en una especie de trinchera que les brinde protección, apoyo y puntos de referencia. También en una especie de catapulta que los impulse, con orgullo y confianza hacia la sociedad abierta. Desgraciadamente, las familias no siempre cumplen esta doble función de

refugio y proyección. En ocasiones, sin saber cómo responder a las y los adolescentes, algunas familias luchan por retener o confinar a sus hijos y otras los lanzan a la calle, de manera prematura.

El suicidio está entre las tres primeras causas de muerte de los adolescentes, y las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. Por todo el mundo, tres veces más mujeres que hombres intentan suicidarse pero tres veces más hombres se suicidan.

Para lograr un tránsito armonioso entre el hijo de familia y el ciudadano autónomo hacen falta interés, voluntad, inteligencia, creatividad y respeto de todos hacia todos: adolescentes, amigos, hermanos, padres, parientes, maestros, entrenadores deportivos, promotores sociales, o asesores artísticos. Todos ellos, en concierto, en diálogo, en debate y con confianza mutua pueden hacer más amable y más fructífero este tránsito

Las y los adolescentes no pueden estar solos en esta etapa de sus vidas porque su transición, además de ser personal, también es social. Para ellos cobran gran importancia los personajes “aspiracionales” que los rodean: los hombres y las mujeres que sobresalen en el entorno social por ser líderes, por compartir sus conocimientos o sus proyectos, por su fuerza, tenacidad, capacidades artísticas o por su bondad, por ejemplo. Para las y los adolescentes, tener contacto cotidiano con un personaje justo, emprendedor, alegre y comprometido con su arte, su oficio, su proyecto o su comunidad, puede llegar a ser un verdadero privilegio.

Las y los adolescentes necesitan formar grupos de pertenencia para encontrar en ellos confianza, camaradería, intimidad o debate. Y necesitan contar con una familia y una escuela que les ofrezcan cariño, puntos de referencia y seguridad.

El tránsito de la adolescencia es un evento complejo, difícil, atractivo, novedoso y lleno de sorpresas.

El proceso adolescente

Las y los adolescentes enfrentan una transición crucial en sus vidas. Dejan atrás un cuerpo niño y un mundo justamente “subsidiado” y predeterminado para ellos por sus adultos cercanos. Tienen que asumir un cuerpo vigoroso, maduro y fértil. Ahora pueden responsabilizarse de su propia seguridad y de su salud. Han adquirido la capacidad de elegir las relaciones, los valores y los proyectos que deciden defender, proponer e impulsar, en busca de un mundo nuevo, posible y deseado. Buscan lograr su autonomía personal, familiar y ciudadana, sin tener que perder a su familia, sin dejar de querer, pertenecer y ser queridos.

Podemos decir que la adolescencia es una de las etapas más vertiginosas e importantes del curso de vida.

Es intensa, y trascendente porque en ella las y los adolescentes reestructuran su identidad y su autoimagen y edifican sus propias posturas ante la vida en pareja, ante la familia, la cultura y la sociedad. Es una etapa difícil porque, algunas veces, las personas, las familias y las sociedades, en lugar de impulsar a las y los adolescentes, les cierran espacios o construyen para ellos pesadas “etiquetas” que ponen sobre sus hombros, y con ellas hacen más difícil el tránsito.

El proceso adolescente es un proceso que involucra a todos: niñas y niños, adolescentes y jóvenes, adultos, ancianos, escuelas, familias y sociedades. Es una etapa que puede enriquecerse con las acciones de todos; conscientes, informadas, comprometidas, concertadas.

El proyecto de vida

Cada situación posible tiene múltiples soluciones. A cada una la podemos mirar desde distintos puntos de vista. No hay una sola manera de analizar ni una sola manera de resolver. Ésta es una de nuestras grandezas: las personas tenemos la capacidad y la responsabilidad de elegir propósitos, principios, rutas, estrategias, alianzas o posiciones.

Una estrategia para vivir la adolescencia con rumbo propio y con autonomía es analizarla y enfrentarla desde la perspectiva del proyecto de vida. Un proyecto de vida nos marca un propósito anhelado que queremos lograr, un sitio o un lugar deseados. Lo construimos porque queremos ser felices, desarrollar a plenitud nuestras capacidades y mejorar nuestra calidad de vida.

Un proyecto de vida, antes que nada, tiene que imaginarse, tiene que dibujarse en el horizonte: lleno de imágenes y detalles amables. Tiene que analizarse y nombrarse. Pero no basta con eso: quien proyecta, necesita “perseguir” su ilusión, desear alcanzarla, y realizar acciones que lo acerquen a ella. Debe hacer planes para que sus actividades diarias lo conduzcan cada día más cerca de la situación o bienes anhelados.

En todas las edades, pero de manera particular durante la adolescencia, el proyecto de vida puede servir como sirven los faros del mar que dibujan un punto de luz a la distancia: anuncian peligros, marcan tiempos, miden distancias y anticipan llegadas.

El proyecto de vida permite a los adolescentes un punto de referencia para contrastar ideas, pedir opiniones, revisar acciones, rectificar rumbos, calcular jornadas o solicitar apoyos necesarios.

Las decisiones marcan la trayectoria del curso de vida

Tomar una decisión quiere decir elegir entre, al menos, dos opciones posibles. Elegir quiere decir enfrentar más de una posibilidad y tomar una postura propia ante lo que enfrentamos.

Las decisiones que se toman durante la adolescencia trascienden. Esto quiere decir que marcan las siguientes etapas del curso de vida. Quiere decir que sus consecuencias se manifiestan, a través del tiempo, en la juventud, la madurez e incluso la vejez.

El proyecto de vida puede convertirse en un marco vital que permita a las y los adolescentes tomar las mejores decisiones: las más informadas,

las más debatidas, las más reflexionadas, las decisiones que más apoyen y propicien la cristalización de sus anhelos, de sus planes, de sus ilusiones.

Cuando durante la adolescencia las y los jóvenes formulan sus propios proyectos de vida, tienen con ellos una trinchera donde guarecerse durante las tempestades (crisis familiares, desencuentros de par a par o angustias particulares, por ejemplo); un edificio al abrigo del cual trabajar planes y hacerse de herramientas (como conocimientos o destrezas); y un marco de referencia que guíe y oriente su toma inteligente, sensible y pertinente de las decisiones que marcarán el rumbo de sus vidas.

La proximidad del matrimonio (si no se ha dado) hace de éste un periodo de máxima conciencia interpersonal e intrapsicosexual. Es la etapa en la que el estatus sexual propio es parte del estatus social público.

Las relaciones sexuales se dan en casi todos los hombres y, actualmente, en un gran número de mujeres. La masturbación puede ser considerada como común en ambos sexos así como el jugueteo sexual mutuo.

La preocupación general va en relación con el desempeño sexual en ambos géneros y, en los hombres, más específicamente en cuanto a las infecciones de transmisión sexual. En las mujeres, en cuanto a embarazos no planeados y no deseados, a su reputación si la relación no culmina con la legislación del vínculo y a la conservación o no de la virginidad hasta el matrimonio.

La infancia, la adolescencia y la juventud son los cimientos de la vida adulta y por tanto, los factores que influyen en el desarrollo psicosexual en estas etapas cruciales de la vida que se verán plasmados en conductas, sentimientos y actitudes en los siguientes años de vida adulta y adulta mayor.

Las investigaciones sugieren que los patrones que ven a las mujeres como objetos sexuales, al sexo como algo orientado a la representación, y utilizan la coacción para obtener sexo, a menudo empiezan en la adolescencia y siguen en la edad adulta.

Actividad

- ☐ Aportar su testimonio acerca de lo que haya sido una problemática en su adolescencia.
- ☐ Analizar testimonios de vida.

Tema 3. La sexualidad y la juventud.

Significado

Muchos jóvenes varones de todo el mundo consideran la experiencia sexual heterosexual un rito de tránsito a la hombría y un logro o éxito más que una oportunidad de vivir una situación íntima.

En el 2009, existían en nuestro país 20.2 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad, que representaban 18.8% de la población total. Se estima que esta población crecerá en poco más de 32 mil individuos para el 2011, año a partir del cual comenzará a reducir su tamaño, debido al paulatino envejecimiento de la población, hasta alcanzar 16.4 millones en 2030 (13.6% del total) y 14 millones en 2050 (11.6% del total).

La población de jóvenes ha tenido un crecimiento demográfico acelerado en México, por una parte, como consecuencia de los altos niveles de fecundidad que caracterizaron al país durante la mayor parte del siglo pasado y, por otra, debido a la reducción constante de los niveles de mortalidad. Después de que prácticamente cuadruplicó su tamaño, la población de jóvenes pasó de cinco millones en 1950 a poco más de 20.2 millones en 2009.

Las y los jóvenes constituyen un grupo prioritario de la política de población, debido a que las decisiones que tomen en esta etapa de su curso de vida no sólo contribuirán a forjar su propio destino, sino también a delinear el perfil demográfico futuro de México. De hecho, el aprovechamiento del bono demográfico dependerá —en buena medida— de las capacidades y opciones con que cuenten las y los adolescentes y jóvenes de hoy y del futuro, quienes conformarán

el grueso de la población en edad laboral durante las próximas tres décadas. Para enfrentar este desafío, las y los jóvenes cuentan con mayores ventajas y oportunidades que las que tuvieron las generaciones que les precedieron.

Han acumulado niveles de escolaridad superiores que los de sus progenitores; están más familiarizados con las nuevas tecnologías; cuentan con mayor información sobre diferentes aspectos de la vida y de la realidad que los circunda; se han socializado en un entorno de mayor equidad entre hombres y mujeres; y tienen cada vez mayor acceso a la información y los medios necesarios para tomar decisiones autónomas, responsables e informadas.

El guión sexual habitual de los muchachos de todo el mundo apoya los mitos de que el apetito sexual masculino es insaciable, que la necesidad de sexo de los muchachos es incontrolable, y que el sexo es algo que hay que hacer, y no comentar.

Sin embargo, las y los jóvenes enfrentan diversos problemas asociados a su inserción social y a las insuficiencias de nuestro desarrollo. Las demandas de calificación del mercado de trabajo son cada vez mayores y persisten altos niveles de desempleo y condiciones laborales precarias. Asimismo, las capacidades de las familias para prestar apoyo material y afectivo a sus hijas e hijos enfrentan diversas restricciones. En este contexto, no es casual que las y los jóvenes participen de manera creciente en el flujo migratorio hacia Estados Unidos (de manera documentada e indocumentada) en busca de mejores oportunidades laborales.

En los últimos años, se ha observado un aumento de los daños a la salud asociados a conductas riesgosas y violentas entre la juventud, una iniciación temprana de la vida sexual y la persistencia del embarazo no planeado, así como del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH), lo que se traduce en obstáculos y limitaciones al desempeño de las y los jóvenes en todos los planos de sus vidas.

Los jóvenes heterosexuales a menudo comentan sus conquistas con orgullo con el grupo de pares,

mientras que los jóvenes homosexuales a menudo esconden sus experiencias sexuales.

Por otro lado, también las infecciones de transmisión sexual han provocado la necesidad de conocer y profundizar en la salud reproductiva de esta población. Según las estadísticas, los casos de SIDA aumentaron en más del doble en los últimos años, ya que pasaron de 1.5 en 1995 a 3.5 por cada 100 mil jóvenes de 15 a 24 años (CONASIDA, 2002). Desde fines de los noventa, las estadísticas sobre Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) evidenciaron que un porcentaje significativo de los nuevos casos ocurría en personas que habían sido infectadas durante la adolescencia (Cáceres, 1999).

Cuando hablan de salud reproductiva los muchachos a veces están más interesados en temas como el tamaño del pene, cómo mantener las erecciones, miedo a no estar a la altura de las expectativas de los compañeros sexuales, tener erecciones en el momento adecuado, fertilidad, potencia y eyaculación prematura.

La adolescencia y la juventud representan etapas críticas en la vida de las personas, porque es precisamente en ellas cuando tienen lugar decisiones y transiciones cruciales —como el inicio de la actividad sexual, la vida en pareja y la maternidad— que influirán en los logros alcanzados por las y los jóvenes en etapas posteriores de sus vidas.

La intensidad y calendario de estas transiciones sociodemográficas suelen variar según el origen social de las personas. Las y los jóvenes que pertenecen a los grupos sociales más desfavorecidos presentan patrones de unión y reproducción temprana. En contraste, en los grupos mejor situados en la estructura social, la edad al matrimonio es mucho más tardía, aunque no así el inicio de la vida sexual, ampliándose las brechas temporales entre el inicio de la sexualidad, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo.

En ambos casos, los patrones de iniciación sexual temprana y el escaso recurso a las prácticas de prevención, está conduciendo al incremento tanto de embarazos premaritales, como de la

exposición al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH, contribuyendo a generar condiciones de vulnerabilidad, particularmente entre las mujeres.

La política de población hacia las y los adolescentes y jóvenes pone énfasis en la ampliación de sus capacidades y opciones, con el fin de que puedan contar con conocimientos y habilidades que les permitan conducir activamente sus proyectos de vida; lograr una más adecuada inserción laboral y social; tomar decisiones responsables e informadas en los distintos ámbitos que contribuyen a delinear sus trayectorias de vida; y disponer de alternativas a la unión, la maternidad y la paternidad tempranas.

No todos los muchachos de un grupo dado siguen todos los aspectos del guión sexual predominante, como tampoco los varones jóvenes más tradicionales se comportan siempre de acuerdo con estos guiones.

La fecundidad

El cuidado de la salud sexual de las y los adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, problema que, en general, se ve agudizado por las condiciones precarias y la falta de servicios de educación y salud.

Las jóvenes concentran una gran parte de los nacimientos que ocurren en el país. Este nivel de fecundidad se tradujo en más de 433 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad, en el año 2000. Se estima que en 2009, alrededor de 855 mil nacimientos fueron de mujeres entre 15 y 24 años de edad, es decir, 44.1% del total de nacimientos. De esta cantidad de nacimientos, 293 mil corresponden a mujeres entre 15 y 19 años. El embarazo en estas edades aún es preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de sus hijos, sino también porque la procreación en la juventud temprana puede contribuir a limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer.

Datos preliminares de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2006), indican que

la edad promedio de las jóvenes que tuvieron un hijo entre los 15 a 19 años de edad fue de 16 años.

El inicio de las relaciones sexuales ocurre predominantemente en la adolescencia. Al considerar a las mujeres entre 15 y 49 años, la edad promedio a la primera relación sexual pasó de 18.8 en 1987 a 19.1 en 2006. En el caso de las mujeres entre 15 y 19 años, la edad media a la primera relación sexual pasó de 15.7 a 15.9 en el mismo periodo. Es decir, si bien la diferencia no es amplia entre un año y otro, no se observa una tendencia a la reducción de la edad a la primera relación sexual.

		1987	2003	2006
Edades de 15 a 19				
	Promedio de edad a la primera relación sexual	15.7	15.8	15.9
	Mediana de la edad a la primera relación sexual	15.1	15.2	15.4
Mujeres de 15 a 49				
	Promedio de edad a la primera relación sexual	18.8	18.8	19.1
	Mediana de la edad a la primera relación sexual	17.6	17.6	17.8
Mujeres de 25 a 34				
	Promedio de edad a la primera relación sexual	18.9	19.0	19.1
	Mediana de la edad a la primera relación sexual	17.9	17.9	17.8

Fuente: Estimaciones a partir de la ENFES 1987, ENSAR 2003 y ENADID 2006.

Lo anterior también se puede explorar a partir de la proporción de mujeres de determinada edad que ya han tenido relaciones sexuales. En el siguiente cuadro se observa que, en general,

las proporciones de adolescentes que ya experimentaron el evento a diversas edades han disminuido, lo cual sugiere la postergación de la primera relación sexual.

Porcentaje de mujeres que a determinadas edades ya habían tenido relaciones sexuales			
Edad actual	ENSA 2000	ENSAR 2003	ENADID 2006
15	8.0	5.8	4.8
16	15.8	16.0	11.2
17	26.8	21.3	17.1
18	33.8	34.1	27.7
19	45.3	46.7	39.3
Total	24.9	23.7	19.3

Fuente: Estimaciones a partir de la ENSA 2000, ENSAR 2003 y ENADID 2006.

Relaciones sexuales en las y los jóvenes

En cuanto a la salud sexual, a la par de lo que sucede en casi todo el mundo, una gran cantidad de jóvenes mexicanos inicia su actividad sexual en la adolescencia. Los hallazgos de investigaciones cualitativas en nuestro país confirman que el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida, un acto que está fuertemente influido por el género, los valores personales y las creencias.

Las decisiones que los jóvenes toman en torno a la sexualidad, la formación de parejas y la reproducción, determinan en gran medida la duración del periodo juvenil. La vida en pareja y la crianza de los hijos obligan a la persona a asumir roles adultos asociados con la manutención de la familia y la crianza de los hijos. Por ello, la postergación de la edad al matrimonio y el retraso del nacimiento del primer hijo permiten extender la etapa de preparación que ofrece la juventud y mejorar las condiciones de entrada al mercado de trabajo.

El inicio de la vida sexual es un aspecto del comportamiento reproductivo típicamente asociado a las y los jóvenes. En los últimos años se ha constatado que una proporción cada vez mayor de la población femenina es activa sexualmente.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), más de un quinto de la población femenina de 15 a 19 años y más de dos tercios de la de 20 a 24 años era sexualmente activa al momento de la entrevista.

En ambos casos se trata de un crecimiento notable con respecto a los valores observados por la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF 1995), donde 20 y 58 por ciento de las jóvenes, respectivamente, eran activas sexualmente. Además, las mujeres jóvenes han adelantado el inicio de su vida sexual; en 1995 las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años de edad iniciaron su vida sexual a la edad de 17.2 años; en los ocho años siguientes se registró un pronunciado descenso en la edad media de iniciación sexual (15.8 años en 2003) para luego estabilizarse

en torno a los 15.9 años en 2006. Sin embargo, en 1987 el dato es de 15.7. En todo caso, el de 1995 diverge de la tendencia encontrada en años posteriores.

El guión sexual de muchos adolescentes varones sugeriría que están bien informados sobre temas de sexualidad y reproducción, pero las investigaciones lo contradicen. El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales.

Además, sabemos que 34.1% de las y los jóvenes reconocen a la escuela como el medio del cual más han aprendido acerca de la sexualidad, en segundo lugar a padres y madres de familia con un 24.4 por ciento.

La comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes hagan frente a situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad se eviten embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abortos, uniones forzadas, relaciones sexuales sin protección, o ser víctimas de la violencia en la familia, abuso sexual, violación o discriminación por orientación sexual.

Por otro lado, los movimientos migratorios pueden representar un factor peligroso, en la medida que se podrían favorecer prácticas de riesgo en encuentros sexuales ocasionales y desprotegidos.

Estudios de varias partes del mundo han demostrado que el uso de preservativos entre los varones adolescentes y jóvenes ha aumentado en los últimos años pero sigue siendo poco constante, y a menudo varía según la categoría del compañero sexual.

El VIH y el SIDA y las infecciones de transmisión sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables: tricomonas, clamidia, gonorrea y

sífilis. El SIDA es la tercera causa de muerte entre los hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta entre las mujeres de esa misma edad. Tomando en cuenta el largo periodo de incubación del virus puede afirmarse que la infección suele ocurrir durante la adolescencia y juventud, etapa en la cual deben concentrarse los esfuerzos de la prevención.

SIDA en México

Casos acumulados SIDA nacional	121,718
Menores de 15 años	2,934
Hombres adultos	97,994
Mujeres adultas	19,757
Edad desconocida	1,033

La vía de transmisión sexual es la más importante, con 95.1% de los casos de los cuales 27.1% corresponde a la categoría homosexual; 19.3% a la categoría bisexual y 48.7% a la categoría heterosexual. Por vía sanguínea se transmiten 4.6% de casos, por uso de drogas 0.3 por ciento.

La relación hombre-mujer en las zonas urbanas es de una mujer infectada por cada cinco hombres y de una mujer por cada cuatro hombres en las zonas rurales. A la fecha, los casos acumulados de SIDA a nivel nacional suman 121 mil 718.

En varias partes del mundo las investigaciones confirman que los muchachos adolescentes a menudo tienen tasas altas de ITS, y que a menudo ignoran estas infecciones o se fían de remedios caseros o del autotratamiento.

Violencia de género

La violencia contra la mujer representa un grave problema de salud en el mundo. La OMS destaca que en el mundo entre 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o de intento de ésta en el transcurso de su vida. Esto trae como consecuencia muertes o incapacidad femenina durante la edad reproductiva.

Mientras las muchachas tienen más probabilidades que los muchachos de ser víctimas de abuso sexual, una serie de estudios sugiere que los muchachos tienen más probabilidades que las muchachas de ser víctimas de otras formas de abuso físico en sus casas.

En el caso de los jóvenes entre 40% y 60% de los casos de abuso sexual ocurren en mujeres menores de 16 años. En estudios realizados en 19 países entre los que se encuentran República Dominicana, Suecia y Sudáfrica se reportaron abusos sexuales entre 7 y 34% de las niñas y entre 3 y el 29% de los niños. Otra encuesta a adolescentes destaca que en México 50% de los delitos sexuales se habían perpetrado a niñas y mujeres adolescentes.

La literatura reporta que se dan distintos tipos de violencia de género dependiendo del ciclo de vida de las personas. Se sabe que la violencia durante la adolescencia ocurre por compañeros del sexo opuesto y novios, relaciones sexuales forzadas por motivos económicos, abuso sexual en el trabajo, violación, hostigamiento y asedio sexual, la prostitución forzada y tráfico de mujeres.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), ha diseñado la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 1999 y 2006 y la Encuesta Nacional de la Violencia en el Noviazgo (ENVIM) 2007.

Cada una cuenta con reportes de resultados específicos en el que distinguen la intensidad y el tipo de violencia contra las mujeres. Por otra parte, el Centro de Estudios para el Adelanto de la Mujer y la Equidad de Género (CEAMEG) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) cuentan con material al respecto.

La Secretaría de Salud a través del Programa Mujer y Salud, realiza de manera conjunta con el Instituto Nacional de Salud Pública una Encuesta Nacional sobre Violencia Familiar en Centros de Salud y Hospitales con mujeres que asisten al IMSS; ISSSTE y SSA y con prestadores de servicios.

Hasta el momento se ha realizado la fase cuantitativa a través de la aplicación de encuestas a 26 mil 240 mujeres, posteriormente se desarrollarán grupos focales, entrevistas y observación para aportar la mirada cualitativa de la violencia. Los resultados preliminares de esta encuesta destacan que 35% de las mujeres manifiestan que alguna vez en su vida han sido objeto de violencia y 21.5% reporta que en los últimos doce meses han sido violentadas por su pareja desde golpes hasta el intento de estrangulamiento.

De acuerdo con estos datos, se sabe que el tipo de violencia más frecuente es la violencia psicológica en un 17% de los casos y le sigue la violencia física en 11% de los casos. La violencia sexual ocupa el tercer sitio y en la infancia el abuso sexual se presenta en 8.3% de los casos, en donde el agresor es un hombre que pertenece a la familia.

Migración internacional

La migración internacional es uno de los grandes fenómenos globales de nuestros días. Prácticamente ningún país, como tampoco ninguna región del mundo, escapa a la dinámica de las migraciones o puede mantenerse ajeno a sus consecuencias. En el mundo contemporáneo es cada vez mayor la movilidad de personas que cruzan límites internacionales y se desplazan a países incluso distantes.

La mayoría de los movimientos poblacionales en todas las regiones geográficas del mundo obedecen a motivaciones vinculadas con la búsqueda de mejores condiciones de vida, a lo cual subyace la operación de diversos y complejos factores estructurales, como son las asimetrías económicas, la creciente interdependencia y las intensas relaciones e intercambios entre los países.

Los padres adolescentes se enfrentan a los mismos problemas que las jóvenes madres: una transición demasiado precoz del rol del adolescente al de padre; aislamiento social; relaciones inestables, y oposición social y familiar a su participación como padres.

Esta nueva era del sistema mundial se aprecia no sólo en los cada vez más libres mercados de bienes, servicios y capitales, sino también en el aumento del número de migrantes internacionales. Se estima que su número aumentó de 75 a 84 millones entre 1965 y 1975, y de 105 a 154 millones entre 1985 y 1990.

De acuerdo con el Reporte de Migración Internacional de las Naciones Unidas, en el año 2000, 175 millones de personas vivían en un país diferente al de nacimiento, y las regiones que concentraban un mayor contingente de migrantes eran: Europa (56 millones), Asia (50 millones) y América del Norte (41 millones). Para el mismo año, los principales países receptores de migrantes eran Estados Unidos con 35 millones de migrantes, siguiendo en importancia Rusia y Alemania, con 13 y 7 millones, respectivamente.

Actividad

Comentar la percepción de la fecundidad desde un ámbito sociodemográfico:

- ☐ Cómo contribuye en la estructura de la población.
- ☐ Describir su opinión de cada uno de los temas.

Tema 4. El marco conceptual de la salud integral de las y los adolescentes y de su cuidado.

Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes.

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como vih, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Estos programas de “atención terciaria” intentan enmendar algo que ha sido muy estropeado (Burt, 1998).

Los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos. Los programas que se centran únicamente en prevenir conflictos específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo (Scales y Leffert, 1999).

Los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la juventud; es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, del concepto de jóvenes como receptores a jóvenes como

participantes activos, y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud (Ibídem).

La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado un marco conceptual de salud y desarrollo de los adolescentes (OPS, 1998b), así como un documento de promoción de salud sexual que incluye una serie de recomendaciones para la acción (OPS, 2000). Sin embargo, la región necesita un nuevo marco conceptual que se aproxime a la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes dentro de un enfoque más amplio de crecimiento humano y promoción de la salud. El supuesto es que cuando la sociedad no atiende ni protege los derechos de los adolescentes y fracasa en ayudar a los jóvenes a conseguir un desarrollo saludable, entonces es cuando surgen los problemas. En vez de considerar su prevención, el desarrollo de los jóvenes y el de la comunidad como prioridades que compiten entre sí, se deben considerar como metas inseparables (Pittman, 1996).

El éxito se debe definir no como una ausencia de problemas sino desde una perspectiva más amplia que incluya competencias tales como el bienestar social, físico y cívico, y las habilidades vocacionales que permitan a los jóvenes afirmarse como individuos. Otros indicadores de éxito incluyen tener relaciones significativas (*connectedness*), ser queridos y comprometidos, tener un fuerte sentido de seguridad y estructura, un sentido de pertenencia, además de un propósito, de responsabilidad y de ser valiosos. Por lo tanto, la OPS propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano dentro del contexto de la familia, la cultura y el medioambiente.

El éxito implica no sólo la ausencia de problemas; incluye también competencias que ayudan a los jóvenes a afirmarse como individuos.

El marco conceptual plantea centrarse en el desarrollo saludable, con la salud sexual y el desenvolvimiento como un componente integral

de la salud en general. Las siguientes secciones definirán los conceptos de salud sexual y desarrollo del adolescente y las diversas características de una sexualidad adolescente saludable, junto con las consecuencias deseables de salud sexual y reproductiva que el marco conceptual pretende alcanzar. También se describirán los diversos factores que influyen en sus consecuencias. Estos incluyen: el desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo a nivel individual.

A nivel social y medioambiental, factores como la familia, los pares, la escuela y el nivel educativo, la sociedad, la cultura, el nivel socioeconómico, los derechos de equidad y el la toma de poder influyen en el desarrollo sexual de los adolescentes. Todos estos factores están entrelazados y son interdependientes.

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano que incluye la seguridad del cuerpo sexual, privacidad, amor, expresión, derecho a elegir y acceso a atención.

Salud sexual y desarrollo de los adolescentes

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes y jóvenes, es un derecho humano que incluye a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud. El concepto de derechos sexuales es reconocido y apoyado por varias conferencias mundiales, tales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994, El Cairo), la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres, (1995, Beijing), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos y la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y Derechos Sexuales, (XIII Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, 1997).

Las conductas de riesgo en los jóvenes tienen factores comunes interrelacionados.

Salud sexual y sexualidad de adolescentes

La adolescencia a menudo se caracteriza como un periodo de oportunidad y de riesgo y el comportamiento de asumirlo se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas, además suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.

Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998).

Como ya se ha discutido, la alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza, y viceversa (Buvinic, 1998, 1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia (Advocates for Youth, 2001). Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo.

Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. Tal periodo es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes.

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción. La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No sólo es sexual, implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental (OPS/WAS, 2000; Tsui y cols., 1997; Neinstein, 1996), además de la cultura y el ambiente donde vive.

La sexualidad y el bienestar sexual de las y los adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección (WAS, 1999).

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los

individuos tienen derecho a la libertad sexual, la privacidad, la equidad, el placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona (OPS/WAS, 2000; Tsui y cols., 1997; UNPOPIN, 1994).

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y la familia influye decisivamente en la conducta sexual de los adolescentes (Sieving y cols., 2002). Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y los pares, y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes (SIECUS, 2002). Sin embargo, los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo (38%), seguidos de los amigos (32%), con los medios de comunicación en el último puesto (4%) (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001). Se ha encontrado asimismo una importante influencia social positiva por parte de los padres en cuanto a la toma de decisiones sexuales (Schaalma, 1993).

Gran parte de las investigaciones revelan que los padres y sus hijos adolescentes suelen tener dificultades para conversar juntos sobre la sexualidad. De los adolescentes caribeños, 24% dice que sus madres entienden poco sus problemas, y 32% de los adolescentes piensa lo mismo de sus padres (OMS Centro Colaborador en Salud de Adolescentes/OPS, 2000).

Los adolescentes varones de nueve países de la Región indican que la información sobre sexualidad que reciben de sus padres suele llegar demasiado tarde y está repleta de mitos y tabúes (Aguirre y Güell, 2002).

Las familias juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijas e hijos.

Aumentar el rol de las madres y los padres como educadores principales de la sexualidad de sus adolescentes es prioritario. Aunque las y los jóvenes desean vivir experiencias adultas, se enfrentan a dos opciones polémicas y contrarias, el uso de condones o la abstinencia, quedándoles pocos recursos para explorar la sexualidad a su propio paso y aprender a tomar decisiones apropiadas para su desarrollo. Las familias juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos, dándoles no sólo información, sino también habilidades que ayudarán a los adolescentes a tomar decisiones sanas cuando exploren su sexualidad.

El desafío es reconocer y entender los problemas y riesgos que afectan a los muchachos y el daño que a veces se infligen a sí mismos y a otros sin limitarse a considerarlos en términos de déficits. También tenemos que mirar las formas positivas que tienen los muchachos de contribuir a sus familias y sociedades, e identificar el potencial que representan.

Actividad

Realizar una breve investigación sobre cuáles han sido las principales estrategias de los programas dedicados a la sexualidad de los jóvenes.

Tema 5. Los derechos sexuales de las y los jóvenes.

Los derechos sexuales y reproductivos

En el módulo anterior se hizo la revisión de cuáles son los derechos sexuales pertenecientes a las declaraciones emitidas por la Sociedad Mundial de Sexología. Sin embargo, una vez que hemos revisado las bases conceptuales de la sexualidad, vale la pena realizar un nuevo acercamiento y ahondar también en las problemáticas relacionadas con el tema.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron contruidos en las últimas décadas del siglo xx y son parte de la cultura de los derechos humanos. Esta cultura es muy nueva en nuestros países: las

y los ciudadanos no sabemos cuáles son nuestros derechos humanos, desconocemos las leyes y los tratados internacionales que los definen, sobre todo porque no han formado parte de nuestra educación formal ni de la informal. Sin embargo, ignorar cuáles son los derechos humanos y qué instrumentos los sustentan nos hace más vulnerables, es decir, nos pone en riesgo de exponer nuestra salud y nos impide exigir su cumplimiento y actuar cuando no son respetados o se violentan.

En el caso particular de la sexualidad y la salud reproductiva, estos conceptos no estaban integrados en las primeras declaraciones de derechos humanos, lo cual no significa que no estuvieran protegidos indirectamente por múltiples tratados y conferencias, sino que no tenían la suficiente precisión, es decir, no eran tan claros. En los últimos años se están construyendo términos y mecanismos más precisos que permitan garantizar su ejercicio.

En las leyes de México y en los tratados internacionales que ha firmado el gobierno, se mencionan una serie de acuerdos y responsabilidades acerca del cuidado, protección, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva de las y los ciudadanos.

En el derecho internacional ya están formulados varios derechos que protegen la integridad corporal, la privacidad, la salud y la autonomía de las personas.

Hay, además, avances muy importantes en el terreno de la reproducción, como los de las plataformas de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la iv Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Esos documentos obligan a los gobiernos que los suscribieron a asegurar el derecho a la salud reproductiva de sus poblaciones.

En ellos, la persona deja de ser considerada como mero vehículo para la supervivencia de la especie y aparece como individuo autónomo con derecho a ejercer o no la reproducción y a que sus decisiones en ese ámbito sean respetadas y protegidas. De ese modo, ofrecen una base para defender legalmente la separación entre la sexualidad y la reproducción.

Los Derechos “más humanos”

“Los Derechos Sexuales y Reproductivos son los Derechos más Humanos”, ya que corresponden a la parte más privada de la persona, su cuerpo y la capacidad de tener hijos. Sin embargo, hay muchas personas que piensan que la sexualidad es un acto privado y que por lo tanto el estado no tiene por qué entrometerse en ese espacio. Pero lo que el estado y su gobierno deben de proteger es que lo que sucede en el espacio privado sea sin el prejuicio de los derechos de alguna de las partes. Es decir, que no haya violencia, que las relaciones sean consensuadas, de común acuerdo, que las personas estén informadas para tomar de mejor manera sus decisiones, entre otras cosas.

Por lo anterior, los derechos sexuales y reproductivos otorgan nuevas herramientas a las personas para poder disfrutar su sexualidad.

Consideraciones en torno al trabajo con jóvenes y sus derechos:

- ☐ Partir del hecho de que el cuerpo de la mujer sea diferente al del hombre, y que cada uno tenga capacidades y necesidades distintas, no quiere decir que uno sea inferior a otro.
- ☐ En nuestra sociedad, con frecuencia algunas personas abusan del poder que les da su fuerza, su edad o su autoridad, y causan daños a otras. Por eso es muy importante que conozcamos nuestros derechos, para saber si alguno de ellos no está siendo respetado y que podamos hacer algo al respecto.

En este tema se ha hablado sobre los derechos de las personas relacionados con su salud sexual y reproductiva, entendiendo el término salud como lo define la Organización Mundial de la Salud: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo el no tener ninguna enfermedad o dolencia”. Por tanto, la salud sexual y reproductiva

es el bienestar de una persona en todo lo que se refiere a la sexualidad, el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, la cual incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, libre de obligación, discriminación y violencia; así como la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

- ☐ Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas deben ser ejercidos, respetados y protegidos.
- ☐ Estos derechos tienen que ver con el cuidado del cuerpo, la vivencia de una sexualidad satisfactoria, sin infecciones ni violencia, la experiencia de una maternidad sin riesgos, etcétera.
- ☐ Los derechos sexuales y reproductivos abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en las leyes nacionales y en documentos internacionales aprobados por consenso. Se basan en el hecho de que todas las parejas y las personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el intervalo entre sus nacimientos, así como a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Actividad

- ☐ Lectura y Comentarios “Cartilla de los derechos sexuales de las y los jóvenes”.
- ☐ Comparta su opinión de las preguntas que se realizan.

Módulo 4

Las situaciones de riesgo
que afectan a la salud sexual



Tema 1. Embarazo adolescente

Estadísticas

El cuidado de la salud sexual de los adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, problema que se ve agudizado por las condiciones precarias y la falta de servicios de educación y salud.

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública con diferencias

sustanciales entre el mundo subdesarrollado y el industrializado. 10% de los nacimientos en el mundo, cerca de 14 millones, corresponde a mujeres que dan a luz entre los 15 y 20 años de edad. En nuestro país, 70 de cada mil mujeres adolescentes están embarazadas, mientras que en los Estados Unidos la tasa es de 50 por cada mil, en tanto que en Francia y en Alemania sólo 9 y 4 de cada mil adolescentes, respectivamente, presentan embarazos.

Embarazo en la adolescencia por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años

País	Número de embarazos
México	70
Estados Unidos	52
Francia	9
Alemania	4

De acuerdo con el CONAPO la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha disminuido junto con el incremento de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, continúan disparidades que se asocian a la desigualdad social y económica. En números absolutos se pasó de 450 mil nacimientos de madres adolescentes en 1995 a 366 mil en el 2001.

La proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 17% del total de nacimientos en el país. En el año 2000, una de cada 14 mujeres se embarazó antes de los 20 años, a diferencia de 1974, en que una de cada 8 mujeres fue madre a esta edad.

Descenso de madres adolescentes menores de 20 años

1974	1992	2000
1 de cada 8 jóvenes	1 de cada 12 jóvenes	1 de cada 14 jóvenes

Los estudios centrados en la salud de la madre y el hijo

El embarazo en la adolescencia ha sido un tema de investigación recurrente en nuestro país (1960), los primeros estudios se abordaron desde una perspectiva biomédica y demográfica, y documentaron los riesgos de la reproducción en la salud de la madre adolescente y de su hijo. La mayoría de los estudios de este corte son de carácter descriptivo y contribuyen a caracterizar a las madres adolescentes a partir de: edad, origen urbano o rural, estado civil, escolaridad, fecundidad, edad ginecológica, estado de nutrición, peso pregestacional, peso durante el embarazo y asistencia prenatal, entre los más importantes.

Los resultados publicados en México desde 1967 enfatizan los efectos negativos del embarazo en las jóvenes y se precisa sobre las principales complicaciones obstétricas de las mujeres menores de 16 años. De 1986 en adelante proliferaron los trabajos sobre los riesgos biológicos; dentro de los problemas de salud que se identifican están toxemia, preeclampsia, eclampsia y desnutrición; en sus hijos bajo peso al nacer y puntajes bajos en el examen APGAR. Se reconoce que la morbilidad materna e infantil en las adolescentes es igual o menor a la reportada en adultas y la escasez de información y registros de seguimiento.

Se sabe que es posible prevenir la morbilidad si se tiene una buena alimentación y cuidados prenatales oportunos y adecuados. Sin embargo, los problemas de salud se ven influidos por el nivel socioeconómico, la educación, el acceso y calidad de los servicios de salud.

Nuestro país registra un avance importante en los estudios sobre los riesgos biológicos en las adolescentes embarazadas, pero es necesario realizar estudios que tomen en cuenta las condiciones sociales y culturales en que viven las madres adolescentes y la influencia de la vida emocional de la madre en el vínculo con su hijo o hija. Desde este enfoque médico, los estudios dejan de lado la influencia de factores sociales y culturales en la expresión de esta problemática, y se limitan a referirlo a un campo de la vida reproductiva.

Estudios psicosociales y culturales

Otros estudios con enfoque social buscan ampliar la visión y establecer la vinculación entre el embarazo adolescente y el contexto social, las formaciones culturales, los programas de educación sexual y el impacto de los métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales. En este marco, la labor de las organizaciones civiles ha sido fundamental para impulsar los programas de formación a capacitadores y educadores en el ámbito de la salud sexual.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que la mujer y su familia viven y las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales.

La relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y la condición económica. El proceso es complejo, la carencia de recursos económicos dificulta sostener la educación de los hijos a la que se aúna la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables, pero no indispensables para cumplir con una misión maternal. Muchas veces la actitud de los docentes y la censura social llevan a negar el problema y dejan en la desprotección a las madres adolescentes.

Se sabe que las madres más pobres y con menos escolaridad, no sólo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados sino sus posibilidades de mejorar a través de matrimonio son muy limitadas. Las adolescentes embarazadas se unen a hombres que no aportan lo suficiente económicamente para mantener a la familia y sus relaciones son inestables.

Algunas de las mujeres, después de que nace su hijo, se integran a las familias de origen, lo que representa una mayor carga para el grupo familiar. Ser madres tan jóvenes por paradójico que parezca, les brinda otro estatus a partir del cual son reconocidas socialmente, independientemente que

la familia opine acerca de su vida sexual; sin duda, la responsabilidad de tener un hijo les otorga ciertos privilegios como el valor de ser madre.

Alatorre y Atkin aportan al estudio de la relación intergeneracional en el embarazo adolescente. Destacan que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas, con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres.

Señalan que en las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias culturales en las que intervienen otros factores como la longevidad, el acceso a oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, entre otros.

De acuerdo con este estudio, la repetición del embarazo adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres, y en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal; en segundo lugar, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes; como tercer factor refieren que las madres solteras, enfrenten problemas de inequidad con respecto a los hombres, como menor salario y escasa disponibilidad de trabajo.

Los estudios con enfoque de género

A partir de la década de los noventa el reconocimiento internacional del Derecho a la Salud Reproductiva propició un cambio paulatino en el enfoque de la salud juvenil y del embarazo. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994, la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995) son el marco para intentar un replanteamiento en las investigaciones y servicios en salud reproductiva para asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes.

Con el nuevo marco internacional, los Programas de Adolescentes impulsados por la OMS se centran en la prevención del riesgo del embarazo y enfatizan la necesidad de trabajar también con varones jóvenes. Se puntualizan cuatro líneas de trabajo: a) salud y desarrollo, b) salud mental, suicidio y drogas, c) sexualidad y salud reproductiva, d) accidentes y violencia.

Cada vez más investigaciones buscan incorporar el enfoque de género para explicar la desigualdad presente entre hombres y mujeres y la que se da entre los grupos del mismo sexo. Es principalmente en el sector salud donde se inician estos esfuerzos a través de las actividades de educación, capacitación y difusión.

Cabe señalar que el género no sólo se expresa en los atributos de lo femenino y masculino, sino que toma en cuenta la interacción entre éstos y los significados, las creencias y los valores presentes en la vida individual y en la organización social de los grupos humanos.

De acuerdo a Scott, el estudio del género ha variado con el tiempo y con los territorios sociales y culturales en que se sitúan mujeres y hombres, por ello su estudio implica una conceptualización cultural y de la organización social. Ella abre un espectro más amplio en el que relaciona cuatro planos: la producción cultural, los conceptos normativos que se expresan en el lenguaje y las narrativas, los factores políticos y económicos y la identidad subjetiva.

De acuerdo a Sherry B. Ortner, el género, la sexualidad y la reproducción, son construcciones culturales simbólicas cuyos significados se entienden dentro de un amplio contexto cultural que toma en cuenta las relaciones entre los símbolos y las relaciones sociales. Para Lorber, el género implica el estudio del mundo de las mujeres como parte del mundo de los hombres en un sentido relacional y contra la idea de interpretar las diferencias como esferas separadas. La hegemonía masculina sustenta las prácticas de poder que incluye la explotación de los hombres hacia las mujeres, así como la subordinación y denigración de otros hombres que se asocian con características tipificadas como femeninas.

Otros estudios identifican los estilos “neomachistas” que cuestionan las desigualdades de género entre las nuevas generaciones y se muestra una actitud más abierta hacia la sexualidad sobre todo en las clases medias. Trabajos posteriores señalan que la permanencia de una sexualidad reproductiva está presente en los embarazos juveniles y la resistencia para incorporar prácticas sexuales preventivas, ya que se viven como una amenaza a la identidad de género. Se sabe que el noviazgo es un antecedente en las relaciones sexuales y la decisión se ve instigada por el novio, aunque muchas veces es negociada y aprobada dado que también existe el deseo consciente de las jóvenes.

En la investigación realizada por Rosario Román en las colonias populares de Hermosillo, Sonora, se relata que para las jóvenes estudiadas, la experiencia de la juventud se vincula con los cambios que ocurren en el cuerpo, la forma de pensar, las expectativas que de ellas tienen el padre y la madre; además de la violencia doméstica, el vandalismo y la drogadicción.

Las relaciones sexuales y el embarazo fuera del matrimonio no son eventos esperados, pero lo aceptan como un “adelanto” de lo que va a ocurrir en sus vidas. El embarazo se constituye en una vía para lograr poder familiar y estatus y en otros casos la vía de salvación económica y un medio para redimir prácticas sexuales prematrimoniales.

Una de las investigaciones etnográficas más recientes realizada por Gabriela Rodríguez con jóvenes rurales, destaca que actualmente ocurren transformaciones en las prácticas y representaciones de la sexualidad en el cortejo. El tema del embarazo suele vincularse con relaciones premaritales que propician uniones conyugales y matrimonios prematuros y en algunos casos las historias se remiten al incesto de sus padrastros o hermanos mayores. El significado de ser madres y padres confirma la división tajante de las responsabilidades familiares; la maternidad implica cubrir o cuidar a otros y la paternidad con ser el sostén económico. Esto favorece la cercanía de la madre con los hijos y la distancia con el padre. También se asocian con la realización personal desde un sentido determinista al considerar que “es una ley de la vida”.

Estudios sobre la violencia a las mujeres embarazadas

En el estudio de la violencia de género, se multiplican los obstáculos para la identificación de fuentes directas que permitan dimensionar el problema y más aún si se presenta durante el embarazo. Se sabe que el embarazo aumenta la desprotección de la mujer y la hace doblemente vulnerable en su condición de mujer.

La mayor incidencia de agresión hacia las mujeres ocurre entre los 15 y 29 años y durante el embarazo; un primer indicador es el conocer cuándo el embarazo es producto del abuso sexual o violación durante la adolescencia, sin embargo aún se desconoce la información al respecto. Valdez y Sanin (1996) realizan el estudio pionero para conocer la violencia doméstica contra mujeres embarazadas. De acuerdo con este estudio 33.5% de las mujeres había sufrido algún tipo de maltrato. La violencia se inició en el transcurso de la convivencia con la pareja, 9% durante el embarazo y 5.4% en el momento que la pareja supo del embarazo.

Los efectos del maltrato en el embarazo son físicos y emocionales. La mujer desarrolla un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Se detectó que los factores de riesgo de homicidio son mayores en las mujeres maltratadas durante el embarazo que en las violentadas el año anterior del mismo. Aun cuando existen hipótesis, no se conoce con certeza por qué el embarazo aumenta. Se llama la atención a que los prestadores de servicios estén conscientes de que las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de ser maltratadas por lo que su vida y la de su hijo están en peligro.

Los efectos en la salud de las mujeres maltratadas y del bebé son múltiples como se muestra en el siguiente cuadro:

Impacto de la violencia en la salud de la madre y de la hija o hijo

Madre	Hija/hijo
✓ Aborto espontáneo. ✓ Parto prematuro. ✓ Desprendimiento prematuro de placenta. ✓ Ruptura de útero, hígado o bazo. ✓ Riesgo dos veces mayor de presentar inflamación de membranas amnióticas. ✓ Riesgo tres veces mayor de complicaciones en el parto y postparto inmediato. ✓ Riesgo mayor en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. ✓ Riesgo dos veces mayor de tener problemas de salud mental. ✓ Mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. ✓ Trastornos ginecológicos (leucorrea, dismenorrea y alteraciones menstruales).	✓ Riesgo 40 veces mayor de morir en el primer año de vida. ✓ Riesgo cuatro veces mayor de tener bajo peso al nacer. ✓ Fracturas fetales. ✓ Anemia fetal. ✓ Hipovolemia fetal. ✓ Hipoxia aguda y crónica fetal. ✓ Acidosis fetal. ✓ Muerte fetal.

En nuestro país la violencia hacia las mujeres embarazadas se agudiza ante la falta de servicios adecuados, la mala alimentación y el exceso de trabajo. Además de que la consulta prenatal no se relaciona con los efectos de las violencias física o psicológica debido a la falta de preparación de los proveedores de servicios de salud.

La evaluación: una medida necesaria

La atención a la salud reproductiva de los adolescentes comienza en 1993, cuando la Secretaría de Salud crea el Programa Nacional para la Atención de la Salud Reproductiva del Adolescente y logra su mayor impulso en 1995 con el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

La base de este programa toma en cuenta las recomendaciones de las conferencias internacionales del Cairo (1994) y Beijing (1995) a partir de las cuales la salud reproductiva de los y las adolescentes considera necesario:

- ☐ Proteger y fomentar el derecho de los y las adolescentes a la salud mediante servicios adecuados, concretos y accesibles.

- ☐ Fomentar la protección y la promoción de la salud de los y las adolescentes en la que se incluye la salud sexual y reproductiva.
- ☐ Formular planes de acción para adolescentes y jóvenes con base en la equidad y la igualdad entre los sexos, la conducta sexual responsable, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como contrarrestar la violencia contra los y las adolescentes.
- ☐ Certificar que los programas y las actitudes de los adultos no restrinjan el acceso a los y las adolescentes a los servicios adecuados y a la información que necesitan para la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia y los abusos sexuales.

En nuestro país, no existe una política pública que aborde articuladamente la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Múltiples instituciones que han contribuido en la prevención y descenso del embarazo adolescente, destacan las campañas del Consejo Nacional de Población, los libros de texto y programas de la Secretaría de Educación Pública, los módulos para adolescentes y los centros de salud de los estados, los programas de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social en el régimen ordinario y del Programa IMSS-Oportunidades, los Centros para la Prevención del SIDA, así como los servicios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Instituciones académicas han realizado estudios sobre la temática y las organizaciones civiles han contribuido sustancialmente con la sensibilización de funcionarios y líderes del campo, la capacitación a educadores y proveedores de servicios, diseño de modelos de atención y la elaboración de materiales educativos, principalmente. Actualmente el Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) busca impulsar estrategias que promuevan los programas educativos en educación sexual y brindar servicios de salud a los y las jóvenes a nivel nacional.

A partir de una revisión documental realizada por Claudio Stern y Diana Reartes sobre los programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal, es posible destacar las dificultades para la operación de los servicios y muy en particular aborda la perspectiva de los prestadores de servicios. Los resultados de la evaluación del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (primer nivel de atención) y del Programa Educativo para Adolescentes (PERA) del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (segundo nivel de atención), se destaca que si bien las conferencias internacionales favorecieron la incorporación del concepto de salud reproductiva a los planes de desarrollo, en las políticas institucionales la operacionalización fue un proceso complejo. En el caso del PERA se detectó desconocimiento de los acuerdos, tanto

de las autoridades como de los proveedores, y se les dificultó reconocer que los y las adolescentes ameritan una atención especializada.

Con respecto al embarazo se considera un problema para los jóvenes en la medida que dificulta la conclusión de sus estudios u otras experiencias. Se desconoce la multiplicidad de significaciones que puede tener esta experiencia.

Así mismo, se sanciona y desalienta cualquier manifestación que se relacione con el deseo de interrumpir el embarazo.

Desde la percepción de los proveedores de servicios, la salud sexual y reproductiva tiene como finalidad evitar el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA. Están ausentes de sus discursos lo relativo al goce y disfrute. Se reconoce como derechos de los adolescentes el recibir información, orientación y atención médica y psicológica. El género es percibido como los roles determinados en el ámbito de la reproducción que ocasionan desigualdades que afectan a mujeres y hombres.

Los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes enfrentan también otros aspectos que no nos son ajenos. La Organización Mundial de la Salud reconoce entre los factores que dificultan la atención:

- ☐ Las actitudes de los profesionales de la salud que se rehúsan a brindar servicios a menores de edad a pesar de la existencia de leyes que así lo permiten.
- ☐ La incompatibilidad de horarios para que los jóvenes asistan a los servicios una vez que trabajan o estudian.
- ☐ La falta de recursos económicos para pagar los servicios.
- ☐ La renuencia de los adolescentes a centrar los servicios en ellos mismos.

Otro estudio de corte cualitativo realizado al Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (2002), aporta a la percepción de los prestadores de servicios y maestros y recomienda la urgencia de una

cuidadosa revisión acerca de la valoración de la sexualidad juvenil. Se señala que es preciso transformar su visión negativa y en particular sus demostraciones de rechazo que la reducen a “actos irresponsables” o infracción que “favorece la promiscuidad y el desorden sexual”, con lo cual limita la comunicación intergeneracional.

Hay una gran necesidad de abrir talleres de capacitación para brindar información confiable, que los conduzca a revisar sus propios referentes y considerar la importancia de su labor educativa. El objetivo sería que reconozcan que las y los jóvenes bien informados tienen la capacidad para tomar decisiones responsables sobre su vida sexual y es más factible que recurran a prácticas preventivas basadas en información científica y en diálogos abiertos.

Otro estudio realizado en el estado de Guanajuato, refleja la percepción de los médicos acerca del embarazo en la adolescencia, y se sitúa como un problema de salud cuya prioridad es el cuidado de la salud física de la madre y el hijo. Desde esta visión se excluye lo que tenga que ver con la atención emocional a la mujer y aún más, el padre adolescente queda fuera de esta dinámica y está lejos aun de mirar a la pareja adolescente.

Sin duda los prestadores de servicios de salud son actores centrales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, por lo que es necesario focalizar la atención a los programas de formación y actualización vías su profesionalización, además de conocer las mediaciones que repercuten en la calidad del servicio, tales como la institucionalización de los servicios, el estatus a los programas de adolescentes y la reflexión de valores y actitudes para el trabajo con adolescentes.

Reflexión final

El embarazo en la adolescencia es producto de un conjunto de inequidades que tienen como punto de partida las condiciones de precariedad y pobreza en la que viven los jóvenes, a lo que se suma la falta de información acerca de cómo tener relaciones sexuales protegidas y la dificultad para acceder a los servicios de salud. Se pierde de vista, que la adolescencia es una etapa diferente a otras del ciclo de vida y, a la vez, crucial en la medida que

puede darse el inicio de la vida sexual, así como la reproducción. Lejos de una visión que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de factores vinculados al embarazo temprano, prevalece el sentido de riesgo, vacíos y carencias en este ciclo de vida.

El estudio del embarazo en la adolescencia debe ir más allá de un problema de salud, debe ser analizado desde distintas ópticas que amplíen el horizonte de comprensión ante las transformaciones sociales, culturales y tecnológicas, los efectos del empobrecimiento de los sectores marginales y rurales, el inicio de la vida sexual en edades más tempranas, la influencia de los medios de comunicación en las identidades femeninas y masculinas; sin dejar de lado la responsabilidad del Estado para que las nuevas generaciones de jóvenes tengan acceso a servicios de salud y educación.

Actividad

- ☐ Contestar cuestionario “identificando riesgos”.

Tema 2. Infecciones de Transmisión Sexual.

Estudios sobre la violencia a las mujeres embarazadas

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), antes conocidas como enfermedades venéreas, son aquellas que se transmiten generalmente a través del contacto directo -sin protección- entre una persona que tiene alguna infección y una persona sana. Esto implica que los órganos sexuales de uno toquen los del otro, como en la penetración vaginal (pene a vagina), en el sexo oral (pene a boca, vagina a boca), en el coito anal (pene a ano) en el contacto bucoanal (boca a ano), en donde se da el intercambio de fluidos corporales que pueden transmitir una infección (semen, líquido preeyaculatorio, sangre, fluidos vaginales, leche materna).

Todas las personas están en riesgo de infectarse sin importar de dónde son, la clase social, la religión, la orientación sexual, la edad o el estado civil.

Agentes que las causan

Las infecciones de transmisión sexual son causadas por microorganismos, como las bacterias, virus, parásitos, protozoarios y hongos, que tienen preferencia por los órganos sexuales y otros lugares; por ejemplo, el ano, la boca, la garganta, ya que resultan los mejores lugares para multiplicarse. Estos organismos sólo pueden vivir poco tiempo fuera del cuerpo humano.

Las ITS se adquieren por contactos sexuales sin protección, pero también por transfusiones de sangre contaminada, de la mujer embarazada al feto durante el embarazo, en el momento del parto o a través de la leche materna.

Es imposible infectarse por contacto casual: al abrazarse o saludarse; o por tocar la agarradera de una puerta o en baños y en albercas.

Vulnerabilidad ante las ITS

Las mujeres tienen una mayor posibilidad de ser afectadas por las ITS 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 ITS a una mujer, que la mujer al hombre, porque la mujer expone en la relación sexual no protegida, una mayor cantidad de superficie mucosa al momento del contacto con el semen, y también si éste queda depositado, es mayor el tiempo de exposición (48 a 72 horas).

Además, ellas reciben transfusiones de sangre con mayor frecuencia que los hombres, principalmente durante partos y abortos.

Las mujeres son epidemiológicamente más vulnerables. Ellas tienden a tener relaciones sexuales y a casarse con hombres mayores que ellas y que, por lo 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 con relación al 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: estas construcciones sociales o estereotipos dicen que el hombre debe ser agresivo, compulsivo y activo, mientras que la mujer debe ser sumisa, fiel y pasiva en las relaciones sexuales. Estos estereotipos hacen que los hombres y las mujeres sean vulnerables a infectarse con las ITS.

De esta manera, es frecuente que las mujeres presenten dificultades para solicitar abierta y claramente el uso de métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, lo cual incrementa el riesgo para adquirirlas.

A su vez, el hombre puede verse presionado para responder sexualmente a cualquier invitación sexual, incluso si ésta presenta riesgos de infecciones de transmisión sexual, o le es difícil negociar con la mujer especialmente si ésta supone inmediata infidelidad y falta de amor por el uso del condón.

Esta situación es bastante frecuente, especialmente en los hombres, lo cual los pone en riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual.

Es necesario que, tanto los hombres como las mujeres reflexionen sobre las razones por las que no utilizan alternativas de sexo seguro o protegido, pues esto les ayudará a buscar orientación y, a disminuir el peso de las expectativas sociales sobre el comportamiento sexual de uno u otro.

Signos y síntomas de las ITS

Aunque más adelante se hablará de los signos, es decir, cómo se ven, y síntomas, es decir, cómo se sienten, y cómo se presentan en cada infección, es importante identificar aquellos que son más generales y comunes tanto en mujeres como en hombres.

Si se presentan algunos de estos signos y síntomas es importante acudir de inmediato al médico.

¿Cómo saber si se tiene una ITS? Signos y síntomas de las ITS: (Cómo se ven y cómo se sienten)	
Mujeres	Hombres
☐ Dolor, ardor, comezón e inflamación en/o alrededor de los órganos sexuales.	☐ Dolor, ardor, comezón e inflamación en/o alrededor de los órganos sexuales.
☐ Úlceras, ronchas o ampollas en/o alrededor de órganos sexuales, boca o ano.	☐ Úlceras, ronchas o ampollas en/o alrededor de órganos sexuales, boca o ano.
☐ Ardor y dolor al orinar.	☐ Ardor y dolor al orinar.
☐ Cambios en el color de la orina.	☐ Cambios en el color de la orina.
☐ Orinar continuamente.	☐ Orinar continuamente.
☐ Inflamación de ganglios inguinales, es decir, la parte donde se une la pierna con la cadera.	☐ Inflamación de ganglios inguinales, es decir, la parte donde se une la pierna con la cadera.
☐ Verrugas en los órganos sexuales en/o alrededor del recto.	☐ Verrugas en los órganos sexuales en/o alrededor del recto.
☐ Esgurrimiento de flujo vaginal amarillo o verdoso.	☐ Secreción, es decir, escurrimiento o salida de líquido, a través del pene.
☐ Comezón en la vulva o sensación de ardor.	
☐ Dolor abdominal bajo, es decir, abajo del estómago.	
☐ Dolor intenso en la vagina, es decir, la parte íntima de la mujer, durante las relaciones sexuales.	

Algunos de estos signos o síntomas no siempre se notan, o son tan ligeros, sobre todo en las mujeres, es por eso que es indispensable que las personas, incluyendo a las y los adolescentes y jóvenes, conozcan sus órganos sexuales en condiciones naturales, puedan identificar cualquier cambio y acudan de inmediato a alguna unidad de salud.

Daños a la salud

Las personas tienen que saber que si no acuden al médico a que les realice un diagnóstico y les dé el tratamiento adecuado, pueden tener daños irreversibles como:

- ☐ Lesión permanente de los órganos sexuales.
- ☐ Infertilidad, es decir, imposibilidad de tener hijos;
- ☐ Aborto espontáneo, que es la salida prematura del feto en condiciones en las que no puede sobrevivir.
- ☐ Cáncer cérvico-uterino, que es una lesión cancerosa en el cérvix, que se encuentra en el fondo de la vagina y comunica con el útero.
- ☐ Enfermedad en el recién nacido, como ceguera, o muerte del producto poco antes de nacer.

Además de que se presenten algunos de estos daños, está la ansiedad que acompaña a las personas por no saber qué hacer, ni a dónde acudir para recibir atención médica.

Los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual son bastante parecidos y algunas veces son los mismos que se presentan en diferentes infecciones, por lo que es importante que las personas sepan realizarse un autoexamen de sus órganos sexuales para que se den cuenta si algo ha cambiado en su cuerpo. Y si notan algún cambio o señal alarmante, acudan al médico y no recurran a remedios caseros o la automedicación.

El cáncer cérvico-uterino es una enfermedad frecuente en las mujeres. Afecta las células del cuello del útero. Algunos subtipos del Virus del Papiloma Humano VPH pueden favorecer la aparición de este tipo de cáncer, aunque no es el agente causal. Las relaciones sexuales sin protección favorecen la transmisión de la infección por VPH.

En las mujeres, este tipo de cáncer se inicia con cambios en los tejidos del cuello uterino en el que aparecen células diferentes a las normales que comienzan a crecer y ocasionar lesiones que si son detectadas a tiempo son curables, de lo contrario los riesgos son mayores. El cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de muerte por tumores malignos en las mujeres mexicanas.

Factores que favorecen la aparición del cáncer cérvico-uterino

Este tipo de cáncer es más frecuente entre quienes inician vida sexual a edad muy temprana, también entre quienes tienen varias parejas sexuales sin protección (sea la mujer o su pareja).

Hay más riesgo entre quienes han padecido alguna infección de transmisión sexual y en particular quienes viven con algunos tipos del virus del papiloma humano.

Otros factores que se relacionan con esta enfermedad son: tener más de cuatro hijos, fumar, tener mala alimentación, no haber tenido hijos y no haberse realizado nunca el Papanicolau.

Prevención del cáncer cérvico-uterino

Para detectar las lesiones causadas por el VPH y otros agentes es necesario que toda mujer se realice el Papanicolau. Es un sencillo estudio que consiste en la toma de una muestra de las células del cuello del útero para conocer su estado. Los resultados indican si las células están sanas, si hay inflamación, si están infectadas o si son células cancerosas.

Es conveniente que como medida preventiva, las mujeres a partir de que inicien su vida sexual, se realicen una vez al año este estudio. Con él no se evita que una mujer desarrolle cáncer, pero sí permite detectar a tiempo lesiones cancerosas o precancerosas que puedan curarse oportunamente.

Otras formas de prevención

Las personas obtienen un mayor conocimiento de su cuerpo a través de la autoobservación, incluyendo la exploración regular de su cuerpo y en particular de sus órganos sexuales en búsqueda de signos y síntomas de un posible problema de salud. Hay muchas maneras y técnicas de observar el cuerpo. Entre ellas tenemos, en el caso de las mujeres, la presentación de la menstruación y las secreciones cervicales o realizarse un autoexamen de los órganos sexuales y de las mamas. En el caso de los hombres es importante llevar a cabo un autoexamen de los órganos sexuales y comprobar si se han dado cambios.

Examen de los órganos sexuales

Para aprender a hacer un autoexamen de los órganos sexuales, las personas no necesitan tomar un curso, solamente escoger un lugar apropiado para tener la tranquilidad y seguridad de no ser

sorprendidos por alguien cuando están observando, tocando y sintiendo cada una de las partes de sus órganos sexuales.

Es importante que el hombre revise su pene, empezando desde el glande o cabeza del pene para ver si hay algún cambio en el color, si siente comezón, tiene algún dolor o granitos.

De igual manera, es necesario realizar un recorrido con las yemas de los dedos por el cuerpo del pene y las bolsas que contienen a los testículos tratando de encontrar algo distinto a lo que siempre ha sentido cuando toca sus órganos sexuales.

Es importante que la mujer revise su vulva, es decir, la parte externa de sus órganos sexuales, esto se hace más fácil si se acuesta boca arriba o se pone en cuclillas, con las piernas abiertas; con la ayuda de un espejo, le será más fácil separar, con las yemas de los dedos, los labios de la vulva para empezar a tocarse, observarse y sentir cualquier cosa diferente, como puede ser la aparición de algún granito que antes no se tenía, alguna parte que esté demasiado roja o que haya mayor cantidad de flujo del que tiene comúnmente.

Exploración de senos

También en la mujer es importante que palpe y explore sus senos, para que los conozca y note cualquier cambio que aparezca de repente. Al hacerse este examen, se necesita utilizar también un espejo, pararse frente a él, descubrir los senos y tratar de observar primeramente a los pezones, en su color, su forma y su tamaño, para descubrir si ha habido algún cambio que los haga diferentes.

Para identificar cualquier cambio en los senos, es necesario que, la mujer se ponga acostada boca arriba, ponga un cojín debajo del hombro izquierdo y la mano de ese mismo lado debajo de la cabeza, con la mano derecha deberá tocar el seno izquierdo con movimientos circulares desde el pezón hasta la base del seno y cerca de la axila. Luego, debe repetir los mismos pasos del lado contrario.

Una de las cosas que pueden ganar las personas, incluyendo a las y los adolescentes y jóvenes al explorar sus órganos sexuales, es que al hacerse el autoexamen aprenden a conocer sus órganos sexuales y darse cuenta si algo está cambiando. Si es así, es necesario decirles que no deben dudar en visitar al médico, ya que cualquier síntoma descubierto a tiempo les ayudará a conservarse más saludables y evitar complicaciones y daños que no tengan remedio.

Estrategias de prevención de las ITS

Existen algunas maneras de evitar la transmisión de las ITS, pero lo mejor es evitar tener relaciones sexuales con personas que padezcan alguna de ellas. Pero como no siempre es posible saber quién tiene una ITS, se deben tomar precauciones para que disminuya la posibilidad de que se presenten estas infecciones.

Abstinencia o postergación del inicio de la vida sexual. En los y las adolescentes la postergación del inicio de la vida sexual es una estrategia cien por ciento efectiva para evitar una ITS.

Es una estrategia que para algunos puede resultar difícil de llevar a cabo por las presiones sociales o bien por el deseo de iniciar las relaciones sexuales cuando hay una relación de noviazgo.

Tener relaciones sexuales solamente con una persona que no tiene una ITS. Las únicas dos maneras de asegurarse que una persona no la tiene, incluyendo el VIH: es 1) si no han tenido relaciones sexuales antes o 2) por pruebas de laboratorio. Muchas ITS, incluyendo el VIH, no manifiesten signos ni síntomas. Además, es necesario saber a ciencia cierta que tu pareja sexual no tenga otras parejas sexuales. Muchas veces un miembro de la pareja sí es sexualmente exclusiva pero la otra no. Como no siempre es posible saber quiénes tiene una ITS, se deben tomar precauciones para que disminuya la posibilidad de que se presenten estas infecciones. Tener relaciones sexuales protegidas. Las personas deben de tener en cuenta que siempre que se

tengan relaciones sexuales es necesario negociar el uso del condón con la persona con la que van a tener el encuentro sexual, entonces de esta manera no correrán el riesgo de tener una infección de transmisión sexual, en consecuencia disfrutarán de una sexualidad más placentera y responsable.

Usar condón correctamente en cada relación sexual. Los condones pueden a la vez reducir el riesgo de contraer una ITS y prevenir un embarazo no planeado. Es importante decir a las y los adolescentes que procuren llevar consigo sus condones, aun si no planean tener relaciones sexuales. Pero con la certeza de que los condones deben tener un manejo especial que garantice que en el momento en que los usen se encuentren en perfectas condiciones. Es necesario protegerlos del calor, la luz directa del sol y los objetos punzocortantes. Se recomienda guardarlos en estuches protectores, nunca en la guantera del auto, la cartera o la bolsa trasera del pantalón.

No compartir agujas o jeringas. Es conveniente que las personas pongan atención en no compartir agujas o jeringas que no estén debidamente esterilizadas. Esta recomendación incluye a los objetos que se utilizan en la elaboración de tatuajes y perforaciones en la piel.

No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas. Las drogas y el alcohol influyen en las prácticas sexuales. Pueden llevar a las personas a hacer cosas que no harían si no estuvieran alcoholizados o drogados, ya que este tipo de sustancias pueden causar una mayor inhibición o distorsionar la percepción que se tiene del riesgo. Por ejemplo, puede olvidarse de usar condón o bien, utilizarlo mal, e incluso puede llegar a la situación de tener relaciones sexuales no consentidas.

Los mitos y el desconocimiento de las ITS

En primer lugar, ubique en la sección de materiales de este módulo el documento “Las ITS, formas de transmisión, signos y síntomas” y realice la lectura.

En seguida, haga un ejercicio de reflexión sobre los principales mitos o ideas equivocadas

relacionadas con las ITS que existen en la población con la que trabaja. Plantee una breve estrategia para trabajar el tema desde su ámbito laboral. Vierta esa información en una tabla de dos columnas con una extensión máxima de una cuartilla.

Una vez realizada la tarea, compártalo en el foro. No olvide retroalimentar o comentar las participaciones de sus compañeros cuando lo considere necesario.

Actividad

- ☐ Lectura del documento “Las ITS, formas de transmisión, signos y síntomas”.
- ☐ Contestar cuestionario sobre las estrategias de prevención de las ITS.

Tema 3. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El sida en el mundo, América Latina y el Caribe

A finales del 2007, onusida estimó que a nivel mundial existen 33.2 millones de personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (vih), de los cuales 30.8 millones eran adultos, 15.4 millones mujeres, y 2.5 millones menores de 15 años. Cada día adquieren el vih en todo el mundo alrededor de 7 mil personas, esto es, que 2.5 millones de personas contrajeron la infección en el 2007. Aproximadamente 40% de las nuevas infecciones por vih, se producen en jóvenes de entre 15 y 24 años.

Únicamente durante el 2009 el sida causó 2.1 millones de muertes. A pesar de que América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 1.8 millones de infecciones (1.6 millones en América Latina y 230 mil producidas en el Caribe). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del sida, después de

la África subsahariana, con una prevalencia del 1.0% en población adulta.

Las epidemias de América Latina se mantienen estables; con niveles de infección elevados entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), el comercio sexual, y con brotes del virus entre los consumidores de drogas inyectables; asimismo, la proporción de mujeres que tienen VIH continúa creciendo.

El sida en México

México se clasifica como un país con una epidemia desconcentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 13.5% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 15.0% en trabajadores del sexo comercial y 3.9% en hombres usuarios de drogas inyectables (últimas encuestas disponibles). En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH; 42 mil de ellas son mujeres (onusida, 2006). La transmisión del VIH en México es casi exclusivamente por vía sexual.

El SIDA es causado por un virus que se llama Virus de Inmunodeficiencia Humana, o sea que sólo afecta al humano y es el único que puede transmitirlo a otro humano.

Los virus son los más pequeños de los microbios y pueden causar diferentes enfermedades, como son: paperas, rubéola, sarampión y otras. Sin embargo, el VIH no puede pasar a través de un condón de látex.

Este virus afecta al sistema inmunológico o de defensa, el cual tiene preferencia por células especiales, que son las que defienden de las enfermedades. No puede vivir fuera de estas células.

El VIH se encuentra en la sangre y en los líquidos corporales, como el líquido preeyaculatorio, es decir, el líquido lubricante que sale por el pene antes de la eyaculación o de que se “venga” el

hombre; el semen, es decir, el líquido que sale en el momento de la eyaculación y el líquido vaginal, es decir, el que se produce para lubricar la vagina.

El sida

El SIDA no se conocía como una enfermedad hasta el año de 1981; fueron las personas que se dedican a estudiar las enfermedades quienes se dieron cuenta de que se trataba de algo diferente a lo que existía.

SIDA es el nombre abreviado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Un síndrome es un conjunto de signos, es decir, cómo se ve, y síntomas, es decir, cómo se siente, que forman parte de una enfermedad; por ejemplo, cuando se inflaman las anginas, aquí el signo sería la inflamación, y el síntoma sería el dolor que produce la inflamación.

Diferencia entre tener el VIH y tener sida

Las personas pueden estar con VIH y no tener SIDA, a esto se le conoce como portador asintomático, tienen el virus en su cuerpo, no tienen ninguna molestia o síntomas, y sí pueden transmitir el virus si tienen prácticas de riesgo, es decir, relaciones sexuales no protegidas, por transfusión sanguínea, o por compartir jeringas con restos de su sangre.

Esto hace que el número de personas con VIH aumente rápidamente, ya que no hay manera de saberlo a simple vista, pues no se han hecho el examen ni toman precauciones porque piensan que no tienen el virus en el organismo.

El tiempo que tardan en presentarse los signos y síntomas (SIDA), puede ser muy corto o muy largo (años), esto depende de las diferencias individuales y de los cuidados para mantenerse saludable por más tiempo.

Así, una persona con SIDA, como ya se mencionó, es aquella que ya presenta síntomas a través de otras enfermedades que a su vez se van complicando. Por eso, al sida se le reconoce como la última etapa de la infección causada por el VIH.

Estar infectado por el VIH no es lo mismo que tener el SIDA. Se puede estar infectado por el virus pero no tener SIDA.

Diferencia entre el VIH y las otras Infecciones de Transmisión Sexual

Ya revisamos en el tema anterior las Infecciones de Transmisión Sexual. La infección por VIH comparte muchas de las características de otras infecciones de transmisión sexual como la gonorrea o la sífilis, pero en otros aspectos es totalmente diferente.

Veremos cuáles características son iguales y cuáles son diferentes.

- ☐ Tanto las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH pueden ser transmitidos por una persona que no tiene síntomas.
- ☐ Las ITS y el VIH generalmente se contraen por medio de las relaciones sexuales sin protección.
- ☐ Tanto las ITS y el VIH pueden evitarse.
- ☐ Las ITS y el VIH pueden adquirirse por cualquier persona.

Formas de transmisión del VIH

Por vía sexual. Al tener prácticas sexuales sin protección, con penetración ya sea genital, anal u oral, en las que se da un intercambio de secreciones o fluidos genitales infectados.

Por vía sanguínea. Al recibir transfusiones de sangre infectada, por transplantes de órganos infectados. Al compartir agujas o jeringas no esterilizadas. Al realizarse tatuajes y perforaciones con agujas no esterilizadas.

Por vía perinatal. A través de la sangre de una mujer embarazada con VIH a su hijo durante el embarazo, en el momento del parto o a través de la leche materna.

El VIH no se trasmite si...

El VIH no se transmite o no se adquiere si se está en contacto con:

- ☐ Saliva
- ☐ Lágrimas
- ☐ Orina
- ☐ Sudor

- ☐ Excremento
- ☐ Estornudos
- ☐ Baños
- ☐ Albercas
- ☐ Ropa
- ☐ Utensilios de cocina (cuchara, platos, vasos, etc.)
- ☐ Picaduras de mosquitos u otros insectos
- ☐ Saludarse de mano
- ☐ Abrazarse
- ☐ Besarse
- ☐ Acariciarse

Prácticas que ponen en mayor riesgo a las personas para adquirir el VIH

Se le llama práctica de riesgo a cualquier forma de ser de las personas, con la que nos arriesgamos a que el VIH entre a nuestro cuerpo.

En un tiempo se creía que sólo ciertos grupos de personas corrían ese riesgo, pero ahora sabemos que el riesgo está en la práctica de cualquier persona y no por el hecho de pertenecer a algún grupo determinado (religioso, social, raza, orientación sexual, etc.).

Así, encontramos personas con prácticas sin riesgo, prácticas con poco riesgo y prácticas con alto riesgo.

Prácticas sin riesgo

- ☐ Abstenerse de relaciones sexuales de cualquier tipo (por la vagina, el ano o la boca).
- ☐ Relaciones sexuales sólo cuando se es mutuamente monógamo, es decir, con una sola persona sin VIH. Para esto es necesario hablarlo con la pareja, conocer la vida sexual anterior y no confiar en el “ojo clínico”, es decir, como vemos a la pareja sin ningún síntoma, creemos que no puede tener VIH.
- ☐ Cualquier práctica en donde no hay intercambio con sangre, líquido preeyaculatorio, semen y fluidos vaginales.

Las opciones serían el sexo seguro y el sexo protegido.

- ☐ Utilizar agujas y jeringas desechables, así como material quirúrgico (pinzas, bisturí, etc.) esterilizado.
- ☐ Exigir que si les van a poner sangre o sus derivados, se haya comprobado que esté libre del virus.

Prácticas con poco riesgo

- ☐ Relaciones sexuales sin protección por medio de la boca.

Prácticas con alto riesgo

Tener relaciones sexuales anales sin protección.

- ☐ Las relaciones sexuales en que la penetración del pene es por el ano y el recto sin protección, representa una práctica de alto riesgo tanto en hombres y en mujeres para que se transmita fácilmente el VIH. Las partes que forman el recto y colon por su propia función de absorción, elevan la posibilidad de transmisión del virus.

Tener relaciones sexuales vaginales sin protección.

- ☐ Las relaciones sexuales en las que la penetración es por la vagina han mostrado que el VIH se transmite más fácilmente de un hombre a una mujer y en menor grado de una mujer a un hombre. A pesar de que la mucosa de la vagina y la piel del glande son más resistentes que la mucosa del recto, el sólo contacto con una mucosa y fluidos orgánicos con VIH facilita su transmisión.

Utilizar jeringas y agujas sin esterilizar.

- ☐ Como el virus también puede transmitirse por compartir jeringas y agujas sin esterilizar, que hayan estado en contacto con la sangre de una persona con VIH o de alguien con sida, se recomienda utilizar siempre jeringas y agujas desechables.

Usar drogas

- ☐ Usar drogas (incluido el alcohol), provoca que no pensemos claramente o que no nos demos cuenta totalmente de lo que hacemos, es decir, que al estar bajo el efecto de alguna droga, difícilmente podremos pensar en protegernos.

Cómo saber si alguien tiene VIH

La única manera de saber si una persona tiene VIH es a través de una prueba de laboratorio.

Cada vez que entra un organismo extraño, es decir, algo diferente al cuerpo, el sistema inmunológico, que se encarga de defender al organismo de “extraños”, responde defendiéndose a través de la formación de unas células llamadas anticuerpos, y tienen la función de avisar que el virus está dentro del cuerpo.

En un examen común de laboratorio no es posible detectar los anticuerpos del VIH, para ello, la única manera de saberlo es con exámenes especiales que determinan la presencia o no de anticuerpos contra el VIH. Existen diversos tipos de análisis, el más conocido y utilizado en México es el llamado ELISA, sólo se requiere:

- ☐ Ir en ayunas o esperar seis horas después de haber ingerido el último alimento.
- ☐ Una muestra de sangre.

Es necesario comprobar cualquier resultado positivo con una prueba confirmatoria llamada Western Blot, porque en algunos casos una prueba ELISA puede resultar positiva debido a otras causas.

Debido a ello, es recomendable que el resultado de la prueba de detección del virus del sida lo entregue un médico o un psicólogo capacitados.

Al hacerse la prueba de laboratorio, si el resultado es negativo, quiere decir que la persona no tiene el VIH en su organismo.

Si el resultado es positivo, quiere decir que la persona tiene el VIH en su organismo, porque en el suero de su sangre se encontraron anticuerpos contra el VIH, pero todavía no desarrolla el sida.

Por otro lado; sólo el médico, con base en los signos y síntomas y mediante un estudio clínico del paciente puede saber si tiene sida; éstos son algunos indicadores para el diagnóstico:

- ☐ Que se haya hecho el examen de VIH y salga positivo.
- ☐ Que presente algunos signos y síntomas de enfermedades oportunistas, que son aquellas que aparecen cuando nuestro sistema de defensa se ha debilitado.
- ☐ Algunas de estas enfermedades oportunistas son: una fuerte gripa, un serio problema de pulmones, un cáncer en la piel, una tuberculosis y otras; es decir que sin existir causa o razón de que se presenten, lo hacen y tardan más tiempo en desaparecer, aún después de varios tratamientos.

Cuando el sistema de defensa de nuestro cuerpo se acaba totalmente, el organismo se convierte en un “blanco perfecto” para que todo tipo de virus, bacterias, hongos, etc., lo ataquen y la persona muera a causa de cualquiera de estas enfermedades.

Quiénes deben hacerse el examen de detección del VIH:

- ☐ Aquellas personas que han tenido una práctica de riesgo, es decir, una relación sexual sin protección.
- ☐ Aquellas personas que tuvieron una transfusión sanguínea o les transplantaron un órgano y que no están seguras que estaba sin VIH.
- ☐ Aquellas personas que hayan compartido jeringas por cualquier motivo.

Cuál es el momento más oportuno para realizarse el examen de detección del VIH

Para hacerse el examen de laboratorio se necesita dejar pasar tres meses después de la última práctica de riesgo, ya que es el tiempo que tarda el sistema inmunológico en formar anticuerpos contra el VIH. Si se realiza antes, se corre el riesgo de obtener un resultado falso; es decir, el virus puede estar dentro del cuerpo y no haberse formado todavía los anticuerpos.

Si una persona sospecha que tiene VIH es importante que antes de tomar la decisión de hacerse el examen de detección del VIH, conteste las siguientes preguntas:

- ☐ ¿Has tenido relaciones sexuales sin condón?
- ☐ ¿Recibiste alguna transfusión sanguínea en algún momento de tu vida?
- ☐ ¿Has tenido relaciones sexuales sin condón con una persona con VIH con SIDA?
- ☐ ¿Has compartido objetos punzo cortantes como navajas o jeringas?
- ☐ ¿Has tenido algún accidente en el que hayas estado en contacto con la sangre de otras personas?
- ☐ ¿Dudas si tienes o no el VIH?
- ☐ ¿Planeas tener hijos pronto?

Si alguna de las respuestas es afirmativa, es importante que se acuda al centro de salud, consultar al médico y solicitarle la prueba.

Ventajas de realizarse el examen de detección del VIH

Algunas de las razones más importantes para que una persona se haga la prueba del VIH son:

Saber que no tiene el virus del VIH. Evitar la transmisión a otra persona si se confirma que tiene el VIH. Seguir el tratamiento integral (médico, psicológico, etc.) para cada caso y tomar las medidas preventivas más importantes.

En México, nadie puede obligar a las personas a que se realicen el examen de detección del VIH, tal y como lo dice la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en los apartados siguientes:

6.3.-Toda detección del VIH/SIDA se registrará por los siguientes criterios:

6.3.1.- Será considerada como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico;

6.3.2.- No se utilizará para fines ajenos a los de protección de la salud sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento;

6.3.3.- No se solicitará como requisito para el ingreso a actividades, el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas, o para recibir atención médica;

6.3.4.- No deberá ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no será causal para negar residencia ni podrá ser utilizada para la deportación;

6.3.5.- Se registrará por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, que quien se somete a análisis, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico.

Prevención

Existen varias posibilidades para evitar infectarse de este virus y sólo las personas serán las únicas capaces de decidir cuál es lo mejor para sus estilos de vida.

- ☐ Abstinencia. No teniendo relaciones sexuales. Siempre y cuando se tome esta decisión de manera voluntaria e informada.
- ☐ Fidelidad mutua. Practicar las relaciones

sexuales con una sola pareja sexual y convenir con esa pareja que no tendrán otras parejas.

- ☐ Evitar múltiples parejas sexuales, ya que esto reducirá la posibilidad de infección y por supuesto, utilizar el condón para evitar el intercambio de fluidos sexuales o sangre.
- ☐ Sexo seguro. Es muy probable que las y los adolescentes y jóvenes no tengan a la mano un condón, pero pueden poner en práctica actividades sexuales más seguras, que son diferentes formas de sentir y disfrutar sexualmente, utilizando todo su cuerpo y el de su compañera o compañero sexual, sin necesidad de penetrar cualquier orificio del cuerpo (ano, boca, vagina), donde se da el intercambio de fluidos corporales potencialmente infectantes (líquido preeyaculatorio, semen, líquido vaginal y sangre); por ejemplo, la estimulación compartida, es decir, la masturbación o manipulación y tocamiento de los órganos sexuales de la pareja.
- ☐ Sexo Protegido. Utilizar una barrera que impida el intercambio de fluidos corporales, como el condón masculino de látex o el condón femenino de poliuretano, que utilizados siempre y correctamente evitan la posibilidad de infección.
- ☐ Sangre segura. Exigir que si les van a poner sangre o sus derivados, es decir, todos aquellos componentes de la sangre, como el plasma o las plaquetas, se hayan comprobado que estén libres del virus. Esto se puede saber si la bolsa de sangre o sus derivados tiene una etiqueta verde fosforescente que dice “VIH Negativo” o “Sangre Segura”. Actualmente existen leyes que obligan a los bancos de sangre, laboratorios y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza en las transfusiones, por lo que es necesario exigir que se cumpla esta disposición y que sólo se utilice sangre segura.

- Agujas, jeringas y material quirúrgico esterilizados. Como el virus también puede transmitirse por compartir jeringas y agujas sin esterilizar, que hayan estado en contacto con la sangre de una persona con VIH o de alguien con SIDA, se recomienda utilizar siempre jeringas y agujas desechables. Que las agujas, jeringas y material quirúrgico (bisturí, tijeras, pinzas, etc.) hayan sido sometidos a un proceso de esterilización efectivo contra el VIH. Si las personas son usuarias de drogas inyectables, deben evitar compartir agujas y jeringas y asegurarse que estén totalmente esterilizadas.
- Evitar la transmisión perinatal. La mujer embarazada con VIH debe recibir asesoría muy completa sobre los riesgos que corren ella y su futuro hijo, de manera que pueda tomar decisiones conscientes e informadas. En México, actualmente existe un medicamento que administrado a la madre durante el embarazo, reduce en forma importante la posibilidad de que el bebé nazca con VIH.

Las personas que saben que no tienen el virus por haberse hecho un examen, pueden seguir sin el VIH si practican los puntos antes mencionados. La responsabilidad de la salud y del cuidado está en la propia persona.

Discriminación y VIH/SIDA

La discriminación a las personas con VIH o SIDA tiene varias explicaciones. Una de ellas es que al inicio de la aparición de la enfermedad, se presentó en grupos que ya eran discriminados y percibidos como “diferentes” debido a sus gustos por las personas de su mismo sexo. Otra explicación importante, se relaciona con el hecho de que el sida es percibido como una enfermedad fatal y la gente tiene miedo a adquirirla.

Además, las vías de transmisión están asociadas con prácticas que son vistas con malos ojos

(relaciones sexuales, uso de drogas, tener tatuajes o perforaciones) y porque las creencias hacen que se piense que cuando las personas se infectan es porque ellas hicieron algo que no debían y entonces se cree que “se lo merecen”.

La discriminación forma un ambiente negativo alrededor de la gente, lo que provoca que las personas no se cuiden a sí mismas, haciendo que se presente la enfermedad. El miedo a ser rechazados hace que las personas no se hagan las pruebas para saber si están infectadas, o si se las hacen, buscan los medicamentos muy tarde.

SIDA no es igual a discriminación

De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (1998), la discriminación relacionada con el VIH/SIDA tiene las siguientes consecuencias sociales:

Consecuencias sociales de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA
Comisión Nacional de Derechos Humanos
1. Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre la pandemia 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 pandemia 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 trabajadoras del sexo comercial. 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 pandemia. 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 pandemia del SIDA.

Cuando las personas se sienten discriminadas o tienen miedo de serlo se afecta profundamente su autoestima, es decir, el amor que se tienen y lo que piensan sobre ellas mismas y la forma en que se relacionan con las demás personas. Un ejemplo es cuando las personas sienten culpa y vergüenza de ser quienes son.

Prevenir y eliminar la discriminación

Es necesario conocer bien las leyes que existen para prevenir y eliminar la discriminación, para lo cual, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), promovió la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, que en su Capítulo I de Disposiciones Generales, Artículo 4, dice “Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como

discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones”.

Es importante, hablar sobre la discriminación, especialmente con la gente que piensa y cree que debe de existir, cuando en realidad no es necesario. Esto ayudaría a prevenir y eliminar la discriminación hacia las personas que tienen VIH o SIDA.

- ☐ Ponernos en el lugar de una persona infectada permitirá estar mejor preparados para ayudar a enfrentar una situación similar y comprender a quienes son VIH+.

Formule conclusiones:

- ☐ ¿Cómo se sintió con esta actividad?
- ☐ ¿Cuál es el impacto de la enfermedad en la familia y en la sociedad?
- ☐ ¿Cómo podría ayudar a una persona VIH?

Actividad

- ☐ Aplicación de la Historia de Pepe con la finalidad de reflexionar sobre las actitudes positivas y negativas que viven las personas con VIH.

Módulo 5

Acciones y estrategias
para promover la salud sexual



Introducción

La sexualidad, como revisamos en el módulo dos, es un concepto complejo, pero más complejas son las diversas expresiones de los hombres y mujeres que la ejercen en su vida pública y privada y en contextos tan diferentes que los enmarcan en ciertos valores, costumbres, formas de ser, pensar, sentir e imaginar que los vuelven únicos.

Para continuar el acercamiento a esta parte fundamental de la sexualidad, es necesario hacer un breve recorrido histórico y detenerse a analizar aspectos específicos en los que la sexualidad se manifiesta con mayor libertad en nuestros días. Se analizarán las principales prácticas preventivas y de autocuidado, los principales métodos anticonceptivos con sus respectivas ventajas y desventajas, el sexo seguro y protegido, la influencia de las tecnologías de la información y la cultura de masa en las expresiones de la sexualidad y finalmente se revisarán las principales investigaciones sobre la homosexualidad, y cómo es necesario romper paradigmas para conformarnos como una sociedad libre de prejuicios y valoraciones negativas que pueda garantizar los derechos de todos.

Objetivos

- Reflexionar acerca de la orientación sexual y promover la eliminación de prejuicios asociados a la misma.
- Facilitar la comprensión de las diferentes expresiones de la conducta erótica en el marco del respeto a los derechos humanos y sexuales.
- Identificar las diversas manifestaciones de la identidad de género y analizar elementos de su construcción.

Tema 1. La cultura preventiva y el autocuidado

Autocuidado de la salud

El autocuidado puede definirse como la búsqueda de condiciones físicas y emocionales que permitan mantener el cuerpo en un estado óptimo. El cuidado de sí mismo es favorecido desde la infancia en el núcleo familiar, y consiste en cuidar nuestro cuerpo y su relación con nosotros mismos. El autocuidado requiere seguir una serie de recomendaciones para conocer cuándo el cuerpo funciona de manera normal y cuándo puede presentar cambios o alteraciones.

La única forma en que las personas se pueden proteger y permanecer sanas, es a través del autocuidado de su salud. La salud sexual y reproductiva, forma parte del autocuidado de la salud de las personas y se relacionan con la sexualidad, por eso es importante que estén informadas sobre ésta durante la pubertad y la adolescencia para que puedan enfrentar los cambios del cuerpo con mayor tranquilidad y puedan aprender acerca de cómo funciona el cuerpo y cómo se da la reproducción.

El concepto que las comunidades tienen sobre la sexualidad, hace que las personas tengan dudas y preguntas acerca de ella. Como vimos en el módulo dos, la sexualidad no sólo tiene que ver con el cuerpo, sino también con los afectos, las sensaciones, las emociones y la autoestima, es decir, el valor que tenemos de ser uno mismo, así como las formas en que nos relacionamos con las demás personas y como convivimos con la comunidad.

El conocimiento del cuerpo ayuda a entender los deseos que se tienen y la propia sexualidad, así también los cambios tanto físicos como emocionales que se presentan en el inicio de la pubertad y la adolescencia pueden llegarse a vivir de una forma más tranquila y placentera.

Para la mayoría de las personas, la sexualidad es algo de lo que conocen poco, el explicarles qué es la salud sexual ayudará a que conozcan sobre su sexualidad, y además a que se cuiden y

protejan durante su vida, para prevenir futuras complicaciones en su salud.

Regresemos también al concepto de salud sexual: es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre y responsable, sin riesgos ni temor de un embarazo no deseado o de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), y que enriquecen la vida personal y de la comunidad. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

La salud sexual está formada por la manera de vivir la vida a través de los hábitos que nos proporcionan salud, tanto física, es decir, con nuestro cuerpo, psicológica, es decir, cómo lo sentimos, y sociocultural, cómo lo compartimos con los demás, relacionado con la sexualidad.

De esta forma, la sexualidad es la manera de entender, de sentir y de vivir nuestro cuerpo, es decir, aprender cómo es y cómo funciona, qué emociones y sentimientos surgen ante estos cambios; y cuáles son las reglas en el lugar en que vivimos de lo que debe ser una mujer y un hombre. Así también, incluye la comunicación, el amor, las relaciones afectivas con otras personas, el placer y la reproducción.

También la sexualidad incluye la cultura, es decir, todas las costumbres, las creencias y las normas, que se han establecido en las comunidades respecto a lo que está o no permitido para vivir la sexualidad, como hombres o como mujeres.

Las diversas formas de vivir la sexualidad

Algunas personas, tanto hombres como mujeres deciden por la abstinencia, que es precisamente como su nombre lo dice, no tener ninguna actividad que tenga que ver con el contacto físico con otros cuerpos ni con el de uno mismo hasta ser adultos o encontrar a la persona que aman para formar una pareja. Las personas que toman esta decisión deben de ser respetadas, ya que hay que tener en cuenta que cada persona es diferente y que cada cabeza es un mundo.

En ciertos casos, algunas personas se enfrentan al problema de que independientemente que hayan decidido la abstinencia, se ven forzadas al sexo de supervivencia, e incluso a la explotación y a las violaciones sexuales.

Hay otras que deciden por la masturbación, que como ya se mencionó, es tocarse sus órganos sexuales con la intención de sentir placer. Una cosa que preocupa mucho en esta edad, es el número de veces que se puede hacer. En la sexualidad no existen números, existen sensaciones, es decir, maneras de sentir y vivir con responsabilidad. No van a encontrar ningún dato sobre el número de veces que es adecuado para adolescentes y jóvenes masturbarse, lo que sí van a encontrar es que es un comportamiento bastante común entre hombres y mujeres, algunas veces más frecuente entre hombres, y que les ayuda a conocer sus órganos sexuales y algo más interesante, les ayuda a saber en qué parte de su cuerpo sienten más agradable.

También habrán escuchado que cuando las personas se tocan sienten un poco raro, esto muchas veces pasa por lo que han aprendido sobre sus órganos sexuales, pero los órganos sexuales son parte de nuestro cuerpo y como tales debemos aprender a conocerlos y a sentirlos. Esto les ayudará a tener mayor comunicación con su pareja cuando decidan tener relaciones sexuales con responsabilidad; es decir, teniendo presente siempre que de una relación sexual no protegida, puede venir un embarazo o una infección de transmisión sexual.

Otra cosa de la que tienen que enterarse las personas, es que existen las caricias sexuales, que es la manera de tocarse con la pareja sin tener que llegar a tener relaciones sexuales. Les llaman “faje”, es darse besos y abrazos con la persona que se sienten atraídos o enamorados o simplemente les gusta y es algo placentero que también les enseña a mostrar su afecto y emociones con los demás.

Algunas otras personas deciden tener relaciones sexuales, que es otra manera de vivir la sexualidad, pero éstas no son obligatorias. Cada uno decide si las tiene o no. Lo que sí es obligado es el tenerlas con responsabilidad.

Las relaciones sexuales son una manera de vivir el erotismo y afecto con la persona que aman, pero no siempre se tienen con la persona que amamos, sino que a veces las tenemos con alguien que nos gusta. Lo ideal es que se den cuando las y los adolescentes y jóvenes aman a la persona y además les gusta.

También las relaciones sexuales se pueden tener con personas que trabajan para tener relaciones de este tipo y se les ha llamado trabajadoras y trabajadores sexuales. Es más común que las busquen los adolescentes hombres, esto se debe a lo que hemos venido hablando desde el principio: la sociedad da más oportunidades a los hombres que a las mujeres de vivir su sexualidad de diferentes maneras.

Existen muchas maneras de vivir la sexualidad. Aquí hemos hablado de las más comunes, pero lo que tal vez no sepan es que la sexualidad es la manera de cómo vivimos nuestra vida, tanto con nuestro cuerpo como con nuestras prácticas y lo compartimos con los demás. En otras palabras, la sexualidad no solamente está presente en la masturbación, las caricias sexuales, las relaciones sexuales, etc., sino también en la forma de caminar, hablar, la ropa que se usa, la forma de dormir, los adornos que se utilizan para mejorar la apariencia, la música que se escucha, etcétera.

Por eso, podemos decir que en todo momento estamos viviendo nuestra sexualidad, y cada uno va a elegir la manera de manifestarla y sentirse a gusto con ella. Sin embargo, las personas pueden llegar a enfrentar muchas situaciones poco agradables, relacionadas con las prácticas sexuales, como las anteriormente mencionadas.

Sexualidad y la salud sexual

La sexualidad, al ser parte de la vida de cada persona, tiene que ver con las creencias, es decir, las ideas que se tienen acerca de ella, los valores, aquello que es importante para la vida, y las normas, o sea, las reglas de convivencia con las otras personas, y que cada uno ha aprendido y están presentes en diferentes lugares de la comunidad.

La salud sexual busca que las personas estén y se sientan bien.

Las personas enfrentan una serie de problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva, tales como:

- ☐ Riesgos de embarazos no planeados.
- ☐ Maternidad y paternidad temprana.
- ☐ Altos riesgos de enfermedades y muertes para la madre, el feto y el niño.
- ☐ Reducción de las oportunidades de educación y empleo que afectan el desarrollo social y cultural de los adolescentes.
- ☐ Matrimonios forzados.
- ☐ Abortos.
- ☐ Infecciones de transmisión sexual, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el SIDA.
- ☐ Abuso sexual.

Por tal motivo, la educación sexual es el elemento más importante para generar conciencia en las personas respecto a las consecuencias de la actividad sexual sin protección, para ayudarles a explorar valores y para sentirse cómodos en cuanto a su propia sexualidad.

A través de una adecuada educación sexual, es decir, que esté basada en información científica y en los valores, las personas podrán obtener el conocimiento y desarrollar las habilidades necesarias para tomar decisiones relacionadas con sus prácticas sexuales, incluso la decisión de no tenerlas hasta estar preparados para ello.

Hablar de salud sexual

Hablar de salud sexual es importante durante toda la vida de las personas, pero se convierte en una situación vital ya que este tema, al mismo tiempo que aborda los aspectos relacionados con la sexualidad, tiene una orientación básicamente preventiva, de fomento a la salud y de evitar riesgos que traigan como consecuencia los embarazos no

planeados, las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, el SIDA y el aborto.

Es necesario ofrecer oportunidades para que las personas hablen, discutan y reflexionen sobre los aspectos de su sexualidad. La información que se comparta debe ser clara y precisa, ya que con una adecuada orientación e información, se motiva a utilizar medidas de prevención y al cuidado de su propia salud.

Actividad

Cultura preventiva y autocuidado

84

- ☐ Lea el artículo sobre “El cuidado del cuerpo en hombres y mujeres”. Y trate de contestar las siguientes preguntas:
- ☐ Defina qué es autocuidado y qué significado tiene para el cuerpo.
- ☐ ¿Qué utilidad tiene revisar nuestro cuerpo para identificar sus necesidades de cuidado?
- ☐ ¿Qué otro cuidado incluiría en las dos listas anteriores? y enliste en tanto sea posible.

Reflexión:

- ☐ ¿Considera que el conocimiento del cuerpo favorecerá la posibilidad de incluir medidas de autocuidado?
- ☐ ¿Cree que podría hablar sobre este tema con los jóvenes con los que trabaja?
- ☐ ¿En su casa con su pareja?; ¿con sus hijas o hijos?
- ☐ ¿Qué dificultades considera que tendría al incluir este tema en las pláticas cotidianas?
- ☐ ¿Qué tipo de ayuda requeriría?

Tema 2. Mejorando nuestra salud sexual y reproductiva: métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son objetos y sustancias que se utilizan de manera voluntaria para evitar embarazos.

Se adquieren de forma relativamente fácil; su venta no requiere receta médica y están disponibles de manera gratuita en farmacias y tiendas y en los servicios de salud de la localidad.

Todas las personas tienen derecho a solicitar y recibir los anticonceptivos independientemente de su edad, sexo, estado civil y orientación sexual.

Las personas no pueden ser obligadas a usar algún método anticonceptivo, necesitan tener información antes de decidirse a usarlos y firmar una carta que se le llama *Consentimiento Informado*, en donde dice que han recibido información y han decidido libremente por el método de su elección.

El consentimiento informado

Es un documento en el que se externa la decisión voluntaria y sin presiones del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente.

Este formato debe estar debidamente firmado o con la impresión dactilar del o de la usuaria y debe formar parte del expediente clínico. En esta acción el personal de salud tiene la responsabilidad de dar información a las personas o la pareja sobre las ventajas, desventajas y la forma de uso de los anticonceptivos.

De igual forma, debe asegurarse que la información sea comprendida y apoye la decisión libre de las personas.

Además, creará un clima de confianza para que las personas se expresen, hablen sobre sus dudas y no permita que nadie decida por ella o por él y siempre sean respetados.

La diversidad de métodos anticonceptivos

Existen tres tipos de métodos anticonceptivos: los temporales, los de abstinencia periódica y los definitivos.

Los temporales

Tienen efecto mientras la pareja los usa. Al suspender su uso, la mujer se puede embarazar. El condón masculino y femenino, los espermaticidas, el dispositivo intrauterino (DIU) y los hormonales (pastillas, inyecciones, implantes y parches) son métodos temporales.



Para las y los jóvenes uno de los métodos más recomendables es el condón, ya que no influye en el crecimiento durante la pubertad, protege de un embarazo, de adquirir ITS y del VIH. En jóvenes mayores de 18 años es recomendable la combinación de condón con pastillas anticonceptivas, el uso de estos métodos mejora sus resultados.

Este método protege a la mujer contra las ITS y los embarazos no planeados y se recomienda para las jóvenes.

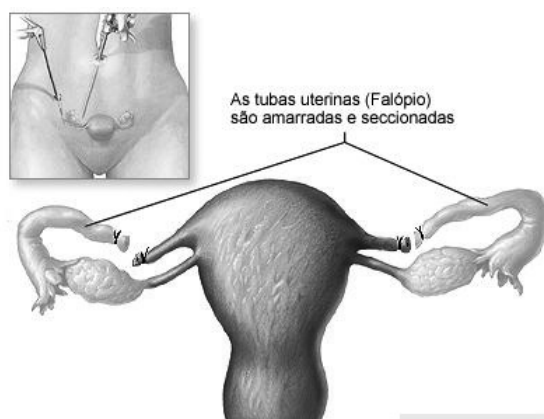
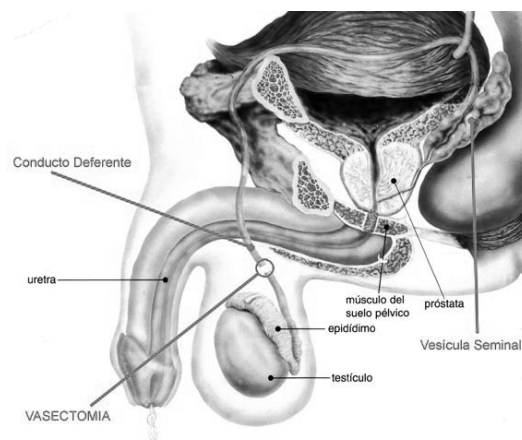
Los métodos de abstinencia periódica

Consisten en que la pareja tenga relaciones sexuales en los días no fértiles de la mujer. Su uso requiere que se conozca muy bien el

funcionamiento del cuerpo femenino, y se cuente con la cooperación de la pareja. No son métodos recomendables para quienes inician su vida sexual, como alguno de los casos de las y los jóvenes, por la poca experiencia que tienen. A estos métodos pertenecen: el ritmo, la temperatura basal, el Billings o moco cervical.

Los métodos definitivos

Son operaciones sencillas que impiden con eficacia el embarazo. Son los métodos que usan las personas que no desean tener más hijos. En la mujer se llama salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral y en el hombre vasectomía. Pero definitivamente estos no son métodos adecuados para las y los jóvenes, hasta que hayan tenido los hijos que deseen.



Anticoncepción de emergencia

Este procedimiento, aunque sí es un método preventivo, no es considerado un método “regular” como los anteriores. Sirve para evitar el embarazo después de que ocurrió una relación sexual única, no esperada y sin protección o por fallas en la misma; por ejemplo, porque se haya roto un condón durante una relación sexual. Consiste en tomar dos pastillas de altas dosis, cada doce horas en dos tomas durante las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida.

No se recomienda su uso reiterado, sino como una medida excepcional o bien en casos de violación.



Para conocer más detalles sobre estos procedimientos consulte la lectura recomendada “Los métodos anticonceptivos” que podrá encontrar en la sección de materiales de este módulo. También se recomienda visitar la página de Internet de www.planificanet.gob.mx.

Actividad

- ☐ Lectura de los métodos anticonceptivos.
- ☐ Comentarios al respecto.

Tema 3. Sexo seguro y sexo protegido

Para disfrutar plenamente de nuestra sexualidad es necesario tener un comportamiento responsable que nos evite preocupaciones y angustias derivadas de llevar a cabo prácticas de riesgo. Para las personas que tienen vida sexual activa, el practicar el sexo seguro y protegido de manera consistente es la mejor estrategia.

Sexo seguro

Son las prácticas sexuales que no involucran coitos vaginales, anales o sexo oral, ni intercambio de fluidos como semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales entre una persona y otra.

Algunas de ellas son:

- ☐ Dar y recibir caricias en el cuerpo con o sin ropa.
- ☐ Usar juguetes sexuales sin intercambiarlos.
- ☐ Ver videos sexualmente explícitos.
- ☐ Escuchar grabaciones con altos contenidos eróticos.
- ☐ Estimularse los órganos sexuales.
- ☐ Leer textos eróticos.
- ☐ Dar y recibir masajes.
- ☐ Echar a andar la fantasía.
- ☐ Simular la penetración entre las piernas, las axilas o atrás de las rodillas.
- ☐ Dar y recibir besos en labios y cuerpos.
- ☐ ¿Qué otras se te ocurren?

Sexo protegido

Consiste en aquellas prácticas en las que hay introducción del pene en la vagina, ano o boca, evitando el contacto de éstos a través del uso de barreras, como el condón, el kleen pack o los cuadros de látex, evitando que los fluidos corporales como semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales, lleguen a alguna herida o mucosa en los órganos sexuales o el cuerpo. Es muy importante señalar que los condones que sirven para esta función son los de látex y los más recientemente lanzados al mercado, de poliuretano.

Algunas de ellas son:

- ☐ Introducir el pene en vagina, ano o boca usando condones de látex y lubricantes a base de agua, por cada penetración y para cada orificio.

- ☐ Recibir o hacer sexo oral vaginal o anal con el uso de Kleen pack, o cuadros de látex y lubricantes a base de agua (que pueden a la vez estar saborizados).
- ☐ Usar condones de poliuretano (como el condón femenino) para introducir el pene en vagina u ano).

La negociación

En la sexualidad, como en otras esferas de la vida, las personas pueden tomar decisiones sobre sí mismas, sin embargo, si la sexualidad se comparte con una pareja, estas decisiones deben tomarse en conjunto. El diálogo y la negociación son herramientas útiles para tomar cualquier tipo de decisiones que busquen el bienestar de ambos.

- ☐ La negociación supone tomar una decisión mutua.
- ☐ Se proponen opciones diferentes y se discuten.
- ☐ Las consecuencias de las diferentes opciones también se discuten.
- ☐ Se encuentra una solución con la que puedan beneficiarse las dos personas.

La negociación requiere los siguientes pasos:

- ☐ Todos tienen la oportunidad de expresarse.
- ☐ Cada persona escucha a la otra.
- ☐ Hay tiempo para discutir las opiniones y opciones de todos.
- ☐ Todos son respetuosos.
- ☐ Las personas reconocen los sentimientos que pueden tener las otras personas.
- ☐ Uno está dispuesto a llegar a un acuerdo.

La negociación en prácticas más seguras

El obstáculo más difícil para detener la epidemia del SIDA y de otras Infecciones de Transmisión Sexual, es que la gente, a pesar de conocer las medidas preventivas, no las aplica. Muchos estudios en diversos países del mundo han demostrado

que la mayoría de las personas se creen fuera del riesgo de contraer el SIDA. Hay que reconocer que además de la falta de información existen factores culturales y psicológicos muy complejos que hacen que las personas tomen riesgos fatales que podrían evitarse.

Una pareja que va a tener una relación sexual tiene que “negociar” para recurrir a prácticas de “sexo más seguro” y del “sexo protegido” antes de concretar la relación sexual.

La negociación implica:

- ☐ Hablar directamente sobre las condiciones en que se llevará a cabo la actividad sexual.
- ☐ Acordar los medios a los que van a recurrir para evitar una posible infección.
- ☐ Exigir la aplicación de las medidas preventivas.

Es importante negociar con la pareja sobre los siguientes temas:

- ☐ No tener relaciones sexuales si no se quiere tenerlas.
- ☐ El uso del condón.
- ☐ El acudir a la clínica para una prueba de ITS.
- ☐ Discutir y mantener una relación de monogamia mutua.
- ☐ Hablar directamente sobre las condiciones en que se llevará a cabo la actividad sexual.
- ☐ Acordar los medios a los que van a recurrir para evitar una posible infección.
- ☐ Exigir la aplicación de las medidas preventivas.

Las posibilidades de negociación son varias:

I. Una posible negociación es el acuerdo mutuo de exclusividad o fidelidad absoluta. Recurrir a esta alternativa implica una convicción en ambos que debe sostenerse con toda honestidad. Es desde luego el acuerdo más seguro y que permite a ambos estar libres de infecciones de transmisión sexual.

Si el compromiso de exclusividad no puede mantenerse, es indispensable hablarlo y hacer una nueva negociación para recurrir a las medidas de “sexo seguro” y “sexo protegido”, pues de no ser así se estarían arriesgando a una posible transmisión de alguna infección, con una seria desventaja por abuso de la compañera o del o compañero fiel, que ante el acuerdo de exclusividad deja de exigir las prácticas preventivas.

2. Cuando no se está seguro de la salud o la fidelidad de la compañera o del compañero, o no se desea tener relaciones sexuales, la negociación podría consistir en acordar evitar la penetración y recurrir a otras opciones, como las caricias mutuas y el masaje, etc. (sexo seguro). El obstáculo frecuente ante esta opción es que la gente suele sentir que el contacto sexual sin penetración es una forma poco satisfactoria, lo que la lleva a romper el acuerdo y a llegar a la penetración sin ninguna prevención.

Sin embargo, a veces las personas suelen recurrir al sexo sin penetración para evitar los embarazos, pero la falta de control ha sido causa de un sinnúmero de fallas en este método, con consecuencias de hijas e hijos no planeados e infecciones que pueden ser graves.

3. Una tercera opción, cuando no hay acuerdo de fidelidad absoluta sería recurrir a la penetración con condón (sexo protegido). Esto implica considerar lo siguiente ¿quién tiene la iniciativa para el encuentro sexual? y ¿de qué manera se exigirá el uso del condón? La persona que no toma la iniciativa puede sentirse en desventaja, pues tiene que solicitar o “rogar” el uso del condón, como si estuviera a expensas del otro. Es frecuente que las mujeres asuman esta actitud, y con ello den al otro el poder de rechazar el acto preventivo y de arriesgar la transmisión de una infección.

Sin embargo, se sabe también que las resistencias ante el uso del condón no son sólo de los hombres sino también de las mujeres. La negligencia y la falta de exigencia del uso del condón han sido causantes de muchos contagios

desafortunados, incluyendo casos de VIH.

Hay también quienes utilizan el condón sólo cuando el (la) otro(a) está de acuerdo, y cuando no está de acuerdo *asumen el riesgo*. Es muy frecuente que se recurra al “sexo protegido” ante ciertas personas o circunstancias, pero no siempre. Para algunos, usar condón o exigir su uso pone en riesgo la continuidad de la relación y se teme perder para siempre a la pareja. Muchas mujeres -y también hombres- cuyo sostén emocional o económico (o ambos) descansa en la pareja, prefieren evitar las medidas preventivas.

Es difícil de entender, pero ocurre también que cuando hay enamoramiento no se recurre a las prácticas de sexo más seguro. Mecanismos inconscientes están interfiriendo en forma importante con la prevención de infecciones de transmisión sexual. Este patrón no toma en cuenta las formas de transmisión del VIH y por lo tanto, es uno de los principales mecanismos que están favoreciendo la propagación del sida.

Definitivamente, para evitar tener prácticas de riesgo se necesita una seguridad y asertividad tal, en la que siempre se recurra al “sexo seguro” o al “sexo protegido”, al lograr persuadir a la otra o el otro cuando no estén totalmente convencidos de ello.

La negociación es una oportunidad para que mujeres y hombres busquen la equidad, respeten posiciones diferentes y compartan las decisiones.

Sin embargo, si la negociación no puede realizarse favorablemente y la pareja no accede a utilizar una práctica preventiva, la recomendación sería evitar la relación sexual de riesgo.

Negociar la utilización del condón

Este ejercicio aumenta la sensibilización de los hombres y mujeres acerca de la importancia de hablar de la utilización del preservativo antes de tener relaciones sexuales.

Por favor, lea cuidadosamente el siguiente caso de estudio.

A Juan acaban de trasladarlo a un nuevo destino fuera de la capital. Conoce a María y quieren tener relaciones sexuales. María propone que utilicen condones, pero Juan está en contra. Juan dice que no tiene nada, puesto que hace seis meses que no tiene relaciones con nadie. María dice que ella tampoco cree tener ninguna enfermedad, pero que de todos modos quiere utilizar un condón porque podrían tener una infección y no saberlo. Juan dice que los condones son antinaturales y estropean el placer del sexo. María contesta que le ayudará a ponérselo y que se lo pasarán bien. De mala gana, Juan acepta probarlo.

La negociación se produce cuando los dos discuten si van a utilizar el condón antes de tener relaciones sexuales.

Reflexione sobre esta situación, puede utilizar como guía las siguientes preguntas:

- ☐ ¿Qué sucedió?
- ☐ ¿Por qué cree que no es una buena idea pensar que alguien no está infectado por el VIH por su aspecto?
- ☐ ¿Cree que la mujer tenía razón al proponer que se utilizara un condón? ¿Por qué?
- ☐ ¿Cómo lograron resolver el problema sobre la utilización del condón?

Reflexione sobre una situación de su vida en la que fuera necesaria la negociación y con base en ello conteste las siguientes preguntas:

- ☐ ¿Hasta qué punto sería fácil o difícil aplicar los pasos y los principios de la negociación en esta situación?
- ☐ ¿Qué sería fácil o difícil?
- ☐ ¿Cómo podrían haber cambiado las cosas si hubiera utilizado los pasos y los principios de la negociación?
- ☐ Redacte de una a tres situaciones sexuales de riesgo presentes en la población con la que trabaja en que la negociación podría ser útil.

- ☐ Describa una forma de resolver la situación donde se da un comportamiento sexual de riesgo en que la negociación podría ser útil.
- ☐ Describa una situación parecida en que la negociación sería difícil.
- ☐ El escrito debe tener una extensión máxima de una cuartilla. Una vez concluido suba el archivo a la plataforma para que sea revisado por su asesor.

Nota: Una estrategia de promoción del uso del condón siempre será más efectiva si es reforzada por una cuidadosa instrucción para su uso correcto. Para ello, es conveniente que en la medida de sus posibilidades consiga en las clínicas del sector salud, las tiendas de juguetes sexuales (*Sex Shop*) o en las farmacias, condones masculinos y femeninos, lubricantes a base de agua, guantes de látex y dildos (que pueden ser sustituidos por objetos de forma similar como pepinos, plátanos, etc.) para realizar demostraciones prácticas y permitir a los estudiantes la manipulación de estas herramientas.

Actividad

- ☐ Análisis individual de la historia de Juan y María (negociación del uso del condón).

Tema 4. Tecnologías de la información, cultura de masas y sexualidad

Los medios y tecnologías de la información y comunicación representan en el actual estadio de la civilización occidental, al borde del tercer milenio, un espacio o contexto sociocultural de primer orden en el proceso de socialización de los individuos.

Los medios y tecnologías son mucho más que meros soportes o canales físicos transmisores de información. Tienen importantes y poderosas implicaciones en la construcción social de la cultura, en los hábitos y relaciones interpersonales y en la configuración de la percepción de la realidad tanto en los sujetos individuales como en el conjunto de la población. Los estudios desde la sociología de

la comunicación de masas (McQuail, 1991); desde la psicología de los medios de comunicación (Del Río, 1996); o desde la teoría de la comunicación y semiología (Gubern, 1992), entre otras disciplinas, han evidenciado sobradamente dicha tesis.

La evolución y desarrollo tecnológico de las últimas décadas no tiene precedentes con ninguna etapa histórica anterior. Las nuevas tecnologías de la comunicación (el multimedia, la telefonía móvil, la televisión digital, la videoconferencia, Internet,...) están incorporándose de forma acelerada a la vida colectiva y cotidiana de los ciudadanos, y en consecuencia han empezado a trastocar y crear un entorno cultural totalmente revolucionario en el paisaje de las relaciones interpersonales de quienes las utilizan (Bettini y Colombo, 1995; Negroponte, 1995).

Pero lo alarmante de este proceso de tecnificación de la experiencia y comunicación humana es que no sabemos hacia dónde nos conduce como civilización (Postman, 1994).

En estos últimos años se han desarrollado numerosos estudios y trabajos que han explorado y analizado la influencia y efectos de los medios tradicionales de comunicación de masas (cine, televisión y publicidad principalmente) en la configuración de los valores y creencias en torno a la sexualidad, así como se ha analizado las formas que en que estos medios utilizan el cuerpo humano y el erotismo para atraer y mantener la atención de las audiencias con fines comerciales e ideológicos. Estos trabajos han puesto de manifiesto que los cambios en los valores, concepciones y prácticas sexuales productos en las últimas décadas en el mundo occidental han sido posibles, entre otros factores, por el papel jugado por estos medios de comunicación de masas. De una cultura de la sexualidad dominada por las creencias y moral de origen religioso y cuyo fin central era la reproducción, hemos pasado a una cultura de la sexualidad basada en el hedonismo, en la satisfacción y autorrealización del individuo como meta. De una cultura en la que se prohibía y se restringía cualquier muestra pública de conducta o estímulo erótico, hemos entrado en una civilización

marcada por la expresión y provocación del deseo sexual como rasgo destacable del entorno cultural en el que vivimos.

En estos momentos la cultura de la sexualidad legitimada y difundida por los medios de comunicación audiovisuales -el cine, la televisión y la publicidad- es una cultura hedonista y que concibe la sexualidad más como un producto de consumo que como una forma de comunicación e interrelación humana.

Dos factores han incidido en este proceso. El primero se refiere a que los medios de masas a lo largo del siglo xx y principios del xxi se han emancipando del control e influencia ideológica de los poderes y aparatos religiosos. Este proceso de emancipación ideológica de la religión, conocido también como laicismo moral, se inició tímidamente en el siglo xviii, con la Ilustración francesa, pero no culminó hasta mediados del siglo xx. El concepto de “libertad de expresión” junto con el de “separación de iglesia-estado”, desarrollados a lo largo de los siglos xx y lo que va del xxi, han sido dos de las ideas claves de ese proceso.

El segundo factor se refiere al proceso desarrollado en nuestro siglo de mercantilización de la cultura. Este proceso consiste en la transformación de cualquier obra cultural en un producto que se manufactura, se distribuye y se comercia como cualquier otro. Es la producción de la obra cultural realizada desde la lógica y dinámica del mercado capitalista. El criterio clave que utilizan los medios de comunicación en la selección y difusión de la cultura no se apoya en consideraciones ideológicas, morales o estéticas (como se realizó en otros periodos históricos), sino en la rentabilidad económica de la obra difundida. En el contexto actual de la cultura de masas, los medios son una industria poderosa económicamente que genera productos culturales para que sean comprados y consumidos por el mayor número de sujetos, independientemente de la calidad cultural de dicho producto (Qualter, 1994).

Ambos factores, laicismo moral y rentabilidad económica, han propiciado que el cine y posteriormente la televisión y publicidad hayan legitimado socialmente actitudes y prácticas sexuales que sin su presencia no se hubieran difundido ni calado en muchos sectores de la población: la aceptación de la homosexualidad, el reconocimiento y respeto por la sexualidad femenina, la tolerancia de prácticas sexuales “raras” como el sexo en grupo o el travestismo, hace pocos años eran actitudes socialmente defendidas por una minoría. Hoy en día, segmentos importantes de la población occidental han aceptado la normalidad de una cultura sexual basada en el respeto a la diversidad. Pero simultáneamente, a este cambio de actitudes culturales hacia la sexualidad, los medios de comunicación de masas también utilizan abusivamente el erotismo como espectáculo y lo venden porque es rentable económicamente. Ello ocurre, entre otras razones, porque existe una población deseosa de productos culturales que les estimulen sexualmente. En consecuencia, el entramado industrial de los medios y tecnologías de la información utiliza la sexualidad como una mercancía cultural que se pone a la venta (en los kioscos en forma de revistas, en salas cinematográficas con películas de clasificación para mayores de edad, en la distribución de videos porno, en *sex-shops*, en la televisión con sus diversas formas de utilización del cuerpo humano como objeto erótico para conseguir audiencias, etc.).

Los efectos socioculturales de los medios de masas han sido abundantemente investigados. Sin embargo, apenas existen, sobre todo en español, trabajos que hayan explorado las relaciones entre sexualidad y las nuevas tecnologías de la comunicación: ¿las nuevas tecnologías tienen efectos en la configuración de una cultura sobre la sexualidad?; en su caso ¿qué modelo o concepciones en torno al sexo y erotismo son transmitidas a través de las mismas?; ¿cómo y a través de qué formas simbólicas se representa la sexualidad en estos medios digitales?; ¿quién accede y bajo qué condiciones a los contenidos

de naturaleza erótica en las redes informáticas?; ¿qué tipo de experiencia o vivencia de la sexualidad promueven en las personas estos nuevos medios de comunicación? Los jóvenes, como generación predispuesta al consumo de nuevas tecnologías, ¿en qué medida serán influidos por los contenidos y servicios de naturaleza afectivo-sexual que se obtienen en las redes digitales? Éstas entre otras cuestiones todavía están sin responder.

Presentación y análisis de los resultados más destacables: Erotismo y sexualidad en la World Wide Web

Lo primero que llama la atención y sorprende al adentrarse en el ciberespacio es que existe mucho erotismo y pornografía en la *www*. En la Red es relativamente fácil localizar webs de contenido explícitamente sexual cuando se tiene la intención de encontrarlo. Cualquier buscador al que se le introduzca alguna palabra clave de contenido erótico ofrece un listado de sedes web de esta naturaleza.

¿Qué tipos de webs eróticos o sobre el sexo existen?

El conjunto de redes o páginas web cuyo contenido central sea explícitamente el erotismo o la reflexión en torno a la sexualidad pudieran ser clasificadas en cuatro tipos de páginas:

- a) El sexo como mercancía. Páginas web que venden erotismo.
- b) El sexo como centro de interés. Webs de páginas personales
- c) El sexo como problema. Páginas web que generen demanda de materiales producto de la explotación sexual.
- d) El sexo como objeto de estudio. Páginas web de centros de investigación y atención a la sexualidad humana.

En Internet existen los mismos fenómenos sociales y culturales que ocurren en la vida real.

La Red representa un espacio o civilización virtual con todos los vicios y virtudes propios de nuestra sociedad occidental. Al final de cuentas somos los seres humanos quienes estamos detrás de las máquinas y en la red inevitablemente proyectamos y reflejamos las formas de comportamiento social que poseemos. Lo que diferencia a Internet de la realidad es que esos fenómenos (violencia, pornografía, trabajo sexual comercial,...) están al alcance de todos los usuarios de la red independientemente de su edad, cultura, o situación geográfica.

Y ante ello, hay que educar. Formar ciudadanos que sepan desenvolverse en el ciberespacio con valores y conocimientos sustentados en una cultura de la sexualidad entendida como una forma de comunicación placentera con otros seres humanos no como una mera mercancía.

Para complementar el estudio de este tema, realice la lectura del documento “*Sexting. La tecnología, una forma de des-conectarnos*”. Localícelo en la sección de materiales de este módulo.

Actividad

- ☐ Lectura “*Sexting. La tecnología una forma de des-conectarnos*”.
- ☐ Comentarios.

Tema 5. Vámonos respetando: reconozcamos nuestras diferencias, hablemos de la diversidad sexual

La orientación sexual es parte de un proceso de definición del objeto hacia el cual será dirigido el impulso sexual que forma el desarrollo psicosexual, sin que necesariamente se restrinja a éste. Según J. Money y A. Ehrhardt, (1972) el desarrollo psicosexual es “aquel proceso mediante el cual se desarrolla la identidad de género, el rol genérico y la orientación sexual.

“Involucra también el aprendizaje de prácticas sexuales, de reproducción y la forma en que se norma el afecto y el erotismo en cada sociedad o grupo cultural”. La orientación sexual alude

a la disposición erótica y afectiva a desarrollar actividades sexuales con personas del otro sexo, del mismo sexo o con ambos. Sin embargo, tratar de “etiquetar” a una persona sobre la base de su orientación sexual puede convertirse en un proceso complejo y difícil, pues esta “disposición” no es necesariamente permanente en la vida y puede aplicarse a tres áreas distintas de la sexualidad: el comportamiento sexual, el deseo sexual, y los contenidos de las fantasías sexuales.

La clasificación popular identifica tres tipos de orientación sexual: la heterosexual (atracción por personas del otro sexo); la homosexual (atracción por personas del mismo sexo), y bisexual (atracción por personas de ambos sexos). En 1942, el biólogo y sociólogo norteamericano Kinsey, (En: Mirabeti Mullol, A., 1985) inició una serie de investigaciones sobre sexualidad. Sus estudios lo llevaron a plantear que la orientación sexual es un continuo, que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva.

En el punto medio se encontraría la bisexualidad “pura” o “verdadera”, es decir, es posible que una persona se coloque en este grado dado que tiene igual interés sexual por compañeros masculinos y femeninos.

¿Qué factores condicionan la orientación sexual de una persona?

Creemos indispensable, para poder dar respuesta a esta pregunta, comenzar por una reflexión ética en torno a la aceptación de nuestros pueblos sobre las diferentes posturas. Por siglos, hemos intentado buscar la explicación de todo aquello que nos parece diferente. La investigación en sexualidad, no ha estado ajena a ello. Todo aquello que se escapa de la norma estadística, es decir que resulta minoría ha tendido a etiquetarse como “anormal”

Y es que aquellos partícipes de la mayoría, tienden a creer que lo que piensan, sienten y hacen, es el reflejo exacto de lo que es correcto. En términos sexuales, tendemos a afirmar que nuestro comportamiento sexual, así como las vivencias sexuales ligadas a éste, representan la normativa

universalmente aceptada; hacemos lo que es correcto, sano y verdadero, y los otros, aquellos que se alejan de nuestras prácticas, son primitivos, anormales, aberrantes e insanos en cuanto a las suyas.

Gran parte de las investigaciones realizadas en torno al origen de la orientación sexual de una persona, no se escapan de esta regla. Así, las primeras investigaciones estuvieron limitadas y focalizadas en estudiar el origen de la homosexualidad, es decir, asentadas en criterios normalistas, con la esperanza de poder revertir una situación del orden natural de las cosas que parecía alterada.

Durante el siglo XIX la medicina y la psiquiatría construyen clasificaciones, algunas de ellas traducidas en marcados estereotipos, donde las personas con conducta homosexual y bisexual se alejan de la norma estadística, y se constituyen en sujetos invertidos, anormales y desviados; y se les empadrona con criterios homogéneos. Todos ellos, al igual que cualquier patología, presentan etiología similar, síntomas descriptivos particulares y un comportamiento único.

Definida así, como una psicopatología, tanto los médicos generales como los psiquiatras incursionaron en aberrantes tratamientos, como someter a las lesbianas a histerectomías e inyecciones de estrógenos aunque pronto quedó en claro que ninguna de dichas prácticas tuvieron efecto alguno en la orientación sexual. Ni las prácticas de lobotomía o los violentos choques eléctricos, ni la castración y otros tipos de terapias aversivas, pudieron dar como resultado un cambio en la orientación sexual de los sujetos involucrados.

Surge entonces la pregunta: ¿Qué hay detrás de un comportamiento homo o bisexual, que resulta tan difícil revertir la situación?

Diferentes científicos trataron de resolver el acertijo de la orientación sexual. En muchas personas, la orientación sexual es conformada desde temprana edad. Esta es una evidencia altamente significativa para sugerir que la biología, incluida la genética o los factores hormonales prenatales, juega un rol significativo en la sexualidad

de las personas. Pero no es una explicación suficiente. Las explicaciones de orden genético concuerdan en que existe un componente de este tipo involucrado en la definición de la orientación sexual de una persona, al que se suma además la contribución de estímulos de otro origen especialmente ambientales.

También se han estudiado las estructuras cerebrales de ciertas personas con orientaciones sexuales distintas. Y, a pesar de haber encontrado que existen diferencias, no es posible afirmar que éstas sean la causa de una orientación sexual específica ni que dichos estudios resulten representativos de la población total.

Al centrarse los estudios en los factores hormonales, nuevamente nos encontramos con diferentes conclusiones. Algunos endocrinólogos especulaban que los homosexuales podrían tener mayores niveles de estrógenos y menores de testosterona en el caso de los hombres, y justo lo opuesto en el caso de las lesbianas. Esto es conocido como “la teoría hormonal adulta”. Sin embargo, estudios posteriores confirman que no hay diferencias sistemáticas en el nivel de este tipo de hormonas entre personas con orientaciones sexuales distintas. Si el nivel hormonal no parece ser un factor determinante en la orientación sexual, los científicos han vuelto su atención a la exposición hormonal prenatal. La Hiperplasia Adrenal Congénita (HAC) ha sido considerada por Meyer como “un síndrome endocrino modelo”, para examinar los efectos de cantidades anormales de hormonas sexuales prenatales. La orientación sexual de sujetos que han sufrido este síndrome parece ser afectada o determinada por éste, pero no hay aún respuestas suficientemente concluyentes.

También existió otra línea de investigación, desde la psicología, cuyo objetivo fue identificar las características de la patología homosexual. El estudio realizado por la psicóloga Evelyn Hooker en 1956, fue el primero de muchos estudios que demostraron que la homosexualidad no podía ser definida como una patología. En él se seleccionó una muestra de 60 personas: 30

eran homosexuales y 30 heterosexuales. Estas personas se caracterizaban por no ser pacientes psiquiátricos ni reclusos y poseían similar nivel educacional, edades coincidentes y un coeficiente intelectual equivalente. Se les aplicó una serie de pruebas de personalidad y se indagó acerca de sus historias de vida. Posteriormente, la evaluación final fue llevada a cabo por psicólogos no informados sobre la orientación de los sujetos. El objetivo era determinar si existían diferencias entre personas homosexuales y heterosexuales. Los resultados no arrojaron diferencias ni en los tipos de personalidad ni en relación con las historias de vida.

Por otra parte, un estudio publicado por el sociólogo Michael Schofield en 1965, tuvo como objetivo estudiar tres tipos de homosexuales con la esperanza de conocer las características diferenciales respecto a la población heterosexual y también comparar grupos equivalentes. Estudió 300 hombres divididos en tres grandes grupos:

- a) Convictos.
- b) Bajo tratamiento psiquiátrico.
- c) Ni con tratamiento psiquiátrico ni convictos por algún delito.

Cada uno de estos grupos contenía la mitad de las personas con orientación homosexual y la otra mitad con orientación heterosexual. Los resultados fueron similares a los encontrados por Hooker:

Los homosexuales del grupo “c”, no se diferenciaron en aspectos sociológicos (como: “aceptación, promiscuidad, inconformismo y ostracismo social”) de los hombres del mismo grupo con orientación heterosexual. Los homosexuales de los grupos “a” y “b”, no se diferenciaban de sus pares heterosexuales en estas mismas variables. Sí se encontraron diferencias sociológicas entre los tres grupos completos.

Dentro de las conclusiones de su estudio, Schofield (Mirabeti Mullol, A., 1985) afirmó que: “Todavía no estamos en la etapa en que podamos desarrollar una sola teoría estrictamente formulada que nos capacite para tener en cuenta todo aspecto significativo de la homosexualidad”.

Para él la homosexualidad es una condición que en sí misma sólo tiene efectos menores sobre el desarrollo de la personalidad; son las actitudes de las demás personas hacia la homosexualidad las que pueden conducir a un deterioro tal de la personalidad que impida una integración efectiva en la comunidad.

En síntesis, aun cuando se ha establecido que algunos factores biológicos pueden desempeñar un papel en la orientación sexual del individuo, siempre será necesario considerar otros como la apariencia genital, las características ambientales donde se educa al niño, la conducta de los modelos, las hormonas puberales y la identidad de género juvenil y adulta. Por lo tanto, es importante reconocer que probablemente existen diversos factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales) que explican la orientación sexual de una persona; que éstos son diferentes en cada caso; y que ninguno de ellos sería la causa exclusiva de una orientación sexual específica.

En 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana corroboró la importancia de las nuevas investigaciones sobre el tema retirando a la homosexualidad del manual oficial que contiene una lista de enfermedades y trastornos mentales.

Dos años más tarde la Asociación Psicológica Americana adoptó una resolución similar al apoyar esa decisión. Durante más de 25 años ambas asociaciones han exhortado a los profesionales de sus respectivas disciplinas a que intenten eliminar el estigma que vincula la orientación sexual con algún trastorno mental.

Después que gran parte del mundo ha aceptado que la homosexualidad no es una enfermedad sino una condición; que distintos científicos han investigado que la vivencia de una persona homosexual puede ser tan sana o patológica como la vivencia de un heterosexual; que las investigaciones demuestran que la desadaptación social y psicológica de los homosexuales y bisexuales tiene una mayor relación con la discriminación, el aislamiento y el rechazo que ejerce la sociedad hacia ellos, ¿adquiere sentido el preguntarse por su origen o sus causas? En

todo caso, quizá sería bueno interrogarse sobre: ¿cuáles son las motivaciones que impulsan la búsqueda de posibles causas de la homosexualidad y la bisexualidad? Creemos que preguntarse por su origen puede desviar la atención. Ya que de esta misma forma, ¿acaso saber el origen de la homosexualidad y la bisexualidad cambia, en algún sentido, nuestro comportamiento o nuestras percepciones respecto de aquellas personas que se autodefinen como homosexuales o bisexuales? ¿Alguien se pregunta acerca del origen de la heterosexualidad?

En la actualidad, buena parte de las investigaciones desarrolladas tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de diversos grupos poblacionales, entre ellos el homosexual y el bisexual, así como poner en evidencia aquellos factores que atentan contra la integración de sus diferentes estilos de vida, de modo de superar dichas trabas potenciando el bien común.

Alcances de las clasificaciones sobre orientación sexual. Heterosexualidad

La heterosexualidad es aquella orientación sexual donde el impulso y la atracción sexual se dirigen hacia personas del otro sexo.

En nuestra cultura, la mayor parte de nosotros ha sido educado para la heterosexualidad, es decir, se da por hecho que las chicas van a sentir atracción por los chicos y viceversa. Esta educación, no debemos olvidar, es parte de un sistema social y cultural donde la familia es la unidad social por excelencia, entendiendo por familia, a un hombre y una mujer con hijos. Por lo tanto es obvio que para que la sociedad se mantenga como tal es necesario mantener “la familia”, y para que se cree una familia y ésta pueda tener descendencia de una forma natural, la pareja deberá estar constituida por un hombre y una mujer. Esto ha llevado a determinar la unión heterosexual, de hombre y mujer, como una unión “normal” aceptada y validada socialmente. No obstante, tampoco contamos con una explicación integrada y perfecta acerca del origen de la heterosexualidad en los individuos.

Bisexualidad

La bisexualidad es la orientación mediante la cual la persona consigue satisfacción sexual y emocional con miembros de ambos sexos. La bisexualidad es una orientación permanente, si bien el relacionarse prácticamente con ambos sexos puede estar limitado a un período en particular. Tanto los hombres como las mujeres pueden ser bisexuales.

Es importante reconocer que hay pocos estudios científicos sobre la bisexualidad y que las descripciones sobre ella que se han realizado se basan mucho en generalizaciones y aproximaciones. De hecho existen personas con prácticas bisexuales que no se identifican como bisexuales, en la medida que estas prácticas son limitadas a espacios o circunstancias particulares. Por otro lado, personas que se autodefinen como bisexuales, pueden no haber tenido prácticas de este tipo, o sólo heterosexuales, pero mantienen la disposición a involucrarse en actividades bisexuales.

El Dr. Fred Klein, en su libro *La opción bisexual* clasifica a la bisexualidad en tres categorías: la transitoria, la histórica y la secuencial:

Transitoria. Una persona bisexual transitoria es aquella que (probablemente) está pasando de la heterosexualidad a la homosexualidad. Pasar en la otra dirección es menos común. Según Klein, el paso hacia cualquiera de esas direcciones puede ocurrir en un corto periodo de tiempo, pero puede tardar más de un año en completarse. Si se evalúa a una persona durante ese periodo, su orientación parecerá bisexual; pero si se hace la evaluación algún tiempo después entonces esta persona se mostrará como homosexual o heterosexual.

Histórica. La persona bisexual histórica es alguien cuya orientación es esencialmente heterosexual u homosexual, pero que en algún momento ha tenido alguna experiencia o alguna fantasía con una persona cuyo sexo era contrario a su orientación.

Secuencial. En esta categoría, la persona tiene una relación con una persona de un sexo y a continuación con otra del sexo opuesto. Su compromiso en la relación es igual en cada caso, y el número de estas relaciones variará dependiendo de las necesidades de la persona.

La idea principal es que la persona con una orientación bisexual no encaja en un molde simple. Hay grados y matices de comportamiento y actitud, todos los cuales deben ser considerados, ya que resultan de una extremada complejidad que todavía no es posible entender en su total extensión.

Homosexualidad

La homosexualidad puede definirse como la atracción sexual entre personas del mismo sexo, y no describe una población uniforme ya que los hombres y mujeres con esta orientación constituyen un grupo tan diferente como los heterosexuales, desde los puntos de vista de la educación, la ocupación, el estilo de vida, las características de su personalidad y la apariencia física.

En la literatura científica hay gran diversidad de definiciones sobre la homosexualidad. Algunos autores restringen el término a la descripción del contacto sexual entre dos personas del mismo sexo, mientras que otros amplían la definición para incluir los deseos, las fantasías y el comportamiento de los involucrados o la apertura social producida en su entorno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de la Salud Sexual (WAS) comparten el concepto al definirla como:

La organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo, en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Pareciera entonces que esta manifestación llamada “homosexualidad”, no se puede delimitar

de una sola forma, al no ser posible tener una definición que englobe con certeza todos los significados y vivencias que trae consigo. Incluso dentro de una misma sociedad, diferentes grupos de individuos pueden compartir un comportamiento homosexual sin compartir en la misma medida una identidad sexual, un rol de género o una asignación de significados a tal comportamiento homosexual.

A finales de la década de los noventa se incorporó el término “HSH”, que alude a la multiplicidad de vivencias y significaciones que se pueden encontrar en aquellos “hombres que tienen sexo con hombres”. En este sentido, también el término “homosexualidades” señala la intención de recrear la diversidad que existe en esta manera de estar en el mundo.

Vivir la diferencia

La mayoría de las personas son heterosexuales y se relacionan con parejas del otro sexo, y las describimos como “personas”, no como “heterosexuales”, a no ser que estemos hablando específicamente de su orientación sexual. Pero existen personas heterosexuales y personas homosexuales, de la misma manera que hay ricos y pobres, gordos y delgados, altos y bajos o negros y blancos, etc. El elemento común de todos es que son “personas”; y las características secundarias que puedan tener, son simplemente eso: secundarias. El identificar a la gente que es homosexual por su elección de pareja implica reducir las complejas dimensiones de su humanidad a un mero interés sexual.

Nos parece apropiado profundizar en la vivencia de las personas con orientación sexual distinta a la heterosexual, pues en un medio social y restrictivo como el nuestro no resulta fácil asumirse como diferente. Millones de hombres y mujeres con orientación homo o bisexual han tenido que pagar, por su sexualidad, un precio muy alto a sociedades poco tolerantes, cuya respuesta a una orientación sexual diferente es ponerle la etiqueta de inferior y mala, por lo tanto rechazable. Siendo así, formar parte de un grupo de gente tan desacreditada lleva naturalmente a sentimientos de poca estima y poca valía.

Ser homosexual: significado e implicaciones

Respecto a la idea que afirma que la homosexualidad se limita a personas solteras, diferentes investigaciones han llegado a la conclusión de que un porcentaje significativo de hombres homosexuales y un número aún superior de lesbianas han estado casados al menos una vez. Algunos no han aceptado su homosexualidad antes del matrimonio; otros la han descubierto después de éste o han encontrado dificultades en la relación heterosexual. Unos cuantos rompen el matrimonio y otros lo continúan con su cónyuge e hijos, manteniendo prácticas bisexuales, sin que ello necesariamente conlleve una modificación de su identidad heterosexual.

Según Pollak (1987), la experiencia homosexual comienza con el reconocimiento de los deseos sexuales concretos y con el aprendizaje de los lugares y de las maneras de encontrar pareja. Este proceso, llamado *coming out* (salir fuera, salir del closet), se sitúa a menudo entre los dieciséis y los treinta años. El convencimiento de tales deseos parece imponerse mucho antes de llegar al acto mismo, incluso es un proceso que puede extenderse por varios años, antes de asumir y concretar plenamente su orientación.

Asumirse a sí mismo como homosexual o bisexual, implica también enfrentar el conflicto que se generará con los espacios sociales, tanto públicos como privados. Al vivir una verdad distinta, se abre paso a una contradicción entre la sexualidad en su manifestación pública y la intimidad privada. Aquel que trata de hacer público su mundo privado, toma una opción más política y reivindicativa: sale a la calle a demandar sus derechos, se presenta en programas televisivos, da entrevistas a revistas contando su historia, o simplemente vive su vida sin ocultar nada. El que decide mantener su orientación sexual dentro del mundo privado, tendrá que mantener una imagen pública heterosexual con las consecuencias que ello acarrea: ocultamiento de información, dificultad en compartir ciertas experiencias, tener que mentir o eludir preguntas y, con ello, la sensación de no

sentirse auténtico. Esta última vivencia divide el mundo en dos: el espacio social privado y el espacio social público; un mundo homosexual y un mundo heterosexual respectivamente.

Ser pareja homosexual

La vivencia, la percepción, el interés en la vida de pareja y la elección de ésta, en cualquier situación, están determinadas por numerosas variables: sociales, culturales, políticas y económicas que tiñen la vivencia psicológica de dicha experiencia.

Es así como la posibilidad social e individual de opción y alternativa para vivir un período prolongado y exclusivo de relación homoerótica; es una creación más reciente, y está determinada fundamentalmente por los cambios acontecidos en una sociedad definida. Las relaciones entre personas homosexuales son tan complicadas y simples, duraderas y cortas, felices y problemáticas, y de hecho tan variadas como las relaciones entre los heterosexuales.

En la medida en que las comunidades homófilas de los distintos países han alcanzado logros en cuanto a su visibilización y reconocimiento, en el mejor de los casos al logro de igualdad cívica, las personas homosexuales han podido pensar en generar vínculos estables de pareja. Sin embargo, hay algunos problemas específicos de las relaciones entre personas del mismo sexo. Cuando no se puede legalmente reconocer ni reglamentar una relación, cuando la mayor parte de la sociedad la ve como una amenaza y cuando se tiene que llevar con medidas de secreto, es muy posible que esa relación sufra un estrés especial.

Las relaciones de pareja al interior de la comunidad homosexual parecieran presentar diferencias según se hable de homosexuales femeninos o masculinos. La diferencia más notoria parece estar en la menor estabilidad y mayor fragilidad de las relaciones entre varones.

Ello podría explicarse por el hecho de que los homosexuales varones están sometidos a mayor discriminación social y civil, no contando con un sistema de apoyo social que legitime la expresión

de afectos entre varones, o por restricciones biológicas que imposibilitan el tener hijos, lo que muchas veces se constituye en el soporte de las parejas heterosexuales. En el caso de las mujeres homosexuales, éstas experimentan menor estigma social, puesto que socialmente es más permitida entre mujeres la expresión afectiva y cuentan, en alguna medida, con la posibilidad de engendrar hijos o adoptarlos.

Al respecto, un estudio costarricense (Shifter, 1989), menciona como causas de la menor estabilidad en parejas formadas por hombres:

- ☐ La ausencia de espacios físicos adecuados para establecer y mantener sus relaciones.
- ☐ La falta de aprobación familiar.
- ☐ La homofobia internalizada, condición que dificulta la aceptación pública y la autoaceptación por parte de estos varones.

Otro factor explicativo de esta menor estabilidad entre los hombres homosexuales alude a que se encuentran en una situación de desventaja en cuanto al aprendizaje de la intimidad y de las relaciones de pareja, dado que tienen pocos modelos del rol a desempeñar del que pudieran aprender por el poco respaldo social a estas relaciones. Un punto crucial para entender esto, sugiere que la socialización otorgada en nuestras sociedades no contempla la diversidad de manifestaciones de intimidad entre personas de sexo masculino.

En este sentido, varones tanto heterosexuales como homosexuales están menos capacitados que las mujeres en la construcción de vínculos íntimos. Al respecto cabe identificar qué se entiende por intimidad. El término significa “lo de más adentro” y alude a una situación en la cual dos personas que se profesan cariño mutuo, comparten con la mayor libertad posible sentimientos, ideas y acciones.

Este estado suele caracterizarse por un sentimiento recíproco de aceptación, en un marco de solicitud y participación, donde la confianza, el compromiso con el otro, la sinceridad y la ternura conforman un espacio único de complicidad.

Así, la diferencia entre las relaciones homosexuales y las heterosexuales es que no hay precedentes claros respecto a quién hace qué. Si bien hay muchas parejas heterosexuales que han rechazado los papeles tradicionales, dichos roles siguen allí presentes por si quieren acomodarse de nuevo a ellos.

Si la relación es entre dos mujeres o entre dos hombres, entonces se ha de decidir y negociar quién hace una cosa y quién otra.

Prácticas homosexuales

Así, como lo sostienen diversas investigaciones sobre el comportamiento sexual en los homosexuales, no hay normas fisiológicas que distingan claramente la función homosexual de la heterosexual. En este sentido Masters y Johnson (1979), señalan que entre los individuos homo y heterosexuales no existen diferencias importantes respecto de su capacidad fisiológica para responder a estímulos sexuales similares. Agregan que, en el tratamiento terapéutico, se necesita de una actitud de tolerancia por las diversas formas en que los individuos divergen en la expresión de sus necesidades sexuales.

En este contexto, queda claro que el estudio de la sexualidad homosexual debe partir de un criterio real, en el sentido de la estigmatización y el rechazo social de los que son objeto estas personas. Así como lo señala Pollak (1987), pareciera ser que la prohibición y la connotación delictiva de la práctica homosexual han reforzado y acelerado la separación entre sexualidad y afectividad.

El funcionamiento clandestino tiende a una racionalización de la vida sexual que optimiza la eficacia -en el sentido del rendimiento sexual- de las actuaciones sexoeróticas.

Ello puede concretarse en el aislamiento del acto sexual en el tiempo y el espacio, la restricción al mínimo de los ritos de preparación del acto sexual, y la disolución de la relación inmediatamente concluido el acto. Todo un sistema de comunicación que minimiza los riesgos, al tiempo que maximiza los rendimientos orgásmicos.

Síntesis

Al parecer la atracción sexual hacia miembros del propio sexo o la actividad sexual con ellos, pueden llevarnos a afirmar la existencia de una condición homosexual, pero se hace difícil establecer esta condición como definitiva y permanente.

Por otra parte, nos encontramos con una gran diversidad de fines que llevan a las personas a comportarse homosexualmente. Por ejemplo, una persona que internamente se percibe como bisexual, en el momento de encontrar una pareja del mismo sexo podríamos decir que está teniendo una conducta homosexual.

Cuando asistimos a un espectáculo donde vemos a un hombre travestido de mujer que coquetea con los hombres del público, entonces decimos que se está comportando homosexualmente. Pareciera que esta manifestación llamada “homosexualidad” no se puede delimitar de una sola forma, no es posible tener una definición que englobe con certeza todos los significados y vivencias que trae consigo. Incluso dentro de una misma sociedad, diferentes grupos de individuos pueden compartir un comportamiento homosexual sin compartir en la misma medida una identidad sexual, un rol de género o una asignación de significados a tal comportamiento homosexual.

Orientación sexual e identidad de género

Existe la tendencia a identificar la apariencia de las personas con su orientación sexual. Por ejemplo, un hombre con una apariencia juzgada como “femenina” por otros, suele ser considerado como homosexual por la población en general. Como sabemos, esto no es una regla aplicada en todos los casos. Las personas homosexuales pueden expresar su masculinidad o feminidad de diversas formas, al igual que los heterosexuales y bisexuales. Seguramente estas generalizaciones se aclararán con el siguiente tema que hace referencia a la identidad de género.

Identidad de género: construcción y conflicto

Para comprender los conflictos en esta dimensión de la experiencia humana es importante acotar primero lo que entendemos por identidad de género. En la reunión de expertos en salud sexual llevada a cabo en Guatemala, en el año 2000, se conceptualizó por consenso que la identidad de género:

Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente con relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia” (OPS, WAS, 2000).

Aquí hay que hacer la aclaración de que el término género, no solamente hace referencia a la pertenencia o no de alguna de las categorías que según el conjunto de características biológicas definen al espectro de los seres humanos, como hembras o como machos (concepto que en realidad hace referencia al “sexo”), sino que también incluye los valores, las actitudes, los papeles y las prácticas culturales que se construyen socialmente alrededor del sexo, ya que la suma de las prácticas culturales y políticas en las sociedades actuales refleja y mantiene las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

La palabra identidad se refiere a la persistencia de una individualidad y a la “mismidad” inalterable de una persona o cosa a través del tiempo y en diferentes circunstancias.

Se propone que la identidad de género se da como consecuencia de un proceso de definición del “mapa de género”, definido como una representación o esquema personal que se construye a través del desarrollo y que codifica lo que para el individuo representa lo masculino, lo femenino o lo andrógino y su pertenencia a alguna de estas categorías. Inicialmente y en la

vida prenatal el mapa o matriz de la identidad de género es bipotencial o andrógino, y la definición empieza antes del nacimiento bajo la influencia de las hormonas sexuales esteroideas, y continúa modelándose como masculino o femenino a lo largo del desarrollo como consecuencia de la interacción de las estructuras neurales cerebrales que modulan este proceso y las aportaciones que el ambiente hace en períodos o momentos críticos del desarrollo (Money, 1999).

Algunos autores plantean que la edad o el periodo crítico para la fijación del núcleo de la identidad de género es entre los 2 y los 4 años, y que probablemente esté relacionado con la etapa apropiada del desarrollo cognitivo cuando el “género” empieza a tener significado (Bancroft, 1995).

A partir de la infancia el mapa de género se desarrolla como una copia de lo que la sociedad especifica como los estereotipos de lo masculino o lo femenino, y opera discriminando una u otra categoría para consolidar el esquema (del yo/tú, mío/tuyo) de pertenencia a una de ellas.

Estos esquemas pueden delimitarse completamente o pueden transponerse, y entonces conformar lo que en la infancia y en la adolescencia se llama trastorno de la identidad de género; o sea, la fijación de convertirse en el sexo diferente al que se le asignó al nacer.

Este fenómeno consiste en que un menor se identifique o se exprese de sí mismo como del sexo diferente al suyo. En el caso de los niños, por ejemplo, ellos insisten, en que serán mujeres cuando crezcan y su cuerpo cambiará de hombre a mujer. Constantemente y si es necesario a escondidas de los adultos, buscan vestirse como niñas y utilizar sus atuendos, eligen notoriamente juegos o roles que consideran de niñas “porque es una niña” y no por el disfrute del juego en sí, y generalmente se relacionan solamente con niñas.

No es suficiente que un menor presente sólo una de las manifestaciones anteriores descritas, o que lo haga ocasionalmente, para considerarlo con problemas de identidad de género.

En cualquier momento, especialmente cuando los menores perciben diferencia de trato entre

niños y niñas y mientras exploran con curiosidad las diferencias y semejanzas entre los sexos, pueden expresar desear ser del sexo diferente al suyo para explorar o para obtener ciertos beneficios percibidos. No obstante, cuando conductas similares aparecen en forma persistente, y en lugar de desaparecer se acentúan cada vez más, e incluso el menor parece sufrir por tener un cuerpo equivocado, es recomendable canalizarlo a una evaluación profesional.

Aun así, las categorías frecuentemente utilizadas como “transexual” no suelen aplicarse a los menores de edad, puesto que su identidad todavía está en construcción.

Disforia de género en la edad adulta

En la adolescencia y la edad adulta, el malestar generado por la percepción de ser de un sexo distinto al que expresa su cuerpo puede manifestarse de manera más intensa, deseando eliminar las características sexuales primarias o secundarias al sentir que se piensa y se siente como del sexo opuesto y creer que se ha nacido con un cuerpo equivocado. Este malestar es intenso y puede guiar a las personas a buscar su cambio de identidad como el principal sentido de sus vidas. Existen diversos niveles de inconformidad con el sexo biológico. Este estado de sufrimiento hace referencia a la disforia de género: “el descontento con el sexo biológico, que puede acompañarse del deseo de poseer el cuerpo del otro sexo y el deseo de ser considerado como miembro del otro sexo”. Ésta puede presentarse en la infancia, adolescencia o adultez” (OPS, WAS. 2000). Ya hemos hablado de la disforia de género en la infancia, veamos sus modalidades en la adultez:

Travesti

El individuo travesti presenta transposición de identidad principalmente con respecto al rol social.

- ☐ Ocasionalmente utiliza atuendos del sexo diferente al suyo.

- ☐ No desea cambiar su cuerpo.
- ☐ En lo cotidiano siente que es del sexo que corresponde a su apariencia física.
- ☐ Cuando se traveste (cambia su atuendo) puede sentirse y actuar como del otro sexo.
- ☐ Suele tener, si es heterosexual, vida sexual con una persona del otro sexo y vida familiar de acuerdo a su sexo biológico.

Transexual

Considera tener el cuerpo equivocado durante toda su vida. Busca permanentemente lograr la reasignación o cambio de sexo.

- ☐ Se somete a procesos terapéuticos (requeridos profesionalmente para cambiar de sexo) y realiza los pasos necesarios para cambiarlo.
- ☐ Cambia su personalidad social, la vestimenta, el nombre, y actúa y se presenta como del sexo que desea y siente ser.
- ☐ Se somete a tratamientos hormonales para inhibir o desarrollar sus características sexuales de acuerdo al sexo que siente ser.
- ☐ Busca las modificaciones pertinentes por medio de la cirugía para dar a su cuerpo la apariencia que considera debe tener.

Transgénero

Vive socialmente como miembro del sexo no asignado, y no requiere de la reasignación quirúrgica para sentirse y actuar de acuerdo a su identidad.

Existen estudios que confirman que una buena cantidad de personas con disforias de género tienen una personalidad saludable, y cuentan con habilidades y herramientas para enfrentar la vida al igual que el resto de la población. Cuando los individuos han atravesado adecuadamente el proceso de cambio de sexo, pueden adaptarse a su nueva vida y a la sociedad.

No obstante, el funcionamiento erótico-sexual puede verse alterado ya que la “reasignación

quirúrgica” frecuentemente no logra en su totalidad el funcionamiento genital tal como lo posee una persona del otro sexo. Las personas con una disforia de género se enfrentan igualmente al conflicto de abrir a sus compañeros/as su proceso de cambio, lo que suele hacer difícil la conformación de una pareja estable.

Es un reto deseable que los promotores educativos y de salud sean empáticos, respetuosos y profesionales con las vivencias de las personas con disforia de género y puedan canalizar adecuadamente a las mismas áreas profesionales pertinentes. Usualmente los transexuales que desean el cambio de sexo reciben atención de personal especializado en sexualidad, en salud mental, en apoyo legal, y en atención endocrinológica y quirúrgica.

Con relación a su orientación sexual, tanto los hombres como las mujeres, transexuales y transgéneros, pueden tener una orientación homosexual, heterosexual o bisexual. En estos casos, se considera la orientación según el género al que cada individuo siente pertenecer. Por ejemplo, si una persona transexual es hombre por su sexo biológico, pero actúa, se siente y vive como mujer, de hecho se considera una mujer, su orientación es heterosexual si le atraen sexualmente los hombres; homosexual si le atraen las mujeres y bisexual si le atraen sexualmente ambos.

Como podemos observar, no es suficiente que un hombre se exprese con movimientos y palabras consideradas típicamente “femeninos” o una mujer se exprese y vista de forma considerada “masculina”, para decir que tiene un trastorno de identidad o disforia de género y menos aún para intentar interpretar su orientación sexual. Este elemento debe ser considerado cuidadosamente, por las graves repercusiones que el rechazo y la estigmatización social provocan en la autoestima y la personalidad de los individuos.

Los estados intersexuales

Las disforias de género no deben confundirse con los estados intersexuales. Éstos, que son poco

frecuentes, a diferencia de la disforia de género, se derivan de alteraciones de orden biológico que provocan dificultades en el proceso de la diferenciación del sexo del individuo, generando fallas congénitas que complican la asignación de sexo teniendo repercusiones emocionales complejas para la construcción de su identidad.

Entre los estados intersexuales más comunes se encuentran: el Síndrome de Klinefelter, el Síndrome de Turner, la Disgenesia gonadal mixta, y el Hermafroditismo verdadero. Si bien las alteraciones congénitas que conducen a estados intersexuales son múltiples, lo recomendable es que cuando se observan anomalías en la formación de los genitales externos y un atraso notable en el desarrollo de las características sexuales secundarias en la adolescencia, se evalúe a cada individuo en profundidad, preferentemente en las unidades médicas especializadas que en caso necesario canalizarán a los individuos con estados intersexuales a través de los procesos terapéuticos y quirúrgicos complejos.

De la diversidad a la parafilia

Hombres y mujeres, homosexuales, bisexuales u homosexuales pueden incluir una multiplicidad de estímulos que activan respuestas placenteras y posibilitan la respuesta sexual humana.

La respuesta sexual humana (el deseo, la excitación, el orgasmo) “se refiere a una serie de procesos fisiológicos que tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos con la potencialidad de desencadenar un orgasmo” (Rubio y Revuelta, 1994). Los estímulos que pueden desencadenar una respuesta erótica pueden ser reflexogénicos: principalmente por la estimulación táctil en la zona genital y alrededores, o psicogénicos: los percibidos por los órganos de los sentidos.

La siguiente información menciona los estímulos saludables utilizados por las personas independientemente de su orientación o su identidad de género:

Estímulos psicogénicos

Utilizados frecuentemente para facilitar la respuesta sexual humana.

Estímulo/expresión común

Gusto

Algunas personas relacionan sabores y alimentos específicos al placer erótico y lo incluyen en sus vivencias. Incluso una gran cantidad de productos, desde condones hasta espumas en la actualidad contienen sabores para las preferencias de las personas. Otros incluyen alimentos en las prácticas eróticas. Esto no significa que necesariamente para expresar un desarrollo erótico saludable las personas deban utilizar sabores, es un elemento que puede introducirse a la variedad erótica, al igual que el uso del resto de los sentidos y dependerá de los gustos de cada cual.

Tacto

No sólo recibir caricias genera placer, también el brindarlas y el tocar ciertas texturas puede generar en las personas respuestas placenteras que favorecen la respuesta sexual.

Muchos hemos sentido la intensidad de un tocamiento sutil con esa persona a quien se desea incluso en un contexto no sexual. Por otro lado, el uso de aditamentos como vibradores es también una fuente frecuente de estímulo sexual utilizada tanto en soledad como en pareja.

Vista

Es frecuente que las personas incrementen su excitación sexual observando eventos que consideran eróticos. Desde ver a esa persona por quien se siente atracción, hasta ver, por ejemplo, videos eróticos que facilitan la fantasía y estimulan a una persona o pareja. En el caso de la pareja, es importante que ambos miembros de la misma estén de acuerdo y disfruten de este estímulo para compartirlo.

Oído

Palabras, sonidos, canciones y una variedad de estímulos percibidos por este sentido son también un estímulo erótico.

Olfato

Para algunas personas, el percibir el olor o el perfume de su pareja, o los olores que despiden los cuerpos en un evento erótico son fuente agradable e importante de estimulación erótica.

Dentro de la categoría de los estímulos psicogénicos existe también el más poderoso de los estímulos para la respuesta sexual: el uso de la fantasía erótica.

Es importante la orientación a quienes muestren duda para que tengan apertura ante la aparición de las mismas. Por supuesto, tampoco es necesario que las personas deban tener fantasías sexuales para estimular su vida erótica, simplemente es saludable permitir su uso y aparición una vez que se presentan como parte de la vida erótica saludable.

El uso de la fantasía erótica

Estímulo/expresión común

Fantasía erótica que incluye a la pareja real

La fantasía es quizá el más poderoso de los estímulos sexuales. La mayoría de las personas lo utilizan para incrementar los estímulos a la respuesta sexual. Las fantasías pueden ser variadas o no. Muchas personas fantasean con su pareja, ya sea recordando eventos vividos o creando escenas que desearían vivir o que simplemente disfrutan imaginar aunque no consideren la posibilidad de llevarlas a la realidad.

Fantasía erótica que incluye a otras personas

También es muy común que las personas imaginen escenas eróticas con otras personas que no son sus parejas, incluso a personas con quien ni siquiera

existe un contacto real o convivencia. Esto puede suceder aun cuando se ame a la pareja y se desee.

Fantasía erótica que incluye a más de dos personas

Muchas personas incluyen en sus fantasías escenas en las que participan más de dos individuos, o varias parejas, conocidas o no en la realidad. Esto permite que diversos estímulos que agradan sean depositados en una misma fuente. Esto tampoco significa por sí mismo que la persona tenga problemas en su desarrollo erótico. La mayoría de los individuos no consideran la posibilidad de llevar esto a la realidad, es nuevamente sólo un estímulo sexual poderoso.

Fantasía erótica con personas del mismo sexo

Tanto hombres como mujeres e independientemente de su orientación sexual o identidad de género pueden tener fantasías homosexuales que generan excitación. Este estímulo es común y no significa que la persona esté cambiando su orientación sexual si fuese heterosexual.

Fantasía que incluye actos que no se realizan en la realidad

La mayoría de las fantasías eróticas, precisamente por tener esta cualidad, no real, permiten que se efectúen escenas en lugares, posiciones y rodeadas de elementos que no corresponden a la realidad cotidiana.

Estímulos reflexogénicos

Utilizados frecuentemente para facilitar la respuesta.

Estímulo/expresión común

Estimulación táctil en genitales

La mayoría de las personas con un desarrollo

erótico saludable disfrutan la estimulación directa en los genitales. Sin embargo, cada persona define e identifica la forma como le agrada ser tocada u autoestimularse, y las áreas específicas de sus genitales que le generan mayor placer. De la misma manera, de forma ideal, la experiencia erótica no excluye tocamientos y uso de otros estímulos además del área genital.

Estimulación táctil en zonas erógenas comunes

Además de los genitales, usualmente otras partes del cuerpo como los senos, los glúteos, el cuello y la boca provocan respuestas eróticas positivas en la mayoría de las personas. Nuevamente, cada persona tiene sus preferencias y es importante que pueda conocer su cuerpo para identificarlas y poder y transmitir a su pareja este autoconocimiento para incrementar las posibilidades de placer erótico.

Estimulación táctil en zonas erógenas particulares

Existen personas que responden con gran excitación, por ejemplo, ante el estímulo de los dedos de los pies, de las manos o ciertas partes del cuerpo que no suelen ser consideradas zonas erógenas. Esta es una variedad que amplía las fuentes de placer y no significa conflicto alguno en el desarrollo erótico.

Variabilidad y flexibilidad en el uso de estímulos sexuales

Usualmente nos preguntamos hasta qué grado un estímulo erótico es saludable y con qué parámetros puede orientar a los consultantes. Los siguientes criterios pueden orientarle en este sentido. Usualmente, cuando una persona adulta tiene un desarrollo erótico saludable:

1. Puede incluir en su vivencia erótica, ya sea en pareja o en soledad, algunos de los estímulos arriba mencionados. No necesariamente incluye todos.

2. El uso de los estímulos es flexible, si no se cuenta con uno en particular, puede optarse por usar otro, de acuerdo a las circunstancias.
3. En la vivencia de pareja, el uso de estímulos, especialmente externos, es producto de un acuerdo de aceptación explícito por ambos miembros de la pareja.
4. El uso de los estímulos representa la libertad de la persona o la pareja y no vulnera los derechos sexuales en ningún sentido.
5. Los estímulos y la vivencia erótica se da entre personas conscientes de sus actos y de las repercusiones de los mismos, con semejante desarrollo cognitivo y capacidad para tomar decisiones.

Límites para un estímulo saludable

¿Cuándo el uso de estímulos eróticos se convierte en un problema para la salud sexual?

1. Cuando el uso de los mismos vulnera los derechos sexuales de la persona o la pareja.
2. Cuando se ejercen con algún tipo de coerción, o ante una persona que no tiene la capacidad de diferenciar lo saludable de lo no saludable.
3. Cuando se requiere forzosamente de un estímulo en particular, que es inflexible y no puede encaminarse la respuesta sexual sin el mismo.
4. Cuando pone en algún riesgo a quien los utiliza o a la pareja.
5. Cuando el uso del estímulo representa una gran angustia, miedo o culpa a la persona o la pareja.

Conflictos en el uso de estímulos sexuales

Como hemos visto, el uso de estímulos sexuales puede ser altamente saludable para el crecimiento erótico individual y de la pareja. No obstante, los conflictos en el uso de los mismos pueden presentarse en dos sentidos. Por un lado, aquellos consultantes que han tenido una educación sumamente represiva, traumas sexuales infantiles e intensa culpa, quienes por ejemplo, no pueden tocar a su pareja en los genitales porque esto genera un gran malestar, o porque se duda si es algo correcto, o se siente culpable por tener una fantasía sexual. En este sentido es necesario orientar a la persona, explicar la normalidad de estas circunstancias, aclarar que no va a hacer daño a la persona su uso y dar “permiso” para que la persona explore su sexualidad abierta y saludablemente.

La sexualidad es tan diversa que nos permite expresarnos de múltiples formas ya sea de manera individual o en pareja. Cuando estas formas de expresión generan satisfacción y placer, es posible decir que se vive con plenitud. Sin embargo, existen conflictos que son necesarios atender con apoyo especializado, un ejemplo son las parafilias.

Actividades

- ☐ Lectura del autocuidado del cuerpo en mujeres y hombres, las parafilias.
- ☐ Elaborar un análisis de la diversidad sexual.
- ☐ Evaluación final.

¡Enhorabuena!

Ha concluido el estudio de los temas del curso *Hablemos de sexualidad*. Esperamos que esta experiencia haya sido enriquecedora para usted y le haya permitido resolver dudas y generar otras nuevas que lo motiven a continuar investigando, conversando y conociéndose.

Fuentes consultadas



Fuentes consultadas

- Álvarez, C., Calva, J. J., Flisser, A. et al. (2000). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales.-México: CONASIDA, 4a.Edición.
- Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), (1997) *Declaración del 13°. Congreso Mundial de Sexología*, Valencia, España. Revisada y aprobada por la del 26 de agosto de 1999, en el 14°. Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
- Asociación Mexicana de Educación Sexual, AMES, AC y Asociación Mexicana para la Salud Sexual, AMSSAC, AC. (2003); *Hablemos de salud sexual*, México.
- Bancroft, J. (1995). *Human Sexuality and its problems* Pp:159. U.S.A.: Churchill Livingston press.
- Blos, Peter (1973). *Los comienzos de la adolescencia*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Bronfman, M., Amuchástegui, A., Martina, R. M., Minello, N., Rivas, M., Rodríguez, G. (1995). *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*.-México: Ed. Información Profesional Especializada p. 260.
- Blumenfeld, W. (1992). *Homophobia: how we old pay the price*. U.S.A.: Beacon Press.
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México: Editorial Paidós
- Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (1998). *La discriminación relacionada con el VIH/SIDA y sus consecuencias sociales*. México.
- Conjunto de Diversas Organizaciones de la Sociedad Civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2004) Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes: “Hagamos un Hecho Nuestros Derechos”, *Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes*. México.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2004). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. México.
- Díaz, R. (1996). “Hombres latinos gay/bisexuales: barreras socioculturales para la práctica de sexo más seguro” en: *Psychology and Aids Exchange*.USA: American psychological Association.
- Domingo, P. (Editor) (2002). *Novedades en terapia antirretroviral*. HIV Conference Reports: 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Seattle; 3:12-13.
- Egremy, G., (1995). *Estrategia de capacitación sobre salud sexual y reproductiva del adolescente*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Frasca, T., Cottet, P., Parra, V., Cartagena, S. y Luco. (1997). “De amores y sombras: poblaciones y culturas homo y bisexual en hombres de Santiago” en Publicación de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA y auspiciada por el Programa de Salud Reproductiva de la Fundación Ford. Chile.
- García, L. et al. “Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años”, en *La situación demográfica de México*, CONAPO, p. 32
- Instituto Nacional de las Mujeres., (2006). *Salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes*. México.
- Izazola-Licea, J. A., (editor) (1996). *SIDA: Estado actual del conocimiento*. México: FUNSALUD/Editorial Limusa.
- Marchetti, R., Ortiz, V., Rodríguez, A., Salinas, H. M. *Guía de orientación para informadores en VIH/SIDA*.-México: CONASIDA/SSA. p 48.
- Master, W. H. y Johnson, V. E. (1977). *Homosexuality in perspective*. U.S.A.: Little Brown Press.
- Miranda Arce, Raúl, “El enamoramiento: una visión psicoanalítica” en *Antología de la sexualidad humana*, CONAPO-Miguel Ángel Porrúa, México, 1994, tomo III, p. 87
- Ministerio de Defensa COPRECOs., Proyecto PER/01/P04-UNFPA., (2002). *Capacitación en Salud Sexual/Salud Reproductiva y Derechos Sexuales/Derechos Reproductivos. Guía para capacitadores del COPRECOs*. Perú.

- Ministerio de Defensa COPRECO., Proyecto PER/01/P04-UNFPA., (2002). *Curso: "Salud Sexual y Desarrollo Personal para los/las Cadetes y Alumnos/as de las FFAA y PNP. Guía Metodológica para el/la Docente-Segundo Año.* Perú.
- Mirabet I. Mullol, A. (1985). *Homosexualidad hoy: ¿aceptada o todavía condenada?* Barcelona: Editorial Herder.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1972). *Man y Women, boy and girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from development to maturity.* Baltimore; Johns Hopkins Press.
- Muñoz Aguirre, Christian, "Cambio demográfico y desarrollo social de los jóvenes", en *Situación demográfica de México 2006*, CONAPO, México, p. 100
- OPS/OMS y WAS (2000). Características de la educación sexual integral. Apéndice III. En *Actas de una Reunión de Consulta convocada por: OPS/OMS Y WAS.* Antigua, Guatemala
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la acción.* Actas de una reunión de consulta. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología.-Guatemala: Autor. www.pago.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf.
- Planned Parenthood Federation of America. (2001). *Sexually Transmitted Infections.* Updated february 2001.
- Pollak. M. (1987). "La homosexualidad masculina o: ¿La felicidad en el guetto?" en *Sexualidades occidentales.* Aries, Bejín, Foucault y cols. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2003). *Carpeta de educación inter pares para servicios uniformados. Puesta en práctica de la educación inter pares sobre el VIH/SIDA/ITS para servicios uniformados.* Ginebra, Suiza.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2003). *Guía de programación para servicios uniformados. Una guía de opciones de programación sobre el VIH/SIDA/ITS para servicios uniformados.* Serie ONUSIDA: Incorporar los servicios uniformados en la lucha contra el VIH/SIDA. Documento 1. Ginebra, Suiza.
- Ramos, U., Egremy, G. & Terán, X. (1999). *Manual para capacitadores en el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual.* México: CONASIDA.
- Rodríguez, G., (2000). *Los caminos de la vida. Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinas y campesinos.* México: CONASIDA, Afluentes S.C.
- Román, R. et al., "Noviazgo y embarazo: una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas", en Stern, Claudio y Carlos Javier Echarri (comp.), *Salud sexual y sociedad. Resultados de investigación*, COLMEX, México, 2000, p. 147-176.
- Rosas, Francisco, Esther Corona y Alma Aldana, (1998) *¡Hablemos de Salud Sexual!*, OPS, México, p. 139.
- Rico, B., Vandale, S., Allen, B., Liguori, A. L. (editoras) (1997). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina.* México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rubio, E., Pérez, C. (eds.). (1994). *Antología de la Sexualidad Humana.* México: CONAPO, Miguel Ángel Porrúa. Vols. I, II y III.
- Rubio, E. & Revuelta, S. (1994). "La fisiología del erotismo" en *Antología de la sexualidad humana.* México: CONAPO, Miguel Ángel Porrúa.
- Secretaría de Salud y MEXFAM (2005). *Capacitación en Sexualidad Humana y Participación Juvenil.* México.
- Secretaría de Salud. Programa de Acción 2001 - 2006: *Salud Reproductiva.* México 2001.
- Secretaría de Salud/CENSIDA. (2006). *El SIDA en cifras 2006.* En: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>.
- Secretaría de Salud. Programa de Acción 2001-2006: *VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)* México 2001.
- Secretaría de Salud. (1994). *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.* México.
- Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana,* México.

- Shifter, J. (1989). *Hombres que aman a otros hombres*. Costa Rica Editorial Guayacán.
- Shutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- The Alan Guttmacher Institute (1990). *Adolescentes de hoy. Padres del mañana*. Un perfil de las Américas. 1988-1989. New York: Author.
- UNAIDS/WHO. (2002). *AIDS epidemic update: December 2002*. En: http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/EpiCoreSlides2002/EPIcore_sp/Slide2.GIF
- UNFPA. (2002). "Se necesitan dos: *Colaboración con los hombres en la Salud Sexual y Reproductiva*". Nota Programática. New York, NY.
- Uribe, P., Magis, C., Egremy, G. et al, (1998). *Curso abierto y a distancia sobre SIDA y ETS*. México: CONASIDA
- Urbina, F.M., Pérez, F.C.J. (1994). La Educación de la Sexualidad en *Antología de la sexualidad humana*, tomo III. Consejo Nacional de Población y Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor. (pp.875-892). México,D.F.

Anexos

Disco compacto con la versión digital del taller Hablemos de Sexualidad, materiales complementarios y presentaciones en *power point*.

Lecturas complementarias:

Módulo 1.- **Hacia una educación integral de la sexualidad**

- ☐ 1ª. Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe: Prevenir con Educación.
- ☐ ¿Por qué estamos a favor de una educación de la sexualidad en México?
- ☐ Metodología participativa en educación de la sexualidad: su base, los derechos humanos.
- ☐ La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes.
- ☐ ¿Qué sirve mejor en la enseñanza sobre la sexualidad y el VIH?
- ☐ Una ética para la nueva sexualidad.
- ☐ Programa Nacional de Población 2008-2012.
- ☐ Programa de Población del Estado de México 2005-2011.

Módulo 2.- **La sexualidad como construcción social y los derechos sexuales**

- ☐ El cuidado del cuerpo en mujeres y hombres.

Módulo 3.- **La adolescencia y la juventud como etapas del curso de la vida**

- ☐ Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes

Módulo 4.- **Las situaciones de riesgo que afectan a la salud sexual**

- ☐ Hoja de trabajo: identificar riesgos.
- ☐ Las ITS, formas de transmisión, signos y síntomas.
- ☐ ¿Qué sirve mejor en la enseñanza sobre la sexualidad y el VIH?
- ☐ Actividad de aprendizaje 3 La historia de Pepe.

Módulo 5.- **Acciones y estrategias para promover la salud sexual**

- ☐ Las parafilias.
- ☐ Los métodos anticonceptivos.
- ☐ Sexting. La Tecnología: Una forma de Des-Conectarnos.

Módulo I Hacia una educación integral de la sexualidad

Temas	Actividades	Material de apoyo	Duración Aproximada
1. La importancia de la educación sexual integral.	a. Exposición del tema. b. Lectura del artículo “¿Qué sirve mejor en la enseñanza sobre la sexualidad y el VIH? c. Realizar comentarios de los apartados.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
2. La educación de la sexualidad y la educación en población en el contexto de la política de población.	a. Exposición del tema. b. Metas del Milenio. c. Lectura del Programa Nacional de Población 2008-2012. d. Lectura del Programa Estatal de Población 2005-2012. e. Realizar un esquema en donde se compartan las opiniones, agregar las herramientas necesarias para la promoción de la salud sexual y reproductiva.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
3. La educación sexual integral en el ámbito escolar.	a. Exposición del tema. b. Lectura del documento ¿Por qué estamos a favor de una educación de la sexualidad en México? c. Realizar un análisis de la lectura.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
4. Enfoques y métodos en la educación sexual.	a. Exposición del tema. b. Lectura del documento “La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes”. c. Contestar el cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	40 min.
5. La construcción de la ética y los valores sexuales.	a. Exposición del tema. b. Describir su opinión acerca de cada uno de los valores que se proponen tomando en cuenta el “derecho al placer”.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
6. El marco legal de la educación sexual en México.	a. Exposición del tema b. De la declaración ministerial “Prevenir con Educación”, expresar opinión sobre la importancia de la educación sexual como un derecho fundamental de todo mexicano”	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	50 min.
7. La facilitación grupal en el proceso de la promoción de la educación sexual.	a. Exposición del tema. b. Lectura del documento metodología participativa en educación de la sexualidad: su base, los derechos humanos. c. Analizar ventajas y desventajas de esta metodología.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.



Módulo 2 La sexualidad como construcción social y los derechos sexuales			
Temas	Actividades	Material de apoyo	Duración Aproximada
1. Marco conceptual: conceptos básicos.	a. Exposición del tema. b. Definir los conceptos de sexo y sexualidad.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones.	25 min.
2. El modelo de Holones y la sexualidad como construcción social.	a. Exposición del tema. b. Comentar y reflexionar acerca de los componentes. ¿Existe alguno más importante que otro?	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones.	30 min.
3. La reproductividad.	a. Exposición del tema. b. Aplicación de cuestionario de reproductividad.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones.	30 min.
4. El género.	a. Exposición del tema. b. Aplicación del cuestionario con respecto al género.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
5. El erotismo.	a. Exposición del tema b. Aplicar cuestionario. c. Debate del cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
6. La vinculación afectiva.	a. Exposición del tema. b. Aplicar cuestionario. c. Debate del cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	40 min.
7. La ciudadanía y los derechos relacionados con la sexualidad.	a. Exposición del tema. b. Lectura de los derechos sexuales y reproductivos. c. Aplicación de cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones.	40 min.

Módulo 3 La adolescencia y la juventud como etapas del curso de vida			
Temas	Actividades	Material de apoyo	Duración Aproximada
1. Los cambios en la pubertad.	a. Exposición del tema. b. Identificar las partes del cuerpo humano (hombre y mujer). c. Comentarios del tema.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias .	30 min.
2. La adolescencia como fenómeno psicosociocultural.	a.- Exposición del tema. b. Aportar su testimonio que haya sido una problemática en su adolescencia. c. Analizar testimonios de vida.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	44 min.
3. La sexualidad y la juventud.	a. Exposición del tema. b. Comentar la percepción de la fecundidad desde un ámbito sociodemográfico cómo contribuye en la estructura de la población. c. Describir la opinión de cada uno de los temas.	☐ Equipo informático para presentación ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	59 min.
4. El marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes.	a. Exposición del tema. b. Realizar una breve investigación sobre cuáles han sido las principales estrategias de los programas dedicados a la sexualidad de los jóvenes. c. Comentarios.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	45 min.

Módulo 4 Las situaciones de riesgo que afectan a la salud sexual			
Temas	Actividades	Material de apoyo	Duración Aproximada
1. Embarazo en adolescente.	a. Exposición del tema. b. Contestar cuestionario “identificando riesgos”. c. Comentarios.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	60 min.
2. Infecciones de transmisión sexual.	a. Exposición del tema. b. Lectura del documento “Las ITS, formas de transmisión, signos y síntomas”. c. Contestar cuestionario sobre las estrategias de prevención de las ITS.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	60 min.
3. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).	a. Exposición del tema. b. Aplicación de La historia de Pepe con la finalidad de reflexionar sobre las actitudes positivas y negativas que viven las personas con VIH.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	60 min.



Módulo 5 Acciones y estrategias para primer la salud sexual			
Temas	Actividades	Material de apoyo	Duración Aproximada
1. La cultura preventiva y el autocuidado.	a. Exposición del tema. b. Aplicación de cuestionario sobre el autocuidado del cuerpo.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
2. Mejorando nuestra salud sexual y reproductiva: métodos anticonceptivos.	a. Exposición del tema. b. Lectura “Los métodos anticonceptivos”. c. Comentarios al respecto.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
3. Sexo seguro y sexo protegido.	a. Exposición del tema. b. Análisis individual de La historia de Juan y María (negociación del uso del condón). c. Reflexiones sobre una situación y aplicación del cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
4. Tecnologías de la información, cultura de masas y sexualidad.	a. Exposición del tema. b. Sexting la tecnología, una forma de “Desconectarnos”. c. Comentarios.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.
5. Vámonos respetando: Reconozcamos nuestras diferencias, hablemos de la diversidad sexual.	a. Exposición del tema. b. Lectura del cuidado del cuerpo en mujeres y hombres. c. Elabore un análisis de la diversidad sexual. d. Contestar cuestionario.	☐ Equipo informático para presentación. ☐ Hojas blancas. ☐ Plumones. ☐ Fotocopias.	30 min.

Hablemos de sexualidad: guía didáctica, se terminó de imprimir en de 2010, en los talleres de , ubi-
cados en C.P. , Toluca de Lerdo, Estado de México. La edición consta de 3,000 ejemplares. Coordinación editorial: Ulises Chávez Carbajal; asistente editorial: Joaquín Valdés Vallejo. Documento elaborado por el Departamento de Educación en Población del Consejo Estatal de Población: Jesús López García, Érika Hinojosa Castillo, Rosalinda Díaz Salazar e Hilda Raquel Santos Arellano. Al cuidado del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal. Corrección: Delfina Careaga y Blanca Leonor Ocampo Bobadilla. Dirección de arte: Víctor Manuel Muñoz Gutiérrez. Diseño gráfico: Miguel Ángel Escobar Llamas y René Martínez Lozada. En la formación se utilizó la tipografía *Gill Sans*, diseñada por Eric Gill para The Monotype Corporation.

La presente edición, sobre papel bond de 90 g y couché de 135 g para los interiores y papel couché de 250 g, acabado mate, para el forro.

Hablemos de sexualidad:

guía didáctica



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Compromiso
Gobierno que cumple