

# **Temas de sexualidad humana**

**(El amor nace y se hace)**

**C O L E C C I Ó N**  
**JULIÁN MANZUR OCAÑA**  
*Vida y salud social*

**José Manuel Piña Gutiérrez**  
*Rector*

# Temas de sexualidad humana (El amor nace y se hace)

Gonzalo J. González Calzada

*Colaboradores*

Adriana García Cordero  
Francisco J. Rullán Córdova



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

González Calzada, Gonzalo S.

Temas de Sexualidad Humana : (El Amor Se Nace y Se Hace) / Gonzalo González Calzada Colab. Adriana García Cordero, Francisco J. Rullan Córdova. -1ª Ed.--Villahermosa, Tabasco : Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2013.

324 P. -- (Colección: Julián Manzur Ocaña, Vida Y Salud Social)

Incluye Referencias Bibliográficas

ISBN: 978-607-606-097-1

1. Educación Sexual

**L.C. HQ56 G66 2013**

Primera edición, 2013

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura  
Colonia Magisterial, C.P. 86040  
Villahermosa, Centro, Tabasco.

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de los autores. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite la fuente.

ISBN: 978-607-606-097-1

Edición y corrección: Francisco Morales Hoil  
Diseño y formación: Ricardo Cámara Córdova

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México

# Índice

<b>Prólogo</b>	7
<b>Introducción</b>	11
Capítulo I. Aspectos generales	13
Capítulo II. Evolución histórica de la sexualidad	21
<b>Aspectos biológicos de la sexualidad</b>	
Capítulo III. Anatomía sexual femenina	33
Capítulo IV. Anatomía sexual masculina	47
Capítulo V. Órganos sexuales en la etapa perinatal	55
Capítulo VI. Neuroendocrinología sexual	65
Capítulo VII. Respuesta sexual humana	79
Capítulo VIII. Posiciones coitales. Zonas erógenas y fantasía sexual	93
Capítulo IX. Embarazo y sexualidad	103
Capítulo X. Demografía y aborto	117
Capítulo XI. Anticoncepción	125
Capítulo XII. Patología orgánica y sexualidad	139
Capítulo XIII. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	143
<b>Aspecto psicológicos de la sexualidad</b>	
Capítulo XIV. Desarrollo psicosexual	155
Capítulo XV. Sexualidad infantil	161

Capítulo XVI. Sexualidad del adolescente	169
Capítulo XVII. Sexualidad del adulto	175
Capítulo XVIII. Sexualidad de los adultos en plenitud	183
Capítulo XIX. Sexualidad de las personas con capacidades diferentes	191
Capítulo XX. Orientación sexual y preferencia de género	195
Capítulo XXI. Diversidad sexual	205
Capítulo XXII. Erotismo	209

### **Aspecto socio-culturales de la sexualidad**

Capítulo XXIII. Trabajo sexual (prostitución)	215
Capítulo XXIV. Sexualidad gráfica (pornografía)	225
Capítulo XXV. Agresión sexual	229
Capítulo XXVI. Ley y sexualidad	237
Capítulo XXVII. Mitos sexuales	245
Capítulo XXVIII. Educación sexual	251
Capítulo XXIX. Derechos sexuales y reproductivos	257
Capítulo XXX. La pareja humana	261

### **Investigación de la sexualidad y disfunciones sexuales**

Capítulo XXXI. Investigación clínica de la sexualidad	277
Capítulo XXXII. Disfunciones sexuales	283
Capítulo XXXIII. Nociones de terapia sexual	293
Capítulo XXXIV. Una dinámica	301

<b>Conclusiones generales</b>	309
-------------------------------	-----

<b>Bibliografía básica</b>	311
----------------------------	-----

<b>Bibliografía complementaria</b>	313
------------------------------------	-----

# Prólogo

Antes de argumentarlo, me apresuro a dar la bienvenida al libro *Temas de sexualidad humana*. Sin duda, se inscribe en la reciente y al propio tiempo consistente tradición de la sexología existencial-humanista de cuño científico.

La obra que el lector o la lectora tiene en sus manos no es un libro más sobre sexología, como puntualizaré líneas adelante, y aunque Gonzalo J. González Calzada y sus colaboradores mencionan explícitamente que se trata de una obra destinada a los estudiantes universitarios, en especial a los de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, podrá ser leída tanto por los legos en estas materias —el estudio científico de la sexualidad es un conjunto trans y multidisciplinario de conocimientos, actitudes y prácticas— como por quienes ya han cursado formalmente caminos académicos en educación sexual y sexología clínica. Se me antoja este texto como el clásico prontuario de consulta y referencia permanente para estar en algún sitio fácilmente localizable de cualquier biblioteca.

He tenido la personal satisfacción de ser *profe* de Gonzalo González en parte de su formación profesional en sexología; por tanto, acredito fehacientemente su acendrado interés en el conocimiento, su vocación de aprender para enseñar y, ante todo, su admirable necesidad por perseverar en el desarrollo y consolidación de la sexología en la UJAT.

Creo no ser indiscreto si comento que Gonzalo se inició en las ciencias sexológicas no siendo joven, sino en plena adultez madura. El mejor elogio que puedo hacer de su persona es que se trata de un eterno estudiante. Eso le confiere más mérito a su trabajo y su afán de comprometerse con la juventud tabasqueña; me parece que no lo interpreto erróneamente si digo que ha sido un activísimo promotor de la “revolución interior” de cada persona para lograr la transformación social que nos urge.

Siempre le ha importado el avance profesional y social de sus educandos como el vehículo idóneo para el cambio estructural de nuestra dolida nación y de su amado terruño en especial. Todo aquel que conozca a Gonzalo sabe bien de su ideología nacionalista —que no tiene que ver con ningún chauvinismo— y de

su compromiso por contribuir a la construcción de un México más justo, sin las desigualdades brutales que hoy lo caracterizan.

He dicho antes que *Temas de sexualidad humana*, de Gonzalo González, Adriana García Cordero y el finado Francisco Rullán Córdova, no es un libro más en la sexología moderna, y es que logra, sin ampulósidades ni estridencias, sino de modo sencillo, didáctico y concreto, algo que muchas obras precedentes no: aglutinar en poco espacio una concepción global y nítida de la sexología contemporánea.

Así, en este libro, lo mismo se aborda anatomía y fisiología sexual, que conflictos de pareja. Se acomete el estudio de las orientaciones erótico-afectivas (que siguen siendo nombradas como *preferencias* por algunos autores) y también el inventario de patología orgánica relacionada con el ejercicio sexual. Se aborda tanto la vasta temática de la evolución de la sexualidad en diferentes etapas de la vida, como algunos aspectos de la sociodiversidad sexual. Se glosan asuntos básicos de la vivencia erótica, como algunas nociones de disfuncionalidad en el deseo, la excitación y el orgasmo. Los tópicos de violencia sexual —amargos, dolorosos, pero que no podemos evadir— también encuentran lugar en el libro. Hay interesantes referencias a aspectos socioculturales de la sexualidad y a la investigación clínica y la moderna terapia sexual.

Se señalan, desde luego, los vasos comunicantes y las relaciones dialécticas existentes que establecen influencias recíprocas entre lo social, lo emocional y lo orgánico en el vasto campo de la sexualidad.

La obra presente obtiene con suficiencia lo que en las distintas facultades y escuelas profesionales se insiste desde hace por lo menos cuatro décadas, a veces sin resultados tangibles: la imprescindible necesidad de *integrar el conocimiento*. Lo anterior no es en modo alguno ocioso, sino muy pertinente, pues tiene dos implicaciones importantes:

- Evitar reduccionismos que convierten al conocimiento en una serie de datos desvinculados y parciales, ahistóricos, acríticos, sesgados a una sola disciplina o materia. Esa simplificación fragmentaria ha propiciado que a menudo las ciencias de la salud sean eminentemente biologicistas, que las materias encaminadas a la psicología desprecien lo orgánico y lo comunitario y que las ciencias políticas y sociales incurran en graves omisiones al soslayar el peso de los factores psicoafectivos y morfofisiológicos. La sexología científica es, hoy en día, fiel reflejo de la célebre frase: “Nada de lo humano me es ajeno”.
- Dar cuenta y documentar el hecho de que la sexualidad es un complejo proceso orgánico, psicológico y cultural. Ello permite comprender a



cabalidad que la salud sexual no se circunscribe a la mera ausencia de enfermedad, síntoma o disfunción, sino a todo un proceso continuo de bienestar físico, emocional y social del ser humano sexuado.

He insistido en diferentes publicaciones, conferencias y talleres que los ejes fundamentales de las ciencias sexológicas son: equidad de género, reivindicación del derecho al placer, irrestricto respeto a la diversidad sexual y una visión integral de la educación sexual y la sexología clínica. Estos elementos, con enorme agrado de mi parte, permean y conforman este libro.

Saludo la obra de González Calzada, García Cordero y Rullán Córdova como un significativo intento de integralidad en el conocimiento sexológico y una apuesta creativa destinada a motivar a los estudiantes de ambos géneros a avanzar en las ideas, actitudes y habilidades que la sexología necesita en el siglo XXI.

**David Barrios Martínez.**

Médico, psicoterapeuta y sexólogo clínico.

Director de Caleidoscopía.

Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual.

México, D. F., diciembre de 2011



# Introducción

Estos *Temas de sexualidad humana* nacen por la inquietud de ofrecer a los estudiantes de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACs) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), y a los estudiantes universitarios en general, un conjunto de conocimientos sobre dicha materia lo más concreto posible con el fin de apoyar su preparación profesional.

En los Estados Unidos y a partir de la década de los 60, prácticamente todas las escuelas de medicina incluían de manera formal el estudio de la sexualidad humana. En Europa sucedió algo parecido aunque en tiempo más reciente.

En México, de más de 60 escuelas y facultades de medicina, solamente alrededor de 15% tiene incluido en su currícula dicha materia, lo que resulta muy significativo e indica algo relacionado con el ancestral prejuicio dominante en nuestra sociedad de considerar a la función sexual como algo sucio, secreto (de allí lo de “enfermedades secretas” como se solía calificar a las infecciones de transmisión sexual o ITS) y, en última instancia, pecaminoso, en vez de considerarla como lo que es, una función tan natural como la respiración, la digestión o la circulación sanguínea, y por lo mismo, susceptible de presentar disfunciones incompatibles con la salud mental, que compete al trabajador de la salud prevenir, estudiar, diagnosticar y tratar correctamente, para conservar o recuperar la salud sexual.

A pesar de los actuales adelantos científicos y tecnológicos, todavía nos resulta difícil asimilar que el ser humano es un ser sexuado y sexual, desde que nace hasta que muere, y en todas las épocas y en casi todas las culturas, la sexualidad ha sido objeto de mitificación, ocultamiento y represión, sin que a pesar de todo ello haya dejado de aflorar, de manifestarse y condicionar a la humanidad.

En la Licenciatura en Médico Cirujano iniciamos el primer curso formal de sexología básica en enero de 1988, después de haber realizado, en los tres años previos, cursos abiertos de corta duración (30 o 40 horas), que se han continuado hasta la fecha en forma paralela con tal de ampliar la cobertura a todos los estudiantes de la DACs UJAT y también al resto de los universitarios. En años anteriores al mencionado y con el objetivo de compensar la falta de conocimientos sobre la función sexual en la preparación profesional del futuro médico, solíamos

incluir un capítulo de sexología en la cátedra de ginecología. Como ha sucedido tantas veces en nuestro país y en el estado, logramos los avances en forma tardía, pero nos consuela el logro.

Desde aquí y ahora, hacemos un atento llamado a todos los compañeros maestros y profesionales interesados o relacionados con la materia, para que nos ayuden con sus críticas, sugerencias y comentarios, enviándolas a la Coordinación de la Licenciatura en Médico Cirujano de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), con la intención de ir mejorando el contenido de esta obra, que en ningún momento tendrá pretensiones de ser un tratado ni nada por el estilo.

Estimado alumno, nuestro mayor anhelo es que le saques el máximo provecho a lo que en forma modesta te ofrecemos en las siguientes páginas. Así, como dijo F. Savater: “No quisiera que de este libro el lector sacara cuatro o cinco dogmas, ni tampoco un código, sino un auténtico *aliento...*”, aliento para continuar creciendo, desarrollándose y tratar de ser cada vez mejor.

**Gonzalo J. González Calzada**

Médico ginecobstetra, sexólogo y sexoterapeuta

# Aspectos generales

Estamos de acuerdo en que las definiciones resultan incompletas la mayoría de las veces; sin embargo, es necesario recurrir a ellas. En ocasiones son demasiadas concisas o ambiguas, y en otras, amplias o superfluas y a riesgo de caer en tales deficiencias, vamos a señalar algunas definiciones de **sexo** y **sexología**.

Según el *Diccionario terminológico de ciencias médicas* de Salvat, sexo es la condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo masculino de lo femenino, mientras que la sexología es el estudio de los sexos y las cuestiones con ellos relacionadas. El *Diccionario Larousse* define el sexo como una diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer, del macho y de la hembra, y sexología el estudio del sexo y de los modos de conducta con él relacionados.

Nosotros, con Alvarez-Gayou, consideramos el sexo como las características físicas heredadas que colocan a los seres de una misma especie en un continuo, con individuos reproductivamente complementarios en los extremos. Sexología se define como la ciencia que asume el estudio de la función sexual en todas sus manifestaciones sean normales o disfuncionales en los niveles de educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

La sexología como ciencia, establece íntimas relaciones con otras ciencias médicas o biológicas, en especial con aquellas que tradicionalmente cobijaron de una u otra manera los conocimientos sexológicos: la ginecología, la urología, la psiquiatría, la genética, la endocrinología, la neurología, etc., y también, por la naturaleza de su contenido tiene múltiples puntos de contacto con diversas disciplinas de carácter social y humanístico como la filosofía, la antropología, la sociología, la psicología, el derecho, la historia, etc.

Por tanto, vemos que el campo de los conocimientos de la sexología es muy amplio y se está acrecentando de manera permanente a la par que la ciencia en general, con base en el trabajo de estudiosos e investigadores. Por eso resulta hoy en día indispensable que todo profesional de la salud agregue a los tradicionales conocimientos médicos generales o especializados, aquellos que cuestionan una función tan importante como es la función sexual, vital todavía para la procreación y la persistencia de la especie e intensamente gratificante y placentera para la

persona en particular y pareja en su caso, cuyo ejercicio incluye por necesidad, educación, libertad y responsabilidad.

### Otras definiciones importantes

Según la OMS, la **salud mental** es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social del ser humano y no solamente la ausencia de enfermedad, y como parte de ella, la salud sexual, la define como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor y para lograrla establece también:

- El disfrute de la actividad sexual equilibrando ética personal y social.
- La sexualidad debe ejercerse sin temores, culpas, vergüenzas, mitos o tabúes.
- Debe haber ausencia de patología orgánica que la modifique o la dificulte.

Hablar de sexualidad era algo prohibido en nuestra sociedad hasta hace poco tiempo.

Nuestra sexualidad ha sido considerada, de manera tradicional, como algo necesario, con fines exclusivamente reproductivos, debido a la cultura religiosa dominante en una sociedad cerrada, conservadora, tradicional y rígida, en la que ha imperado una educación informal apoyada en mitos, tabúes, costumbres y prejuicios.

En los últimos años esa situación ha cambiado, más que por mejoría en la oferta educativa, por el impacto de los medios de comunicación masiva que, debido a las exigencias de la globalización, se han tenido que abrir y crear espacios en donde la sexualidad se discute y cuestiona con libertad y sinceridad, dejando de lado aspectos obsoletos y atávicos que se le habían asignado.

La **sexualidad humana** es una manifestación natural e insoslayable, muy diferente a la sexualidad del resto de las especies animales, y se manifiesta no como un instinto —descripción tradicional— sino como un impulso, es decir, una manifestación que puede modificarse (educarse), y que en parte es una conducta heredada, pero no repetitiva, ya que cada ser humano es capaz de expresar su sexualidad de una manera personal e irrepetible.

La **persona humana**, como ser sexual y sexuado es producto de la interacción de muchos factores que se integran en tres aspectos: el componente

biológico, el componente psicológico y el componente social o socio-cultural, es decir, la sexualidad debe de considerarse una manifestación equilibrada y armónica del ser humano en tanto unidad bio-psico-social.

La **determinante biológica**, por su parte, es un típico producto de la herencia y es lo que se domina sexo antes definido y se establece en el momento de la fecundación, acto que marca al nuevo ser como femenino si su fórmula cromosómica sexual es XX, o bien masculino si sus cromosomas sexuales son XY tal y como se explica más adelante. El cromosoma Y induce el desarrollo de la médula de la gónada primitiva como **testículo**, y en su ausencia se desarrolla la corteza de la misma como **ovario**. Establecido el sexo gonadal del embrión, el futuro desarrollo sexual depende de la inducción hormonal. Los andrógenos testiculares condicionan el desarrollo del **conducto mesonéfrico de Wolff** que da lugar a la formación de los órganos sexuales pélvicos reproductivos masculinos, y en ausencia de dicha hormona, se desarrollan los **conductos de Müller** que dan origen a los órganos sexuales pélvicos reproductivos femeninos.

El nacimiento de un hijo casi siempre es un acontecimiento muy grato para la familia, y una de las primeras acciones que involucran al recién nacido, es preguntar al médico o a la partera, el sexo del pequeño en función del aspecto de los órganos genitales externos, quedando etiquetado desde ese momento como hombre o como mujer, primero, en el medio familiar y, después, en el ámbito social. Esto es lo que se denomina **sexo de asignación**.

Debemos señalar que en nuestra sociedad machista es más deseable que el primer hijo sea de preferencia varón, que haya más varones que niñas y en última instancia en el supuesto de contar con hijas hasta ese momento, que el siguiente hijo sea varón. La asignación del sexo tiene repercusiones muy importantes en cuanto al aprendizaje de comportamientos aceptados socialmente que acentúan el **dimorfismo sexual** de la especie. Se habla entonces del **papel o rol sexual**, que es el conjunto de actividades de asignación social diferentes para la mujer y el hombre. Por ejemplo, en nuestra sociedad se espera de la mujer: recato, discreción, ternura, pasividad, amor al hogar, moda congruente, etcétera. Del hombre se solicita: agresividad, fortaleza, valentía, carácter fuerte, inteligencia, decisión, amor al trabajo, sostén de la familia, etc. Estos **roles tradicionales** (mujer: pasividad-supeditación y hombre: autoridad-supremacía), por fortuna, se han ido modificando, y de una **sociedad falocrática** con predominio masculino, vamos evolucionando hacia una **sociedad sexual** más equitativa y, por ende, más libertaria. Este cambio se está dando en función de la lucha de la mujer por acceder a la justicia que desde siempre se le había negado, aún en contra de la reticencia y la resistencia que opone el tradicional machismo. Existen manifestaciones de esa nueva realidad; por

ejemplo, la moda ha evolucionado al extremo de ser en muchos aspectos “unisex” y consumirse indistintamente por hombres y mujeres (jeans, tenis, corte de pelo, tatuajes, etc.). En el medio estudiantil de la licenciatura de médico cirujano, en la actualidad y en muchos grupos, la mayoría de estudiantes pertenece al género femenino. Antes, las estudiantes temían ingresar a dicha carrera por ser muy larga en años, pues pensaban correr el terrible riesgo de hacerse viejas y no contraer matrimonio. Algo que hoy suena aberrante era una razón válida y aun común. En especialidades, hoy en día, tenemos traumatólogas, urólogas (!), cirujanas, etc.

Por último, un aspecto muy importante es la **identidad de género**. Se inicia el proceso entre los 24 y 36 meses de edad, cuando el niño o la niña se va reconociendo como integrante del grupo de los hombres o del de las mujeres es decir, cuando se acepta pertenecer al grupo de individuos de su mismo género. Por esta razón es indispensable en caso de existir ambigüedad de órganos genitales, definir bien el sexo real del niño antes de esa edad o, cuando más tardíamente, antes de los cuatro años de edad. De preferencia, la identificación se debe establecer en el momento de nacimiento, pues una vez definida la identidad sexual por el infante, es muy difícil cambiarla, e imposible a medida que se hace mayor.

### **La sexología, el médico general y los trabajadores de la salud**

Existen suficientes razones por las que el médico general (y el trabajador de la salud) debe estudiar también sexología e integrar esos conocimientos a su quehacer profesional. Entre las más importantes, mencionamos las siguientes:

- Cada vez es más frecuente la demanda de información por parte de los pacientes en relación con la problemática sexual.
- El trabajador de la salud es el profesionalista a quien con mayor frecuencia recurren los pacientes para obtener ese tipo de información.
- Una de cada dos parejas, según Master y Johnson, presenta algún problema sexual capaz de incidir en la armonía conyugal, aunque solamente 10% lo declare abiertamente.
- Todo profesional de la salud debe estar preparado para orientar en el aspecto sexual a los consultantes.
- No debe soslayarse el estudio de la función sexual en el estudio integral del paciente.
- No debe temer abordar en forma sincera y con genuino interés profesional, las inquietudes, dudas, fobias, disfunciones y otros problemas sexuales de sus pacientes.



- Muchas personas desean que los trate su médico de cabecera o familiar de primera intención.
- Hay regiones en donde no se cuenta con sexólogos, ni existen terapeutas sexuales.
- Mucha patología no sexual (metabólica, endócrina, neurológica, etc.), tiene a menudo repercusiones en la esfera sexual y debe reconocerse.
- Muchos de los problemas sexuales pueden y deben ser manejados a nivel de atención primaria, sin sofisticación terapéutica.
- En la actualidad viajar de lugares lejanos a centros especializados resulta muy costoso.
- Debe saberse canalizar un paciente, cuando éste requiera terapia más especializada.
- Tradicionalmente se ha educado al profesional de la medicina con una seria laguna en la problemática sexual.
- Muchos mitos y falacias arraigadas en nuestras comunidades pueden desecharse mediante educación y orientación sexual y propiciar así un mejor desempeño y desarrollo de los individuos y de las parejas.
- Es obligación para todo médico tener conocimientos básicos de sexología para no ser un profesionalista incompleto.

### **Motivos que dificultan la discusión sexual**

La función sexual en nuestra sociedad ha estado por siempre muy reprimida y tabudizada. Se le ha calificado de sucia, pecaminosa y en el mejor de los casos, como algo íntimo y privado, de lo que está prohibido hablar en forma abierta, sincera y franca. Este condicionamiento ha marcado por años nuestro comportamiento sexual y en el trabajador de la salud, ha condicionado una terca resistencia a abordar y conocer este aspecto de la disfuncionalidad de sus pacientes.

Tiene tal carga emotiva la problemática sexual, que los mismos responsables de la educación superior soslayaron deliberadamente y por muchísimo tiempo su cuestionamiento, y no fue sino hasta fecha reciente que le dieron entrada, a la par, la sociedad también ha evolucionado de manera positiva en el sentido de permitir más tolerancia y aceptar una realidad que ya no es conveniente ni sano ignorar. Esto ha sido posible a través de una comunicación más abierta y el empuje de diversos grupos sociales, juveniles, feministas y de minorías marginadas, que a partir de los años setentas se han mostrado activos e interesados en favor de una mayor libertad y tolerancia sexual.

Entre los motivos que hacen renuentes a los médicos en particular, para abordar los problemas sexuales de sus enfermos están los siguientes:

- Pobreza de conocimientos y, en muchos casos, un desconocimiento total de la problemática sexual humana, incluyendo el requisito indispensable de ser capaz de realizar una exploración mediante una historia clínica sexual.
- Falta de interés o temor para abordar este aspecto de la problemática de salud humana.
- Mayor interés en otros aspectos médicos o quirúrgicos de sus clientes que le permite pisar un terreno más firme, mejor conocido y menos conflictivo.
- Miedo a que afloren y proyecte sus propios prejuicios, lastre de una limitada o incorrecta educación sexual previa.
- Incapacidad para abordar el tema o miedo a entrometerse en la vida “privada” de sus pacientes.
- “Falta de tiempo”, sobre todo entre los médicos que trabajan en instituciones de salud, pues se alega que el tiempo disponible apenas alcanza para revisar el motivo principal de la consulta médica.

Hay que señalar que también por parte del paciente hay reticencias. Algunos de los motivos más comunes son los siguientes:

- Desconfianza hacia el médico en la esfera sexual.
- Falta de educación sexual previa y actitud condicionada por prejuicios múltiples: familiares, sociales, religiosos, etc.
- Condicionamiento en el sentido de que la vida sexual es algo muy íntimo y, por lo tanto, “son cosas que no se deben andar contando”.
- Por miedo a despertar rechazo e incluso burla en el médico.
- Porque prefieren rumiar su problema sexual y hacer como vulgarmente se dice “de tripas, corazón”, a pesar de que el profesional de la salud ofrezca confianza y oportunidad.

Es necesario aceptar que la sexualidad es parte indisoluble de nuestra manera de ser, hacer y pensar; es decir, de nuestra personalidad, y es una función expuesta a sufrir modificaciones disfuncionales. Si los médicos estamos preparados para diagnosticar y tratar una neumonía, una gastritis, una disfunción menstrual o una neuralgia, también es nuestra responsabilidad prepararnos para poder diagnosticar una disfunción sexual y, al nivel que nos compete, decidir y prescribir la terapia correspondiente.

Para concluir, el trabajador de la salud, al indagar problemas sexuales debe:

- Permanecer sereno e interesado en el problema de su paciente y crear el clima de tranquilidad y confianza indispensable para toda buena relación médico-paciente.
- Saber realizar una historia clínica completa en materia sexual con base en una sólida preparación profesional y ofrecer en todo momento respeto, empatía y tolerancia en su trato con el paciente.
- Dar a los pacientes orientaciones y explicaciones lo más objetivas posibles, desechando los juicios de valor subjetivos por necesidad. El trabajador de la salud debe siempre actuar como tal, y no como juez.
- Llegar en el consejo y el manejo del problema hasta donde se lo permita su preparación profesional y al límite tolerado o aceptado por el paciente. En caso necesario, turnar al paciente con otro profesional con mejor preparación y experiencia. Es decir, actuar éticamente siempre.



# Evolución histórica de la sexualidad<sup>1</sup>

La sexualidad forma parte de la esencia del ser humano. No hay persona alguna sin sexualidad. No podemos hablar de la sexualidad sin hablar del ser humano como especie. Por lo tanto, hablar sobre la **historia de la sexualidad** es hablar de la historia misma del ser humano, ya que ambas se interrelacionan estrecha y necesariamente. La sexualidad es el motor principal que mueve a la humanidad; aquella energiza, colorea y dirige a ésta. En la sexualidad se centran las motivaciones más profundas y las prácticas más importantes que realiza toda la gente, cualesquiera que éstas sean y toda la existencia en diferentes grados y niveles gira a su alrededor. Las historias regional y universal así lo confirman.

Será más adecuado, entonces, que tratemos sobre como la humanidad ha interpretado y manejado esta parte esencial y fundamental de su propia existencia a través del tiempo, y a nivel de las diferentes culturas y regiones. Aún en una misma cultura pueden advertirse distintos enfoques a lo largo del tiempo en las variadas comunidades que abarca esa cultura. Desde el punto de vista nuestro como país, tal vez los criterios, costumbres, tradiciones, inconsciente colectivo y otras influencias conocidas o no que se relacionan con el concepto de sexualidad, necesitan ser observados a través de las **cuatro influencias culturales** que han predominado en la estructura de la cultura reinante, para así explicar mejor la particular idiosincrasia mexicana sobre la materia.

Por un lado, están tres influencias culturales: la **grecorromana**, la **judeocristiana** y la **mozárabe** que nos llegaron ya amalgamadas, como un legado cultural europeo a través de la conquista española, en el naciente siglo XVI. Estas tres culturas ya intrincadas en el crisol de la historia y lideradas a la fuerza por la judeocristiana en Occidente, irrumpieron de súbito en las Américas, transportadas por las huestes conquistadoras hispanas y puestas en marcha por soldados, marinos, hidalgos y monjes; principalmente estos últimos, quienes con un celo y porfía notable recorrieron casi todo el continente de norte a sur, sin cesar en su intento hasta concluida la labor evangelizadora.

Por otro lado está la cultura **azteca**, predominante en Mesoamérica, con ciertas influencias **teotihuacana**, **tolteca** y **maya**, predispuesta y “en espera” de un

<sup>1</sup> Colaboración del Dr. Francisco Rullán Córdova

misterioso dios llamado Quetzalcóatl, paradigma del hombre blanco y barbado, que explicablemente fue proyectado en el conquistador, lo que dio lugar a un fenómeno histórico insólito en el mundo.

### **La cultura grecorromana**

La cultura grecorromana, como es bien sabido, contemplaba la sexualidad y sus manifestaciones bajo una óptica de completa aceptación y benevolencia, considerando como admisible tanto el sexo reproductor (conservación de la especie), como el sexo placentero y de incorporación social, prácticas como la masturbación, la homosexualidad, el sexo grupal, la promiscuidad, etc., eran frecuentes en la vida diaria de hombres y mujeres, incluyendo niñas y adolescentes. Indudablemente que habían leyes y normas morales que respetar, pero éstas regían más en lo social, político y económico que en lo sexual específicamente. La historia no registra crímenes pasionales de importancia bajo este sistema sociocultural, en contraste con los crímenes políticos que hicieron famosa esa época.

La multiplicidad de dioses, creados por la Grecia Clásica y rejuvenecidos por el pujante Imperio Romano, veían más por las relaciones humanas de la gente en este mundo que por la suerte de ellas en otros mundos lejanos o desconocidos. Cuando más, sabían que algún día irían a parar a la mansión de los dioses en el monte Olimpo, donde continuarían una vida de solaz y entretenimiento. Las relaciones coitales premaritales empezaban desde muy temprano en ambos sexos, y el concepto de virginidad no tenía mucho que ver en conseguir un buen matrimonio, los cuales se concertaban previamente entre los mayores de la familia y por razones muy diferentes a las de una supuesta pureza.

Desvirgar a una joven era más una suerte o botín personal que una demostración de hombría y era mucho más fácil con una esclava que con una joven de sociedad. Las relaciones extramaritales, aunque no aceptadas en pleno, eran muy frecuentes en ambos sexos y no llegaban al repudio social de la mujer, que con los esclavos era diversión pura. La homosexualidad masculina en la época griega era una actividad sexual a nivel divino, placer de dioses y estatus, según la calidad de los amantes. El lesbianismo era una práctica sexual llana e intrascendente ya que la mujer en esta cultura era considerada menos importante que el varón. En la época romana, la homosexualidad tuvo menos importancia; perdió el carácter de divina y se consideró una práctica natural llevada por la necesidad o el placer a nivel simplemente humano.

## La cultura Judeocristiana

La cultura judeocristiana es, en un sinnúmero de puntos, no sólo diferente, sino contraria a la grecolatina, que acabamos de revisar. En su estudio hay que señalar dos grandes consideraciones generales:

- Primero, que la sexualidad está completamente bajo el poder de Dios, Yahvé o Jehová y es el único que la sanciona, tanto para permitirla como para reprimirla; incluso la ley jurídica se somete al criterio divino para legislar sobre sexualidad: Aunque en el terreno del contrato matrimonial la ley da la oportunidad de disolverse a través del divorcio, en todo lo demás está a su santa voluntad y servicio.
- Segundo, que la sexualidad sólo se justifica como medio de reproducción, por lo que toda actividad sexual que no contemple tal fin está totalmente prohibida y las transgresiones son consideradas delitos extremadamente graves, merecedores del fuego eterno si no hay una constricción y penitencia suficientes. Ahora bien, este criterio exclusivista que, además, debe estar elevado por el matrimonio religioso previo, coloca a la mujer, quien sobrelleva la carga del embarazo, en una situación de inferioridad y debilidad ante el varón y debe prohibírsele alcanzar el orgasmo y perder el control ante tal placer concupiscente y poner en entredicho la autoridad que Dios y el varón ejercen sobre ella.

Ante esta circunstancia, la actividad sexual premarital, extramarital, grupal, homosexual, bisexual, vicariante o toda aquella otra que se valga de medios anticonceptivos del tipo que sea, resulta totalmente vetada y proscrita, pues estas actividades, de una forma u otra, atentan contra la autoridad divina y contra la procreación. Es una cultura eminentemente antisexista, la cual considera a la sexualidad como algo pegado al ser humano, negativo por principio, peligrosamente placentero, pero inexorablemente ligado a la naturaleza mundana del hombre e indispensable para la conservación de la especie, de ahí que se deba mantener bajo controles muy rígidos y sólo permisible para su único fin: la reproducción.

Así pues, la cultura judeocristiana coloca al hombre en una constante lucha interior, es decir, en un conflicto sostenido y obligado; su tendencia, eminentemente espiritualista, está en guerra perenne contra la biología del ser, campo en el que el individuo se debate entre la angustia o la resignación, la culpabilidad o el arrepentimiento, el infierno o la gloria, sin posibilidad de acuerdo. Cuando hay calma es porque algún bando perdió. No se admiten transacciones o acuerdos,

sólo rendición incondicional de alguna de las partes: “Quien no está conmigo, está contra mí” dicen textualmente las Sagradas Escrituras (Lc 11:23).

## **La cultura árabe**

La cultura árabe, llevada a Europa (España) por los moros árabes, donde gobernaron durante casi 8 siglos (de 711 a 1492), de las tres culturas que llegaron con la conquista española a nuestro país, es indudablemente en la que más se discrimina a la mujer. De hecho, la historia del Imperio Romano con la doctrina judeocristiana está salpicada de mujeres notables, cosa que no sucede con la islámica o árabe. Esta cultura, si bien mantiene la sexualidad integrada íntimamente al ser humano, en los aspectos religioso y social, estaba en aquellas épocas de su imperio cerradamente legislada en favor del varón. Dos aspectos básicos regían su camino: la separación de los sexos desde el nacimiento hasta la entrega nupcial y la severa reclusión femenina en la institución del “serrallo” o “harem”, después de tal entrega.

Esta doble situación podría explicar el por qué se ha considerado desde siempre al árabe como persona profunda y permanentemente interesada en el sexo. El ocultamiento de la mujer dio lugar a la práctica de la castración de esclavos, generalmente no árabes, para el servicio y el cuidado de niñas y púberes, los llamados “eunucos”, quienes tenían como misión la preservación de la virginidad, condición femenina muy apreciada por el varón de entonces para el matrimonio, y cuya trasgresión podía llevar a la muerte de la disoluta y del mismo eunuco si se sospechaba de su complicidad. Otra consecuencia de estos conceptos sexuales podría ser el hecho de la notable escasez de personas célibes dentro de esta cultura, así como el énfasis que hace el Corán, libro sagrado del islam, sobre la necesidad y obligación que tiene el árabe de vivir en familia.

Para la cultura árabe no parece haber sido nunca mayor problema el fenómeno de la masturbación, ésta no se vio como promotora de males físicos o mentales. En contraste con Occidente, la masturbación femenina ha sido una fuente de escape muy importante, dada la exclusión de las mujeres del contacto social con el varón y su frecuencia en edades e intensidad corre casi a la par con ellos. La masturbación femenina ha seguido los patrones de conducta que son muy frecuentes en todo el mundo, sólo que sin temores ni culpabilidad.

La prostitución era de aceptación social amplia. Generalmente la prostituta no era de religión mahometana, sino que el grueso de sus filas se componía de personas de tribus y razas vecinas, esclavas o no. Era casi la única forma en que el varón obtenía satisfacción sexual antes de casarse, ya que no había mujeres de su clase, religión y raza a su disposición durante la soltería. Además, han habido



diferentes categorías de prostitutas, desde la típica burdelera, hasta las aceptadas sólo en domicilios de personajes de alta impostura y categoría; verdaderas sacerdotisas del amor sexual.

Respecto a la homosexualidad masculina, la peor manifestación en su contra ha sido la burla, ya que el Corán no parece maldecirla y ha sido costumbre de la antigüedad que los militares en campaña viajaran con esclavos jóvenes para sus requerimientos sexuales. Por otro lado, el lesbianismo estaba ampliamente difundido entre las mujeres adultas viudas y jóvenes, ya que al estar separadas de los hombres tanto tiempo, su principal diversión y satisfacción era el ayuntamiento sexual entre ellas mismas. Son famosas las obras literarias árabes en las que se canta al amor heterosexual, homosexual y bisexual, basta con dar una hojeada al libro árabe “Las mil y una noches” en alguna versión directa no occidentalizada.

El adulterio sigue pautas muy diferentes al comparar la cultura islámica con Europa y América. Al existir la institución del serrallo o harem, el varón no tenía la necesidad de buscar “amores prohibidos” cuando el mismo Corán le permite tener cuatro esposas y aún más, según sus posibilidades físicas y económicas. Por otra parte, el adulterio de la mujer sí podía ser severamente castigado: se le enterraba hasta la cintura y era muerta por lapidación (a pedradas).

Una investigación, al estudiar el ajuste conyugal en relación con la represión sexual habitual de las mujeres árabes, hace notar que ninguna mujer está más engañada, amargada y especialmente reprimida en su expresión erótica como ellas y que esta disfuncionalidad desempeña un importante papel en la norma cultural, pues hace los maridos más infelices del mundo. Tal vez esta conclusión sea un poco exagerada, pero algo debe tener de cierto.

## **La cultura azteca**

La cultura azteca era, a su vez, la mezcla de varias culturas mesoamericanas que existieron en diferentes tiempos y circunstancias, siendo las principales la tolteca, la teotihuacana y la maya. Como todos los pueblos del mundo, los aztecas también tenían sus conceptos particulares sobre la sexualidad y las formas de conducta apropiadas para ellos. En principio se sabe que la sexualidad también estaba contemplada como algo intrínseco al ser y se aceptaba con abierta liberalidad, como lo demuestra el hecho que los aztecas moldeaban en barro estatuillas de parejas en diversas posiciones copulatorias, incluso entre varones.

Entre los indios zapotecos las mujeres, tanto solteras como casadas, se ofrecían sexualmente al viajero cansado que llegaba a los pueblos como demostración de hospitalidad. La mujer tehuana soltera y virgen pasaba desapercibida a la

atención masculina, la cual apreciaba más a las mujeres conocedoras de sexo y se casaban más rápido, y si tenían hijos, eran materialmente asediadas y codiciadas en matrimonio. La vida promiscua era frecuente y se veía natural, sin embargo, no dejaba de estimarse la virginidad como bonito adorno femenino.

El matrimonio estaba rodeado de variados ritos, más o menos complicados según la región, pero en general el contrato matrimonial se manejaba entre los padres o familiares de los novios, los viejos de la familia, los sacerdotes o los casamenteros oficiales, especie de jueces de paz, cuya labor era precisamente arreglar de manera adecuada estas uniones. Durante el cortejo prenupcial habían costumbres muy diversas, entre las que se destaca una en la cual el novio esperaba, escondido entre matorrales, el paso de la chica a su vuelta del río donde había ido a buscar agua, le caía encima, le rompía el jarro de barro empapándola de agua y después simulaba una violación con movimientos lúbricos, pudiéndose llegar al coito real.

Los familiares de ambos pretendientes se mostraban ofendidos cada uno por su lado, en un entendido tácito, para después ponerse de acuerdo a través de fingidas discusiones rociadas con abundantes bebidas alcohólicas que, en ocasiones, llegaban a la violencia física una vez enardecidas ciertas mentes arrebatadas.

En otras comunidades, después de la violación simulada (aunque de consecuencias reales), el novio debía luchar contra hermanos o familiares jóvenes de la novia y, si mostraba valor y dominio, se le cedía la mano de la prometida en grandes reuniones familiares. No dejaban de existir el matrimonio de prueba, sobre todo para garantizar la procreación, el cual se hacía oficial con toda pompa y riqueza de rituales una vez que la mujer había parido una o varias veces, dando lugar a que el matrimonio de prueba pudiera prolongarse por varios años. Si en un lapso razonable para ellos no había descendencia, la joven era regresada a sus padres por los familiares del galán, en medio de la consternación y la vergüenza para ella y su familia.

Él quedaba libre para conseguir otra pareja, y ella era relegada como semiesclava de su familia, segregada para el resto de su vida. Una vez consumado el coito nupcial, en el caso de una virgen, la sangre himenal era recogida en un lienzo que se guardaba en un cofre de madera perfumada, entre pétalos de flores, para acallar rumores o maledicciones futuras.

En otras subculturas era admitida la poligamia, también regida como en otras partes y tiempos del mundo por la capacidad adquisitiva de bienes o de poder del varón. Una variedad más que se podía encontrar era la del matrimonio incestuoso, donde se permitía sólo el ayuntamiento de padres varones con hijas hembras, entre primos y otros familiares, pero no entre hermanos. Esto sólo ocurría

fuera del matrimonio y con suficiente discreción para evitar el escándalo y hasta la muerte. Se toleraba bien el que un varón conviviera y tuviera descendencia bajo el mismo techo con su esposa, hijas y hasta nietas. Otras variantes como el levirato y el derecho de pernada se encontraban presentes en algunas regiones.

Respecto a otras prácticas sexuales, sabemos que la masturbación gozaba de gran aceptación entre púberes y adolescentes de ambos sexos en la mayoría de las comunidades del imperio, pero en otras llegaba a castigarse muy severamente. La magia amorosa estaba muy extendida, y se podía conseguir pociones, brebajes, amuletos y toda clase de encantamientos tanto para combatir las disfunciones sexuales, principalmente la impotencia, como para provocarlas en otros, así como filtros de amor y afrodisíacos que acercaban al ser amado o bien que lo retiraban del enemigo en amores.

Brujos, yerberos, curanderos y otros subespecialistas gozaban de gran prestigio y obtenían pingües ganancias con sus malas o buenas artes y sus locales o consultorios eran verdaderos templos a los que había que acudir con todo respeto y recogimiento, como si se tratara del encuentro de un dios o al menos de un semidiós. Xochiquetzal, diosa del amor y de las flores junto con Xocotzin, la diosa de las cuatro perversiones sexuales, desparramaban sus favores a través de sacerdotes y brujos. Homosexuales, lesbianas y ninfómanas estaban exentos de estigma social, al igual que las prostitutas, entre las cuales había para todas las clases sociales. Basta con recordar que Ometecutli, la suprema deidad azteca, era un dios bisexual.

## Época actual

No se requieren dotes intelectuales especiales cuando se ha conocido algo del inmenso mosaico étnico y cultural que es nuestro país para darse cuenta de la influencia que sobre México ejercieron estas cuatro culturas esbozadas con anterioridad, y una primera consideración es descubrir, con cierta facilidad, las raíces de un fenómeno sociocultural muy latinoamericano llamado “machismo”; no había otro camino más que desembocar en él.

Una vez amalgamada esta mezcla de culturas bajo el liderazgo incuestionable de la religión judeocristiana por ser la cultura imperante en el mundo occidental de entonces y de ahora, quedaron todos los preceptos, leyes y normas, incluyendo las referentes a la sexualidad, fijamente establecidos, tal vez con algunas variantes muy típicas en diferentes regiones, sobre todo en aquellas donde aún domina el indígena puro.

Así las cosas, y sin mayores cambios, llevamos en la mayoría de los países latinoamericanos más de cuatro siglos bajo un concepto muy pobre y negativo de

la sexualidad y sus manifestaciones, soportando lacras sociales como la violación, el abandono de la familia, la disfunción sexual frecuente, la explosión demográfica en vías de control, mitos sexuales al por mayor, entre otras, basadas principalmente en el machismo ya mencionado, por no permitirse la educación sexual en todos los niveles.

Sin embargo, las cosas no han sido iguales en otros lugares y tiempos. A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, un médico austriaco, Sigmund Freud, habló por primera vez abiertamente de la sexualidad en Europa: expuso como causa principal de las neurosis los tabúes sexuales, liberó a las entonces llamadas “perversiones sexuales” y a la homosexualidad del estigma de aberraciones y degeneraciones y las colocó dentro de la categoría de trastornos de la personalidad. Reveló que los niños desde recién nacidos muestran tendencias sexuales y llamó libido a la energía sexual. Obviamente que en un principio, estando en plena época victoriana, fue rechazado, vetado, e incluso perseguido, pero a la postre su trabajo fue imponiéndose poco a poco, primero en Alemania y después en el resto de Europa y algunos países de América.

Bajo estas primeras bases, complementadas con ciertos descubrimientos importantes de la ciencias biomédicas en constante evolución y con la audacia y valentía de otros investigadores, el papel que la sexualidad juega en la existencia fue aclarándose cada vez más. Así, en 1948, Alfred C. Kinsey y sus colaboradores, a través de una encuesta masiva enviada por correo a los hogares y de la que fueron recogidas más de 10 mil formularios completos, abrieron el campo de la investigación científica al estudio de la sexualidad y descubrieron las verdaderas conductas sexuales de la sociedad norteamericana y la “doble moral” que la caracteriza. Como era de esperarse, numerosos grupos laicos y religiosos tradicionalistas pidieron su cabeza ante tan flagrante atentado a las buenas costumbres.

En 1966, el ginecólogo William H. Master y su pareja, la psicóloga Virginia E. Johnson, publicaron sus primeras conclusiones sobre investigación de laboratorio de la respuesta sexual humana, trabajo fundamental que inaugura la sexología experimental y a quienes también les llovió la crítica moralista tachándolos de perversores de la juventud. Sus experiencias las publicaron en el libro “Respuesta sexual humana”. Después de estos dos grandes hitos, tanto históricos como socioculturales de la humanidad, nombres como el de Helen S. Kaplan, Shere Hite, M. Hunt en Estados Unidos; Asayama en Japón; Simon en Francia; Schoffield en Inglaterra; J. L. Alvarez-Gayou, Esther Corona, Anameli Monroy, en México; Giraldo Neira, Cecilia Cardinal en Colombia y muchos otros de diversos países en todo el mundo, nos muestran el camino que ha seguido en su evolución esta nueva ciencia de la sexología, ya incorporada definitivamente al estudio serio y profundo del ser humano.

Como corolario se puede agregar que la sexualidad humana en el siglo XXI, y específicamente en nuestro país, se aprecia desde una óptica más tolerante, mejor informada, con mayor permisividad y menor miedo y culpabilidad. Desde luego, este criterio no es uniforme para todo el país y así como existen zonas liberales y con menos rigideces en su expresión sexual, también hay otras aún muy conservadoras y tradicionalistas a tal grado que parecen haber retrocedido al siglo XIX y no vivir en el actual. A pesar de la deficiente información sexual y de un sistema de educación sexual inexistente, las nuevas generaciones buscan la manera de suplir dicha falla oficial y obtienen información sobre todo de los medios de comunicación masiva, incluido el Internet (especie de cuchillo de doble filo), con tal de ejercer su sexualidad con más libertad y responsabilidad.



# **Aspectos Biológicos de la Sexualidad**





# Anatomía sexual femenina

Podemos dividir los **órganos genitales pélvicos femeninos** (Figuras 3.1 y 3.2), en dos grupos:

- **Externos: vulva y vagina**, relacionados más con la función sexual.
- **Internos: útero, trompas de Falopio y ovarios**, que tienen que ver con la función reproductiva.

Motivo de revisión especial serán las **glándulas mamarias** por su indiscutible importancia erótica en lo relacionado con el desempeño sexual, y como productoras de leche en el puerperio, el mejor alimento para el recién nacido.

### Órganos genitales pélvicos externos

Junto con la **vagina**, la **vulva** es el órgano de la cópula y el más externo. Es una **zona erógena** de primer orden y suelen estudiársele las siguientes partes:

- El **monte de Venus**: la zona más superior cuando la mujer se encuentra en posición de decúbito dorsal, es decir, acostada de espalda. Está formado por un colchón de grasa que cubre al pubis y piel con abundante vello en el adulto, que se distribuye de manera típica formando un triángulo de base superior y vértice inferior en la unión de los muslos.  
Sirve como amortiguador de traumatismos en la zona y dada su inervación, es un organelo erótico que puede iniciar la respuesta sexual en ambos géneros, a partir de estímulo táctil en la mujer, y ante la visión por parte del hombre.
- Los **labios mayores**: son dos engrosamientos de piel pilosa que limitan hacia afuera la vulva y se encuentran en vecindad con la cara interna de los muslos. Se extienden desde el monte de Venus por arriba, hasta el periné, abajo. Tienen gran cantidad de glándulas sudoríparas y sebáceas, y pueden ser asiento de padecimientos dérmico de muy variada

naturaleza, lo que exige rigurosa y permanente limpieza con el fin de evitar la acumulación de secreciones, su colonización por gérmenes diversos, su descomposición y el consiguiente olor desagradable e incluso, puede avanzar el problema hasta la irritación, el prurito (comezón), el rascado con lesión de la piel y la infección secundaria. Estos organelos también son altamente eróticos ante el tacto y la vista, además de servir de protección al resto de la vulva.

- Los **labios menores**: son dos salientes mucosos que corren paralelos por dentro de los labios mayores. En la parte superior y para unirse, se desdoblán en dos hojas; una forma el capuchón del clítoris, la superior, y la inferior, el frenillo de dicho órgano. Hacia abajo se unen formando la horquilla vulvar y la fosa navicular. La secreción de estas estructuras con gran cantidad de glándulas sudoríparas, obligan también al aseo permanente por las razones antes mencionadas pues en caso de abandonarlas, el olor desagradable puede tener repercusiones en el atractivo sexual. En climas tropicales como el de Tabasco, su limpieza regular se hace indispensable. En algunas niñas al nacimiento, pueden estar parcialmente fusionados aunque en forma laxa que permite su separación digital o con medicamentos. Son zonas eróticas importantes y muy sensibles a las caricias.
- El **clítoris**: es un pequeño órgano muy sensible cuya estimulación puede provocar excitación sexual incluso hasta el orgasmo, que mide de 2 a 2.4 cm, de longitud y tiene un origen embriológico semejante al del pene. Está situado en la comisura vulvar anterior o superior y lo forman dos cuerpos cavernosos (diáfisis o cuerpo del clítoris) capaces de ingurgitarse y presentar erección; se insertan en los huesos púbicos (raíz del clítoris) y en el extremo distal forman el glande, abultamiento muy pequeño si se le compara con el del pene en el hombre. Está ricamente innervado por lo que constituye en una zona erógena de primera, sin embargo su estimulación brusca y grosera puede causar dolor en vez de placer. Su extirpación practicada por muchos pueblos del África y Asia, en algunas ocasiones acompañada de la ablación de los labios menores y a veces de los labios mayores, se ha visto que no influye en la respuesta sexual integral de la mujer, lo que habla de una amplia base de tipo psicológico y cultural del impulso sexual al desarrollarse y educarse

También requiere aseo riguroso por la posibilidad de que se acumulen secreciones entre el capuchón y el glande con las posibles consecuencias que antes se enlistaron.

- El **vestíbulo**: es un pequeño valle entre los labios menores en donde de arriba abajo podemos observar, en primera instancia, al **meato urinario**, orificio externo de la uretra, conducto por donde se expulsa la orina y en la que desembocan los conductos excretores de las glándulas parauretrales o de Skene; por otra parte, se puede observar el **introito**, una abertura externa de la vagina, parcialmente obturada por una membrana muy mitificada llamada **himen**, que sufre desgarraduras durante las primeras relaciones sexuales, excepto aquellos muy elásticos. El himen puede tener una perforación, lo más frecuente, tener varias y se le llama cribiforme, o estar tabicado. A veces es tan elástico y delgado que no se rompe sino hasta el primer parto y se habla de himen “complaciente”. Por eso mismo, una de cada cuatro mujeres no sangran al iniciar su vida sexual, situación que las convierte en sospechosas de no ser “vírgenes”, es decir, de no poseer integridad himenal previa, muchas ocasiones requisito premarital insoslayable y un estigma del atraso cultural que todavía padecemos, pues con ello se hace radicar toda la valía de una persona en algo tan intrascendente desde cualquier otro punto de vista.

Puede suceder también que el himen sufra desgarraduras debido a traumas en cualquier momento de la infancia o de la adolescencia, y en esos casos la persona puede en la actualidad recurrir a su reconstrucción quirúrgica, practicándosele una himenorrafia. El himen fibroso y rígido que impide la penetración y requiere corte es muy raro. Lo que sí es relativamente frecuente, la imperforación himenal que si no es diagnosticada antes de la menarca, impide la expulsión de la sangre menstrual y su acumulación en la vagina y en órganos más profundos con las consiguientes molestias, haciéndose necesario su corte quirúrgico. Muchas mujeres se quejan de la primera relación sexual y la describen como una experiencia dolorosa y sangrante. Esto a menudo se debe a que las parejas con escasa información y educación sexual, intentan la penetración sin la adecuada preparación y exagerando por focalización las molestias y el sangrado que a menudo se da en manchas o en estrías sin mayores consecuencias.

A los lados del introito se encuentran los **bulbos vestibulares** formados por tejido contráctil y con rica vascularización. En la **comisura vulvar posterior**, a las cuatro y a las ocho, se localizan los orificios de la conductos excretores de las **glándulas de Bartholin**, que se hacen aparentes cuando son asiento de infecciones por el dolor que provocan

y la inflamación que las hace crecer a veces hasta ocultar todo el vestíbulo. Tal situación inhibe cualquier intención sexual. En un tiempo se consideró su secreción importante para la lubricación vaginal y vulvar, pero desde los estudios de Master y Johnson, tal suposición se ha desechado.

- La **vagina**: es un conducto virtual en reposo de unos 10 a 12 cm, de longitud, que a partir del periné se hunde en la pelvis hasta alcanzar el cuello del útero al que se fija. Su pared la integran tres capas de tejidos: una externa de naturaleza conjuntiva (elástica-fibrosa) que es la **fascia perivaginal** y le sirve de contención. Su lesión o desgarradura puede dar origen a hernias de los órganos vecinos (uretra, vejiga y recto); una capa media muscular con fibras circulares y longitudinales, que en el extremo externo se encuentra reforzada por los llamados “**músculos sexuales**” (**bulbocavernoso** e **isquiocavernoso**) y al contraerse durante la excitación sexual forman la “plataforma orgásmica” que se adosa al pene después de la penetración, mientras la mitad profunda del órgano se dilata. La mitad externa vaginal también presenta durante el orgasmo, contracciones rítmicas intensas que resultan intensamente placenteras. Y la capa interna mucosa constituida por un epitelio plano estratificado parecido a la del interior de la boca, que ante un estímulo sexual efectivo (ESE), trasuda un **líquido lubricante** en cantidad creciente, rico en iones (Cl<sup>-</sup>, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>), que suaviza y facilita la penetración del pene y la hace muy agradable.

Aunque algunos investigadores todavía no lo aceptan, se considera que existe una pequeña zona glandular hipotrofiada en la pared anterior de la vagina, a unos 4-5cm, del introito, conocido como **Punto de Grafenberg** o **Punto G**, con cierta dificultad para detectarlo, muy sensible a la estimulación táctil y de gran potencial erógeno. Posiblemente haya sido la causa de la controversia ya superada del orgasmo vaginal vs. orgasmo clitorídeo establecido por S. Freud. El Punto G es pues una zona de intenso rendimiento placentero.

El **trasudado vaginal** (la mucosa no contiene glándulas) en momentos de reposo sexual es escaso; varía con las fases del ciclo menstrual y está sujeto a la influencia hormonal aumentando a mediados del ciclo y disminuyendo en el pre y el post-menstruo; sin embargo, durante la excitación sexual se vuelve abundante en pocos segundos y depende de la vasocongestión perivaginal más que del estímulo hormonal. Esto se comprueba en la post-menopausia, en la

que habiendo involución funcional del ovario e hipotrofia del epitelio vaginal, puede haber respuesta lubricatoria suficiente. Los cambios vaginales debido a la vasocongestión parecen estar mediados por un péptido intestinal vasocongestivo (VIP).

La vagina, como toda cavidad orgánica, se encuentra poblada por muchos gérmenes saprofitos (habituales), siendo el más abundante el bacilo de Döderlein, que tiene actividad glucogenolítica (degradación de la glucosa); es por ello capaz de liberar ácidos orgánicos como el ácido láctico para mantener un pH de alrededor de 3.8 a 4.5, francamente ácido, que sirve de barrera en contra de la colonización de bacterias patógenas, causales de infecciones. Cuando las condiciones de normalidad cambian, la vagina puede presentar muy variados tipos de infecciones e infestaciones, así como una amplia patología oncológica, traumática, congénita, etc., capaces de interferir o incluso impedir la relación sexual. Por lo mismo, los tan socorridos lavados vaginales no prescritos por un médico y realizados de manera sistemática y compulsiva rompen la ecología local y eso contribuye a la presentación de dicha patología.

La vagina tiene **tres funciones** importantes: sirve de receptora del pene durante el coito, es el canal de salida de la menstruación y, junto con la vulva, forma la parte final del canal del parto. La vulva y la vagina constituyen una unidad desde el punto de vista erótico-sexual. Durante la excitación este órgano responde en su mitad interna con dilatación y en su mitad externa contrayéndose, quizás por su doble origen embriológico, del tubérculo de Müller y del seno urogenital respectivamente. De tal forma que el aparato sexual femenino es muy superficial: la vulva y la mitad externa de la vagina miden en conjunto entre 5 y 6 cm, con lo que se superan algunos mitos como el del “pene pequeño”, o en el otro extremo, el del “pene grande.

Se debe recordar que los órganos sexuales pélvicos externos pueden presentar una amplia gama de malformaciones de tipo congénito o de origen genético. Ante unos órganos sexuales ambiguos o mal definidos en el momento del nacimiento, deberá hacerse un estudio completo del recién nacido, para asignarle el sexo correcto y tomar las medidas terapéuticas necesarias evitando errores que en el futuro pueden llevar a una identidad de género equivocada.

## Órganos genitales pélvicos internos

- El **útero** es un órgano en forma de pera invertida y aplanada de adelante atrás, situado en el centro de la pelvis que consta de dos partes: una inferior y estrecha de 2.5cm, de longitud llamada **cérvix**, en donde se inserta el extremo profundo de la vagina, y otra superior, el **cuerpo**, de unos 5 o 6 cm de largo y paredes gruesas. Está formado por tres capas: una externa, fascia conjuntiva a nivel del cérvix y peritoneo en el cuerpo; una capa media muscular muy gruesa en el cuerpo y más conjuntiva que muscular en el cuello, y una capa interna de epitelio seudoglandular en el cérvix y que forma el endometrio que tapiza la cavidad uterina, descamándose en cada menstruación.
- El **cuello uterino** acepta la inserción profunda de la vagina y forman los fondos de saco laterales, anterior y posterior; este último es más profundo y contacta con el fondo de saco de Douglas del peritoneo pélvico a través del que se pueden hacer punciones diagnósticas o drenar secreciones acumuladas. Consta de dos zonas: la **supravaginal**, hundida en la pelvis, y la **infravaginal**, observable desde la vagina, que suele llamarse “hocico de tenca”; es allí donde con mayor frecuencia se localiza el cáncer cervico-uterino, el más frecuente entre las mujeres mexicanas. El canal endocervical se extiende desde el orificio externo que contacta con la vagina hasta el orificio interno que se comunica con la cavidad uterina. El sitio de unión entre el cuerpo y el cérvix se llama istmo y mide 5mm, de grosor; sufre hipertrofia durante el trabajo de parto, llegando a medir hasta 10cm de ancho para formar el segmento uterino, donde es habitual practicar la operación cesárea (segmentaria). El cuerpo uterino aloja al embrión durante el embarazo, aumentando enormemente su volumen al final del mismo. Normalmente guarda una posición de anteversoflexión como si estuviera acostado sobre la vejiga y su eje forma un ángulo obtuso con el eje del cérvix. Es asiento de patología muy variada como infecciones, tumores, desviaciones, prolapso y otros capaces de interferir en el buen desempeño sexual.
- Las **trompas de Falopio** son dos delgados tubos que parten de los cuernos uterinos, pequeñas salientes a los lados del fondo de la matriz y se prolongan hacia las paredes pélvicas. Tienen una longitud de 10 a 12 cm, y se les describe cuatro partes que son de adentro afuera: la **intramural** correspondiente al trayecto en plena pared uterina; el **istmo**, la parte más delgada y larga; la **ampular**, más ancha, y en el

extremo la **fimbrial**, que se acerca a los ovarios. Histológicamente la pared tubaria consta de una capa externa serosa (peritoneo); una media, muscular delgada, y una interna, mucosa, que se engrosa y se hace más laberíntica del istmo hacia la fimbria. Estos órganos son muy importantes en el aspecto reproductivo, pues captan el óvulo a partir de la ruptura folicular en el ovario y son asiento de la fecundación, así como vía de paso del embrión hacia la cavidad uterina en donde se anida. De hecho, no se involucran en la respuesta sexual y su obstrucción por causas muy variadas provoca esterilidad en alrededor del 3-4% de las parejas. Otras veces, en situaciones de variada etiología, el embrión puede implantarse en ellas y formar un embarazo ectópico tubario, accidente de graves consecuencias para la integridad del órgano, y en ocasiones, como puede ser el caso de la ruptura de la trompa, para la vida de la mujer.

- Los **ovarios** o **gónadas femeninas** son dos glándulas en forma de almendra con dimensiones de 3.5 x 2.5 x 1.5 cm localizadas a los lados de la pelvis en las llamadas fositas ováricas, extraperitoneales, de aspecto nacarado que las identifica, y son sitios de localización de las células germinales femeninas, los óvulos y el sitio de síntesis de las hormonas esteroideas sexuales, principalmente estrógenos y progesterona y, en mínima cantidad, andrógenos. Histológicamente constan de dos zonas: la externa llamada **corteza**, contiene los folículos que a su vez guardan los óvulos, y la interna o **médula** en la que transitan vasos sanguíneos y nervios.

La niña al nacer tiene un número de folículos variables entre 200 000 y 400 000 que, si lo comparamos con la producción de espermatozoides en el hombre (entre 400 y 500 millones por eyaculación), puede parecer una situación desventajosa, pero no hay tal si consideramos que la vida reproductiva de la mujer dura un promedio de 30 años, que va de los 15 a los 45 años de edad, durante los cuales madura un folículo por ciclo menstrual y, en función de eso, sólo son necesarios de 300 a 400 folículos del total disponible, tomando en cuenta que también ocurren algunos ciclos anovulatorios y en el supuesto de que los ciclos duren de 28 a 30 días.

Algunas mujeres son estériles porque sus ovarios no ovulan, sin embargo, existen procedimientos médicos y quirúrgicos capaces de inducir la ovulación y resolver el problema. Cabe señalar que métodos anticonceptivos como el llamado “del ritmo” tiene altos índices de

fallas, pues hay circunstancias en que, de manera ocasional, puede haber ovulación durante los períodos pre y postmenstrual, dando lugar a embarazos no deseados.

- Los **elementos de sostén** son, principalmente, la **fascia-endopélvica o de Halban**, que envuelve a los órganos pélvicos a manera de cubierta que los contiene (la base de la vejiga y la uretra, la vagina, el cérvix y el recto), y los ligamentos que son engrosamientos de la misma fascia: los **ligamentos cardinales o de Mackenrodt**, que van del borde del cérvix a las paredes pélvicas; los **ligamentos útero-sacros**, que parten de la cara posterior del cérvix y se insertan en el sacro a nivel de la segunda y tercera vértebra, y los **ligamentos pubo-vésico-uterinos** que, como su nombre lo indica, partiendo del pubis, rodean a la vejiga y se fijan también en el cérvix. Esta disposición anatómica la podemos comparar con una rueda de bicicleta en donde el aro externo sería la pelvis, los rayos, los ligamentos y el centro, el cérvix. También están los **ligamentos redondos** que se extienden de los cuernos del útero hacia la pared pélvica para terminar en los labios mayores de la vulva y, más que sostener, su función es dirigir la posición uterina por ser de naturaleza muscular más que fibrosa.

## Irrigación sanguínea y linfática

las arterias más importantes que irrigan los órganos sexuales pélvicos son:

1. la **arteria ovárica**, que nace de la aorta, atraviesa el ligamentos infundibulopélvico (fija el ovario a la pared pélvica) y da sustento sanguíneo al ovario y a la trompa de Falopio ipsilateral, para terminar anastomosándose con la porción terminal de la arteria uterina en el borde del útero; la mencionada arteria uterina, rama de la íliaca interna que alcanza el borde del útero, y se divide en dos ramas: una que corre hacia arriba y acaba anastomosándose con la ovárica, y otra que se dirige hacia abajo irrigando el cuello uterino y la cúpula vaginal. La arteria vaginal rama terminal de la hipogástrica, las vesicales, las hemorroidales y las pudendas, irrigan también los órganos sexuales pélvicos externos, periné y órganos vecinos.
2. Las **venas**, que forman plexos muy anastomosados alrededor de los órganos (el plexo pampiniforme en los ligamentos anchos —repliegues peritoneales a ambos lados del útero—), terminan en las venas ováricas



y, de éstas, la izquierda drena en la vena renal y la derecha directamente en la vena cava inferior. Las venas uterinas siguen el trayecto inverso al de las arterias.

3. Los **vasos linfáticos** terminan en los ganglios inguinales y femorales siguiendo el trayecto de los ligamentos infundibulopélvicos y de los bordes del útero, a los ganglios sacros, paracervicales, ilíacos internos y externos, ilíacos primitivos, aórticos laterales y pre-aórticos.
4. Los **nervios**: tanto el sistema simpático como el parasimpático inervan los órganos sexuales, interviniendo el primero en la fase mioclónica de la respuesta sexual, y el segundo en la fase vasocongestiva. El periné recibe inervación principalmente de los nervios pudendos tanto motora como sensitiva procedentes de las raíces sacras. También intervienen los nervios abdomino-genital menor, genito-crural y femoro-cutáneo.

### **Las glándulas mamarias, senos o pechos**

Son dos órganos en forma de media esfera con la base adosada a la parrilla costal y localizadas en la cara anterior de la misma y a los lados del esternón. En el centro tienen una zona pigmentada de unos 4 a 5 cm, de diámetro, la areola de donde emerge el pezón, saliente en forma de pequeño cilindro de 1 a 2 cm, de longitud, ambos muy pigmentados, sobre todo en las personas morenas o de raza negra, y aumentan de volumen durante la excitación sexual y más en el embarazo. Estas glándulas están formadas por 18 a 20 lóbulos principales, cada uno con un conducto expulsor (galactóforo) que desemboca en la superficie del pezón, por donde escapa la leche durante el período de lactancia, en nuestros tiempos cada vez más abandonado. Con la edad pierden su turgencia y se tornan flácidas.

Tienen gran significación como **símbolo erótico**, son muy sensibles a la manipulación y pueden ser sitio de infecciones y de muy diversa patología capaz de interferir en la manifestación normal del impulso sexual. Integran de manera importante el fenotipo femenino y su imagen ha sido mitificada y con mucha frecuencia es motivo de explotación comercial.

# Órganos sexuales femeninos

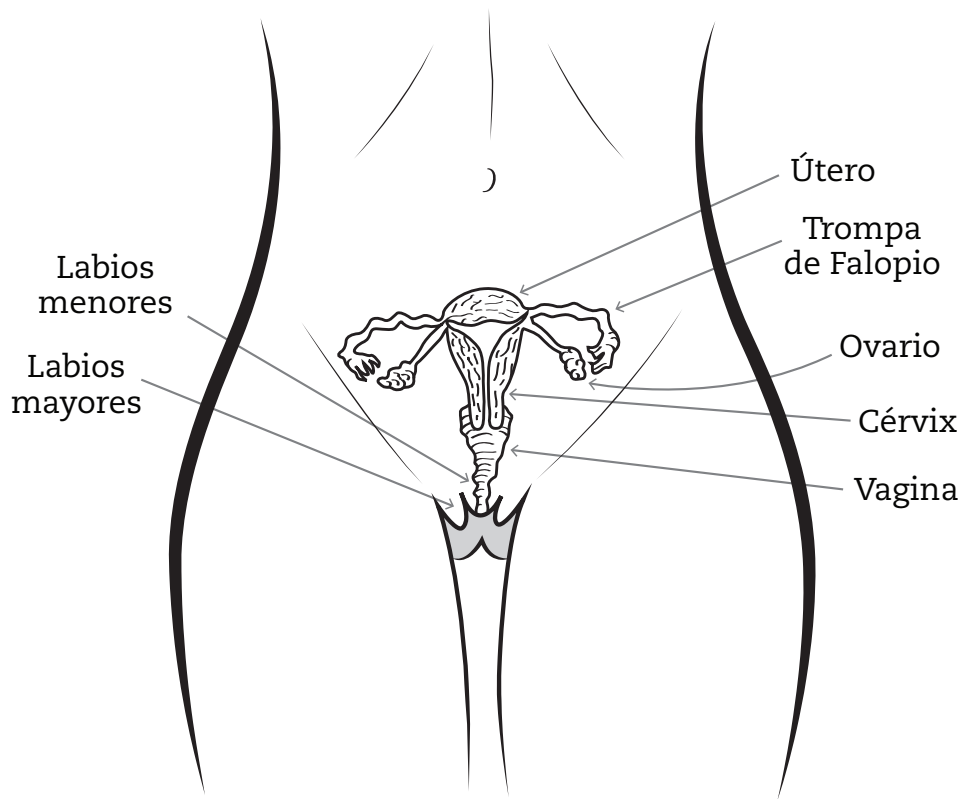


Figura 3.1

# Órganos sexuales femeninos

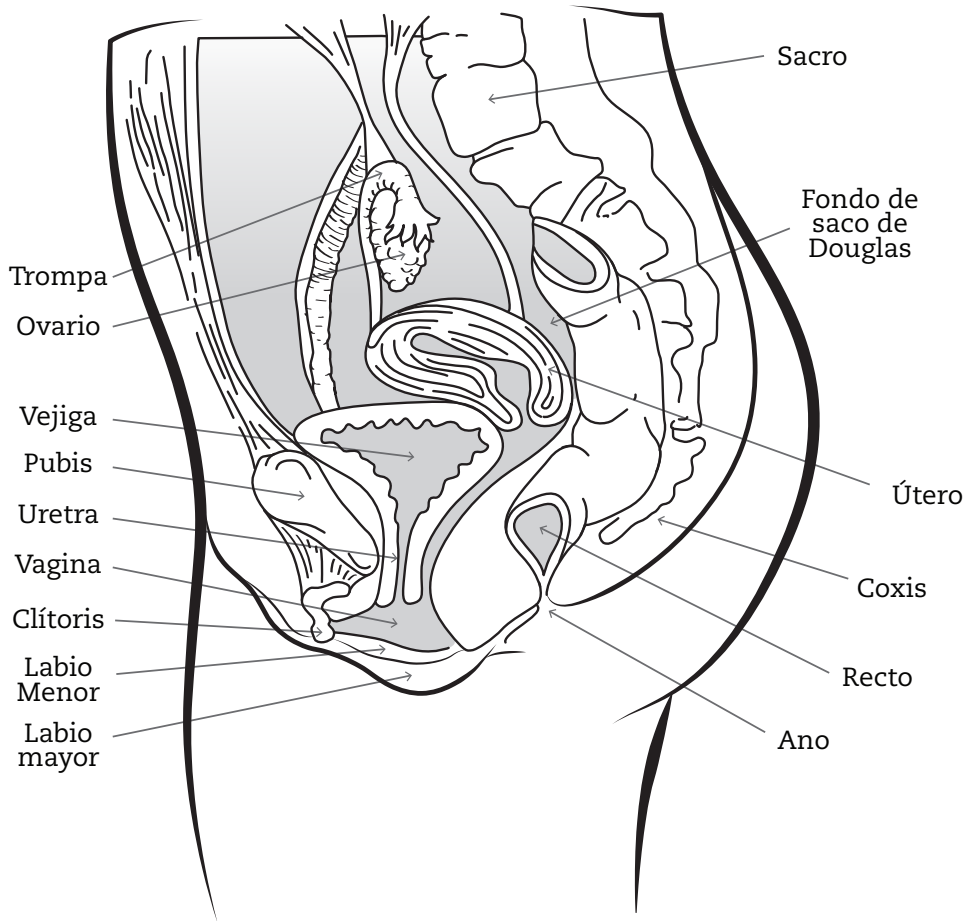


Figura 3.2

# Órganos sexuales femeninos

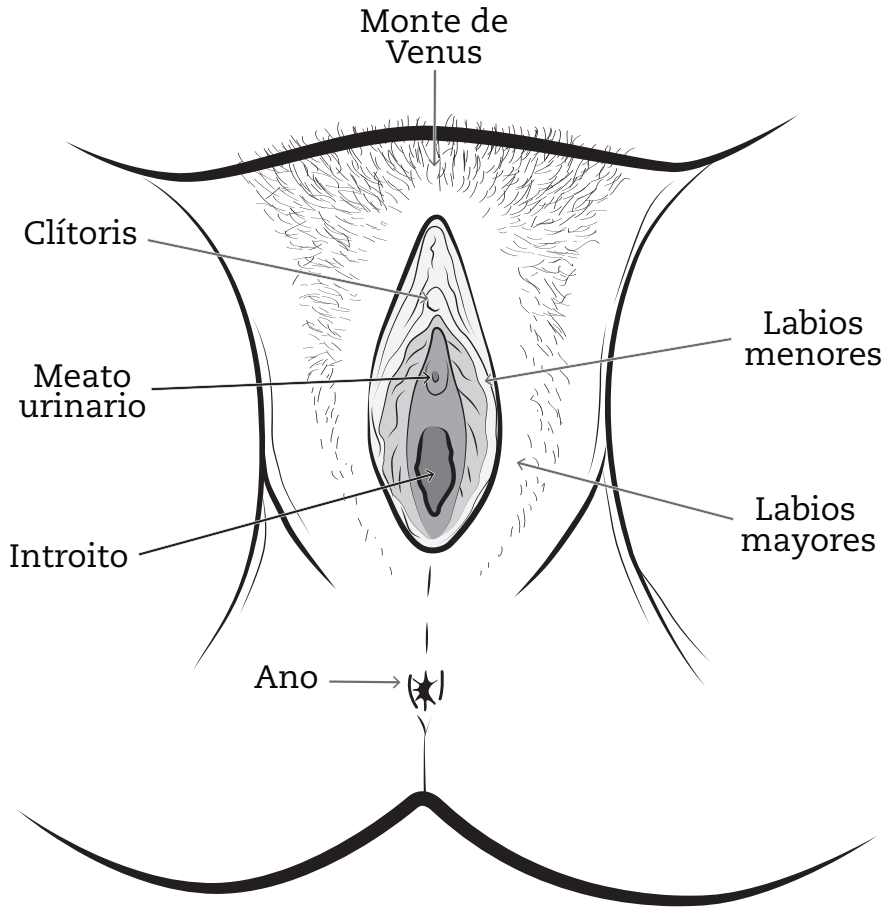


Figura 3.3

# Zona erógena



Figura 3.4



# Anatomía sexual masculina

En el hombre, el aparato genital está formado por los siguientes órganos:

- **Órganos genitales externos:** pene y escroto, relacionados con la función erótica.
- **Glándulas:** de Cooper, próstata, vesículas seminales y testículos.
- **Conductos:** epidídimo, deferentes, eyaculadores y uretra.

### Órganos genitales pélvicos externos

El pene y el escroto que contiene los testículos, son los órganos sexuales externos del varón, mitificados en todas las culturas y en todas las épocas. Las características más importantes del primero son las siguientes: se trata de un cilindro de tejido esponjoso con tendencia a ser triangular al corte transversal, de base superior, formado por tres partes: una profunda que se hunde en la pelvis y se llama raíz, otra intermedia, el cuerpo o diáfisis, y una tercera en el extremo distal, que es el glande. El pene mide en estado de reposo o flaccidez de 6 a 10 cm, de longitud y de 2 a 3 cm, de diámetro, y en estado de erección, de 10 a 18 cm, y de 3 a 5 cm, respectivamente. Los estados de flaccidez y de erección no son correlativo en cuanto al tamaño del órgano, como lo explicamos en la sección de mitos.

La raíz y el cuerpo del pene, están constituidos por 3 cuerpos esponjosos que integran un sistema hidráulico limitado por una túnica de fascia, la fascia de Buck que a nivel de la raíz fija el órgano al pubis y al periné.

En un corte transversal podemos observar dos cuerpos redondos superiores adosados entre sí, los cuerpos cavernosos, y un tercero inferior y medio de menor tamaño, el cuerpo esponjoso que contiene en su interior a la uretra que corre a lo largo del pene, que se inicia en la vejiga, atraviesa la próstata, y termina en el meato urinario localizado en la punta del glande, conducto que mide unos 14 a 16 cm, de longitud. El cuerpo esponjoso se expande en su porción distal y el extremo del pene formando el glande, que tiene forma de cono irregular con vértice truncado y mide de 2 a 3 cm.

El borde de la base del glande es la **corona** y limita el **surco balano-prepucial**, sitio que en caso de higiene deficiente permite la acumulación de esmegma secretado por las glándulas de Tyson localizadas a los lados del frenillo, que puede ser causa de olor desagradable y favorecer padecimientos infecciosos. El glande puede encontrarse total o parcialmente cubierto por un repliegue de piel llamado prepucio, en ocasiones redundante y es necesario arremangarlo con el fin de hacer una buena limpieza de la zona. Hay veces que la piel se estrecha por arriba del glande favoreciendo infecciones recurrentes y es necesario su remoción quirúrgica practicándose la **circuncisión**, intervención quirúrgica que suele hacerse a los niños recién nacidos por muy diversos motivos (higiene, ritual, religioso, etc.).

Todo el pene, pero en especial el glande y, de manera más localizada, el **frenillo**, representan una zona intensamente erótica al estímulo sexual, sea manual, vaginal, oral o de otro tipo.

Durante la excitación sexual, el pene se agranda por ingurgitación de los cuerpos cavernosos al llenarse de sangre hasta erectarse, se endurece y prepara para la penetración. En el momento del orgasmo y la eyaculación, sirve de vía de expulsión del líquido seminal que escapa por la uretra hacia el exterior mediante espasmos musculares vigorosos y placenteros con duración de 8 décimas de segundo y en número de 12 a 20 según la capacidad física de cada persona.

## Órganos genitales pélvicos internos

Tienen qué ver más con la función reproductiva; se dividen en **glándulas** y **conductos**, que se describirán juntos a continuación, con fines didácticos:

- Los **testículos** son las gónadas masculinas, glándulas alojadas en el escroto, bolsa sexual externa de piel pilosa, muy pigmentada, elástica y con múltiples surcos y plegaduras que le confieren aspecto rugoso, siendo una zona erótica muy importante también. La pared del escroto está formada por las siguientes capas de afuera adentro: piel, dartos, tejido celular subcutáneo, capa aponeurótica superficial, músculo cremaster, aponeurosis profunda y túnica vaginal serosa.

Los testículos son órganos de forma ovoide, miden 5 x 3.5 x 3 cm, y pesan alrededor de 20 g., cada uno y son dos: derecho e izquierdo. Son muy sensibles a la presión y su interior está tabicado formando múltiples compartimentos, unos 250, en donde se alojan los **tubos seminíferos** muy plegados de los que existen entre 500 y 600 en cada testículo. Dentro de estos túbulos se desarrollan y maduran las **células germinales** del



varón hasta alcanzar la etapa de **espermatozoides** mediante el proceso denominado **espermatogénesis**. Por fuera de ellos se encuentran las **células de Leyding** encargadas de la síntesis de las hormonas esteroideas sexuales, los **andrógenos**, siendo la más importante, la **testosterona**, considerada la hormona del impulso sexual tanto en el hombre como en la mujer. Los andrógenos estimulan la maduración de los espermatozoides y son los inductores de los caracteres sexuales secundarios en el púber masculino y de su persistencia en el adulto.

Los tubos seminíferos convergen en un engrosamiento fibroso de la albugínea, el **cuerpo de Highmore**, sitio del testículo donde se conectan con una red de pequeños **conductos eferentes** (que son entre 15 y 20): la **rete testis**, que a su vez se comunica con un órgano en forma de bolsa muy plegado, el epidídimo, localizado en la cara posterior y polo superior del testículo; mide unos 5cm, de longitud, siendo el extremo superior muy grueso llamado cabeza, abajo le sigue el cuerpo y a continuación la cola, el extremo inferior que se prolonga en el conducto deferente. El epidídimo actúa como cámara de maduración y capacitación de los espermatozoides. El conducto deferente es un tubo largo y delgado de unos 45cm, de longitud y es continuación de la cola del epidídimo, asciende hasta la base del escroto, penetra en el conducto inguinal y alcanza la cavidad pélvica. En su porción escrotal, está a flor de piel y es muy fácil su localización para ligarlo y cortarlo al practicar la **vasectomía**, método quirúrgico y definitivo de planificación familiar en el hombre.

En la profundidad de la pelvis y después de rodear al **uretero**, el conducto deferente se une a la **vesícula seminal** del mismo lado, previa formación de una dilatación, el **ámpula del deferente**, y ambos forman el **conducto eyaculador** de trayecto corto (2.5cm), intraprostático, que desemboca en la uretra. Por esta disposición el semen puede llegar a la uretra peneana y ser expulsado al exterior durante la eyaculación o puede seguir el camino inverso en dirección vesical hecho conocido como **eyaculación retrógrada**, observada en casos de patología urinaria y en algunos pacientes prostatectomizados.

- Las **vesículas seminales** son dos pequeñas glándulas en forma de bolsa localizadas abajo y a los lados de la vejiga, que miden alrededor de 6cm, de longitud y presentan múltiples saculaciones por tabicamientos internos. Sirven de reservorio y son también sitio de maduración de los espermatozoides, formando con los **conductos deferentes**, los conductos eyaculadores como se ha mencionado. Son importantes

además, por proveer de material nutritivo a los espermias y contribuir con su secreción al volumen del líquido seminal.

- La **próstata** es una pequeña glándula ubicada en lo profundo del periné, por debajo de la vejiga y por delante del recto, a través del cual se puede explorar directamente en forma digital o instrumental. Tiene forma de avellana con base superior y vértice inferior y un peso de 20 g. Contribuye con su secreción al mayor volumen del eyaculado que vierte a la uretra por múltiples canalículos excretores. Dicha secreción contiene material nutritivo, enzimas, electrolitos y es alcalina, lo que mantiene la vitalidad espermática. Esta glándula puede ser sustrato de muy variada patología infecciosa en la juventud, y tumoral en la edad madura y senil.
- La **uretra** es un conducto de unos 15 a 18 cm de largo y por tanto, mucho mayor que la uretra femenina (4.5cm), que se inicia en el cuello vesical, desciende atravesando la próstata, alcanza y penetra el bulbo del cuerpo esponjoso del pene al que recorre en toda su longitud, hasta terminar en el meato urinario en la punta del glande. Conduce hacia el exterior y en forma alterna, el líquido seminal durante la eyaculación y la orina en el momento de la micción.
- El **semen**, es un líquido espeso, viscoso, opalino, que se produce en cantidad de 3 a 6 ml, dependiendo de la persona y el tiempo de abstinencia, que contiene carbohidratos, fosfolípidos, colesterol, prostaglandinas, proteínas, sales minerales y una concentración de espermatozoides de 60 a 120 millones por ml. Tiene un pH ligeramente alcalino (7.5) y es producto de las secreciones de las glándulas del aparato genital, siendo la mayor contribuyente la próstata.
- Los **espermatozoides** son las células germinales del varón localizados en el interior de los túbulos seminíferos. Proceden de las células germinales primitivas y presentan un proceso de desarrollo pasando por las etapas de **espermatogonia, espermatozocito de primer orden, espermatozocito de segundo orden y espermátide**, durante el cual se dividen por múltiples mitosis y observan dos divisiones meióticas que reducen su carga genética (cromosómica) a la mitad, es decir, quedan con solamente 23 cromosomas, y se convierten en células haploides, a semejanza de lo que sucede con el óvulo, de tal suerte que durante la fecundación al juntarse ambas cargas cromosómicas se reconstituye en el huevo el número diploide (46 cromosomas) de las células somáticas. Para ser fecundantes los espermatozoides tienen que evolucionar por la serie de conductos del aparato genital que les permite madurar y capacitarse.

Todos los óvulos tienen un cromosoma sexual X, no así los espermatozoides, pues unos contienen un cromosoma sexual X y otros, un cromosoma sexual Y, de tal manera que el sexo durante la fecundación lo define el espermatozoide.

Esto no quiere decir que sea el hombre quien decide el sexo del hijo ya que se trata de un acontecimiento realizado al azar, es decir, el óvulo puede ser fecundado tanto por un espermatozoide X, como por un espermatozoide Y, sin la intervención de los progenitores. Sin embargo, los espermatozoides tienen ciertas características que pueden aprovecharse con el fin de seleccionar el sexo del producto como pueden ser las siguientes: el espermatozoide X tiene la cabeza más grande, la cola más corta y es más resistente pero más lento al desplazarse, en cambio el espermatozoide Y, es todo lo contrario: tiene la cabeza más pequeña y la cola más larga; es más rápido en su progreso y menos resistente.

Con base en lo señalado, si una pareja desea concebir una niña, deberá intentar ciertas medidas como pueden ser: tener la relación sexual en días alejados de la ovulación, la penetración durante la eyaculación no debe ser profunda para depositar el semen en media vagina, la mujer debe evitar el orgasmo y si es posible, que se practique una ducha vaginal acidificada previamente con tal de poner obstáculos e inactivar a los espermatozoides Y, productores de niños. Si la pareja desea tener un niño, hacer todo lo contrario.

- Las **glándulas de Cooper**, son un par de pequeñas glándulas de 5mm, de diámetro, situadas en la base del pene, cerca del periné y las primeras en verter su secreción, que es escasa y alcalina, en el inicio de la uretra peniana a través de dos conductillos cortos de trayecto. Con ello se contrarresta la acidez de este órgano y, en parte, la del ambiente vaginal. Su secreción inicial puede contener espermatozoides, causa de embarazos cuando se prefieren métodos anticonceptivos como el “coitus interruptus”.
- Los **vasos sanguíneos**: los órganos genitales pélvicos masculinos, reciben irrigación de ramas de arteria hipogástrica. Específicamente el pene es vascularizado por arterias procedentes de la pudenda interna y los testículos por las arterias espermáticas que nacen directamente de la aorta y por debajo de las arterias renales. Las venas en general siguen un trayecto inverso al de las arterias, excepto las espermáticas, pues la derecha termina en la vena cava inferior y la izquierda en la vena renal del mismo lado.

- La **inervación** está dada por el sistema neurovegetativo que controla la vasocongestión sexual, así como la tumescencia en el reposo. También reciben inervación los órganos sexuales del nervio pudendo tanto motora como sensitiva.
- En relación con los centros nerviosos involucrados en la respuesta sexual humana, concretamente señalaremos algunos, aunque de hecho se involucran casi todos: la **corteza cerebral**, el **sistema límbico**, la **amígdala**, el **hipocampo**, los **núcleos septales**, el **hipotálamo**, la **hipófisis** y la **médula espinal**. En esta última se localizan dos centros reguladores que pueden funcionar de manera independiente: uno a nivel de los **segmentos D-12, L-1 y L-2**, relacionado con la fase orgásmica, la erección y la eyaculación, y otro en los segmentos **S-2, S-3 y S-4**, que controla la erección y la lubricación vaginal. Esto explica que enfermos con trauma o lesión medular por debajo del primer centro, puedan tener erecciones a partir de la estimulación genital.

# Órganos sexuales masculinos

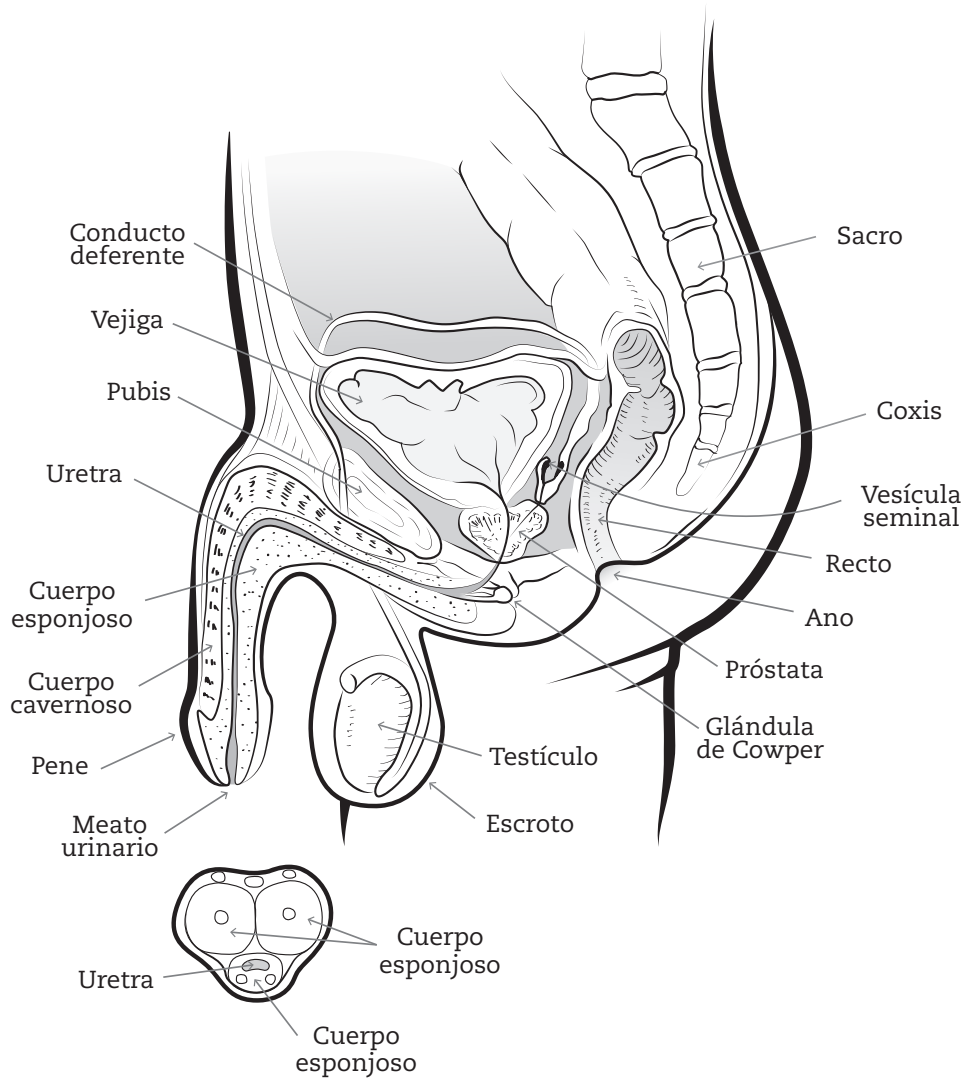
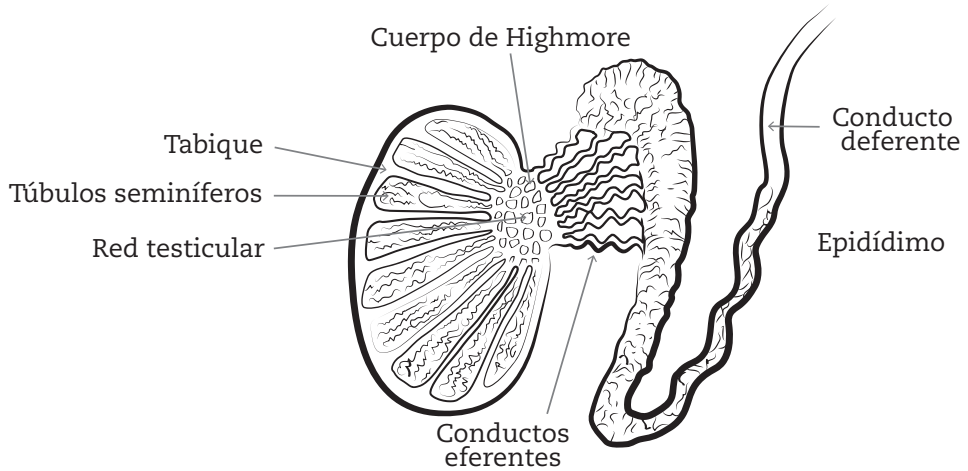
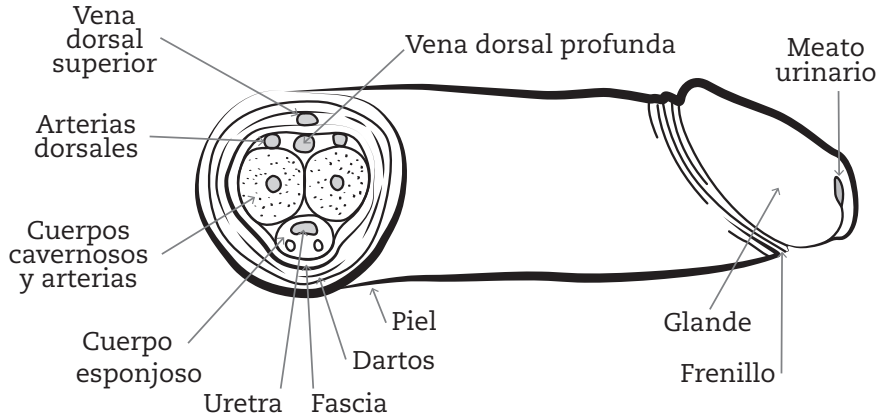


Figura 4.1

# Pene (corte transversal)



# Testículo y conductos

Figura 4.2

# Los órganos sexuales en la etapa perinatal

Genéticamente los seres humanos se definen en un **dimorfismo sexual**. Las **células somáticas (diploides)** tienen el número de cromosomas típico de la especie: 46, de las cuales, 44 son autosomas y 2, cromosomas sexuales. La mujer tiene 2 cromosomas sexuales X, pero el hombre tiene un cromosoma X y otro Y.

Por otra parte, las células germinales, óvulos y espermatozoides, son haploides, es decir, tienen 23 cromosomas, por tanto todos los óvulos serán portadores de un cromosoma sexual X, en cambio unos espermatozoides tendrán el cromosoma X y otros el cromosoma Y.

De acuerdo con lo anterior, el sexo genético de una persona queda establecido en el momento de la fecundación: si un óvulo es fertilizado por un espermatozoide X, el producto será femenino (XX); y si es fecundado por un espermatozoide Y, el producto será masculino (XY).

En el desarrollo embrionario de los órganos sexuales podemos considerar desde un punto de vista didáctico, 3 etapas:

- **Aparición y migración de las células germinales primitivas** y diferenciación de las gónadas.
- **Desarrollo de los órganos pélvicos internos**, relacionados más con el aspecto reproductivo.
- **Desarrollo de los órganos pélvicos externos**; aparato sexual genital.

Revisemos los aspectos más importantes de cada uno de estos niveles:

- Alrededor de la **tercera semana de gestación**, se pueden identificar las células germinales primitivas en la pared del saco vitelino, que emigran siguiendo el mesenterio primitivo hasta localizarse en el dorso o techo de la cavidad celómica o cavidad abdominal primitiva. Durante la **quinta semana del desarrollo embrionario**, aparece un abombamiento bilateral y medial al mesonefro que es el **engrosamiento gonadal** o **gónada primitiva**. Esta gónada es indiferenciada y asiento final de las

células germinales. Se le puede identificar dos zonas: la **corteza**, cubierta epitelial que prolifera dando origen a los cordones sexuales primarios y la **médula**, zona interna mesenquimatososa, penetrada por dichos cordones. Si el embrión es masculino o XY, la médula se desarrolla bajo control del gene SRY (vecino al antígeno HY) localizado en la porción distal del brazo corto del cromosoma Y, los cordones sexuales originan la red de conductos testiculares y la corteza se adelgaza.

Más o menos por la **octava semana** ya es posible identificar la gónada como testículo con tubos seminíferos conteniendo dos tipos de células: las **espermatozonias** derivadas de las células germinales primitivas y las **células de Sertoli**, nutricias y de origen mesenquimatoso, posibles sintetizadoras del péptido inhibidor mülleriano (FICM). Por fuera de los conductos seminíferos se localizan las **células de Leydig** encargadas de la esteroidogénesis (andrógenos), y su desarrollo coincide con el mayor nivel de gonatrofina coriónica. Si el embrión tiene fórmula cromosómica XX (femenino), la corteza se hipertrofia y forma los cordones sexuales secundarios con atrofia de los primarios que se repliegan al interior para formar la **rete testis**. No es sino hasta después de la **décima semana** que se puede identificar la gónada como ovario en el que se observan grupos de células germinales primitivas, en división muy activa y que son el origen de los futuros folículos. A medida que maduran las gónadas se realiza su descenso hacia la cavidad pélvica o el escroto según se trate de ovarios o testículos, en donde se habrán de localizar de manera definitiva.

- En la **etapa indiferenciada** se desarrollan **2 tipos de conductos** a lo largo del techo de la cavidad celómica del embrión a expensas de invaginaciones tubulares del epitelio. Son los **conductos mesonéfricos** o **de Wolff** y los **conductos paramesonéfricos** o **de Müller**, localizados por fuera de la cresta gonadal. Dependiendo del sexo gonadal se desarrollarán unos u otros y se definirá también el fenotipo correspondiente. En presencia de testículo y después de la octava semana de la gestación, el conducto de Wolff, se va diferenciando para dar origen al sistema de conductos y glándulas masculinas: el epidídimo, el conducto deferente, el conducto eyaculador, las vesículas seminales y la próstata que paralelamente van descendiendo a sus posiciones definitivas. En ausencia de testículo (no hay factor inhibidor de estructuras müllerianas ni testosterona), se desarrolla el conducto de Müller que en su porción distal da lugar a la fimbria; en su porción media a la región ampular y al istmo de la



trompa de Falopio y su porción inferior fusionada con la del conducto contralateral, forma el útero y la mitad superior de la vagina, órganos que por eso se llaman también müllerianos y todo ocurre a partir de la décima semana del embarazo. Agregamos que la mitad distal de la vagina procede del seno urogenital. En esta etapa del desarrollo sexual interno, la presencia de testículo es el factor determinante.

- Como en los casos anteriores, los **órganos genitales externos** también pasan por una etapa de indiferenciación y no es sino hasta después de la **duodécima semana de gestación** cuando se pueden identificar como masculinos o femeninos. Inicialmente se desarrolla un tubérculo en la zona ventrocaudal del embrión, el **tubérculo genital**. A los lados del mismo aparecen dos pliegues llamados **pliegues uro-genitales** y más afuera dos **engrosamientos labioescrotales**. En la cara ventral del tubérculo genital se forma el **surco uretral** que se continúa con el seno urogenital abajo. Esta etapa indiferenciada se prolonga, como recién se menciona, por unas doce semanas y, por estímulo hormonal, se induce la diferenciación. En presencia de testículo y, por ende, de testosterona, los órganos sexuales externos se desarrollan masculinos, y en ausencia de la hormona, el desarrollo es femenino, fenómeno aparentemente pasivo. En el embrión masculino, el tubérculo genital se alarga y da lugar al pene. El surco uretral se cierra a todo lo largo del falo y conforma la uretra, que se continúa hacia atrás al fusionarse en la línea media los pliegues urogenitales. Por otra parte, la unión de los engrosamientos labioescrotales da origen al **escroto** y al **rafé medio del periné**. En el embrión femenino, el tubérculo genital se hipotrofia formando el **clítoris**; los pliegues urogenitales no se fusionan y dan lugar a los **labios menores de la vulva**, y los engrosamientos labioescrotales forman los **labios mayores**. El macizo vaginal externo se tuneliza y se continúa con la porción interna procedente del tubérculo de Müller.

En los tres niveles puede darse un desarrollo anómalo y el individuo presentar alguna patología sexual congénita, afortunadamente poco frecuente. De las malformaciones sexuales más conocidas podemos enlistar las siguientes:

- El **Síndrome de Klinifelter** con una fórmula cromosómica de 47-XXY en el 80% de los casos y con una frecuencia de 1 por cada 750 nacimientos de varones. Las principales características de estos varones clínicamente son: estatura arriba del promedio, tipo eunuco, ginecomastia bilateral,

vello púbico escaso, testículos hipotróficos con azoospermia y, en consecuencia, esterilidad, desarrollo del pene adecuado, buen desarrollo mental y libido disminuida. En otras variantes del síndrome como los individuos con fórmulas cromosómicas 48-XXYY, 49-XXXYY, existe retraso mental franco.

- **Síndrome de Turner** con fórmula cromosómica (45,X0) y una frecuencia de 1 por cada 2500 recién nacidos. Presenta las siguientes características clínicas: estatura baja, pterygium colli (cuello alado), tórax en escudo, implantación baja del cabello, cubitus valgus, no hay desarrollo mamario, ausencia de vello axilar, gónadas acintadas y atróficas, y por ésto, amenorrea y esterilidad, puede haber malformaciones urinarias y cardiovasculares y desarrollo mental normal.
- El **pseudohermafroditismo femenino** se debe en general a una falla enzimática (no cromosómica), habiendo virilización de un producto femenino, con órganos sexuales internos de dicho género y órganos sexuales externos ambiguos. La alteración causal más frecuente es la hiperplasia suprarrenal congénita con elevada producción de andrógenos.
- El **pseudohermafroditismo masculino**, encontrándose fenotipo (aspecto externo de la persona) femenino, con buen desarrollo mamario, ausencia de órganos sexuales internos y presencia de testículos que pueden no estar descendidos o localizarse en los conductos inguinales y confundirse con hernias o quistes. La etiología más frecuente es el síndrome de feminización testicular en donde los andrógenos no inciden en los órganos “blanco” por no presentar éstos, receptores a dichas hormonas, aún cuando las gónadas sinteticen testosterona en cantidad adecuada.
- El **hermafroditismo verdadero**, rarísimo, implica la presencia en el mismo individuo de tejido testicular y ovárico, ya sea juntos o en gónadas separadas, presentando ambigüedad de órganos sexuales tanto internos como externos.

En los dos primeros síndromes es difícil el diagnóstico durante la infancia. En los tres últimos, debe establecerse el género correcto para evitar ambigüedad posterior y, por supuesto, la irreversibilidad.

Ocasionalmente se pueden presentar **malformaciones congénitas** en los órganos sexuales pélvicos, capaces de interferir o entorpecer el buen desempeño sexual tanto en el hombre como en la mujer.

En la mujer, muy rara, la **imperforación del himen** que en general pasa desapercibida en la recién nacida y en la niña, pues el médico no practica de manera rutinaria la revisión minuciosa de los órganos sexuales y solamente se hace el diagnóstico cuando la púber, o bien, la adolescente, no ha reglado y ya presenta síntomas por la sangre menstrual acumulada en la vagina y más adentro (**criptomenorrea**). En casos extremos puede distenderse no sólo la vagina (**hematocolpos**) y el útero (**hematometra**), sino las trompas (**hematosalpíns**), hasta ocurrir el escurrimiento del contenido hemático a la cavidad pélvica y ser necesario un tratamiento urgente por el cuadro de vientre agudo que se instala. El tratamiento, por lo demás, es muy sencillo: hacer una incisión en cruz del himen y reseca las esquinas para evitar la aglutinación de nueva cuenta.

Otra anomalía en la vulva sería la **fusión parcial o total de los labios menores** (más frecuente) y en forma muy ocasional, **la de labios mayores**, que entre más ceñida sea mayor probabilidad de acumulación de secreciones y propensión a infecciones existe. En general, son adherencias laxas que ceden al despegamiento manual, y con el fin de evitar la recidiva, conviene aplicar localmente una crema de estrógenos para favorecer el desarrollo epitelial.

**En la vagina** se pueden observar **tabicamientos transversales** que cuando son completos ocasionan un problema parecido al del himen imperforado, y **tabicamientos longitudinales** que pasan inadvertidos y son diagnosticados en una exploración ginecológica ocasional. Muchas veces, el diagnóstico se realiza hasta el primer embarazo e incluso en el momento del primer parto. Algunos ameritan tratamiento quirúrgico y otros no. Las anomalías que ocurren en los órganos pélvicos internos tienen que ver más con patología de la reproducción (**esterilidad, aborto**, etc.) y pueden afectar al útero (**útero doble, uni o bicolis, bicornio, tabicado**, etc.) y a las trompas de Falopio (**agenesia o ausencia, obstrucción, perforaciones laterales, infantilismo**, etc.). En todos estos casos, es obligada la investigación de anomalías congénitas en los órganos vecinos (urológicas, ano-rectales y óseas), con mucha frecuencia paralelamente afectados.

**En el hombre ocurren anomalías congénitas tanto en los órganos pélvicos externos como internos.** Entre las primeras podemos señalar las que presenta la uretra y el pene: **estrechez del meato urinario, hipospadias** (localización de la terminación uretral en algún sitio de la porción ventral del pene desde el frenillo hasta el periné), **epispadias** (localización del meato urinario en algún lugar de la cara superior del pene), etc., en donde es común la deformación del órgano, y en ocasiones existe tendencia a la ambigüedad genital.

**En el pene** también se puede observar **agenesia** (ausencia) del mismo, el **pene doble**, el **pene oculto** relacionado con disfunción endócrina. Muy frecuente es

el **prepucio redundante** causa de infecciones repetidas ante la falta de higiene que propicia; la **fimosis**, en donde el prepucio no puede ser deslizado sobre el glande con la consecuente acumulación de esmegma y mayores posibilidades de infección; la **parafimosis**, estrechez del anillo prepucial alrededor del surco balano-prepucial que puede tener su origen en maniobras bruscas al intentar reducir una fimosis o en un proceso inflamatorio por infección.

Todas las anomalías anteriores pueden en ocasiones inducir **ambigüedad sexual** y a una asignación errónea del género del niño, lo que obliga al médico a un diagnóstico genital correcto, para con ello evitar confusiones lamentables. El tratamiento quirúrgico resuelve muy bien muchos de los problemas congénitos mencionados, como por ejemplo, la práctica de la circuncisión en el caso de la fimosis, o del prepucio redundante.

**El escroto** también puede ser asiento de anomalías congénitas como pueden ser: la falta de fusión con presencia de dos bolsas (escroto bífido) conteniendo cada una un testículo; la hipoplasia en caso de desarrollo escaso; la hiperplasia cuando se da un desarrollo exagerado. A nivel de **los testículos** puede darse: ausencia de uno de ellos (**monorquidia**); presencia de más de dos (**poliorquidia**); **criptorquidia** que es la falta de descenso uni o bilateral con localización de la gónada en cavidad abdominal o más abajo, en el canal inguinal, siendo necesario su descenso porque estos testículos tienden con más frecuencia a sufrir malignización o a hipotrofiarse y el tratamiento puede ser médico o quirúrgico; otras anomalías son sumamente raras.

Las anomalías congénitas correspondientes a los órganos pélvicos internos en el hombre, como sucede en la mujer, tienen que ver más con problemas relacionados con la reproducción, y pueden ser estudiadas consultando algunos de los muchos tratados de urología y de ginecoobstetricia actualizados si se desea satisfacer el interés correspondiente.

Para concluir este capítulo, debemos señalar que durante la etapa prenatal el feto puede ser sometido a la **acción de hormonas** administradas a la madre por diversas razones (amenaza de aborto por ejemplo) que pueden repercutir en el desempeño sexual postnatal, señalándose baja actividad heterosexual y agresividad disminuida en varones expuestos a progesterona y/o estrógenos, y comportamiento viril en mujeres expuestas antes de nacer a andrógenos, aunque hay que señalar que estas observaciones son controversiales.

### Origen de los órganos sexuales

En el embrión	Órganos sexuales masculinos	Órganos sexuales femeninos
Corteza de la gónada indiferenciada		Ovarios
Médula de la gónada indiferenciada	Testículos	
Conducto de Müller		Trompas de falopio, útero y mitad profunda de la vagina
Conductos de Wolf	Epidídimo, conducto deferente, vesícula seminal, glándulas	
Tubérculo genital	Pene	Clítoris
Pliegues urogenitales	Uretra esponjosa	Labios menores
Engrosamientos labioescrotales	Escroto	Labios mayores

Figura 5.1

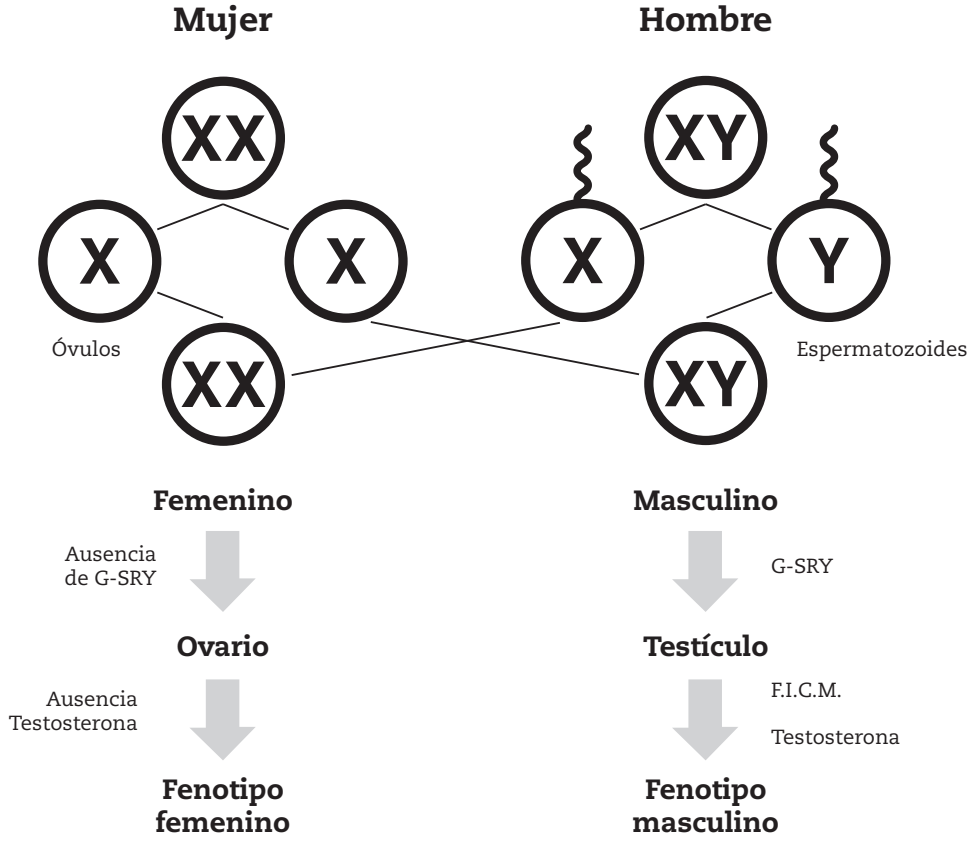


Figura 5.2

# Órganos sexuales pélvicos internos

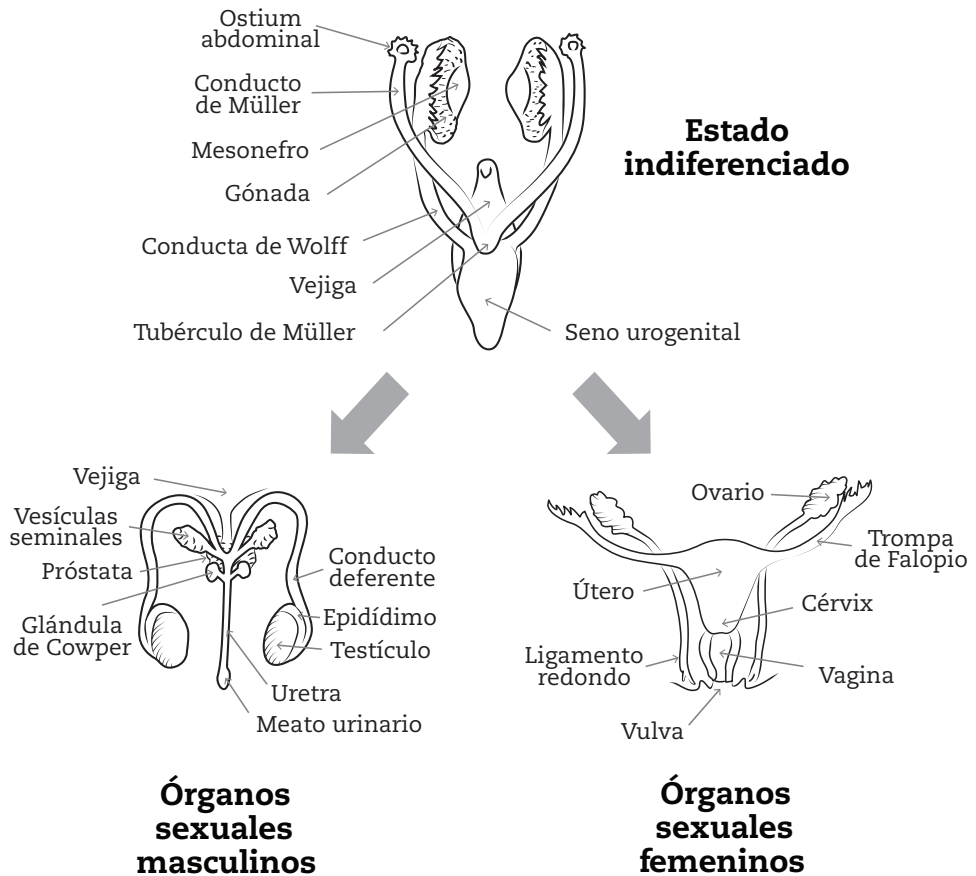


Figura 5.3

# Órganos sexuales pélvicos externos

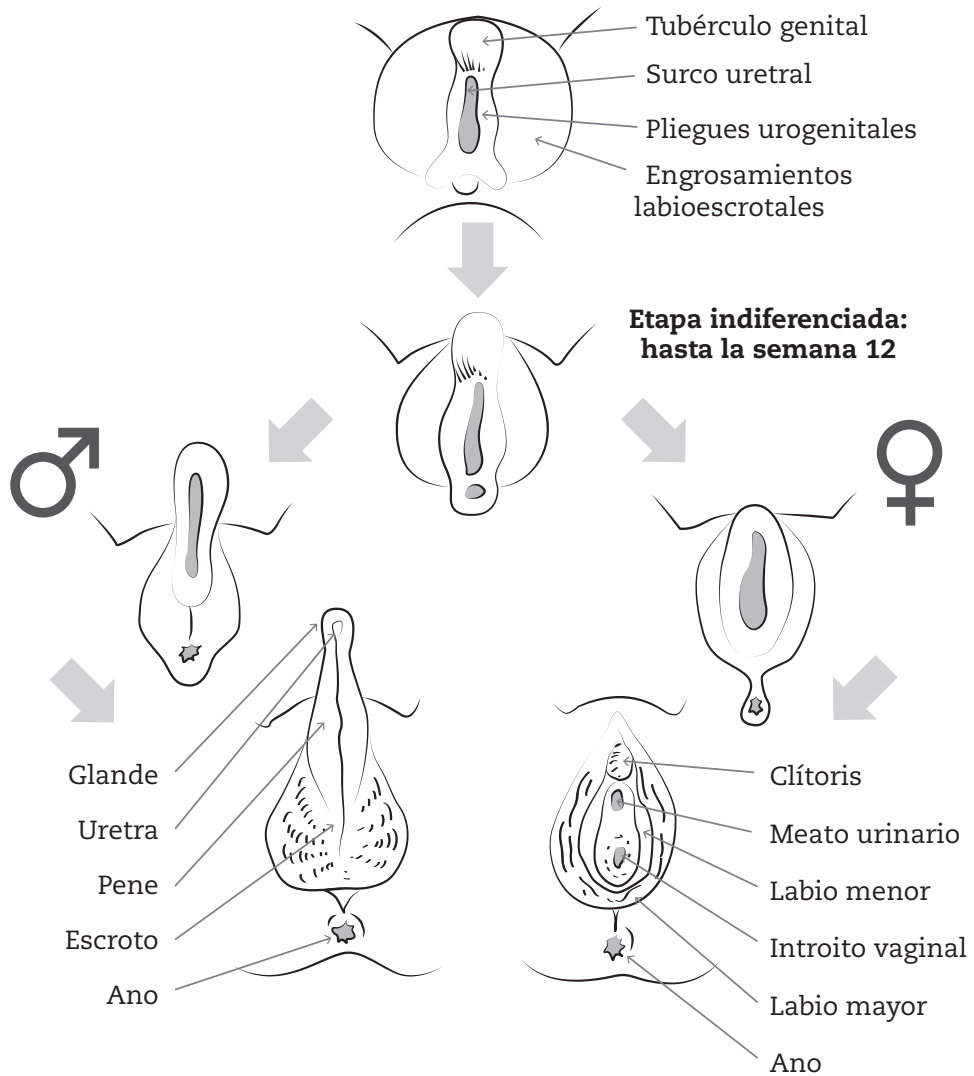


Figura 5.4



# Neuroendocrinología sexual

Dos sistemas muy relacionados entre sí permiten al ser humano dar respuesta a los estímulos tanto internos (interoceptivos) como externos (exteroceptivos): el sistema nervioso (central y autónomo), y el sistema endócrino. El primero, integrado por estructuras que se comunican mediante fenómenos eléctricos y diversas sustancias mediadoras: los transmisores químicos, haciéndolo con respuestas muy rápidas; y el segundo, formado por un conjunto de órganos o glándulas que secretan hormonas, sustancias que modifican o inician fenómenos intra o extracelulares por medio de respuestas relativamente lentas. Sin embargo, tales sistemas no son tan diferentes y algunos de sus órganos tienen características que son comunes a ambos, por ejemplo el hipotálamo, típico órgano nervioso, pero capaz de sintetizar hormonas, como más adelante veremos, y la médula suprarrenal, glándula con semejanza histológica al sistema nervioso.

En la relación con la génesis de la emoción sexual se sabe que se integra en estructuras nerviosas centrales como la corteza cerebral, el sistema límbico, la amígdala, el hipocampo, los núcleos septales, el hipotálamo, la hipófisis y centros de la médula espinal, a partir de estímulos eficaces procedentes del intorno o del entorno, modulados por la propia manera de responder del individuo y sus experiencias previas. De acuerdo con investigaciones en animales, es el sistema límbico, porción más antigua del sistema nervioso, el asiento de la emoción sexual como lo es de otros estados de parecida naturaleza como el miedo, la cólera, etc. Tiene relativamente poca conexión con la corteza cerebral, que es la zona más desarrollada del cerebro, lo que pudiera explicar la independencia entre ambas estructuras que se traduce en el difícil manejo voluntario de las emociones. Por otra parte, este sistema tiene amplias conexiones con los órganos subcorticales y, a través del sistema nervioso autónomo, puede matizar la respuesta emocional con manifestaciones de vasoconstricción, sudoración, taquicardia, etc., como lo podemos observar en la respuesta sexual.

El conocimiento que tenemos en relación con la función sexual y su localización central se ha derivado de experimentos en animales (ablación, implantación hormonal, estimulación, farmacológicos) y a partir de lesiones nerviosas y sus manifestaciones clínicas en el ser humano.

Sabemos que hay respuestas específicas a nivel del sistema límbico y estructuras vecinas y del hipotálamo que en las hembras de especies inferiores condicionan una conducta cíclica, en la que interviene activamente el componente hormonal que induce el apareamiento, la ovulación y la preñez. En algunas hembras, la ovulación puede provocarse por un reflejo neuroendócrino desencadenado por el estímulo genital que a nivel central libera la hormona LH y ésta, a su vez, causa la ruptura folicular, o bien la ovulación puede ocurrir coincidiendo con el momento de “calor” de la hembra.

En la especie humana, el apareamiento tiene características diferentes al del resto de las especies. En general, no se encuentra modulado por el sistema endócrino y sometido a ciclos estrales o “ciclos de calor”, lo que lo hace más independiente y lo libera del condicionamiento animal periódico. Es indudable que las hormonas sexuales, los andrógenos (en especial), los estrógenos y la progesterona intervienen en la modulación del interés sexual pero la **mayor corticalización** del ser humano logra que dicho condicionamiento sea secundario. Esto se puede comprobar de manera específica en las mujeres posmenopáusicas en quienes la libido o apetito sexual no desaparece con la involución del ovario. Se sabe que la conducta sexual femenina, aunque más liberada, puede presentar variaciones en distintos momentos del ciclo menstrual. Incluso puede ocurrir ovulación espontánea por estímulo intenso, como lo prueban los embarazos que se presentan en jovencitas después de haber tenido una sola relación coital, sin importar el día del ciclo menstrual.

En los animales machos, parece ser que la disposición sexual es más estable y resulta estimulada por la liberación a partir de la hembra de ciertos compuestos químicos volátiles de naturaleza grasa llamados “feromonas” durante el momento estral. Este último mecanismo de atracción sexual también es válido para el hombre y también en él, el apetito sexual es bastante estable sin mucha alternancia entre el deseo y la apatía.

Se sabe también que en la génesis del impulso sexual integrado en el sistema nervioso central intervienen, además de fenómenos eléctricos, mediadores químicos como la serotonina o 5-hidroxitriptamina que actúa como inhibidor, y la dopamina que es estimulante de los centros sexuales, sin ser los únicos, pues se han identificado más de 40 de dichos mediadores.

También parece ser que a nivel central no existen diferencias específicas en el hombre y en la mujer, aunque en relación con el tipo de estímulo puede haberlas y se suele señalar que el primero se excita más rápidamente con estímulos sensoriales y la segunda con estímulos psicógenos. Las amplias conexiones de los centros sexuales con otras áreas nerviosas, específicamente con los centros del

dolor y del placer y sobre todo las motivaciones previas del individuo, hacen de la experiencia sexual una experiencia global y única.

En la médula espinal existen centros de regulación sexual muy importantes. A nivel de los segmentos S-2, S-3 y S-4 se localiza un centro de control de la erección y de la lubricación vaginal, y en los segmentos D-12, L-1 y L-2, un centro relacionado con el orgasmo, la erección y la eyaculación. Ambos centros medulares pueden funcionar en forma independiente entre sí y de sus conexiones con los centros superiores, lo que explica que muchos enfermos con sección de médula por debajo del centro lumbar puedan tener erección a base de estímulo táctil de los órganos sexuales sin que esta respuesta sea consciente, y otros con lesión sacra tengan también respuesta eréctil suficiente.

Durante la respuesta sexual ocurren fenómenos que pueden ser controlados a voluntad como la eyaculación y el orgasmo a diferencia de otros que son involuntarios como la vasocongestión que causa en el varón la erección y en la mujer la lubricación vaginal. Entre la corteza, los núcleos sub-corticales y los centros medulares, existe en el individuo sano una relación de íntimo equilibrio que puede ser modificada por múltiples estímulos bloqueadores capaces de inducir una disfunción sexual, como suelen ser situaciones de estrés (estados de alarma de Selye) persistentes, aunque en muchas ocasiones sucede que semejante respuesta de inhibición está supeditada a problemas mucho más superficiales, producto de una deficiente educación sexual o una falta de información, y es por eso que la terapia sexual tiene tanto éxito.

Un equilibrio alterno es el que regula la intervención del sistema nervioso autónomo en sus dos vertientes, el sistema parasimpático, cuyos nervios son la vía aferente de la erección entre otras manifestaciones funcionales pélvicas, y el simpático, que condiciona la fase mioclónica y, más específicamente, la eyaculación, siendo los pudendos nervios en el primero y el nervio presacro y el plexo hipogástrico para el segundo, los conductos de los impulsos nerviosos correspondientes.

### **Sistema hipotálamo-hipófisis**

El **hipotálamo** es un órgano situado en la región basal y media del cerebro. Sus límites, aunque imprecisos, pueden establecerse de la siguiente manera: hacia adelante, el quiasma óptico; hacia atrás, la línea de unión de los cuerpos mamilares; arriba, el tálamo y el tercer ventrículo y abajo, la prolongación de las paredes de éste último hasta formar el infundíbulo, que se prolonga más abajo con el tallo de la hipófisis, que presenta en su base la eminencia media o **zona hipofisotropa** con una amplia red de vasos capilares que se prolongan en un sistema vascular por el tallo

hipofisiario hasta alcanzar la hipófisis donde forma otra red capilar, cuya integridad es indispensable para la comunicación entre las dos glándulas y constituye el **sistema porta hipotálamo-hipofisiario**.

El hipotálamo es asiento de muchas funciones vitales como la sed, el apetito, el control de la temperatura corporal, de la presión arterial, la función sexual, etc., pero además sintetiza una amplia gama de hormonas de tipo polipeptídico. Se le ha identificado agrupamientos celulares específicos que forman los llamados **núcleos hipotalámicos** entre los que están el **paraventricular** y el **supraóptico**, que envían sus axones al lóbulo posterior de la hipófisis o neurohipófisis y su secreción hormonal, la **ocitocina** y la **vasopresina u hormona antidiurética**, respectivamente, donde son almacenadas. Relacionados con el área hipofisotrópica están los núcleos **ventromedial** y **arcuato** donde son sintetizadas las hormonas que estimulan o inhiben la **adenohipófisis**. La actividad secretora del hipotálamo se encuentra modulada por las hormonas de las glándulas periféricas (gónadas, tiroides, suprarrenales, etc.) lo mismo que por los mediadores químicos del sistema nervioso, lo que se traduce en un fino equilibrio cuya falla es causa de disfunciones neuroendócrinas. Las interferencias pueden ser de muy variada naturaleza: psicológicas, medicamentosas, traumáticas, tumorales, etc.

Las principales hormonas hipofisotropas del hipotálamo son:

- Hormona liberadora de gonadotrofinas (Gn-RH).
- Hormona liberadora de tirotrófina (TRH).
- La somatostatina u hormona inhibidora de la liberación de somatotrofina (GIH).
- Hormona liberadora de somatotrofina (GRH).
- Hormona liberadora de corticotrofina (CRH).
- Hormona inhibidora de la prolactina (Dopamina).

Todas las hormonas antes mencionadas y otras no tan bien definidas, son pequeños péptidos que a través de la llamada **circulación porta** alcanzan las células adenohipofisarias a las que estimulan. También dejan sentir su presencia a nivel de las glándulas más allá de la hipófisis y, a su vez, su producción resulta influida por los neurotransmisores y por hormonas periféricas, estableciéndose un circuito cerrado de influencia mutua y múltiples que funcionan en armónico equilibrio.

En el plano sexual y a partir de experimentos realizados en roedores, se han identificado dos zonas en la región hipofisotropa: una de tipo cíclico presente o activa en la hembra, y otra de tipo tónico activa en el macho, cuya diferenciación depende de los andrógenos. Ese **dimorfismo sexual hipotalámico** parece estar

presente también en la especie humana y es lo que podría explicar la liberación cíclica de Gn-RH y la cadena de ciclos menstruales en la mujer, así como la secreción más estable y uniforme en el hombre. Esta característica dimórfica parece estar presente al momento del nacimiento y probablemente se establece en edad fetal temprana como lo prueban los casos de madres que, habiendo tomado hormonales virilizantes por amenaza de aborto, sus hijas presentan dificultades menstruales por falta del ciclisto endócrino durante la pubertad.

En el extremo del tallo que lleva su nombre, se localiza la **hipófisis**, glándula que tiene un doble origen: la parte anterior, llamada **adenohipófisis**, procede de la evaginación de la bolsa faríngea de Rathke y el lóbulo posterior, o **neurohipófisis**, que se origina del piso diencefálico. Mide 1.5 x 1 x 0.5 cm, y pesa alrededor de 500 mg., y descansa en la silla turca, formación osteoaponeurótica del dorso del esfenoideas. Tiene comunicación vascular (sistema porta) y nerviosa (prolongación axónica a la neurohipófisis) con el hipotálamo y recibe su irrigación de las arterias hipofisiaria superior e inferior, ramas de la carótida interna. Tiene también una delgada zona intermedia que secreta la hormona estimuladora de los melanocitos (MSH), regulada por factores hipotalámicos.

La adenohipófisis secreta las siguientes hormonas:

- La **somatotrofina**, polipéptido lineal de 191 aminoácidos que interviene en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos, proteínas y minerales.
- La **tirotrófina**, polipéptido que regula la secreción de la glándula tiroideas.
- La **adrenocorticotrofina**, polipéptido de 39 aminoácidos que regula el funcionamiento de la corteza suprarrenal.
- La **prolactina**, polipéptido de 198 aminoácidos que tiene como función principal estimular la lactancia en el postparto ante el descenso brusco de otras hormonas como estrógenos y progesterona. Su hipersecreción se ha relacionado con disminución en el apetito sexual, insuficiencia eréctil y esterilidad por anovulación, probablemente debido a modificaciones en la relación hipotálamo-hipófisis.
- Las **gonadotrofinas**, la **folículo-estimulante** (FSH) y la **lutinizante** (LH), que son glucoproteínas cuya molécula, al igual que la de la tirotrófina y la de la gonadotrofina coriónica, está formada por dos subunidades: alfa y beta, siendo la primera semejante en todas, y la segunda, específica para cada una de ellas, por la que se les identifica. Estas dos hormonas son sintetizadas por el feto desde la semana 10, siendo más intensa la síntesis en el sexo masculino en el que estimula el testículo para producir testosterona que induce el desarrollo de los órganos sexuales masculinos. Al

nacer, la producción de gonadotrofinas es mínima y así se mantiene hasta poco antes de la pubertad en que se eleva para inducir la maduración de las gónadas. La hormona liberadora de gonadotropina hipotalámica (Gn-RH) estimula su síntesis, y las hormonas gonadales, por mecanismos de retroalimentación o feed-back inciden sobre su secreción, inhibiéndola.

El **lóbulo posterior** o **neurohipófisis** sirve de receptor de los axones de las células de los núcleos supra-óptico y paraventricular del hipotálamo y almacén de las hormonas correspondientes, la ocitocina y la vasopresina. Ambos son péptidos pequeños ciclizados; la vasopresina aumenta la reabsorción de agua en el túbulo colector de la nefrona, y la ocitocina estimula y mantiene la contractilidad uterina durante el trabajo de parto, provoca la eyección de la leche en la época de la lactancia a partir de un reflejo iniciado por la succión del pezón que hace el niño y modula la esteroidogénesis.

### La función ovárica

El **ovario sintetiza hormonas esteroides** mediante un esquema de síntesis parecido al que siguen otras glándulas (testículo, suprarrenal, placenta) formando, a partir de pequeñas moléculas de “acetil Co A”, el colesterol precursor de la pregnenolona de la que se derivan la progesterona, los estrógenos y los andrógenos. Los **estrógenos** son tres: el **estradiol**, la **estrona** y el **estriol**, siendo el más potente, el primero y el último, producto de excreción. Se sintetizan en la teca interna del folículo ovárico en desarrollo y al pasar a la sangre se unen a proteínas específicas que los transportan a las células “blanco” en donde interactúan con receptores protoplásmicos y nucleares e inducen la síntesis de proteínas. En el hígado son convertidos en derivados sulfatados y glucuronidatos para ser excretados por la orina principalmente. La **progesterona** es el principal progestágeno y se sintetiza en la capa granulosa del folículo y en el cuerpo amarillo, y sirve de precursor a los andrógenos y estrógenos. Su cuantificación por procedimientos de laboratorio (RIA) permite apoyar el diagnóstico de ovulación y la presencia del cuerpo amarillo. Al degradarse se convierte en **pregnanediol** que se elimina por la orina y representa 10% del total de la hormona.

El ovario también **produce pequeña cantidad de andrógenos**, en especial a nivel de las células hiliares que junto con los producidos por la cápsula suprarrenal y después de la menopausia, parecen aumentar la libido de la mujer.

Además de la función endócrina, los ovarios **tienen actividad exócrina** expulsando los óvulos, previo proceso de maduración (oogénesis), partiendo de las

células germinales primitivas u oogonias después de su localización en la eminencia gonadal en la 4a. semana de edad embrionaria. Luego de una intensa actividad de multiplicación mitótica se convierten en **oocitos primarios** que presentan la primera división meiótica, con reducción del material genético a la mitad, deteniéndose en la profase para reanudarse el proceso de maduración hasta la pubertad cuando se convierten en **oocitos secundarios**, formándose el primer glóbulo polar en el momento de la maduración folicular. Este oocito secundario queda con 23 cromosomas (número haploide). La segunda división meiótica ocurre en la trompa de Falopio y se completa en el momento de la fecundación. En caso de no ser fecundado, el ovocito se reabsorbe, lo que condiciona a su vez la presentación de la siguiente menstruación.

## Ciclo menstrual

Se llama así al lapso que transcurre entre el primer día de una menstruación y el día previo a la siguiente. Dura entre 28 y 30 días. La **menstruación** o **regla** es un sangrado cíclico de la mujer con capacidad reproductiva que dura de 3 a 6 días, en cantidad no mayor de 80mls en total, generalmente incoagulable; la cantidad es doble durante el día en relación con la noche.

El ciclo menstrual se divide en dos etapas: la **fase proliferativa o preovulatoria** y la **fase secretora o postovulatoria**. Tanto una como otra admiten la división de temprana y tardía. La ovulación se presenta alrededor del 14º día del ciclo, y se observan **modificaciones en todos los niveles del aparato genital** durante la evolución del dicho ciclo, que detallaremos a continuación:

1. **En los ovarios:** Al nacer, la niña cuenta con una dotación de entre 200 000 y 400 000 **folículos primordiales**, de los cuales solamente llegan al momento de la ovulación unos 400, si consideramos una ovulación por ciclo de 28 días y los ciclos que una mujer puede presentar durante 30 años de vida reproductiva. En la etapa posmenopáusica todos los folículos sufren atresia. Durante la menstruación se inicia la **maduración**, durante la cual los folículos, de medir 50 micras de diámetro, pueden llegar hasta los 20mm a mitad del ciclo, poco antes de su ruptura y la cosecuente **ovulación**. El folículo, a medida que crece, se acerca a la superficie del ovario, se vacuoliza en su interior y acumula líquido, y se van diferenciando sus elementos constitutivos: el óvulo se hace excéntrico y se coloca en una saliente al interior llamado **cumulus ooforus**, se rodea de la **zona pelúcida** y la **capa granulosa** se extiende por toda la pared de

la cavidad folicular. Por fuera de la capa granulosa se organiza el estroma conjuntivo y forma las **tecas interna y externa** en el **folículo maduro o de Von Graaf**. Dicha maduración concluye con la ruptura folicular y la liberación del óvulo, que pasa a la **trompa de Falopio** mediante un proceso no explosivo alrededor del 14º día del ciclo. En esta primera mitad del ciclo, el folículo produce cantidades crecientes de estrógenos bajo el estímulo de las gonadotrofinas que alcanzan un pico en su síntesis también alrededor del 14º día y son las que propician la ovulación. El pico de la hormona lutenizante es más elevado y definido. El folículo roto se carga de material lípido y se transforma en cuerpo amarillo que sintetiza tanto progesterona como estrógenos. Al final del ciclo y si no ocurre la fecundación, sufre atrofia y posteriormente hialinización, quedando a la larga como una cicatriz blanca o nacarada, el corpus albicans o cuerpo blanco, huella de que ese ovario ovuló.

2. **En el endometrio:** Después del desprendimiento de sus dos terceras partes superficiales (capa funcional), durante la menstruación y a expensa de la capa basal persistente, se inicia su regeneración mediante una activa proliferación en sus tres componentes y por estímulo estrogénico: glandular, vascular y estromal. Su crecimiento es progresivo y alcanza su mayor grosor en la época pre-ovulatoria (5mm). Después de la ovulación por acción de la progesterona que se agrega a los estrógenos, sufre modificaciones que lo transforman en secretor con edema del estroma, aumento de la tortuosidad de los vasos y de las glándulas y aparece secreción glandular, haciéndolo propicio para recibir al cigoto en caso de ocurrir la fecundación. Al final del ciclo y en el caso de no ocurrir ésta, presenta fenómenos vasculares con ruptura y extravasación de sangre, formación de lagos sanguíneos, necrosis tisular y, por fin, el desprendimiento que caracteriza a la nueva regla.
3. **En el cérvix:** Las modificaciones se presentan en su secreción. En la primera mitad del ciclo y por acción de los estrógenos es abundante, transparente, filante, que al secado cristaliza en forma de típicas hojas del helecho por la presencia de cristales de cloruro de sodio y potasio. Estas modificaciones son progresivas hasta alcanzar un máximo en la época preovulatoria. Pasada la ovulación, el moco cervical, por acción de la progesterona agregada, se hace escaso, opaco, muy poco filante y no cristaliza al secado.
4. **En la vagina:** Las células que descama el epitelio también sufren modificaciones. En la fase temprana de la primera mitad, dominan las



células intermedias que son sustituidas en la fase tardía por las células superficiales más grandes y maduras por acción de los estrógenos. En la segunda mitad o fase secretora, vuelven a dominar las células intermedias que, por efectos de la progesterona, se observa con tendencia a formar grupos y grumos y a doblar sus bordes (células naviculares).

5. **En la vulva** los cambios no son manifiestos.
6. **A nivel general**, un signo nos puede guiar en el estudio del ciclo menstrual: la **temperatura basal**. Recordemos que permanece baja durante la primera mitad del ciclo y por el efecto termogénico de la progesterona, durante la segunda mitad se levanta, y si la graficamos podemos observar una **curva en escalón o bifásica**. En el caso de no ocurrir ovulación, no se forma cuerpo amarillo, no hay secreción suficiente de progesterona y la temperatura basal permanece baja todo el ciclo (**curva monofásica**).

Todos estos cambios reseñados se presentan en forma simultánea, y su valoración resulta muy útil para diagnóstico de embarazo y para estudios de esterilidad. Entre esos estudios podemos mencionar: las dosificaciones hormonales por radio-inmunoanálisis (RIA), tomografía axial computada, ecosonografía, estudios radiológicos, laparoscopia o laparotomía, citología vaginal exfoliativa seriada, estudio del moco cervical, biopsia de endometrio, toma de temperatura basal, etc.

Aunque la mujer es menos cíclica en sus manifestaciones de apetencia sexual que las hembras de especie inferior, algunas aceptan sufrir exaltación erótica en determinados días del ciclo de manera más intensa que en otros. Señalan un mayor deseo sexual en el pre, post e incluso en el transmenstruo. También en la época ovulatoria, lo que indicaría una apreciación más subjetiva que objetiva.

### **Función testicular**

El **testículo** es, como el ovario, una glándula de secreción mixta. Por un lado permite el desarrollo y expulsión de los espermatozoides y fluido acompañante, y por otro sintetiza hormonas esteroides masculinas o andrógenos y una mínima cantidad de estrógenos por aromatización. La gónada masculina se desarrolla en el feto por inducción genética en presencia del cromosoma Y, y se establece la funcionalidad del **eje hipotálamo-hipófisis-testículo** más o menos a la mitad del embarazo. La **testosterona** que produce es la hormona que hace diferenciar los órganos sexuales tanto internos como externos de apariencia masculina, y al inicio de la pubertad provoca el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La hormona folículo-

estimulante induce el crecimiento testicular y la hormona lutenizante estimula a las células de Leyding para producir andrógenos que a su vez van a favorecer la maduración espermática. Los andrógenos se sintetizan a partir de acetil CoA y colesterol. De éste, se deriva la pregnenolona y por dos vías sintéticas, la Delta-4 y la Delta-5 se obtienen dichos esteroides. La testosterona se convierte periféricamente en dihidrotestosterona que es la forma activa. Estos esteroides se metabolizan en el hígado y se eliminan principalmente por el riñón. La función testicular se explora mediante estudios hormonales con RIA, estudios radiológicos, ultrasonido, biopsia testicular, espermatobioscopia, etc.

## **Espermatogénesis**

La maduración de las células germinales masculinas hasta alcanzar la etapa de espermatozoides es función de la testosterona con el sostén de las células de Sertoli. Las espermatogonias que se localizan en la zona basal del túbulo seminífero son células diploides, es decir, tienen carga cromosómica completa: 44 autosomas y 2 cromosomas sexuales, X y Y, pasan a ser en su maduración, espermatocitos de 1er. orden, los que a su vez y en una primera división meiótica se convierten en espermatocitos de 2do. orden con la mitad de la carga cromosómica original (células haploides), que al madurar dan lugar a las espermátides, células flageladas, que terminan por transformarse en espermatozoides. Debido a dicho proceso reductivo y por tener la célula inicial los cromosomas X y Y, los espermatozoides formados son de dos tipos: los que tienen el cromosoma X y los que llevan el cromosoma Y. Esa diferencia no es la única entre ellos y podemos señalar de nueva cuenta que los primeros, o sea, los X, son en general más pesados y lentos, más resistentes y de cabeza grande y cola corta. Por el contrario, los espermatozoides Y, son más ligeros, muy móviles, más lábiles, de cabeza pequeña y mayor longitud.

Los espermatozoides, para ser fecundantes, tienen que pasar por un proceso de capacitación en su tránsito por el tracto genital masculino y femenino hasta alcanzar al óvulo en el tercio externo de la trompa de Falopio.

## **Las glándulas mamarias**

Son de **origen ectodérmico**, juegan un papel muy importante como zonas erógenas y se desarrollan en la pubertad a partir del esbozo rudimentario de la niña. En la recién nacida, durante la primera semana de vida, puede observarse una ligera hipertrofia mamaria como secuela de los esteroides de origen materno que posteriormente se eliminan y la glándula se vuelve indistinguible en niñas y niños. La activación del

**eje hipotálamo-hipófisis-ovario**, con la consecuente circulación de estrógenos en forma creciente durante la pubertad, hace aparecer el llamado “**brote mamario**”, primero unilateral, algo doloroso —en especial a la presión e incluso al roce de las ropas—, que después de varias etapas de desarrollo (**etapas de Tanner**) finaliza en la **glándula mamaria** de la mujer adulta, lista para desempeñar un papel **secretor** durante la **lactancia** y también **motivo erótico** y **centro de placer sexual**.

En general, los estrógenos intervienen en el crecimiento y multiplicación canalicular y la progesterona favorece el desarrollo acinar. La lactogénesis se presenta en una glándula normal y preparada a lo largo del embarazo y en ella inciden varias hormonas como las tiroideas, la hormona de crecimiento, los glucocorticoides, la insulina y, en especial, la prolactina liberada del freno de los esteroides placentarios en el momento del parto. La eyección de la leche ocurre por contracción de las paredes mioepiteliales de los alveolos glandulares a partir del reflejo que inicia la succión del pezón por el lactante, liberándose ocitocina que deja sentir su acción contráctil en el tejido glandular.

**Establecida la lactancia** (3 a 5 días después del parto), parece que las hormonas esteroides maternas poco influyen en su persistencia. La prolactina puede ser inhibida por la administración de esteroides sexuales exógenos y específicamente por la bromocriptina y derivados, medicamentos que son utilizados para suspender la lactogénesis en ciertos casos. En ocasiones y fuera del período de lactancia, la manipulación de los senos ya sea manual u oral, o como parte del desempeño sexual de la pareja, puede ser tan intenso que llega a condicionar secreción láctea, disfunción denominada galactorrea. Patologías diversas y muchos medicamentos también pueden ser causa de ella al condicionar la inhibición de la PIH hipotalámica, liberación de prolactina y estimulación mamaria. Durante la lactancia, por la mayor cantidad de prolactina circulante, las gonadotrofinas pueden estar descendidas y como consecuencia faltar la maduración folicular en el ovario y no haber ovulación (**anovulación**). La seguridad de este período se prolonga por unas 8-10 semanas y puede servir de medida anticonceptiva. Después de ese lapso, se aconseja una anticoncepción más segura, pues puede ocurrir escape ovulatorio y un embarazo no deseado. Después de la menopausia, la esteroidogénesis ovárica va declinando hasta desaparecer y, en consecuencia, las mamas, al perder el sostén hormonal, sufren hipotrofia, disminuyendo su volumen, turgencia, elasticidad y, por supuesto, su capacidad secretora. Esta pérdida de la estética de estas glándulas puede ocasionar deterioro en el ego de la mujer con gran angustia y minusvalía personal, sin embargo, siguen siendo zonas erógenas importantes.

**Otras glándulas** que también tienen influencia directa en el buen funcionamiento del sistema reproductor son la **glándula tiroides** y la **corteza**

**suprarrenal.** La primera, secretando sus correspondientes hormonas, la **tiroxina** y la **triyodotironina**, que libera por estímulo de las TSH hipofisiaria, e intervienen en la regulación del metabolismo de los alimentos (carbohidratos, lípidos y proteínas). Tanto su deficiencia (hipotiroidismo) como un aumento excesivo en su producción (hipertiroidismo) inciden negativamente en la capacidad reproductiva del individuo.

Los **esteroides corticales** tienen también como molécula clave en su síntesis a la pregnenolona y de ella derivan los glucocorticoides (la hidrocortisona es la más importante), los mineralocorticoides como aldosterona y andrógenos de escasos efectos.

Durante el embarazo, ambas glándulas sufren hipertrofia e hiperplasia y aumentan su secreción. Son estimuladas por las trofinas hipofisiarias correspondientes y se autorregulan por retroalimentación (feedback) positiva y negativa de manera semejante al eje hipotálamo-hipófisis-gónadas. Ese equilibrio puede romperse por una variada patología y de manera adicional ocasionar trastornos a nivel de las gónadas, afectando el desarrollo folicular y la espermatogénesis.

Por último, es necesario mencionar al grupo de las prostaglandinas cuya síntesis es universal, pues muchos tejidos la realizan, siendo sustancias derivadas del ácido prostanoico de 20 carbonos y que, entre otras acciones, pueden ser inhibidores o estimuladores según el tipo de prostaglandina. Por ejemplo, las del grupo E pueden inhibir la actividad del músculo uterino y las del grupo F estimulan dicha actividad. En cuanto a la función sexual, se considera que intervienen en la erección del pene, la eyaculación, el transporte de los espermatozoides en los órganos sexuales masculinos, y en la mujer a nivel del miometrio con las acciones mencionadas. Se desconocen muchas de sus acciones y su síntesis la inician variados estímulos.

# Eje neuroendocrino

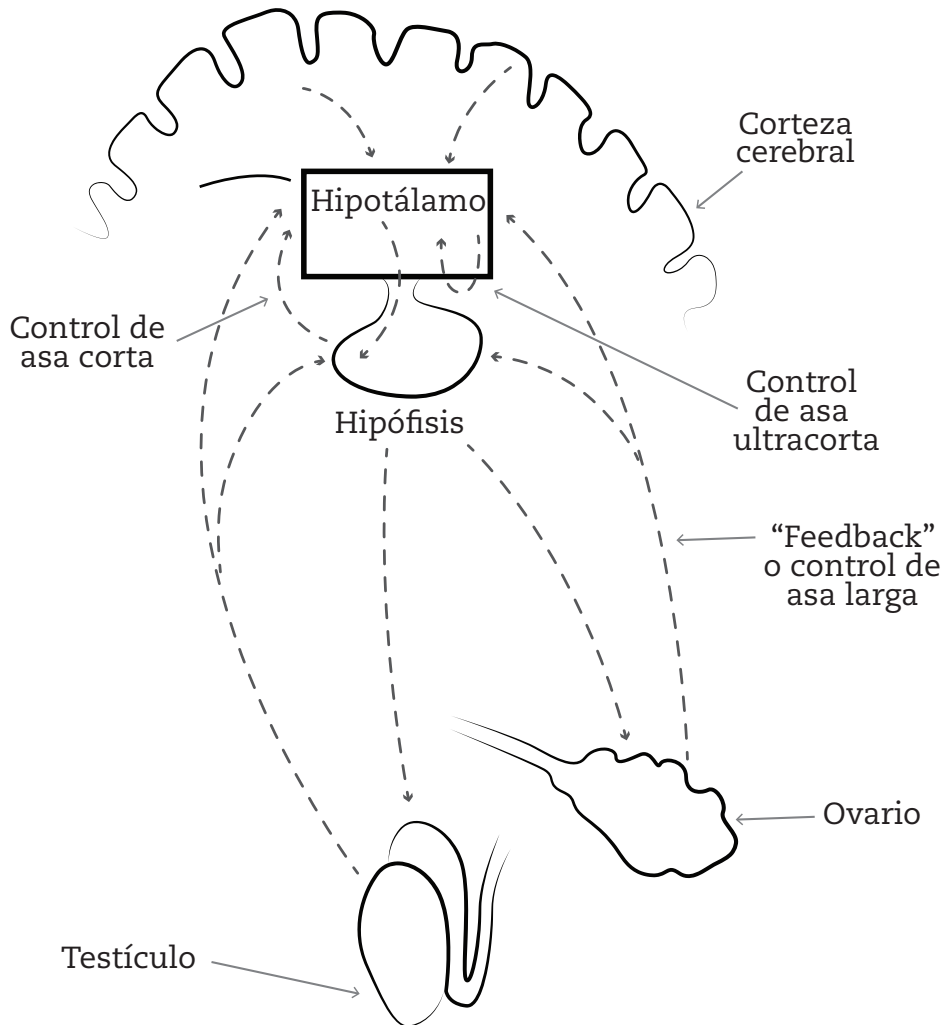


Figura 6.1

# Ciclo ovárico, ciclo endometrial y cambios hormonales

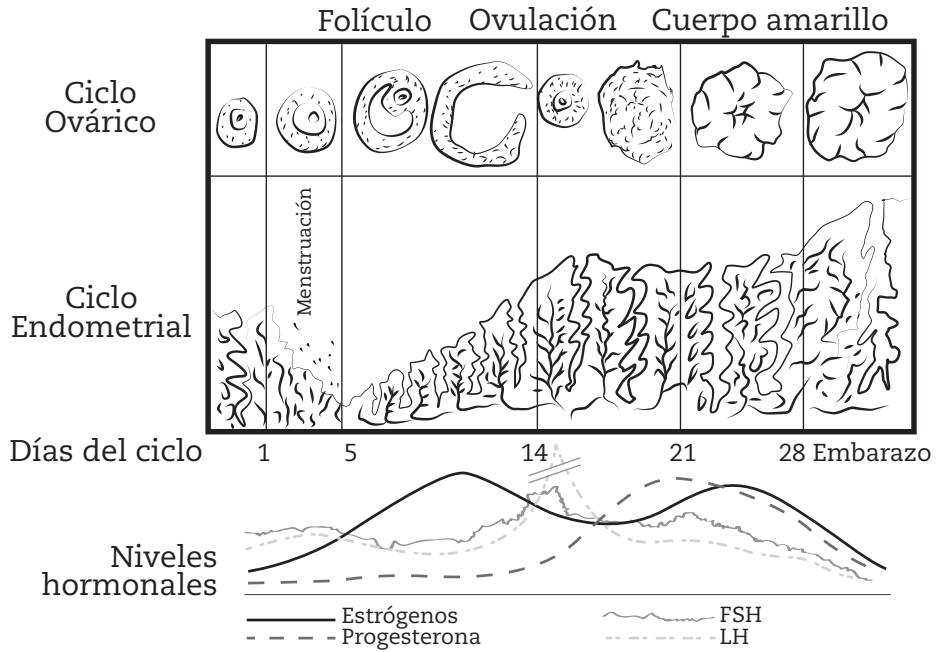


Figura 6.2

# Respuesta sexual humana

Todos los seres humanos tienen la capacidad de responder sexualmente ante un estímulo efectivo de igual naturaleza. Dicha respuesta es una de tantas maneras que tiene la persona de relacionarse, aunque contrario a lo que ocurre en el resto de las especies animales, en ella presenta características típicas que la vuelven muy específica. Esto es consecuencia de que durante dicha respuesta, entran en juego mecanismos no solamente de tipo biológico, sino también de carácter psico-socio-cultural que la modulan y condicionan.

El **apareamiento heterosexual**, en general, tiene tres finalidades en el ser humano: la **biológico-reproductiva**, como salvaguarda de la perpetuación de la especie la **erótico-placentera** que implica disfrute y satisfacción y la **relacional-comunicativa**. A estas dos últimas por siempre se les ha marginado en función de un sinnúmero de prejuicios, mitos y tabúes, siendo en realidad los atributos más persistentes y gratificantes de la **respuesta sexual humana (RSH)**. Desde varias décadas a la fecha y con el descubrimiento de los anticonceptivos, el primero y los dos últimos fines, se han logrado separar y con ese recurso las parejas deciden con libertad los coitos reproductivos y los no reproductivos, que según Kinsey, guardan una proporción de 1 a 999, cifras muy elocuentes, insoslayables.

Gran parte de lo que sabemos de la RSH se deriva de los trabajos experimentales de **William H. Master y Virginia E. Johnson** realizados en la década de los 60s del siglo pasado. Él, médico gineco-obstetra; ella, psicóloga. Ambos, después de trabajar con cientos de mujeres y hombres con un abanico de edades muy amplio en lo que hoy es el “Masters and Johnson Institute” de St. Louis Missouri en E. U., explorando activamente, y con la tecnología de punta de la época, dieron a conocer sus resultados científicos en un primer libro, ya clásico, titulado *La respuesta sexual humana*, que de hecho sienta las bases experimentales de una joven ciencia: la sexología.

Pioneros que se adelantaron en mucho a su tiempo en el campo de la sexología en el aspecto psico-social, incluso luchando en desventaja contra la ignorancia y las ideas erróneas de la época, fueron: **Havelock Ellis** con su trabajo *Estudios sobre la psicología del sexo*; **Sigmund Freud**, con múltiples obras de

ensayos y estudios psico-sexuales, y **Alfred Kinsey** y sus encuestas juzgadas como escandalosas por la sociedad puritana de Norteamérica, por mencionar a los más destacados y trascendentes.

La respuesta sexual varía de persona a persona, incluso en la misma persona dependiendo de su estado de ánimo, del ambiente, de la calidad y tipo del estímulo y muchos factores más. Un estímulo eficaz debe tener suficiente intensidad para sobrepasar el umbral de respuesta del individuo, y si así no ocurre, pasa desapercibido. Mientras el umbral de respuesta sea más bajo, más rápido se dará la respuesta y con un estímulo de menor intensidad. En cambio umbrales altos condicionan respuestas más tardías o más difíciles de lograr. También, entre más intenso y variado es el estímulo, más rápida y pronta ocurre la respuesta y todo lo anterior es válido en relación con la respuesta sexual humana.

Un **estímulo sexual eficaz (ESE)**, es aquel capaz de iniciar una RS y puede ser de dos tipos: **reflexógeno** y **psicógeno**. Ambos admiten subdivisiones en: **interoceptivos** y **exteroceptivos**. Ejemplo de estímulo reflexógeno interoceptivo es la erección del pene a partir de una vejiga llena como sucede al despertar el individuo por la mañana; estímulos reflexógenos exteroceptivos son, por ejemplo, las caricias de los órganos genitales, aún en pacientes con sección de la médula por arriba de los centros sexuales de este órgano. Estímulos psicógenos interoceptivos son: sueños, recuerdos, fantasías, etc., y estímulos psicógenos exteroceptivos son aquellos que impresionan los órganos de los sentidos: visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, táctiles. El arco reflejo de los estímulos reflexógenos se integra con los nervios pudendos como vía aferente; los segmentos S-2, S-3 y S-4 como centro medular receptor y con los nervios parasimpáticos que salen de dicho centro como vía eferente. Este centro medular inferior puede funcionar en forma independiente del centro medular superior (D-12, L-1 y L-2), y de los centros nerviosos superiores, conocimiento establecido hace muchos años a partir de la observación hecha en lesionados medulares.

En general, podemos señalar que la RSH constituye una forma de respuesta global en cuya inducción puede intervenir más de un estímulo, movilizándose toda la estructura orgánica-funcional en conveniente equilibrio y armonía, como si fuera un mecanismo de relojería altamente sofisticado, en que todas las partes resultan necesarias, y en el caso de la falla de alguna de ellas, se puede desquiciar el resto.

Vamos a referirnos a **tres esquemas de RSH**, propuestas de connotados investigadores en el campo sexológico:



## Esquema de Master y Johnson

Estos autores dividen la RSH en cuatro fases:

**Excitación → Meseta → Orgasmo → Resolución**

La fase de **excitación**, se caracteriza por una vasocongestión o tumescencia a nivel de órganos pélvicos que se traduce en el varón como erección del pene, y en la mujer como lubricación vaginal. Se inicia y aumenta la tensión sexual y muscular. En la fase de **meseta**, la vasocongestión general y local alcanza su máxima intensidad, así como la tensión sexual.

La fase del **orgasmo** se caracteriza por la presentación de contracciones espasmódicas típicas a nivel pélvico en número de 8 a 18 y con duración de 8 décimas de segundo, acompañadas de intensa sensación de placer y la liberación paralela de la tensión sexual. Puede durar segundos o ser más prolongada, de acuerdo con la información y la experiencia de la persona.

La fase de **resolución** es el momento inmediato después del orgasmo en el que ocurre relajación y se inicia la recuperación de las condiciones previas al inicio de la tensión sexual. Puede faltar en la mujer y en el hombre durar desde minutos hasta días o más tiempo, dependiendo de la edad, las condiciones de salud, la intensidad del nuevo estímulo, etc.

Entre las críticas hechas a este modelo están las siguientes:

1. La expresión sexual del ser humano está siempre cargada de intensa emotividad, por lo que se duda que los sujetos de experimentación valorados por los autores, traduzcan actitudes que puedan considerarse de aplicación universal.
2. Se duda de las reacciones de los sujetos de experimentación en cuanto a su libertad de “actuar” en condiciones de laboratorio, e incluso se podría pensar que se tratara en mayor o menor medida, de personas “anormales”, o de comportamiento anormal, por haberse prestado a las manipulaciones en condiciones de laboratorio.

Los argumentos son válidos y para superar las deficiencias anotadas, se coteja y compara toda la información generada en el campo de la experimentación; se indican los procedimientos a realizar llevándolos a la alcoba misma con el fin de acercarse lo más posible a la realidad; se utilizan equipos y tecnología de punta; la metodología científica utilizada es depurada y eficiente, sin embargo, la

experimentación en el campo de la sexualidad humana sigue siendo hoy en día muy limitada, sobre todo, por la carga de prejuicios que arrastra la cultura tradicional, y los sujetos que se incluyen en ella son voluntarios convencidos en el sentido de que su participación es muy importante para el conocimiento de una de las funciones del homo sapiens más controvertidas, trascendentes y desconocidas, o bien, no deseado, condicionados por la necesidad económica.

No se discute, sin embargo, que los estudios experimentales realizados con seres humanos en el campo de la sexología por Master y Johnson representaron un formidable avance en el campo de la expresión sexual que permitió sentar las bases científicas de la nueva ciencia sexológica y desechar el empirismo tradicional inducido por tabúes sexuales tenidos como válidos hasta esa época. Ejemplos de lo anterior serían: la imposibilidad del estudio y la investigación en el ámbito del laboratorio de la sexualidad humana; el machismo tradicional de una sociedad conservadora; la superioridad masculina y la sumisión femenina, etc., pero especialmente, ha permitido sentar las bases de la **terapia sexual**, metodología para revertir las disfunciones sexuales que tanto sufrimiento en algunas ocasiones pueden inducir.

El modelo de RSH de Master y Johnson, por lo dicho antes, sigue estando vigente, pues si bien es cierto que en el ambiente experimental del laboratorio domina una situación de estrés por mínima que sea, los resultados que ellos obtuvieron han sido confirmados por otros autores, con las modificaciones de los nuevos hallazgos.

### **Modelo de RSH propuesto por Juan Luis Álvarez-Gayou**

Desde luego, se basa en el esquema anterior con la diferencia que agrega, a las cuatro fases descritas, dos más: la fase del **estímulo sexual efectivo (ESE)** en el inicio, y la **fase refractaria**, después de la fase de resolución, con el fin de ofrecer una mejor y más amplia clasificación de las disfunciones sexuales tomando en cuenta un incremento o un decremento de las manifestaciones en cada una de ellas.

### **Modelos de RSH de Helen S. Kaplan**

Inicialmente, esta autora propuso un modelo bifásico de la RSH: una fase inicial vasocongestiva general y local, y una fase mioclónica también general y local. Posteriormente y con base en sus propios hallazgos clínicos, agrega al modelo la fase del deseo, previa a las anteriores, y así integra su modelo trifásico:

## Deseo → Excitación → Orgasmo

Éste, que ha sido aceptado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es al que nos ajustaremos al describir las manifestaciones tanto locales como generales de cada una de las fases de la RSH. Además de su aparente sencillez, dicho esquema es base de la clasificación más aceptada de las disfunciones sexuales, ya que cada fase puede presentar disfunciones sexuales diferentes e independientes, así como puede observarse disfunciones que involucren a más de una fase.

Posteriormente se han presentado modificaciones a este modelo por considerarse reduccionista y lineal en favor de otro menos rígido y más cercano a la naturaleza humana; por ejemplo, se señala que el deseo, más que una fase de la RS, es un componente emocional que va más allá del inicio de la excitación, acompaña a ésta y también al orgasmo, con lo que se sugiere un modelo tridimensional, como el propuesto por Schnarch, D. M., que toma en cuenta umbrales de la excitación y del orgasmo, pudiéndose complementar positiva o negativamente los estímulos sensoriales y los psicológicos (Gómez, Z. J., 1997). Sin embargo, y con fines didácticos, nos basaremos en el modelo de Kaplan.

Para lograr una experiencia sexual plena y satisfactoria, es necesario que se den algunos pre-requisitos, como pueden ser los siguientes:

- **Amor**, que relaciona erótica y sentimentalmente a la pareja en una unión de entrega total.
- **Comunicación**, indispensable para alcanzar un conocimiento mayor y más íntimo del compañero(a).
- **Confianza**, que induce la entrega mutua sin reticencias ni suspicacias.
- **Compromiso**, que aceptan en tácito acuerdo los miembros de la pareja, con la finalidad de alcanzar el mutuo placer y la realización en el plano sexual.
- **Aceptación**, que evita imposiciones, abusos o ir más allá de lo que la pareja desee o admita.
- **Cooperación**, que facilita y hace más agradables las acciones emprendidas por los amantes y todo ello en un marco de entendimiento, cariño y respeto.

Esquemáticamente, los cambios que se pueden presentar las fases de la RSH, se presentarán a continuación.

- **Deseo**

1. Inicia la RSH a partir de un estímulo eficaz.
2. Tiene un sustrato neurológico y se integra en el darse cuenta de la conciencia.
3. En general no hay cambios observables en la persona. Quizás cierto estado de alerta con brillantez en la mirada.
4. Los tipos de estímulos más frecuentes serían auditivos y táctiles en la mujer y visuales y táctiles en el hombre, lo que acaso se deba a un condicionamiento cultural.
5. Existen centros nerviosos que secretan los llamados neurotransmisores químicos, siendo unos como la dopamina, estimuladores, y la serotonina, inhibidores de la expresión sexual.
6. Las endorfinas al liberarse estimulan los centros del placer que están en conexión con los centros sexuales.
7. También interviene en el proceso del impulso sexual la testosterona (en ambos sexos), y parece influir la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).
8. El dolor, por ser una sensación vital, puede inhibir la satisfacción sexual e incluso, yugular la RSH.
9. En los seres humanos no existe ciclo hormonal específico de control como sucede en especies inferiores.
10. Diversos fármacos y drogas pueden modificar esta fase.
11. La persona inicialmente excitada o “caliente”, puede bloquearse (se “apaga”) con estímulos negativos de muy diversa naturaleza (físicos, psicológicos, mitos, etc.).

En cuanto a las fases de excitación y orgasmo, se pueden observar manifestaciones tanto generales como locales, con algunas diferencias entre el varón y la mujer.

- **Excitación en la mujer**

- 

Tiene varias manifestaciones generales:

1. Aumenta el volumen de las glándulas mamarias (25%)
2. Hay erección y engrosamiento de los pezones, con hinchazón y expansión de las areolas.

3. Aparece miotonía, leve al principio, intensa y general al intensificarse la excitación, incluyendo contracciones esfinterianas voluntarias.
4. Eritema sexual que se inicia en el epigastrio y se va generalizando.
5. Aumento progresivo de las cifras de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y de la frecuencia respiratoria.

Tiene, asimismo, varias manifestaciones locales:

1. Ingurgitación del clítoris que aumenta de tamaño y grosor para presentar retracción por debajo del capuchón durante la excitación avanzada.
2. Hay aumento de la coloración de la piel y mucosa vulvar conforme se intensifica la tumescencia pélvica, hasta adquirir un color vinoso, más oscuro en la piel morena y menos oscuro en la piel blanca, la llamada “piel sexual” por Master y Johnson.
3. Aplanamiento de los labios mayores que se congestionan y separan.
4. Los labios menores se edematizan y se congestionan.
5. Aumenta la secreción de las glándulas de la vulva.
6. Aparece el trasudado vaginal (lubricación vaginal) hasta escapar al exterior cuando la mujer dice sentirse húmeda: lubricación suficiente para una penetración suave y placentera.
7. Se forma la “plataforma orgásmica” por la contracción de los músculos perineales y perivaginales que permite al tercio externo de la vagina adosarse al pene durante la penetración. La mitad vaginal profunda por el contrario, se dilata.
8. El útero aumenta de tamaño, se verticaliza y fibrila, y al elevarse en la pelvis da lugar al fenómeno de “la tienda”.

- **Excitación en el hombre**

Sus manifestaciones generales son las siguientes:

1. Puede haber erección de los pezones y rash dérmico, este poco frecuente.
2. Aumento de la tensión muscular voluntaria e involuntaria (espasmo carpo-pedal), hasta la pérdida del control voluntario.
3. Contracciones esfinterianas.
4. Aumento progresivo de las cifras de presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

Por su parte, las manifestaciones locales son las que se enlistan a continuación:

1. Erección del pene hasta lograr la firmeza necesaria para la penetración.
2. Intensa coloración, mayor turgencia y aumento de volumen del glande.
3. Contracción del escroto, engrosamiento de su piel y elevación y horizontalización de los testículos.
4. Los testículos aumentan de volumen (50%).
5. Hay salida de secreción mucosa por el meato urinario procedente de las glándulas de Cooper que alcaliniza la uretra.
6. Aumento de tamaño del bulbo uretral (hasta alcanzar tres veces su tamaño original).

El **sustrato fisiológico** de la fase de excitación es la **vasocongestión** que se traduce en el varón como erección del pene y en la mujer como lubricación vaginal. A la luz de los nuevos estudios y con tecnología más moderna como la termografía, el empleo de radioisótopos, la electromiografía, la fotopletismografía, etc., muchas dudas se han despejado y han cambiado otros tantos conceptos.

Por ejemplo: Wagner, inyectando xenón radioactivo a los cuerpos cavernosos, pudo medir el volumen y la velocidad del flujo sanguíneo encontrando una franca disminución con un relativo estancamiento durante la erección debido a la liberación de acetilcolina local que relaja las paredes de las arteriolas con retención de mayor cantidad de sangre en los cuerpos cavernosos y el aumento de presión sanguínea en ellos que puede alcanzar cifras de 70 a 80 mm. de Hg.

En relación con la lubricación vaginal, se ha comprobado que en vez de disminuir la velocidad del flujo sanguíneo a nivel de las paredes vaginales, ésta se acelera, fenómeno contrario a lo que sucede en el pene erecto. Inicialmente Master y Johnson habían supuesto que el trasudado vaginal durante la excitación era provocado por la vasocongestión y el estancamiento local de la sangre, sin embargo, y a la luz de los nuevos datos experimentales, el origen de la lubricación vaginal se considera aún en investigación

El **orgasmo**, por su parte, es la fase final en la secuencia de la RSH. Tiene como sustrato funcional la contracción muscular que se presenta tanto a nivel general como local pélvico y constituye una reacción integral, siendo sus manifestaciones más notables en la región genital.

- **Orgasmo en la mujer**

También esta fase tiene varias manifestaciones generales:

1. En las mamas se mantienen las manifestaciones antes señaladas.
2. La reacción miotónica y la coloración son intensas.
3. Hay pérdida del control muscular y de la conciencia (abandono momentáneo: “la pequeña muerte”) y espasmos de grupos musculares.
4. La presión arterial sistólica puede presentar aumentos de 30 a 60 mmHg. Y la diastólica de 20 a 40 mmHg. La frecuencia cardíaca puede variar de 110 a más de 150 latidos por minuto, y la frecuencia respiratoria alcanzar cifras de 35 o más respiraciones por minuto.

Las manifestaciones locales son las que siguen:

1. Los labios vulgares se mantienen turgentes y separados.
2. Hay gran tensión de los músculos perineales.
3. Se presentan contracciones de la llamada “plataforma orgásmica” (contracción de la musculatura del tercio externo de la vagina que se adosa al pene) a intervalo de 8 décimas de segundo y en número variable (como promedio: 10 a 20) siendo intensamente placenteras.
4. El clítoris permanece retraído por debajo del capuchón edematoso.
5. Ocurren en forma paralela contracciones involuntarias del esfínter anal a una frecuencia y ritmo semejante a lo que sucede en el resto del periné.
6. El útero se verticaliza, fibrila y aumenta su volumen.

- **Orgasmo en el hombre**

En el hombre, el orgasmo se acompaña con bastante frecuencia de la eyaculación que consiste en la expulsión hacia el exterior del semen y se le consideran dos momentos: la emisión a partir de la contracción de los conductos deferentes, de las vesículas seminales, de la próstata, que permite el depósito del bolo seminal en el bulbo uretral por acción del sistema simpático, y se acompaña de una intensa sensación de inevitabilidad eyaculatoria llamada “inminencia eyaculatoria”, y la expulsión hacia el exterior y a lo largo de la uretra peneana, del semen,

que ocurre merced a contracciones de los músculos perineales y en especial a las contracciones de la musculatura sexual pélvica. Por lo tanto, no debemos confundir el orgasmo, respuesta integral de la persona con la eyaculación, reflejo local pélvico que permite la expulsión del líquido seminal.

Sus manifestaciones generales son:

1. Puede haber enrojecimiento dérmico más notorio en las personas de piel blanca.
2. Hay pérdida del control muscular voluntario y mayor tensión muscular involuntaria, así como modificaciones en más de las constantes vitales.

Sus manifestaciones locales son:

1. Ocurre generalmente la emisión seminal y después e inmediatamente, la eyaculación con contracciones pélvicas que tienen características semejantes a las mencionadas para la mujer y desde luego, intensamente placenteras.
2. La respuesta de los músculos perianales se da de manera parecida a la anterior.

A continuación y en ambos sexos puede ocurrir un tiempo de recuperación y reposo, llamado por Master y Johnson fase de resolución, y no es más que la vuelta a las condiciones basales, anteriores al inicio de la RS.

En el varón va a existir un período refractario inmediato y absoluto (imposibilidad de iniciar un nuevo ciclo de RS) cuya duración depende de muchos factores: estado de salud, edad, intensidad de un nuevo estímulo, etc. En la mujer puede no existir el período refractario y es capaz de alcanzar nuevos orgasmos (multiorgasmia) y esta capacidad depende de la educación recibida, de su personalidad, de su ambiente cultural y la introyección de mitos, tabúes y costumbres.

Desde el punto de vista fisiológico en el tiempo post-orgásmico, disminuye la hiperemia y la miotonía rápidamente, van desapareciendo las manifestaciones mamarias, los signos vitales recuperan sus cifras habituales, puede presentarse sudoración y piel fría, la coloración oscura vinosa de los órganos sexuales va palideciendo, se pierde la plataforma orgásmica y el útero retorna a su sitio y tamaño en la mujer, y el hombre pierde la erección, persistiendo algo de tumescencia peniana, el escroto recupera su estado de flacidez, verticalizándose los testículos que recuperan también su tamaño.



Reiteramos que este modelo de RSH, varía de persona a persona en cuanto a intensidad, duración y calidad, y aún en el mismo individuo dependiendo del momento, sitio y estado anímico en el instante de la experiencia sexual. Esto habla de diversidad sexual entre otras cosas.

Se suele establecer deferencias absolutas y relativas entre la RS masculina y femenina. Se menciona como diferencia absoluta entre ambos, la ausencia de la eyaculación en la mujer. Sin embargo, ya se habla de “eyaculación femenina” en un 10 a un 40% de las mujeres que se manifiesta como expulsión de secreción de glándulas parauretrales durante el orgasmo a veces en abundante cantidad que puede confundirse con expulsión de orina, cuestión en discusión todavía.

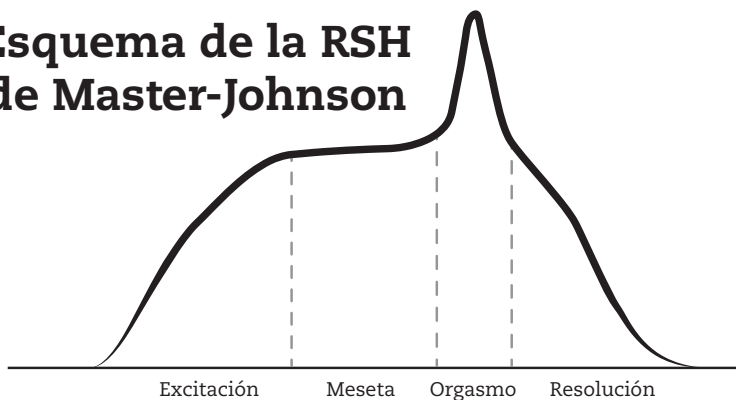
En realidad las diferencias son relativas o de grado y como producto del condicionamiento socio-cultural. Por ejemplo, se dice que en la fase del deseo la mujer responde mejor a estímulos psicógenos interoceptivos (como las fantasías sexuales), y el varón a estímulos sensoriales (visuales, táctiles, etc.). Se acepta como una realidad que la fase de excitación es de progreso rápido en el hombre y de mayor lentitud en la mujer. También que dicha fase es más corta en el primero, habiendo comprobado Kinsey que el 50% de los norteamericanos eyaculaban en los primeros 2 minutos después de la penetración. Dicha situación de rapidez masculina y lentitud femenina tiene su origen en condicionantes de tipo cultural que son la causa de dos de las disfunciones más frecuentes en nuestro medio: la eyaculación precoz y la anorgasmia femenina.

La fase del orgasmo en el varón con mucha frecuencia es única. Muy pocas veces se da la multiorgasmia en él y para ello se requiere un excelente control eyaculatorio con base en una buena información sexual. Después de que ocurre, se presenta el período refractario (durante el cual no es capaz de iniciar una nueva RS) con duración variable, desde minutos en los adolescentes hasta semanas y meses en los adultos mayores. La mujer puede ser multiorgásmica en forma espontánea (sin presentar el período refractario) e incluso, entrar en un orgasmo persistente llamado “estatus orgásmicus” según Master y Jonhson.

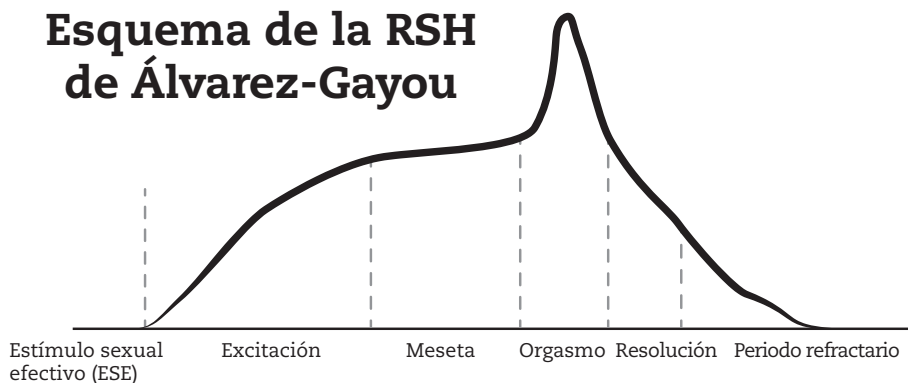
Como complemento, debemos señalar que la eyaculación en una respuesta refleja local y el orgasmo es una respuesta general de la persona, pudiendo ocurrir orgasmo sin eyaculación y a la inversa, eyaculación sin orgasmo.

Para concluir, es necesario señalar que este modelo de RSH, no debe ser considerado un modelo rígido, sino un intento para explicar y conceptualizar un fenómeno que se observa en los seres humanos a partir de un estímulo sexual eficaz en las relaciones heterosexuales, pero también en relaciones homosexuales y en otros tipos de manifestaciones del impulso sexual como serían, la masturbación, el sexo oral, etc.

## Esquema de la RSH de Master-Johnson



## Esquema de la RSH de Álvarez-Gayou



## Esquema de la RSH de Kaplan

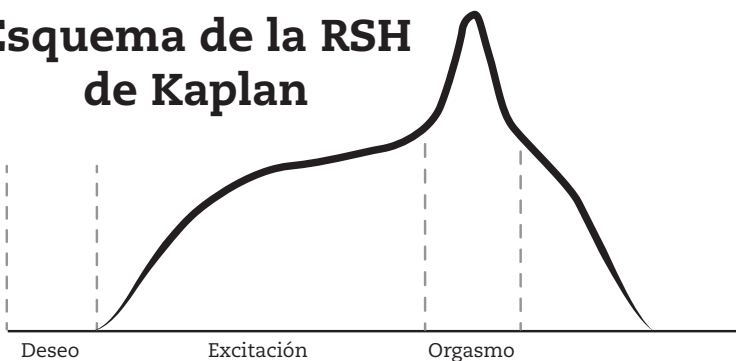
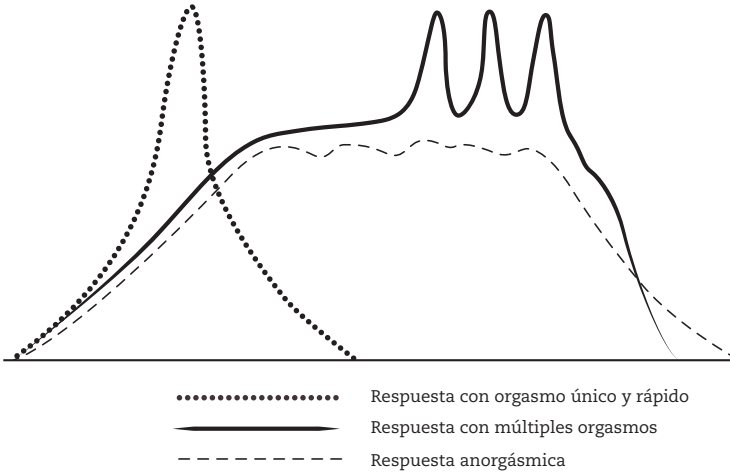


Figura 7.1

## Variaciones de la respuesta sexual en la mujer



## Variaciones de la respuesta sexual en el hombre

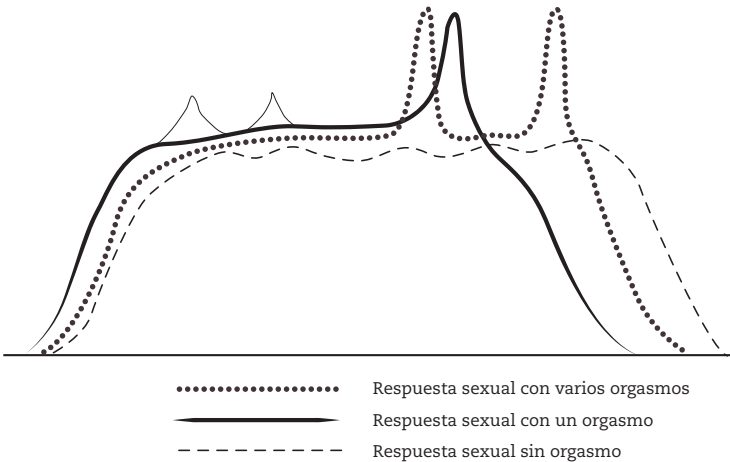


Figura 7.2



# Posiciones coitales, zonas erógenas y fantasía sexual

Coito, según el Diccionario Esencial de la Real Academia Española, es la cópula sexual, o sea, el ayuntamiento carnal de la pareja. Según el Diccionario Enciclopédico Usual Larousse, es cópula de un macho con una hembra, en la especie humana y en los animales superiores. Ambas definiciones son reduccionistas y fuera de la realidad humana, pues las posibilidades de copular, se admite en la actualidad, son múltiples.

El coito se puede realizar de múltiples maneras. Se describen cientos y aún miles de posiciones que la pareja puede adoptar, sin embargo y de una forma arbitraria, podemos reducirlas a cinco posiciones básicas.

- **Posición llamada “del misionero”**, nombre dado por los polinesios cuando entraron en contacto con los exploradores europeos, en donde la mujer se coloca en decúbito dorsal y con las piernas separadas recibe al hombre, cara a cara. Esta posición permite amplia libertad de movimientos al hombre y limita un poco los de la mujer, pero si aquel no apoya completamente el cuerpo sobre ésta, el inconveniente es relativo. Las caricias mutuas incluyendo los besos boca a boca, se facilitan con amplitud, la mujer puede guiar manualmente el falo para la penetración lo que la hace más participativa, y el hombre satisface su ego de dominio de acuerdo a la tradición machista de nuestra sociedad.

A nivel de genitales el acoplamiento que se logra es o puede ser perfecto. La vagina presenta una total receptividad y el pene puede lograr una penetración fácil y profunda. Las zonas de mayor sensibilidad de la mujer (el clítoris y el punto “G”), suelen ser estimuladas con intensidad por el pubis masculino y la base de la diáfisis peniana, y esta roza la vagina y resulta atrapada por la plataforma orgásmica con fuerza. El acoplamiento que permite esta posición es completo, natural y muy satisfactorio. Es recomendable para aquellas parejas que tienen problemas de esterilidad y con dicha finalidad, se puede mejorar aún más si se coloca una almohada debajo de la cadera femenina con el

fin de bascular la pelvis y verticalizar la vagina, lo que obliga al líquido seminal a escurrir hacia el fondo y permite una mejor impregnación del cérvix.

Esta posición puede variarse colocando la mujer sus piernas sobre los hombros de su pareja, alrededor de su cintura o bien poniéndolas por dentro de las del varón. Esta última variedad es aconsejable para el caso de erección deficiente, pues permite a la mujer atrapar con fuerza en su vagina el órgano masculino y hacer más intenso el roce genital que puede llevar a una erección más firme y consistente y a un placer mutuo mayor.

Entre algunos de los inconvenientes que se le señalan están: posible cansancio del hombre por la tensión muscular constante en brazos y piernas que soportan su peso. No es adecuada para personas obesas, debilitadas, minusválidas y embarazadas a partir de la segunda mitad del embarazo. Tampoco se aconseja en mujeres con patología pélvica, porque la penetración profunda que se logra es capaz de causar molestia o dolor y hacer el coito indeseable.

- **Posición lateral cara a cara**, se logra directamente a partir de la posición anterior rotando los cuerpos hacia la derecha o hacia la izquierda 90 grados, de tal manera que una de las piernas de la mujer quede debajo del cuerpo del hombre acomodada en el flanco correspondiente con lo que se evita la presión del borde costal y de la cresta ilíaca sobre la misma, y la otra pierna de la mujer queda libre en sus movimientos enroscada en el cuerpo de la pareja. Esta posición permite una buena penetración y un adecuado acoplamiento. La libertad de movimientos es semejante para ambos miembros de la pareja y el intercambio de caricias es fácil. De hecho, se encuentran en igualdad de circunstancias y suelen desenvolverse con bastante holgura.

Esta posición puede resultar cómoda para personas obesas, débiles, minusválidas y embarazadas en especial las de embarazo avanzado.

Tiene algunos inconvenientes como pueden ser el que el cuerpo del hombre presione constantemente la pierna en situación inferior de la mujer; dificultad para realizar movimientos pélvicos frecuentes y bruscos acostumbrados por algunas parejas; algunas se quejan de falta de intimidad e imposibilidad de un total acercamiento; desde el punto de vista reproductivo, propicia poco la retención del semen y disminuyen las posibilidad de impregnación cervical.

- **Posición sentada la mujer sobre el hombre** que está en decúbito dorsal. Se logra rotando 90 grados hacia la derecha o hacia la izquierda a partir de la posición anterior. Tiene muchas ventajas para ambos miembros de la pareja. Por ejemplo, ser intensamente gratificante para ambos; permite libertad de movimientos para los dos, aunque más limitados para el varón; La mujer no carga con el peso de su pareja y puede regular sus movimientos pélvicos; el hombre a su vez puede mover con amplitud brazos y piernas y al flexionar éstas, ofrece un soporte a su compañera y logra mayor contacto dérmico; disminuye su esfuerzo muscular y puede acariciar de hecho el cuerpo de ella en situación cara a cara o no (en este caso la mujer le presenta la espalda al varón pero también las nalgas, oportunidad de mayor erotización para algunos o para muchos), con un menor esfuerzo y disminución de la premura en el orgasmo.

Es esta una posición recomendable para la mujer embarazada, aunque se le señalan algunos inconvenientes, como pueden ser: escape relativamente frecuente del pene del interior de la vagina, sobre todo si no se tiene experiencia en el control de la posición; hay limitación de los movimientos pélvicos del varón; el hecho de que este se encuentre debajo de la mujer puede ser muy significativo por la aparente situación de inferioridad y la consiguiente lesión de la autoestima; en ocasiones puede ser causa de dispareunia profunda en la mujer debido a la buena penetración que se logra, que sin embargo, el control de ella puede evitar, incluso se puede presentar fractura del pene en casos de coito brusco y desordenado.

Para los fines reproductivos, esta posición resulta negativa, pues permite que el semen se escurra fuera de la vagina rápidamente y casi en su totalidad.

- **Posición en donde la mujer se apoya en brazos y muslos (“De perrito”)**, da la espalda y presenta las nalgas al varón, realizándose la penetración por detrás. Admite muchas variantes, por ejemplo: la mujer en posición genupectoral es penetrada por el compañero hincado; la pareja puede colocarse acostada y de lado, recomendada para embarazadas cursando los últimos meses de la gestación; puede practicarse también estando el hombre sentado en una silla y su compañera sentada sobre él dándole la espalda.

Para el varón, esta posición puede resultar muy gratificante al permitirle libertad de movimientos para acariciar, una penetración no tan profunda pero sí muy erótica por el atractivo del contacto con las nalgas

de su pareja; además amortigua la impetuosidad en la penetración y por ende, hay manejo y control del golpe de cadera.

Para la mujer es conveniente en caso de problemas pélvicos por no ocurrir una penetración tan profunda y menos posibilidad de dispareunia; le puede resultar un tanto frustrante por la imposibilidad de ofrecer caricias a su compañero o mas bien, la limitación de las mismas, y para ambos puede ser desagradable por la posible asociación con el coito anal en caso de que éste no les agrade.

Esta posición es difícil para personas de edad avanzada, con disfunción eréctil, obesas y no favorece la fecundación.

Localmente, es posible lograr una adecuada estimulación del Punto “G” y en menor intensidad del clítoris, que puede complementarse con estimulación manual.

- **Posición de pie con ambos miembros de la pareja cara a cara o no.** Permite libertad para las caricias mutuas, pero exige mayor esfuerzo por ambas partes. La penetración se hace hacia arriba y se alcanza con mayor dificultad, en especial, si no hay experiencia. Exige buena erección, y la separación y parcial flexión de las piernas de la mujer e incluso levantar alguna de las dos y buscar apoyo en el compañero. Este por su parte, tiene que arquear el cuerpo e incluso, guiar el pene para alcanzar la vagina. Es más acrobática que las anteriores y propia de parejas jóvenes.

Da la sensación de libertad en el hombre y de complacencia en la mujer y también de igualdad entre ambos. No se aconseja en casos de esterilidad, pues el semen escurre de la vagina con facilidad, tampoco en obesos, minusválidos o personas debilitadas.

Podemos concluir que la variedad de la posición coital es un ingrediente muy importante en la búsqueda del placer sexual, pero como suele suceder con la sexualidad en general, está condicionada por muchos inconvenientes como son la falta de conocimientos y de una adecuada educación sexual, prejuicios religiosos y culturales en general, miedo a “excesos”, falta de experiencia, etc.

A partir de las cinco posiciones básicas descritas, pueden lograrse cientos de variantes que la pareja puede intentar de acuerdo con sus intereses y expectativas. Se considera que la variedad hace más placentero el coito que nunca debe ser considerado motivo de competencia y menos de luchas de poder entre las personas participantes. Cada pareja debe buscar su integración plena; aceptar y adoptar la o las posiciones que más le satisfaga y que no choquen con su personalidad, costumbres o preferencias.



Puede ser interesante para la pareja explorar otras posibilidades con tal de no caer en la rutina que haga la relación sexual monótona que a su vez lleve al fastidio y al distanciamiento. Obviamente, si el coito se recrea, aumentan las expectativas en un ambiente agradable que invita a la repetición. También una buena técnica en su práctica favorece el deseo de los amantes de reunirse con igual o mayor frecuencia, y desde luego, un juego amoroso previo, amplio y bien llevado, es el mejor anticipo que permite o al menos prepara y posibilita un coito intensamente gratificante y placentero, sea en posición acostumbrada o con la exploración de alternativas.

Es de tomarse muy en cuenta la edad, la complexión y las condiciones biológicas y psicológicas en general de los dos integrantes de la pareja, así como su nivel educativo, condiciones de tipo socio-cultural, grado de comunicación y gustos personales.

### **Zonas erógenas**

Mucho se ha dicho y discutido en relación con las llamadas **zonas erógenas** en referencia a ciertas partes del cuerpo de la persona a partir de las cuales puede iniciar una respuesta sexual en mayor o menor tiempo ante la incidencia de un estímulo sexual eficaz.

En general son sitios que corresponden a un sentido, el tacto, con mayor número de terminaciones nerviosas que les permite inducir una respuesta sexual más rápida, siendo el número y amplitud de las mismas, condicionado a la permisividad personal y de la pareja.

En ocasiones algunas publicaciones muy conservadoras, las reducen exclusivamente a la zona genital. Otras amplían el panorama de posibilidades y señalan también otras zonas dérmicas como pueden ser la piel del cuello, los antebrazos, los muslos, pero dejan de lado la cara, las manos, las nalgas, las piernas, los pies, etc.

Podemos decir que toda la piel, con sus casi dos metros cuadrados de superficie, es una potencial zona erógena, siempre y cuando quiera la persona explorarla y darse la oportunidad del gozo al hacerlo con libertad y entusiasmo. También debemos considerar que tenemos otros sentidos a partir de los cuales nos podemos erotizar, como son la vista, el olfato, el gusto y el oído, que al combinarlos, el resultado puede ser muy gratificante.

Pero hasta allí no terminan las posibilidades, pues además de las zonas sensoriales, el ser humano cuenta con las de tipo psicógeno como son los recuerdos, las fantasías, las creencias, los mitos, etc.

Como se puede comprobar, las posibilidades de erotismo para el ser humano, a diferencia de otras especies animales, son múltiples y variadas, que desafortunadamente resultan reducidas en algunas personas por la deficiente información o su limitada educación sexual.

Por lo mencionado antes, algunos profesionales de la sexología consideran que hablar de zonas erógenas es un mito, ya que existen tantas como la persona se permita utilizar lo mismo a nivel sensorial que psicógeno.

La oportunidad de las zonas erógenas equivale a la oportunidad que se permite la persona, y en su caso la pareja, de expresarse sexualmente con desinhibición y aceptación.

## **Fantasía sexual**

La capacidad de fantasear, como muchas otras habilidades, es atributo exclusivo de los seres humanos y una oportunidad de realizar actividades que en la vida real no podrían por prohibidas, peligrosas o exageradas.

Constituye una gran ventaja que ofrece la función mental que se puede dar con mayor o menor grado de intensidad y en muchos casos de satisfacción y está condicionada por el desarrollo de la persona, el grupo social al que pertenece, la propia personalidad y sobre todo, el ambiente sociocultural en el que interactúa.

Mediante la fantasía es posible alcanzar metas jamás soñadas en la vida cotidiana, llevar a cabo hazañas como los más audaces y valerosos héroes, alcanzar poder jamás soñado y lograr triunfos y victorias propio de seres omnipotentes y superiores.

En igual medida, la fantasía sexual permite la realización de hazañas imposibles en la vida real, permitiendo llenar huecos y satisfacer deseos aún cuando estos sean catalogados como terribles, escandalosos, perversos, abusivos y toda una gran lista de calificativos capaces de inducir temores, dudas, nerviosismo, culpa, vergüenza incluso sufrimiento, fuera del plano de la fantasía.

La fantasía sexual permite tener relaciones sexuales con la mujer amada aunque en la vida real nos desprecie y rechace; estar en compañía de una pareja amorosa caminando a lo largo de una playa tranquila y gozando un atardecer cálido sin salir de la propia habitación; tener relación erótica tradicionalmente prohibida o estigmatizada en nuestro medio social como son: homosexualidad, sexo en grupo, sadomasoquismo, zoofilia, necrofilia y otras posibilidades más, sin embargo, aunque todo ello sea producto de nuestros pensamientos, algunas personas limitadas en información o muy religiosas pueden presentar sentimientos de culpa, vergüenza y sufrimiento.

La fantasía sexual en nuestra sociedad machista se ha considerado patrimonio exclusivo del varón debido a que se cataloga como “malos pensamientos” impropios de la mujer quien debe ser siempre virtuosa, especialmente en grupos muy conservadores. No obstante la persona que tiene adecuada información sexual, no se priva de tales vivencias y las pone en juego como complemento importante de su respuesta sexual, variando el tipo y la intensidad de acuerdo con la personal decisión.

Por lo señalado antes, podemos considerar a la fantasía sexual, como un privilegio humano que puede complementar y hacer más placentera la expresión sexual, y es una forma natural y sana de vivir y realizarse como seres libres y pensantes.

Los niños son personas muy imaginativos, pero en ellos es raro el trasfondo sexual, sin embargo a partir del inicio de la adolescencia, suele hacerse más intenso y explícito.

En general, el contenido de las fantasías sexuales de hombres y mujeres suele ser semejante variando en intensidad. En los hombres el ensueño, por la mayor permisividad puede incluir excesos, y en la mujer por lo contrario, ser más “light”.

En última instancia, la fantasía sexual es una oportunidad de erotizarnos en solitario o con la pareja y hacer la vida sexual más novedosa, intensa y superar la monotonía y la rutina, enemigos importantes para el bienestar personal y diádico. Desde luego, vivida sin culpa, vergüenza o sufrimiento.

Para concluir decimos que la fantasía sexual no es de ninguna manera, una aberración, una perversión o un pecado, sino una oportunidad entre otras tantas que posee el ser humano para enriquecer su expresión sexual, y que rara vez se intenta practicar en la vida real en función de los controles personales y sociales que condicionan su conducta.

# Posición coital: Hombre arriba

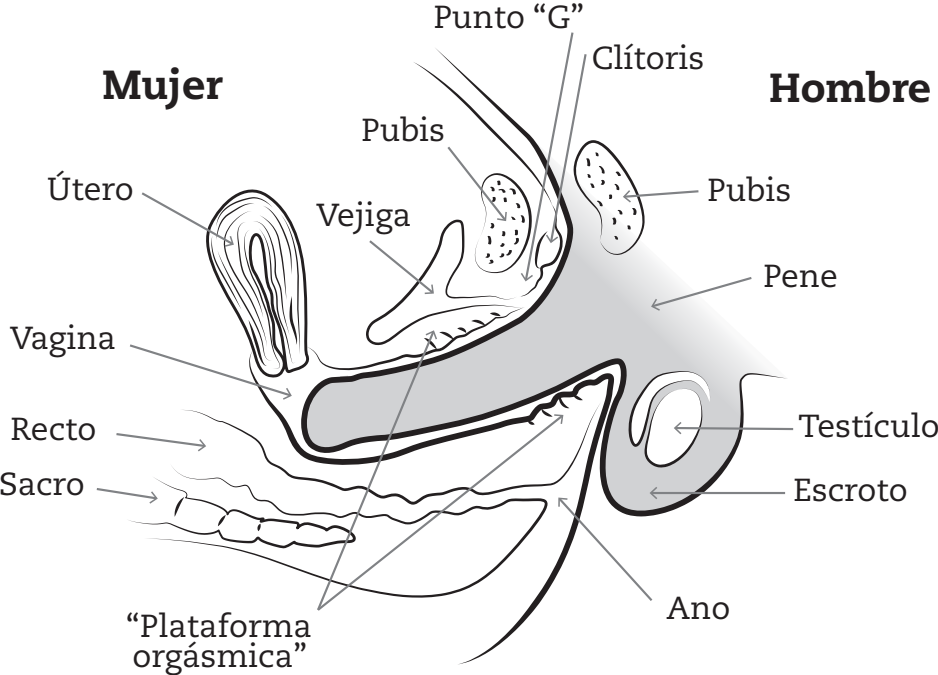


Figura 8.1

# Posición coital: Mujer arriba sentada

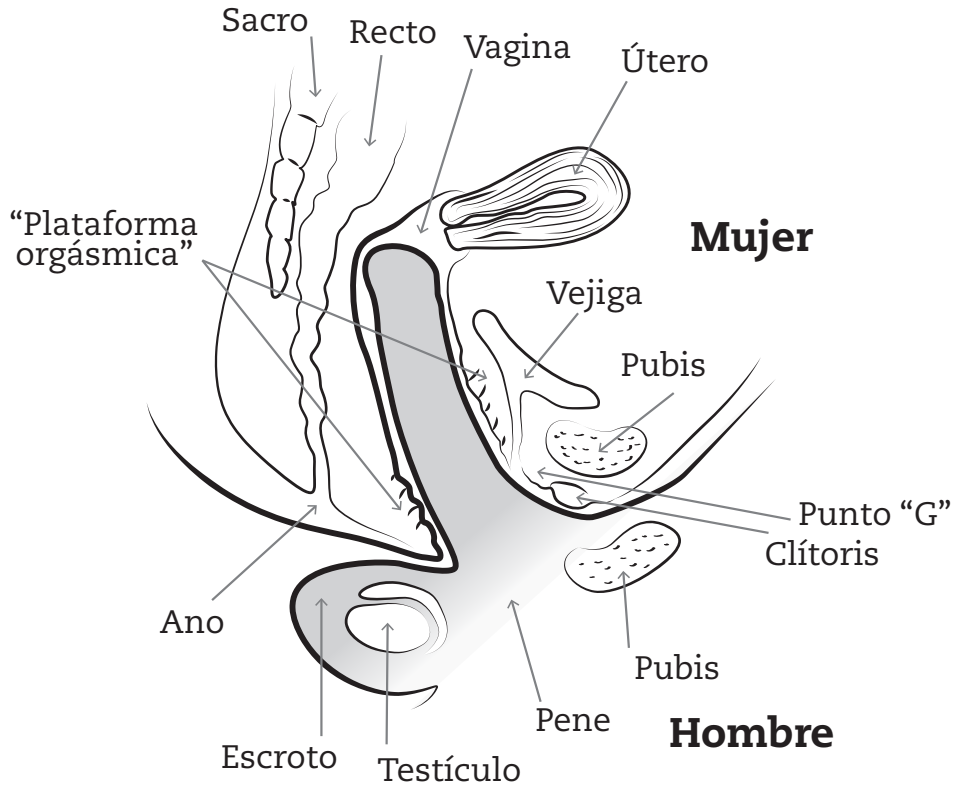


Figura 8.2

# Posición coital: Penetración por atrás

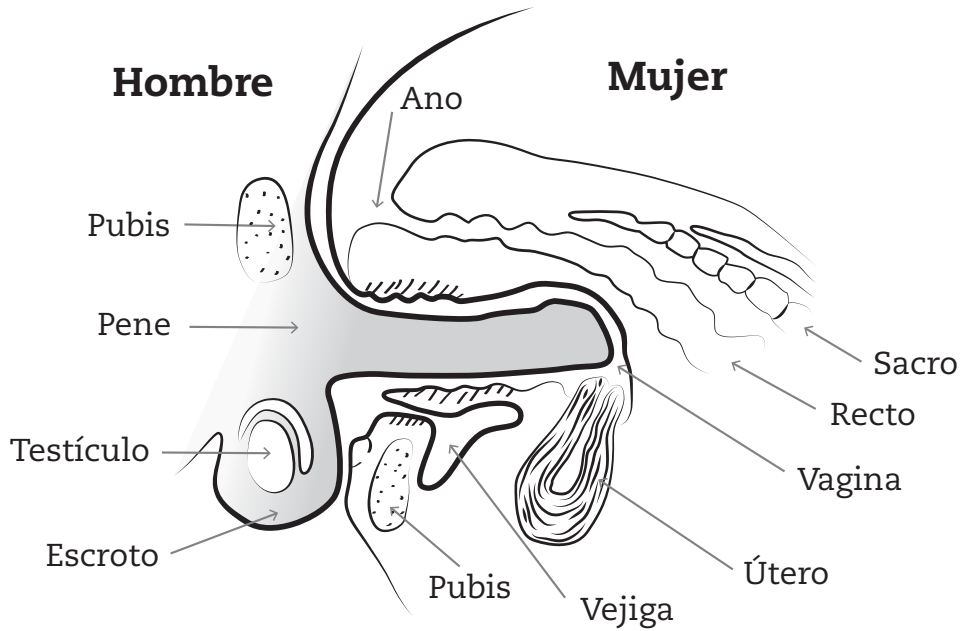


Figura 8.3

# Embarazo y sexualidad

La **fecundación natural** ocurre cuando un óvulo es penetrado por el espermatozoide. Este evento tiene lugar en el tercio externo de la trompa de Falopio y exige como requisitos algunos de los que se mencionan a continuación:

- En el hombre:
  1. Testículos funcionales, produciendo espermatozoides normales en cantidad y calidad.
  2. Integridad y funcionalidad normal de conductos y glándulas intrapélvicas.
  3. Expulsión de líquido seminal y su depósito en el interior de la vagina.
  4. Moco cervical receptivo para el avance de los espermatozoides por el canal cervical y después, a lo largo de la cavidad uterina y la trompa de Falopio.
  
- En la mujer:
  1. Ovarios normales capaces de producir óvulos maduros.
  2. Captación del óvulo por la fimbria tubárica.
  3. Permeabilidad e integridad de la trompa de Falopio.
  4. Moco cervical propicio para la supervivencia de los espermatozoides.

También es adecuado un estado de salud tanto física como mental de los miembros de la pareja. Si cualquiera de los mencionados requisitos no están presentes, puede ocurrir la pérdida de la capacidad fecundante con la esterilidad consiguiente y la imposibilidad de concebir un hijo, que por otra parte en algunos casos puede ser superada a base de artificios técnicos médicos, como los utilizados en la fertilización “in vitro” y variantes de la misma.

Ya hemos mencionado que el sexo genético lo determina el tipo de espermatozoide y se hace al azar (no por decisión de la pareja o del varón). Y así,

si el espermatozoide es X, el embrión será femenino, XX, y si el espermatozoide fecundante es Y, el embrión será masculino, XY.

En el momento de la **fecundación**, se completa la segunda **división meiótica** en ambos gametos. Durante la primera semana, el cigoto o huevo emigra hacia la cavidad uterina y en el trayecto inicia una serie de **divisiones mitóticas** que lo convierte primero, en una esferita llamada **mórula** y luego en una bolsita con líquido en su interior, la **blástula**, conteniendo en uno de sus polos un macizo celular, el **disco embrionario**, siendo el resto de la pared el **trofoblasto**. El primero dará origen al **embrión**, y el segundo a los **anexos ovulares**.

Por su capacidad citolítica, el blastocito después de tomar contacto con la decidua uterina, endometrio transformado por acción de las hormonas del cuerpo amarillo del ovario, se hunde en ella y ocasiona la formación de lagos sanguíneos de donde toma lo necesario para su supervivencia. En la segunda semana el trofoblasto continúa su desarrollo en forma acelerada invadiendo la decidua mediante prolongaciones digitiformes llamadas **vellosidades coriales** y se le pueden distinguir dos capas: una interna, el **citotrofoblasto** que inicia la síntesis de gonadotropina coriónica que sostiene al cuerpo amarillo, y otra externa, el **sinciotrofoblasto** que a su vez sintetiza esteroides sexuales. Dicho tejido dará lugar a la placenta en la zona de implantación junto con la decidua allí localizada, llamada decidua basal.

El **blastocito** se encuentra cubierto por la decidua capsular o refleja, y la decidua que cubre el resto de la cavidad uterina recibe el nombre de verdadera o parietal.

Del **disco embrionario** se forman tres capas: el **ectodermo**, el **mesodermo** y el **endodermo** que darán origen a los distintos órganos, aparatos y sistemas del cuerpo y así:

- Del **ectodermo** derivan: el sistema nervioso, la piel y sus anexos, la porción baja de los sistemas digestivo y genitourinario.
- Del **mesodermo**: el sistema músculo-esquelético, el aparato cardiovascular y la sangre, el aparato respiratorio, el tejido conjuntivo, glándulas como las gónadas, la corteza suprarrenal, el aparato genitourinario alto.
- Del **endodermo**: el epitelio de los aparatos digestivo, respiratorio y urinario, glándulas diversas como la tiroides, las paratiroides, timo, hígado, páncreas, etc.

La **etapa embrionaria** se extiende hasta la semana ocho y a partir de la semana nueve se inicia la etapa fetal. Alrededor de la semana 3 o 4, el embrión se semeja



un renacuajo con un extremo cefálico, cuerpo y cola. Alrededor de la semana 8, el embrión mide unos 2.5 a 3 cm, de la cabeza a la rabadilla y pesa 1.5g, ha perdido la cola y se le puede distinguir en la cabeza, muy grande en relación con el resto del cuerpo, rasgos faciales y rudimentos de ojos y oídos, el tronco bien definido, y las extremidades tanto superiores como inferiores con todos sus segmentos incluyendo los dedos.

El **desarrollo fetal** a partir de la semana 9 es progresivo y rápido. Se definen tejidos y órganos. La relación cabeza-cuerpo, inicialmente a favor de la primera va disminuyendo, y el peso y la talla del feto aumentan de manera continua.

Podemos resumir el desarrollo fetal de la siguiente forma:

- En la semana 12, la cabeza fetal es muy grande y mide lo mismo que el cuerpo, habiendo ya franca apariencia humana. Funcionan los aparatos cardiovascular, respiratorio y renal. Puede haber movimientos fetales iniciales. Mide el feto 10cm, y pesa 20g.
- En la semana 16 el cuerpo crece más que la cabeza, el sistema músculo-esquelético se desarrolla. Hay movimiento de líquido amniótico en los pulmones y en el tubo digestivo. Crece el pelo inicial en la cabeza y es posible diferenciar bien los órganos sexuales externos del producto. Mide unos 15cm, y pesa alrededor de 100g
- En la semana 20, mitad de la gestación, la cabeza mide la mitad de lo que mide el cuerpo. Los movimientos fetales son francos y los puede percibir la madre. El lanugo cubre la piel que se desarrolla. Mide ahora unos 25cm, con un peso de 300g.
- En la semana 24, el cuerpo ha crecido más que la cabeza, tiene pestañas y cejas, comienza a depositar grasa subcutánea. A esta edad gestacional, si el feto es expulsado tiene mínimas probabilidades de sobrevivir y mide 30cm, con un peso de 600g.
- En la semana 28 es capaz de movimientos vigorosos; la piel es rosada y está cubierta de vernix caseoso. Puede abrir los párpados y escuchar sonidos. Mide 37cm, y pesa un poco más de 1kg; con cuidados especiales, el feto puede sobrevivir.
- En la semana 32, ha depositado suficiente grasa subcutánea para no tener arrugada la piel que sigue de color rosado. En el feto masculino, los testículos pueden localizarse ya en el escroto. Mide unos 45cm, y pesa un poco más de 2kg.
- De la semana 37 a la 41, se dice que el feto es de término y sus características son las siguientes: la cabeza mide la cuarta parte del

cuerpo y las posibilidades de sobrevivir son muy altas. Puede pesar de 2500 a 4000 g, con un promedio de 3 a 3.5 kg Su talla es de alrededor de 50cm Dichas características pueden variar según herencia, alimentación materna y su estado de salud, sexo del producto, número de productos, evolución del embarazo, etc.

La **placenta** es un órgano muy importante y tempranamente asume el control del embarazo y es su sostén desplazando al cuerpo amarillo del ovario. Se forma a partir del trofoblasto y de la decidua basal como vellosidades primitivas que perforan el endometrio dando origen a lagos sanguíneos de donde se nutre el embrión. Las vellosidades se desarrollan hasta contener en una matriz mesodérmica un sistema de vasos capilares que permiten el intercambio nutritivo y de gases entre la mujer y su hijo. La placenta por tanto, tiene funciones endócrina, respiratoria, nutricional, excretora e inmunológica. Su mal funcionamiento condicionado por envejecimiento, desprendimiento prematuro y otras patologías, se traduce en el feto como deterioro y sufrimiento agudo o crónico que puede incluso llevarlo a la muerte.

La placenta es también una barrera que ofrece protección al producto de la concepción, aunque de manera relativa, ya que puede ser atravesada por muchos elementos dañinos como medicamentos, bacterias, virus, etc., que pueden lesionarlo, siendo el daño mayor mientras más temprano sea el embarazo.

La placenta sintetiza entre otras hormonas las siguientes: gonadotropina coriónica, glucoproteína parecida a las de origen hipofisiario, cuyo mayor pico en su producción ocurre alrededor de la 10a semana del embarazo para después descender rápidamente, sirviendo de estímulo para mantener activo el cuerpo amarillo; adrenocorticotrofina; somatotrofina o lactógeno placentario; tirotrófina mal definida. También sintetiza y en cantidades crecientes conforme evoluciona el embarazo: esteroides sexuales (estrógenos, progesterona, andrógenos). Después del parto y al ocurrir el desprendimiento fisiológico del órgano, el nivel elevado de dichas hormonas, desciende casi de manera vertical.

La placenta de término es un disco irregular, delgado en el borde y grueso en el centro, que mide unos 20cm, de diámetro, que en su cara materna presenta 18 a 20 cotiledones separados por prolongaciones septales de la decidua basal. En la cara fetal está cubierta por las membranas coriales (corion y amnios), que permiten ver los vasos sanguíneos desde el sitio de inserción del cordón umbilical hasta el borde placentario. Pesa unos 500 g., alrededor de la sexta parte del peso del feto.

El **cordón umbilical** es el vínculo entre el feto y la placenta. Mide a término unos 45 a 50 cm, de longitud y en su interior van los vasos sanguíneos fetales:

dos arterias y una vena. Las primeras parten de las arterias hipogástricas fetales y conducen sangre “venosa” hacia la placenta y la circulación materna, y la vena le lleva sangre “arterial” al feto. Por tanto, uno de sus extremos se inserta en la superficie placentaria y el otro en el abdomen fetal.

El **líquido amniótico**, por su parte, está contenido en la cavidad de igual nombre limitada por dos membranas, una interna llamada amnios, y otra externa, el corion. Sirve al feto de amortiguador ante traumas externos, cambios bruscos de temperatura y permite su movilidad. Tiene un pH casi neutro (7.3) con escaso porcentaje de solutos (3%), entre los que se encuentran hormonas esteroides (sexuales y corticoides), aminas (adrenalina y noradrenalina), somatotrofina coriónica, prolactín, prostaglandinas, fosfolípidos, bilirrubina, creatinina y células descamadas. La cuantificación de muchas de dichas sustancias permite valorar el estado de salud y madurez del producto. Se forma a partir del epitelio amniótico, de la deglución y excreción fetal y de la circulación placentaria. Alcanza un volumen de 500 ml, en la semana 20 del embarazo, de 1 litro en la semana 38, para disminuir a 800ml, en la semana 40. En el embarazo post-maduro (de la semana 42 en adelante) disminuye de manera peligrosa. En condiciones patológicas, puede ser escaso (oligohidramnios) o abundante (polihidramnios).

El embarazo normal dura alrededor de 10 meses lunares, 9 meses solares, 40 semanas o 280 días e induce muchos cambios en el organismo de la mujer tanto generales como locales. Se observa un aumento progresivo de peso que al final de la gestación no debe ser mayor de 10 o 12 kg, con un aumento trimestral de la siguiente forma: aumento de 1.5kg, en el primer trimestre; 4.5kg, en el segundo trimestres y 5kg, en el último trimestre. Aumenta el metabolismo basal por la mayor demanda energética y crece el abdomen, pudiéndose calcular la edad del embarazo, además de la amenorrea, midiendo la altura del fondo uterino y según la regla de Alfehd, así:

$$\frac{\text{Altura del F. U. en cm} + 4}{4} = \text{meses de gestación}$$

Se presentan también **cambios generales**: cardiovasculares (aumento del gasto cardíaco y del volumen circulatorio, hay variaciones en la presión arterial, dificultad en la circulación de retorno en los miembros inferiores con tendencia a la formación de várices, edema, etc.); respiratorias (aumento de la ventilación pulmonar, movimientos respiratorios restringidos por el crecimiento uterino); urinarias (por ej., mayor filtración glomerular); músculo-esqueléticas a nivel de columna vertebral, huesos y articulaciones de la pelvis; en la piel (hiperpigmentación de ciertas zonas

como areolas y pezones, línea media del abdomen, el cloasma de la cara, vírices o cuarteadoras en el abdomen, glúteos y glándulas mamarias, y de manera global, se modifica el metabolismo de todos los nutrientes. **Localmente** los órganos genitales presentan modificaciones en todos niveles y esto es de tomarse en cuenta para la valoración de la mujer y el consejo sexual. En vulva y vagina puede haber edema, hiperemia y aumento de secreciones; en el cérvix, hiperplasia e hipertrofia que lo hacen más blando y elástico; el útero aumenta unas 20 veces su volumen y de 50g iniciales puede llegar a pesar 1kg, y es capaz de contener al feto y sus anexos. Todas las glándulas crecen, así como sus secreciones.

Ya se mencionó que las glándulas mamarias aumentan de tamaño y se van haciendo aptas para la lactancia después de ocurrir el parto.

Todas estas modificaciones orgánico-funcionales inducen en la mujer gestante diversos síntomas en ocasiones muy molestos como: náuseas, vómitos, mareos, desvanecimientos, cefalea, ptialismo, polaquiuria, mastalgia, constipación, dolor abdominal y en miembros inferiores, astenia, fatiga, congestión pélvica, secreciones genitales aumentadas, infecciones vaginales, dorsalgia o lumbalgia, edema y parestesia en las extremidades inferiores y otras, que en muchas ocasiones ameritan tratamiento médico y algunas veces incluso, hospitalización por lo grave del cuadro clínico. Todo ello incide en el psiquismo de la mujer, quien se torna más sensible, se angustia con facilidad y necesita un trato amable, delicado y con mayor tolerancia y comprensión de las personas que la rodean y en especial, de su pareja.

Podemos resumir que el embarazo es un **estado normal** de la mujer que sin embargo, la coloca en desventaja, disminuyendo su capacidad de defensa y resistencia ante muchos factores agresivos tanto externos como internos. La mujer gestante no es de ninguna manera, una persona enferma que “sana” después del parto como lo establece la tradición, pero las variadas modificaciones orgánico-funcionales que presenta su cuerpo, hacen que éste funcione con cierta presión y en los límites de la normalidad. Por eso mismo su labilidad es mayor. Por tanto, es indispensable el control médico periódico, es decir, la vigilancia perinatal que realiza el médico mediante consultas regulares espaciadas de la siguiente forma: una consulta cada mes durante los primeros 6 meses; cada 15 días durante el 7° y el 8° mes, y cada 7 a 10 días en el último mes de la gestación.

## **La sexualidad de la mujer embarazada**

La sexualidad de la mujer durante el embarazo, suele presentar cambios a veces notables. Este aspecto, tradicionalmente ha sido considerado tabú y los médicos con mucha frecuencia lo evitan discutir sobre todo por falta de información.

En nuestro país existen pocos estudios al respecto. Puente T., y cols., en un estudio retrospectivo de un grupo de 140 púérperas, concluyen que durante el embarazo disminuye en forma progresiva el apetito sexual, la frecuencia coital, la sensación del orgasmo y la aceptación de la relación sexual, lo que se hace más aparente en el último trimestre. Se trató de mujeres en su gran mayoría católicas, de bajo nivel escolar y socio-económico y con escasa información sobre sexualidad. El 31.4% eran primigestas y el 53% no habían usado ningún método anticonceptivo. En cuanto a las posiciones coitales usadas, en el primer trimestre predominó la posición “del misionero”, y en los últimos, la posición lateral. Por lo que respecta a los tabúes sobre la relaciones sexuales durante el embarazo, solamente los manifestó un 20% del grupo, siendo los más frecuentes: daño al feto (7%), amenaza de parto prematuro (3.5%), amenaza de aborto (2.8%), malformaciones congénitas y sangrado (1.4%).

En un estudio más reciente, O’Farrill S., en un grupo de 100 mujeres púérperas, probablemente de mejor condición socio-económica dada la institución en donde se realizó (I.G.O. Santa Teresa de México D. F.), se obtuvieron datos parecidos a los antes mencionados, señalándose que un 52% de las pacientes, no recibieron orientación sexual y en el resto, esa información fue deficiente. Se presentó también disminución progresiva del deseo sexual, de la frecuencia coital, del orgasmo y aumento de dispareunia. Hubo reacomodo en las posiciones coitales en los distintos trimestres y los temores más frecuentes fueron: daño al feto, probabilidad de aborto o parto prematuro.

Dichos estudios de indiscutible valor, tienen el inconveniente de ser retrospectivos y la memoria no ser muy fiel, además de que las condiciones del puerperio pudieron influir en las respuestas de las encuestadas, y otra cuestión muy importante, no se toma en cuenta la opinión de las parejas.

Si bien, muchos estudios extranjeros coinciden con los hallazgos anteriores, Master y Johnson, pioneros de la investigación sexológica experimental, encontraron en el grupo de mujeres por ellos estudiados, disminución del deseo y la actividad sexual durante el primer trimestre, pero un aumento del interés sexual en el segundo trimestre y una nueva caída en el último trimestre. Ese resultado se interpreta en el sentido de que la población estudiada fue seleccionada y más interesada en la sexualidad.

En general, las manifestaciones que induce el embarazo pueden modificar la expresión sexual de la mujer generalmente en detrimento, deficiencia que se hace más notoria con el avance de la gestación, por la falta de información y la persistencia de tabúes que la intervención oportuna puede ayudar a superar. Los familiares y los trabajadores de la salud, en especial los médicos, todavía se resisten

a conciliar maternidad con sexualidad, sin embargo, es su deber desterrar toda duda al respecto para que la pareja con la adecuada información sexual pueda en libertad vivir y gozar el embarazo y su sexualidad con responsabilidad, aceptándolos como una oportunidad para lograr mayor intimidad y armonía, y no como motivo de distanciamiento, reproches o incluso, rechazo.

El compañero debe saber que la gravidez significa un gran esfuerzo para su pareja, y a la larga, un desgaste orgánico y psicológico importante, por lo que está urgida de comprensión y tolerancia. Deberá ser informado que las relaciones sexuales pueden continuar durante el embarazo excepto en casos de complicaciones, sin embargo, los tejidos de la región genital y las glándulas mamarias, zonas privilegiadas por el varón, resultan muy sensibles ante maniobras intensas o bruscas y requieren para evitar lesiones, que la manipulación manual o de otro tipo se practiquen de manera suave y delicada. Aceptar que las incomodidades de la madre, puede inhibir su deseo sexual e indisponerla para el coito. En tal caso, existen **alternativas sexuales** como pueden ser: caricias no genitales, el sexo oral o la masturbación auto o heteróloga en el hombre. Debe insistirse que cuando la pareja se empeña en una relación coital incómoda o dolorosa para la mujer, se puede terminar en un fracaso y en el futuro con carácter de obligatoriedad, hacerse intolerable. En ocasiones y con tal de no favorecer las relaciones extramaritales de su pareja, la mujer suele “sacrificarse” y a la larga logra que en vez de sacrificio, la entrega resulte una terrible frustración para ambos.

En el fondo de toda esta problemática subyace la falta de información y de educación sexual de nuestra población, y para superar esa deficiencia, es necesario la intervención del trabajador de la salud entrenado en el tema ofreciendo orientación e información científica durante el control prenatal. El profesional médico debe favorecer la armonía, integración y comunicación de la pareja, explicando con claridad y genuino interés las condiciones normales y anormales que permiten o limitan la actividad sexual durante el embarazo, desechando tabúes y mitos, y de esa manera vivirlo no como un obstáculo en sus vidas, como una pesada carga o peor, como una desgracia, sino como una oportunidad de mayor conocimiento mutuo, de amor, felicidad y alegría y no como causa de distanciamiento y disgusto.

Resumiendo, podemos decir que la expresión sexual en la mujer embarazada:

- Según algunos autores, disminuye a lo largo de la evolución del embarazo, mientras que otros opinan que su deseo sexual aumenta conforme avanza la gestación, y otros han observado fluctuaciones.
- Con buena información y una actitud positiva, mantiene el interés, la actividad y la satisfacción sexual.

- Si ha llevado una vida sexual abierta y gratificante, suele continuarla.
- Tiene mayor necesidad de afecto y puede presentar mayor exaltación.
- Está condicionada por su propia personalidad.
- Es cuando algunas mujeres dicen haber alcanzado su plenitud sexual.
- Está influida mucho por la actitud y los sentimientos de la pareja.

Desde el punto de vista práctico, señalamos que la actividad sexual coital puede practicarse durante todo el embarazo con las adecuaciones necesarias. Muchos médicos aconsejan suspenderla en el último mes del embarazo por miedo a complicaciones, pero científicamente nada de eso se ha comprobado, en cambio si éstas se presentan, se deben suspender muchas de las actividades cotidianas, no solamente las sexuales, y resolver el problema obstétrico como prioridad.

En cuanto a las posiciones coitales se recomiendan:

- **Durante el primer trimestre:** cualquiera según tolerancia, evitando brusquedad y posiciones gimnásticas.
- **Durante el segundo trimestre:** posición de frente o lateral.
- **Durante el tercer trimestre:** la posición lateral dando la espalda la mujer o bien, la posición del perrito con penetración posterior, favoreciendo la comodidad de la mujer.

Para concluir, debemos aceptar, como ya se ha señalado, que la mujer embarazada no es una persona enferma ni mucho menos discapacitada, quien tiene derecho a ejercer su sexualidad con la finalidad de estrechar los vínculos afectivos, eróticos, amorosos y de apoyo con su pareja y si no tiene información al respecto, deberá recibirla del trabajador de la salud, durante la vigilancia y control del embarazo y esa responsabilidad es éticamente insoslayable.

## **Parto y puerperio**

El **parto** es el mecanismo mediante el cual se logra la expulsión del feto y sus anexos. Es normal o eutócico en el 94% de los casos. Ocurre cuando el embarazo ha llegado a término, entre la semana 37 y la 41. Se le consideran tres períodos:

- **Primer período,** de borramiento y dilatación del cérvix, se inicia al regularizarse las contracciones del útero y termina al completarse la dilatación. Es el de mayor duración que va de 5 a 8 horas, según se trate de una mujer múltipara o nulípara.

- **Segundo período o período expulsivo.** Va desde el momento de dilatación completa del cuello uterino hasta la expulsión del feto. No debe durar más de hora y media en la primigesta y de una hora en la multigesta.
- **Tercer período o de alumbramiento,** en el que se expulsa la placenta y los anexos ovulares y puede realizarse por dos mecanismos: con sangrado precediendo o acompañando a la expulsión de la placenta (Duncan) o el sangrado se presenta a continuación de la salida de la placenta (Schultz).

A lo largo del embarazo el útero presenta contracciones que son irregulares y poco intensas llamadas de Braxton-Hicks y durante los primeros meses pueden pasar desapercibidas. Cerca del término, las contracciones se van haciendo más frecuentes e intensas hasta el establecimiento de trabajo de parto en que se vuelven efectivas por inducir modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) y tienen como características las siguientes: ser intensas (“dolores de parto”), con duración promedio de 45 minutos y tener una frecuencia de 3 en 10 minutos.

Para explicar el inicio del trabajo de parto, hay varias teorías, lo que significa que ninguna lo hace a cabalidad, y se mencionan algunas:

- Descenso de los niveles de progesterona con síntesis de precursores de prostaglandinas.
- Aumento del cortisol de origen fetal.
- Elevación de la ocitocina materna y fetal y aumento progresivo de la sensibilidad uterina.
- Incremento de la concentración de prostaglandinas que precede al inicio del trabajo de parto.
- El nivel máximo de estrógenos en el embarazo de término, favorece la sensibilidad del miometrio a la acción de los ocitócicos.

Al parecer, interactúan todos los factores mencionados y algunos más, como pueden ser los estímulos psicológicos y sensoriales en una estrecha coordinación entre los sistemas nervioso y endócrino tanto maternos como fetales.

Durante el parto y a medida que avanza el borramiento y la dilatación del cuello uterino, la presentación del producto, la parte que se aboca a la pelvis que puede ser la cabeza (lo más frecuente) o la pelvis (menos frecuente), va descendiendo siguiendo un mecanismo específico en cada caso, siendo recomendable que se revise en un libro de obstetricia actualizado. Una vez que la presentación abomba el periné y lo presiona, para evitar su desgarramiento, es conveniente practicar episiotomía (corte quirúrgico medio o medio-lateral a partir de la horquilla vulvar)



que debe ser suficiente, operación sencilla de realizar, fácil de reparar y protectora de los tejidos maternos.

Durante este trance, la madre puede experimentar temores parecidos a los que la inquietaron durante el embarazo como puede ser: miedo a morir, temor a que se muera el feto, imposibilidad del nacimiento por vía vaginal, etc. En esa situación, el aspecto sexual pasa a un segundo plano, aunque se menciona que algunas mujeres pueden sentir excitación sexual, incluso orgasmos inducidos por la vasocongestión pélvica y la presión ejercida sobre los genitales por la presentación del producto. En esta etapa es muy conveniente involucrar al compañero y permitirle que viva junto a su pareja la experiencia. Esto puede servir de aliento y protección a la parturienta y hacer que sienta mayor seguridad. También la actitud comedida y amorosa de su pareja puede ser un factor muy especial en la mayor integración de los dos por lo especial del momento.

Al terminar el alumbramiento se inicia el **puerperio** que también se divide en etapas:

- **Puerperio inmediato**, las primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio mediato**, la primera semana.
- **Puerperio tardío**, de la segunda a la sexta semana.

En él ocurren contracciones uterinas menos dolorosas (entuetos) y van espaciándose. El sangrado transvaginal o loquios, disminuye conforme pasa el tiempo; se hace serohemático en la segunda semana y seroso amarillento en la tercera semana. El útero disminuye su tamaño hasta casi recuperar el que tenía antes del embarazo. Se establece la lactancia que debe iniciarse en forma temprana y bien establecida condiciona la amenorrea propia de la época y se utiliza como método anticonceptivo por la anovulación que condiciona durante los primeros meses. Desde el punto de vista práctico, después de los dos meses de puerperio es conveniente utilizar un método anticonceptivo seguro.

El manejo médico del puerperio incluye en general:

- Vigilar loquios con el fin de detectar sangrado patológico.
- Prescribir ergonovínicos para mantener el útero contraído.
- Analgésico en caso de dolor.
- Vigilar inicio de diuresis a las 8 horas máximo.
- Toma de signos vitales cada 4 horas.
- Con evolución normal, alta de la paciente dentro de la 24 horas de post-parto.

Se aconseja una consulta médica a la semana siguiente del parto, y otra más a la quinta semana, con el fin de diagnosticar la recuperación total de la madre. En esta etapa, en la esfera sexual, pueden surgir muchas dudas que es necesario despejar con información correcta.

Es cierto que en los días que siguen al parto, la mujer se encuentra indispuesta para reanudar de inmediato o al menos pensar en la cópula, incluso se habla de un estado de relativa depresión puerperal, sin embargo, y aquí se pone en juego la habilidad y el conocimiento de la pareja, si no es posible el coito, existen otros sustitutos sexuales de los cuales echar mano, con los que se pueden superar deficiencias y limitaciones temporales, como el sexo oral o la masturbación.

El momento para reiniciar el coito es muy variable según la pareja. El médico, de manera tradicional, recomienda la abstinencia durante cuando menos cuatro semanas posteriores al parto, tiempo que incluye la involución del útero, la suspensión del escurrimiento loquial y la cicatrización de la episiotomía en su caso. Esto es variable pues algunas parejas inician sus relaciones genitales tan temprano como la tercera semana del puerperio, en cambio otras lo hacen más allá de la quinta semana. En realidad, el factor limitante es la madre y el apremiante es la pareja, pues a la ausencia coital preparto, ahora se agrega la del postparto. Hablamos entonces de un período de abstinencia entre 4 y 10 semanas, bastante largo.

Otro aspecto a considerar en este período lo constituye el tiempo de atención que exige el individuo recién nacido cuya crianza de hecho recae en la madre. Esta tarea la cansa y la distrae, y si no se acepta como necesario y agradable puede ser factor de disgusto y rechazo.

Muchas veces existe reticencia por parte del compañero(a) a reiniciar las relaciones sexuales por miedo o ignorancia, desagrado por escurrimiento vaginal, persistencia del olor sui géneris y presencia de estigmas propias del embarazo como la flaccidez abdominal, y otros.

Lo anterior y un largo período de abstinencia, pueden inducir al varón a buscar relaciones extramaritales que no son aconsejables sin protección por la posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual. En cambio existe el recurso del sexo oral y de la masturbación . antes mencionados. Otra opción sería el sexo anal, pero en este caso, se bueno recordar que como secuela del embarazo y del parto puede la mujer presentar várices hemorroidales o hemorroides (almorranas), y como consecuencias, infección, sangrado o dolor.

Podemos concluir que la famosa “cuarentena” de la parturienta privilegiada en tiempos pasados, en la actualidad, de hecho, ninguna pareja la respeta y lo importante es aceptar que estando presente el apremio sexual, este debe

condicionarse a otras necesidades con tal de lograr una satisfacción integral. Es conveniente actuar con inteligencia y sentido común, iniciando la actividad sexual en el puerperio con suavidad y de manera gradual para no cometer errores lamentables.

Otro punto importante es el hecho de que algunas mujeres se sienten avergonzadas por excitarse sexualmente durante la lactancia, a partir de la manipulación del pezón por la boca del recién nacido. Se debe explicar que esa situación es algo normal en la mujer, por ser la mama una zona intensamente erótica a estímulos táctiles de cualquier naturaleza. Incluso, puede tomarse como un recordatorio de que el hijo debe ser atendido, pero que también no se debe olvidar al compañero y paralelamente, olvidarse de su propia vida sexual en aras de la crianza exclusivamente.

# Embarazo

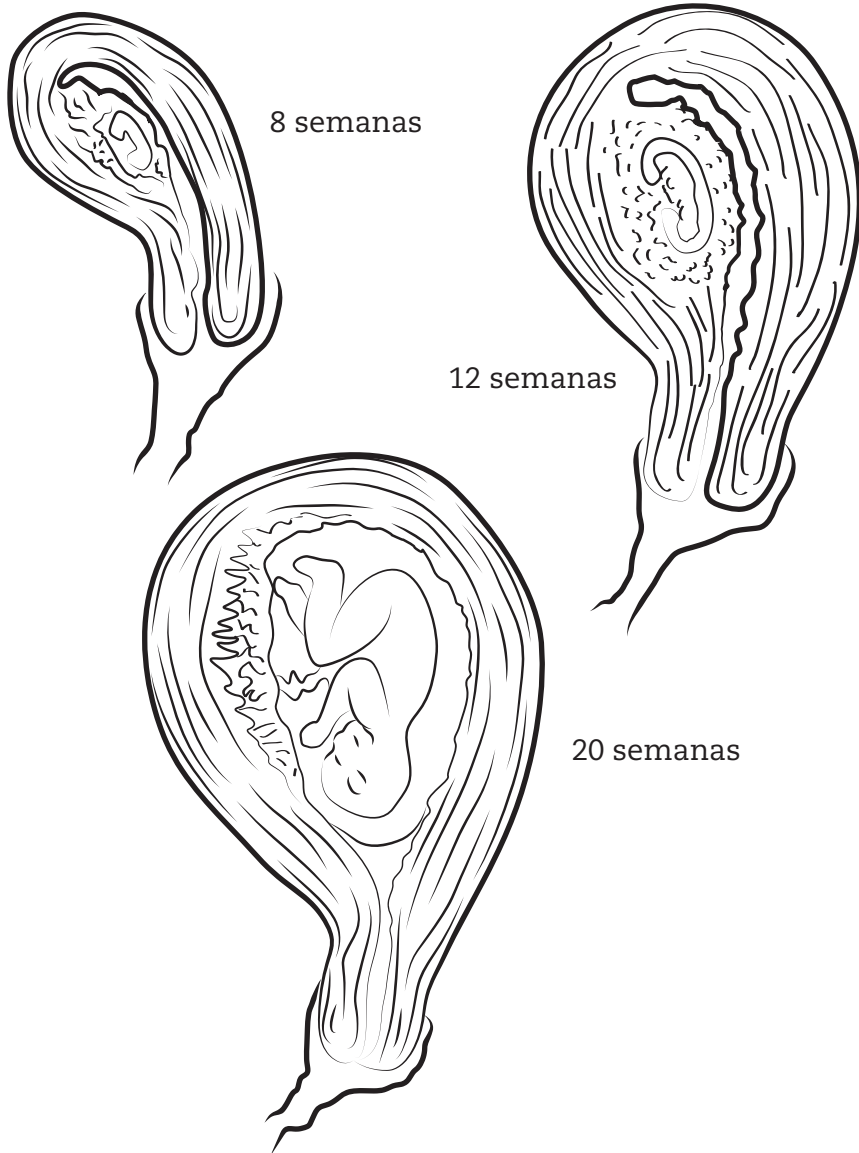


Figura 9.1

# Demografía y aborto

La **demografía** es el estudio de las poblaciones, sus tendencias (creciente o decreciente), sus movimientos, sus ritmos y las causas que subyacen en todo ello.

**Se vincula a la sexualidad en el aspecto reproductivo** de la misma por: la **paternidad responsable**, el **control reproductivo** y la **anticoncepción**.

Para la **transición demográfica**, relacionada con el **crecimiento poblacional**, se distinguen tres fases:

- 1ª Fase: Sociedades con altas tasas de natalidad y mortalidad. Ej. Sociedades primitivas.
- 2ª Fase: Descenso de la mortalidad con natalidad mayor, con el consiguiente aumento poblacional. Ej. África, Asia, Latinoamérica.
- 3ª Fase: Fecundidad y mortalidad estables a niveles bajos, ocurriendo envejecimiento de la población, ej.: EUA y algunos países nórdicos europeos.

Robert T. Malthus (1798), Explica en su *Ensayo sobre el principio de la población*, entre otras cosas, que:

- El crecimiento geométrico de la población y crecimiento aritmético de los alimentos, que puede llevar a la hambruna humana.
- Las desgracias humanas podrían influir sobre el control de la población como son las enfermedades, las guerras, los vicios, etc.
- En 1817 aceptó: “Nada es útil en el control natal”.

En la actualidad existen cerca de 7000 millones de seres humanos en nuestro planeta. Las guerras, las enfermedades, los vicios, como “forma natural” de control poblacional siguen siendo muy limitados.

- 3/4 de la humanidad viven en pobreza o miseria.
- Una mínima parte detenta el poder económico.

En México, a principios del siglo XX, la tasa de crecimiento poblacional era de 1% y tenía 15 millones de habitantes. Al término de la Revolución Mexicana, la población sumaba unos 14 millones de mexicanos.

- Normatividad y fomento del crecimiento poblacional
  - 1936: 1ª. Ley General de Población fue pronatalista.
  - 1947: 2ª. Ley General de Población, también pronatalista.
  - 1974: 3ª. Ley General de Población, antinatalista.
  - En 1970: La población era de 50 millones de mexicanos, con I.C. de 3.5% anual.
  - En 1980: se tuvo un I. C. De 2.1 %.
  - En el año 2000, se llegó a 100 millones de mexicanos con un IC de 1.5%.
  - 48 millones en pobreza. De estos, 20 millones en pobreza extrema.

En el año 2011, se tiene en nuestro país, alrededor de 52 millones de habitantes en pobreza y casi 15 millones en pobreza extrema (CONEVAL).

En Tabasco en el año 2011, tenemos un índice de crecimiento (IC) de 1.36%, con poco más de 2 millones.

Lo lamentable es que tenemos 1,283,100 (57.2%) en pobreza, y 247,300 personas en pobreza extrema (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, CONEVAL).

### Conceptos importantes

- **Paternidad responsable.** Deseo y convicción de engendrar hijos sanos física y mentalmente, útiles a sí mismos y a la humanidad, y debidamente capacitados para la lucha que la vida exige.
- **Planificación familiar.** Consciente y libre determinación de la pareja de procrear el número de hijos que puedan atender, ofreciendo un hogar digno, educación de calidad, desarrollo sano, protección contra el abandono, la miseria, el vicio y las actitudes antisociales, espaciando el advenimiento de ellos de acuerdo a sus intereses.

Razones para la planificación familiar:

- **Demográficas:** Ocurría el fenómeno denominado “explosión demográfica”, o sea, el crecimiento desmedido de la población, hoy por fortuna, bajo control.

- **Socio-económicas:** Presupuestos insuficientes para la cobertura de la demanda pública de bienestar. Hace unos decenios se decía: “donde comen tres, comen seis”. En la actualidad, donde comen dos, con dificultad comen tres.
- **De salud pública:** Imposibilidad de cumplir a cabalidad con el derecho constitucional a la salud de los mexicanos, por falta de recursos económicos.

## Aborto

Algunos datos históricos.

1. El Código de Hammurabi, el Talmud y la Biblia: ignoran la existencia de vida en el embrión, pues no se tenían elementos de ningún tipo para saberlo.
2. Desde tiempos remotos, la humanidad ha recurrido a prácticas abortivas.
3. En todas las civilizaciones antiguas: china, japonesa, griega, romana, azteca, maya, etc., se tiene noticias de tales prácticas.
4. Platón señala el aborto y el infanticidio como métodos de control demográfico.
5. Aristóteles predomina con la teoría de hilomorfismo: no hay alma hasta que el cuerpo tiene forma. En el varón a los 40 días y en la mujer a los 60 días.
6. Tomás de Aquino, retoma la idea aristotélica como “animación retardada”.
7. La Iglesia Católica acepta esa idea en el Concilio de Viena (1312).
8. La Iglesia en el siglo XIV, acepta la preformación. En el siglo XIX consideró la epigénesis como explicación verdadera: el alma está presente desde la fecundación, con el posterior desarrollo.
9. El papa Pío IX, en 1869, declaró la práctica del aborto como pecado grave con pena de excomunión, y esa es la actual postura de la Iglesia. Según lo establecen, la defensa de la vida desde el momento de la fecundación (concepción). Es decir, de la vida del embrión, no de la madre. Desde entonces la práctica del aborto ha sido estigmatizada e incluso, criminalizada.

Sin embargo, son muchos los países que han legalizado el aborto bajo ciertas reglas y en ellos se incluyen muchos de Europa, varios estados de la Unión Americana y algunos países asiáticos

En nuestro país estaba parcialmente legalizado, antes de lo sucedido en el 2010, cuando por motivos políticos se dio marcha atrás y se suprimieron las causales de aborto legal en 18 estados. En contraparte, en el D. F se estableció la legalización del aborto electivo, siendo un avance formidable en beneficio de las mujeres de dicha entidad, según veremos más adelante.

Una opinión emitida por Luisa María Leal en 1980 sigue siendo válida: “En México, las mujeres no mueren por abortos practicados en el ‘mercado negro’ (en la clandestinidad) sino que, además, quedan lesionadas en sus capacidades reproductiva, sexual y psíquica...”.

### **El aborto como problema social en México y la mayoría de los países**

- Cientos de miles de mujeres en nuestro país recurren al aborto inducido, la inmensa mayoría en condiciones sépticas, por ser personas de escasos recursos económicos.
- Muchos cientos de mujeres mueren al año en México a consecuencias del mismo, y esta terrible situación de desventaja en que se coloca a la mujer a muy pocos importa, y las autoridades la soslayan, con las devastadoras consecuencias mencionadas.
- En realidad, la discusión en torno al aborto en la actualidad está polarizada entre los grupos conservadores (religiosos en su mayoría) que dan prioridad a los derechos del embrión sin ser persona aún, y los grupos liberales, quienes privilegian el bienestar de la mujer como persona con capacidad de decisión y derecho a que se le tome en cuenta.

### **Perfil de la mujer que aborta:**

- Casadas o en unión libre: 65%
- Madres de más de 3 hijos: 70%.
- Bajo nivel educativo: 58%
- Ingreso económico bajo: 76%
- Amas de casa: 49%

En general, la mujer ve el aborto como un último recurso ante un embarazo no deseado.



## **El aborto en el mundo**

- Se practican 150 000 abortos por día o más (OMS, 1993).
- El 50% de ellos en condiciones antihigiénicas y por personal no entrenado.
- 500 mujeres mueren diariamente por complicaciones.
- 200,000 mujeres anualmente en los países subdesarrollados.
- La inversión en tratamientos médicos y de rehabilitación es enorme.

## **El aborto en México**

No hay datos confiables, sin embargo se habla de entre 600 000 y 1 millón de abortos inducidos según algunas ONG, la mayor parte en condiciones deplorables.

- Muchos cientos de mexicanas (jóvenes y adolescentes sobre todo), mueren anualmente por las complicaciones del aborto séptico.
- Es la 3ª o 4ª causa de mortalidad materna.
- El problema del aborto en México es similar en toda Latinoamérica: escaso uso de anticonceptivos seguros; recurso no usado por carencias económicas; no es problema para las élites económicas por su capacidad de compra del servicio, lo que habla de privilegio e injusticia social (Mateos, M, 1980). Esta situación hoy en día es relativa.

Entre sus causas más frecuentes, destacan las siguientes (Garza, F. J.):

- La pareja no acepta casarse: 21%
- Motivos económicos: 18%
- Embarazo no deseado: 15%
- Tener demasiados hijos: 10%
- Ser muy joven para embarazarse: 10%

## **El aborto legal**

Se considera como tal aquél autorizado por la legislación vigente en el estado o la federación, por ende las indicaciones son muy diversas como:

- Electivo.
- En caso de violación.
- Cuando de no provocarse el aborto, corre peligro de muerte la mujer.

- Por imprudencia de la embarazada.
- Eugenésico (algunos estados), por presencia de defectos congénitos o genéticos diagnosticables en las semanas iniciales del embarazo por medio de ultrasonido.
- Grave daño a la salud (algunos códigos penales)
- Inseminación no deseada (algunos códigos)
- Económicos-sociales (solamente en Yucatán)

En Tabasco se permite por tres causas: en caso de **violación**; el **imprudencial**, y **cuando el embarazo ponga en peligro la vida de la mujer**. Afortunadamente, no se ha modificado.

En cuanto al **aborto electivo**, en nuestro país sólo está permitido en el Distrito Federal. En esta entidad federativa, la reforma al Código Penal permite la interrupción del embarazo antes de la 12ª semana de evolución, según el Segundo Párrafo del Artículo 16 Bis 18: “El Gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensa, políticas integrales tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, mediante la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las ITS y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente los niños, los adolescentes y los jóvenes”.

Sin embargo, la constitucionalidad de ésta Ley y a petición de la Procuraduría General de la República y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (¿?), se puso a discusión en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a pesar de haber sido votada y aprobada por la Asamblea de Representantes del D. F., autoridad legítima y democrática. Afortunadamente, la SCJN dio fallo favorable a la ley.

Debemos señalar que la Ley no es impositiva y antes de realizar el procedimiento, se le ofrece a la mujer amplia información al respecto, teniendo la opción de renunciar a él si de último momento así lo decide y varios miles lo han hecho. Desde luego, hay aceptación en proporción de 3 por 1 que se niega, después de la información previa.

Por otra parte, las ventajas del procedimiento legal son muchas y la que consideramos toral es la disminución de la morbi-mortalidad materna

Como dice M. Lamas (2003): “El derecho al aborto es una aspiración relativa a la libertad y la autonomía de las mujeres. El machismo cultural y el autoritarismo

político de amplios sectores del país son serios obstáculos para lograr hacer realidad esa aspiración (fuera del D. F.)”.

Podemos concluir que ese logro en el D. F. **se trata de un gran avance a favor de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer**, y en la otra cara de la moneda, constatar el desafortunado retroceso dado en la legislación de 18 estados de nuestro país, en donde se abolieron todas las causales del aborto legal como si del siglo XX se hubiera pasado al siglo XIX y no al XXI, por motivos puramente políticos y presiones de origen religioso en un estado laico.

Asimismo, como bien señala el Dr. Jesús Zamora Pierce, Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias Penales, A. C. (1999), “nuestra legislación es hipócrita e irracional”.

Para cerrar este apartado tomamos el título del libro de Adriana Ortiz-Ortega, por elocuente: *Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal?* (EDAMEX y Population Council).

### **Aborto (aspectos clínicos)**

El **aborto**, como tal, es la expulsión del producto y sus anexos antes de la 22ª semana de gestación, cuando tiene un peso de 500g, o menos. Se clasifica en:

- **Espontáneo** (sin intervencionismos, natural): Alrededor de 15%
- **Inducido**: (Hay intervención de algún tipo): El porcentaje es desconocido.
- **Aborto previo a la implantación**: Su porcentaje es difícil de calcular, caracterizado por un pequeño retraso menstrual en general.

Su etiología se manifiesta por:

- **Infecciones**: por, toxoplasma gondii, listeria monocitógenes, virus, etc.
- **Malformaciones** genéticas o congénitas tanto del producto y sus anexos como de la madre.
- **Alteraciones** metabólicas y/o nutricionales, tóxicos ambientales diversos.
- **Insuficiencia** ístmico-cervical, por debilidad traumática, genética, etc.
- **Patología inmunológica**, en la que se insiste cada vez más como causa frecuente por los hallazgos de anticuerpos específicos.
- **Traumas**: golpes, caídas, accidente automovilístico, etc.
- **Psicológica**, no del todo aceptada, en casos de patología psiquiátrica.

Su evolución puede explicarse según los siguientes pasos:

- Amenaza de aborto, caracterizada por: amenorrea, malestar abdominal, sangrado transvaginal escaso, no habiendo modificaciones cervicales.
- Aborto en evolución: Hay dolor abdominal cólico franco, sangrado vaginal intenso y modificaciones cervicales marcadas.
- Aborto inevitable, con abundante sangrado vaginal o ruptura de membranas y dilatación cervical.
- Aborto completo, en las primeras 6 semanas o a partir de la semana 13. Se ha expulsado el contenido uterino.
- Aborto incompleto: infectado o no, hay retención de restos embrionarios, el dolor ha cedido en intensidad, lo mismo el sangrado. En caso de infección, fiebre.
- Aborto habitual, en caso de 2 o 3 abortos consecutivos.
- Aborto diferido, con retención de los productos del aborto, incluso puede ocurrir momificación del producto.

Hay que señalar que existen varios tipos de aborto inducido:

- **Electivo**, a petición
- **Legal**, autorizado por la Ley.
- **Ilegal**, practicado sin autorización de ningún tipo.
- **Médico** o terapéutico.

En cuanto a su tratamiento médico, hay diversas recomendaciones: Para la amenaza de aborto, solamente reposo y analgésico. Para las etapas siguientes:

- Legrado o aspiración endouterina.
- Antibioticoterapia.
- Hidratación.
- Transfusión de sangre en su caso.

En caso de presentarse puerperio postaborto, es recomendable:

- Vigilar sangrado transvaginal y diuresis.
- Analgésico.
- Ambulación temprana.
- Discutir anticoncepción.

# Anticoncepción

La **anticoncepción humana** es una moderna tecnología de apoyo a la planificación familiar (Ver Demografía y aborto). Son muchos los recursos con que se cuenta en la actualidad, desde métodos muy antiguos hasta los más recientes y sofisticados. Desafortunadamente, en su mayoría tienen como objetivo el control reproductivo en la mujer, cuando la responsabilidad debería de ser compartida con la pareja dado que para que ocurra un embarazo, es necesaria la fecundación, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide.

La finalidad de la anticoncepción es pues, evitar el embarazo no deseado o no planeado y sus consecuencias que en ocasiones son devastadores para la mujer, la pareja e incluso, el núcleo familiar como: decisión por el aborto, las complicaciones en su caso, pérdida de la capacidad económica, pérdida laboral, mayor responsabilidad con un hijo más, abandono educativo, decepción personal, culpa, desesperación, pudiéndose llegar al suicidio.

En México, a partir de 1974 se abrió el uso de anticonceptivos, sin embargo, CONAPO reporta al 2009 estas cifras: Mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo: 98%. Mujeres que usaron anticonceptivo en su primera relación coital: 19.9%. Mujeres que usan anticonceptivos: Unidas: 57.2%; alguna vez unidas: 8.2%; solteras: 34.6. Todos los datos anteriores para mujeres de 15 a 49 años de edad. Esto habla de que a pesar del conocimiento, el uso y la adherencia es todavía baja. Como dato comparativo, en E. U. según el Alan Guttmacher Institute (Cron, J., y cols., 2005), el 64% de más de 60 millones de mujeres entre 15 y 44 años, usan algún método anticonceptivo.

Tradicionalmente, los métodos anticonceptivos se han clasificados en **temporales** y **definitivos**. Estos, a su vez, se subdividen como se señala a continuación:

### Temporales

- Naturales
- Químicos

- De barrera
- Hormonales
- Dispositivo Intra Uterino (DIU)

### Definitivos

- Salpingoclasia
- Vasectomía
- Histerectomía
- Orquidectomía bilateral

Hay que señalar también la existencia de la **anticoncepción de emergencia (AE)**, que puede ser hormonal o con aplicación de DIU.

De manera resumida nos vamos a referir a cada de las mencionadas subdivisiones.

### Métodos conceptivos temporales

#### a) Naturales

**Toma de la temperatura basal.** Consiste en que la mujer ha de tomarse la temperatura inmediatamente al despertarse, colándose el extremo del mercurio del termómetro debajo de la lengua durante 5 minutos. Retirlo y leer la temperatura fijándose en las décimas de grado (por ej. 36.6o C.) e inmediatamente debe anotarla. Al final del ciclo menstrual se hace una gráfica con las cifras obtenidas. Esta será bifásica o de escalón en ciclos ovulatorios, y la ovulación ocurre en el quiebre de la línea de unión. Alrededor de esa fecha se evitara las R. S. Se harán tomas de cuando menos 3 ciclos.

Ventajas:

- Fácil de practicar.
- Bajo costo.

Desventajas:

- Inseguro.
- Poca adherencia.
- La temperatura puede variar por diversos factores.

- La lectura puede ser errónea.

**Método del ritmo.** Se basa en evitar las R. S., durante los días fértiles de la mujer, 8 días alrededor de la ovulación, que ocurre en ciclo de 28 días, el día 14, contando como primer día del ciclo, el primer día de la menstruación pasada. Más exactamente se calculan los días fértiles, restando 18 días al ciclo más corto, obteniéndose el día de inicio de RS, y 10 días al más largo, y se tiene el último día seguro de RS, considerando el registro de los últimos 12 ciclos (Registro según Ogino-Knaus).

Ventajas:

- Sencillo de practicar.
- No cuesta.
- Es recurso en caso de intolerancia a otros métodos.

Desventajas:

- Poco seguro.
- Para mujeres de ciclo menstrual regular.
- Dificultad en el cálculo de los días fértiles.

**Coito interrumpido.** Consiste en el retiro del pene de la vagina, antes de la eyaculación y la expulsión del semen afuera.

Ventajas:

- Sencilla la práctica.
- No cuesta.

Desventajas:

- Poco seguro. Puede ocurrir embarazo por presencia de espermatozoides en la secreción preeyaculatoria.
- Dificultad para realizarlo.
- Poco aceptado por ser frustrante para el varón.

**Método de Billings.** En éste, la mujer debe introducirse en la vagina (o su pareja), dos dedos hasta alcanzar el cuello de la matriz y obtener moco cervical, valorando

sus características. Previo a la ovulación el moco es abundante, filante (hace hilos hasta 13-15 cm de longitud al separar los dedos) y transparente. Este método junto con la abstinencia, es favorecido por la Iglesia Católica.

Ventajas:

- Aceptación por religiosidad.
- No hay costo.
- Puede incluirse como parte del juego sexual previo

Desventajas:

- Inseguro.
- Incómodo para la pareja.
- Difícil la interpretación.
- Pobre aceptación.

## **b) Químicos**

Contienen un espermaticida, son poco seguros, pero pueden complementar otros métodos anticonceptivos para aumentar su eficacia, por ejemplo, los de barrera. Se presentan en jalea, espuma, crema, espray, óvulos. Cuestan y pueden inducir molestias locales.

## **c) De barrera**

### **Capuchón cervical y Diafragma**

Ventajas

- Bajo costo.
- Aumenta seguridad agregándoles un espermaticida.

Desventajas:

- Poco seguros.
- Incómoda aplicación.
- Poco solicitados.



**Condón masculino.** Funda de látex adaptable al pene. Se aplica al lograr la erección. Se expenden en sobres que se abren a partir de muescas laterales y sin rasgarlo. Es importante fijarse en la fecha de caducidad a la que en climas trópico-húmedos se le restan seis meses. Se debe usar uno por cada coito. Asimismo, se debe retirar el pene antes de perder totalmente la erección y sólo entonces quitar el condón. El uso de un espermaticida aumenta su seguridad. En el comercio se oferta una gran variedad: de colores, sabores, formas, fluorescentes, etc.

Ventajas:

- Muy seguro con aplicación y uso correcto.
- Bajo costo.
- Disponible ampliamente.
- Sencillo de aplicar.
- Favorece la inclusión del varón.
- Protege contra algunas ITS.

Desventajas:

- Sensibilidad al látex.
- Puede romperse o resbalarse y haber contaminación de la vagina con el semen.
- Hay quien lo siente como una barrera real entre la pareja.
- Algunos varones señalan disminución del placer en la RS.
- Vulnerable a aceites lubricantes. Usar solamente lubricantes de base hídrica.

**Condón femenino.** Saco de poliuretano que se adapta a la profundidad de la vagina con dos anillos, uno interno, dentro del cilindro, suelto, adaptable a los fondos de saco, y otro fijo en el extremo externo que se adosa a la vulva. Su aplicación es más difícil, pero es una buena oportunidad de la mujer. El uso de un espermaticida aumenta la seguridad del condón.

Ventajas:

- Es recurso anticonceptivo de la mujer.
- Buena seguridad si se siguen las indicaciones correspondientes.
- Tolerancia alta.

- No modifica la fisiología normal femenina.
- Se puede aplicar varias horas antes de la R. S., e integrarse como parte del erotismo.
- Los lubricantes a base de aceites no lo afectan.
- No se retira antes de la pérdida de la erección.

Desventajas:

- Más costoso.
- Difícil aplicación
- El modelo es único aunque lo promuevan varias marcas comerciales (The female condom, Femy, etc.).
- Puede resbalarse.
- No tiene mucha aceptación.

#### d) Hormonales

Mediante sus diferentes mecanismos de acción, inhiben la ovulación y/o modifican las características del endometrio y del moco cervical. Los hay de varios tipos:

**Combinados.** Contienen en la misma gragea un estrógeno (estradiol o etinilestradiol en dosis variables, de 20 a 50 mcg.), y un progestágeno (levonorgestrel, gestodeno, drospirenona, etc.), conteniendo el sobre 21 grageas. Se inicia la toma el 1º. o el 5º. día del ciclo según la presentación.

**Secuenciales.** Las primeras 10 grageas no contienen progestágeno, con la intención de remedar los cambios hormonales del ciclo normal.

**Trifásicos.** Las grageas contienen tanto el estrógeno como el progestágeno, pero variando la dosis-relación en tres momentos del ciclo (por ejemplo, 6, 5 y 10 grageas, con cambio de color de un grupo a otro), con el fin también de semejar los cambios que se pueden observar en un ciclo normal.

**Parenteral.** Contienen el estrógeno y el progestágeno para una sola aplicación IM entre el 7º. Y el 9º, día del ciclo, contando como primer día, el de inicio de la menstruación.

**Parche dérmico.** Contiene estrógeno y progestágeno. Se aplica en la piel sana un parche semanal durante 3 semanas y se descansa una cuarta, presentándose el sangrado transvaginal.

**Solamente con progestágeno oral o parenteral,** siendo los más utilizados, levonorgestrel, desogestrel, medroxiprogesterona. Por vía oral, la toma es continua. Por vía parenteral, la aplicación se hace cada 12 semanas. Están indicados en el puerperio.

**Implante subdérmico.** Contiene etonorgestrel de liberación lenta y se aplica en la cara interna del brazo menos útil. Es de larga duración su acción (hasta 5 años). Su costo es relativamente elevado.

Ventajas:

- Muy seguros.
- Costo bajo.
- Fáciles de tolerar.
- Para uso de cualquier mujer sana.
- Regulan los ciclos menstruales.
- Pueden suprimir los cólicos menstruales.
- No interfieren las RS.
- Suspendido el anticonceptivo, se recupera casi de inmediato la capacidad reproductiva.

Desventajas:

- Puede dar molestias secundarias como: náuseas, vómitos, nerviosismo, mastalgia, cefalea, aumento de peso, etc.
- Intolerancia.
- Baja adherencia.
- Necesaria vigilancia médica.

Contraindicados en casos de antecedentes tromboembólicos, trombosis venosa, hipertensión arterial no controlada, diabetes con compromiso vascular, presencia de neoplasias malignas, mujeres fumadoras, diagnóstico de embarazo, en general.

## **e) Dispositivo intrauterino (DIU)**

Es un aditamento de plástico en forma de T al que se le pueden adicionar cobre o un progestágeno de liberación lenta. Evita el ascenso de los espermatozoides por el tracto genital femenino o los inactiva. La aplicación se hace en consultorio con rigurosa antisepsia. Es de muy alta efectividad junto con los hormonales, es decir, muy seguro. Los DIU activos de última generación pueden durar colocados hasta 8 años.

Ventajas:

- Cómodo y contra olvidos.
- No interfiere con las R.S. Si hay molestias por las colas en vagina, se pueden cortar y hundirse en el endocérvix.
- La fertilidad se recupera rápidamente una vez que se retira.

Desventajas:

- Costo relativamente alto.
- Inserción por personal entrenado.
- Sangrado intermenstrual ocasional.
- Dolor cólico transmenstrual las siguientes 3 a 5 menstruaciones.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Posibilidad de EPI. No se aconseja para mujeres sin embarazo previo.
- Mayor frecuencia de embarazo ectópico.
- Expulsión.

## **Métodos anticonceptivos definitivos**

### **a) Salpingoclasia**

Consiste en ligar y cortar las Trompas de Falopio accediendo a cavidad pélvica por microincisión de pared abdominal periumbilical o suprapúbica, o bien, por vía vaginal, la menos utilizada. Requiere hacerse en un quirófano y por personal entrenado.

Ventajas:

- Muy seguro.
- Esterilidad permanente.

- No interfiere las R. S. de la pareja.
- No modifica el ritmo menstrual.

Desventajas:

- Alto costo.
- Ocasionalmente complicaciones (infección de herida quirúrgica, recanalización).
- Arrepentimiento en el futuro: debe solicitarse amplia información.

### **b) Vasectomía o deferentoclasia**

Se practica una mini incisión bilateral en la base del escroto que no requiere sutura; se identifica el conducto deferente; se liga, se corta y se cauterizan los extremos. Se practica en el consultorio.

Ventajas:

- Muy seguro.
- No interfiere las relaciones sexuales.
- Intervención quirúrgica sencilla.
- Esterilidad permanente.

Desventajas:

- Costo relativamente alto.
- Muy ocasionales complicaciones.
- Condicionamiento del varón por mitos y prejuicios
- Puede modificar la eroticidad negativamente del varón por ignorancia.
- Necesario usar otro método anticonceptivo hasta comprobar ausencia de espermatozoides.

### **c) Histerectomía y orquidectomía**

Se trata, respectivamente, de la extirpación del útero y la extirpación de los testículos; se practican cuando existe patología presente. No son métodos de uso regular.

#### **d) Anticoncepción de emergencia (AE)**

Es lo que popularmente se conoce como “la píldora del día siguiente”. Aceptada en la NOM desde 2004. Contiene levonorgestrel en presentación de dos pastillas (cada una con 0.75 mg.) o de una sola con 1.5 mg., que se deben tomar dentro de las 72 hs., después de la R. S. Mayor eficacia tiene si la toma se hace más prontamente después del coito. Algunos nombres comerciales: Postday, Postinor.

Ventajas:

- Es seguro con la salvedad mencionada.
- Bajo costo.
- Buena opción para la mujer.
- Conveniente en casos de coito imprevisto sin protección, falla del condón, violación.
- Si ya existe embarazo, no es abortiva.

Desventajas:

- Molestias secundarias: náuseas, cefalea, mastalgia, etc.
- No se recomienda para uso regular por el sangrado que induce.
- Menor seguridad que otros métodos hormonales.
- Si hay expulsión de la pastilla por vómito, repetir la dosis.

## **Temporales**

- Naturales
  - Toma de la temperatura basal
  - Método del ritmo
  - Método de Billings
- Químicos
- De barrera
  - Capuchón cervical y Diafragma
  - Condón masculino
  - Condón femenino
- Hormonales
  - Combinados
  - Secuenciales
  - Trifásicos
  - Parenteral
  - Parche dérmico
  - Solamente con progestágeno oral o parenteral
  - Implante subdérmico
- Dispositivo intra uterino (DIU)

## **Definitivos**

- Salpingoclasia
- Vasectomía o deferentoclasia
- Histerectomía
- Orquidectomía bilateral

Figura 11.1

Como corolario, un dato: En Estados Unidos se ha documentado que el acceso a la AE previno 51,000 abortos en el 2001, y se estima que redujo 43% el número de embarazos interrumpidos de 1994 a 2000 (Cruz, A. *La Jornada*, 23-I-04).

Una consideración importante es la referente al concepto de “sexo seguro”, que tiene que ver con la metodología anticonceptiva pero también con las infecciones de transmisión sexual, y que es necesario tomar en cuenta, pues con la liberación sexual de los jóvenes, se ha observado un incremento de los embarazos no deseados, sobre todo en adolescentes, y un aumento de los casos de ITS, que se pudieran considerar situaciones negativas del pasado. En ésta se señala que hay maneras de evitar que ocurran, y por ello mismo nuestra insistencia. Incluye, entre otros postulados, los siguientes:

- Evite los coitos imprevistos o con personas desconocidas. En el caso de realizarlo use preservativo masculino o femenino.
- No tome contacto con fluidos como semen, sangre.
- Lávese bien con agua y jabón antes y después del coito.
- La misma indicación para su pareja aunque insista en su pulcritud personal.
- Si sabe de posibles encuentros sexuales en el futuro inmediato, no olvidar tener a la mano el condón.
- El coito anal es de alto riesgo en especial entre varones, por lo que exige protección.
- El sexo oral puede ser peligroso cuando se acompaña de lesiones en piel o mucosas.
- Incluso con la pareja estable puede ser necesario el sexo seguro.
- La abstinencia y la monogamia, son aceptadas como seguras y convenientes aún por la religión.
- La masturbación o erotización personal no provoca estos problemas.





Condón masculino (aplicado y libre). Condón femenino.

Figura 11.2



Anticonceptivos hormonales en diversas presentaciones.

Figura 11.3



# Patología orgánica y sexualidad

Ya se mencionó que la respuesta sexual (RS), puede verse modificada no solamente por factores psicológicos y socioculturales, sino también por patología orgánica muy diversa, que pueden afectarla negativamente. También pueden impactar la interacción y la satisfacción de la relación de pareja.

Síntomas vitales como el dolor, cuya causa puede ser una simple caries dental o una cefalea inducida por cambios transitorios de la presión arterial, son especialmente dañinos en la esfera sexual. Esto lo podemos comprobar al observar a una pareja sentada en una banca de cualquier parque u ocupando una mesa de alguna cafetería. Están en amena plática, o más bien, ensoñando, sin sentir el transcurrir del tiempo. Las horas pasan y continúan extasiados con su interminable rollo. Se cuentan sus cosas tomados de la mano o no, acercando sus rostros, incluso, besándose en ocasiones, sonriendo con alegría y espontaneidad, hasta que uno de los dos siente como un intempestivo relámpago en su despejado firmamento, un dolor de cabeza brusco y torturante que lo alcanza. En ese momento pierde el encantamiento, vuelve a la realidad y se olvida del romanticismo. Se disculpa y corre en busca de ayuda para yugular la desagradable molestia. Esta situación es real y ocurre con alguna frecuencia e incluso muchos de nosotros la hemos vivido. Desde luego, una vez logrado el alivio del agudo síntoma, se recupera o puede recuperarse el trance amoroso.

Además de las enfermedades en sí como condicionantes de la expresión sexual, los remedios o medicamentos utilizados o prescritos con el fin de tratarlas, también pueden ser lesivos para ella, y esto los trabajadores de la salud deben tenerlo muy presente al indicarlos, informando a los pacientes de los efectos secundarios que pueden inducir, así como prescribir aquellos similares que menos daños ocasionen en la esfera sexual.

Es conveniente recordar que el ser humano, tal y como se ha definido, es un unidad bio-psico-social, de tal forma que si la enfermedad orgánica lo impacta, necesariamente resultan afectadas las otras dos áreas en mayor o menor medida. Puede suceder incluso que el daño orgánico sea leve, pero se puede intensificar por la angustia, la ansiedad, el temor o el sufrimiento psicológico agregado.

En ocasiones, la emoción, la duda, el miedo, pueden exigir intensa intervención de ayuda y el tratamiento puramente médico ser tangencial, que desde luego, no es de soslayar, pues ambos tipos de terapia deben prescribirse para lograr una recuperación de la salud sexual integral.

Por esa razón, aún en los casos en que el diagnóstico establezca como principal causa de la disfunción sexual la orgánica, el **apoyo psicoterapéutico** estará bien indicado con el fin de lograr una más pronto y eficaz regreso al estado de salud del paciente (o de los pacientes).

Muchas patologías orgánicas son capaces de modificar negativamente la manifestación sexual de los seres humanos y entre las más frecuentes podemos mencionar la **diabetes mellitus**, el **cáncer**, la **hipertensión arterial**, la **enfermedad coronaria**, la **artritis**, **enfermedades crónico-degenerativas** y otras más, que impactan sobre todo a las personas mayores o de la tercera edad.

No cae en el ámbito de nuestras anotaciones hacer una descripción de cada una de las patologías mencionadas, pero sí señalar algunas modificaciones que inducen en relación con la RS tanto en hombres como en mujeres, y también anotar lineamientos generales de tipo preventivo, muy importantes con el fin de disminuir sus efectos secundarios y hacer diagnósticos tempranos.

La **diabetes mellitus** es una enfermedad endocrinológica de etiología multifactorial, caracterizada por falla pancreática con disminución de la síntesis de insulina y el correspondiente trastorno en el metabolismo de los carbohidratos y general. Se describen varias etapas en su evolución: **pre-diabetes**, término acuñado en relación con la mujer gestante, que designa a personas hijos de padres diabéticos, obesas, mujeres que han presentado problemas durante el embarazo como abortos repetidos, fetos con malformaciones congénitas, macrosómicos, óbitos fetales, etc.

**Diabetes química**, cuando se encuentran modificaciones patológicas de la concentración de glucosa en sangre. En general, sin síntomas o signos definidos.

**Diabetes clínica**, cuando la persona ya presenta signos y síntomas de la patología.

**Diabetes gestacional**, cuando se presenta la patología después de la semana 20 del embarazo.

Se consideran en general dos tipos: **I, temprana o juvenil**, y **II, tardía o de la edad madura**. La evolución depende de la persona afectada, de los cuidados higiénico-dietéticos y del control médico.

Es clásica la **triada sintomática** en su fisiopatología: poliuria, polifagia y polidipsia, con la presencia de angiopatía y neuropatía generalizada, que afecta en mayor medida la función de los vasos y nervios más distantes y pequeños. Por esto, la enfermedad puede dañar globalmente la RS, pero de manera inicial, afectar la

segunda fase de la misma en hombres (disfunción eréctil) y en la mujer, aunque con menos frecuencia, la lubricación vaginal. También en ella se presenta inhibición del deseo, o bien, anorgasmia. Incluso, los jóvenes diabéticos pueden consultar por disfunción eréctil como única manifestación de la patología.

La **hipertensión arterial** es un padecimiento sistémico crónico cada vez más frecuente, considerándose tal cuando la cifra de la presión sistólica se sitúa arriba de 140 mmHg, y la cifra de la presión diastólica encima de los 90 mmHg. Es conveniente recordar que esta última es la presión a la que se encuentra sometido en forma permanente el sistema circulatorio y de allí su importancia.

Puede lesionar la respuesta sexual de hombres y mujeres y tomar en cuenta el hecho de que los medicamentos indicados para su tratamiento (antihipertensivos, diuréticos, etc.), pueden presentar también como manifestación secundaria, daño al desempeño sexual, por lo que se debe hacer un análisis de costo-beneficio de los mismos y prescribir aquellos que sean menos dañinos.

Las **enfermedades coronarias**, por su parte, y con cierta frecuencia, son capaces de terminar con la vida del paciente. Cuando dicha tragedia no ocurre y el paciente sobrevive, puede quedar con limitaciones que impactan su actuación sexual. Eso ocurre más por temor a que se presente un nuevo ataque que puede ser definitivo. En esto hay mucho de desinformación e irrealidad.

Desde luego, la actividad erótica deberá suspenderse mientras dure el control médico especializado y la recuperación estará supeditada al tipo de paciente y a la evolución observada. Esta deberá ser reiniciada bajo vigilancia médica, de manera paulatina sin intentar actividades bruscas e intensas.

En general, la actividad erótica en estos pacientes se limita más por temor que por las secuelas del infarto. Al respecto recordemos que el gasto calórico durante el coito es de unas 170 calorías que equivale a correr 800 metros sin competencia y se reponen con un vaso de leche y una galleta mediana (Flores, C. A., 1991). Sin embargo, la acción aunque transitoria no deja de tener cierta violencia.

Seleccionar los medicamentos con mejores resultados y que menos efectos secundarios tengan en la esfera sexual es una necesidad en el momento de la prescripción médica.

Otra enfermedad que puede condicionar la sexualidad en la pareja es la **artritis**. Ésta es una enfermedad crónico-degenerativa de evolución lenta y en personas mayores. Se caracteriza por fibrosis y destrucción de las articulaciones, que inducen deformación de las mismas, limitación de los movimientos y dolor articular.

Los efectos de esta patología en la actividad sexual de las personas pueden presentarse como inhibición del deseo, deterioro de la autoimagen y por extensión

de la autoestima, dificultad para la realización del coito e incluso otras actividades eróticas menos complicadas, por lo cual tienden a buscar ayuda y tratamiento médico.

Una vez modificado el cuadro clínico, pueden retomar su actividad sexual y otras más, con las limitaciones del caso y con las indicaciones necesarias, para realizarla con agrado y bienestar. Por lo tanto, la renuncia al gozo sexual puede ser temporal y no necesariamente una clausura definitiva.

El **cáncer** es, por otra parte, un padecimiento maligno cuya causa es desconocida hasta la fecha. Sin embargo, se sabe de algunos factores predisponentes e incluso, algunos tipos de cánceres pueden ser diagnosticados en forma temprana, cuando los tratamientos dan mejores resultados con sobrevida a largo plazo.

En ese caso tenemos el **cáncer cervico-uterino**, el más frecuente en nuestra población femenina, cuyo diagnóstico en etapa no invasora puede hacerse mediante la citología vaginal o pap, la colposcopia y la biopsia del Cx. También en el grupo de las mujeres, el **cáncer de la glándula mamaria**, que sigue en frecuencia al anterior, es posible hacer su diagnóstico temprano mediante la exploración mamaria de rutina por parte de la paciente (auto-exploración mamaria) y cada año, por el experto, la práctica de una mastografía cada año después de los 40 años de edad, indicación del ultrasonido complementario y resonancia magnética.

Los tratamientos en casos avanzados de cáncer son muy agresivos para la RS, tanto la cirugía, como la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia. Por ejemplo, la **mastectomía** es intensamente mutilante y angustiante para la mujer. En el hombre, en caso de **prostatectomía** radical es frecuente la presentación como complicación de la insuficiencia eréctil, a la que puede agregarse inhibición del deseo, por lo que también amerita un diagnóstico oportuno mediante el chequeo médico al que muchos varones no están acostumbrados o bien, temen, y poder practicar cirugías menos agresivas, lesivas y mutilantes.

Por lo anterior mencionado, a la par del manejo médico y quirúrgico, es conveniente la psicosexoterapia una vez controlado el problema médico, con el fin de librar dudas y superar la angustia inducida. De manera pertinente, algunas personas se refugian en prácticas religiosas válidas.

Con las patologías antes mencionadas, es suficiente la ejemplificación para subrayar la importancia de esa etiología que por regla general no se da de manera pura sino que se acompaña con factores muy agresivos en el plano psicológico como se ha insistido y que conjuntamente tienen que ser tratados, con el fin de lograr la recuperación integral del paciente.

# Infecciones de transmisión sexual (ITS)

El **proceso salud-enfermedad** ha tenido múltiples interpretaciones a lo largo de la evolución de la humanidad. Se le ha considerado como algo inevitable y consecuencia de fuerzas superiores en el plano mágico; en el aspecto religioso, muy condicionado, (se asume como castigo de dios o dioses, según el tipo de religión, mono o politeísta), por excesos o pecados cometidos; en el ámbito médico como consecuencia de la acción de agentes patógenos presentes en el propio cuerpo del ser humano o pululando en el medio externo, y en el contexto psico-cultural como producto de desequilibrios personales o agresiones sociales.

Paralelamente, las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** de manera tradicional en nuestra civilización occidental, han sido estigmatizadas tanto o más que la propia sexualidad en su conjunto, la parte más reprimida de la personalidad del hombre y de la mujer. Antiguamente se les conocía como “enfermedades venéreas” en referencia a la diosa Venus de la mitología latina, diosa del amor y la belleza. También se les conocía como “enfermedades secretas” por ser padecimientos vergonzantes y de repudio social, de las que no se debe hablar, razón que condiciona una actitud de ocultamiento culpígeno que por un lado dificulta su detección oportuna, y por otro, no permite el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes.

Por esos motivos los términos peyorativos con los que se suele nombrar a estas patologías infecciosas, se deben desechar de una buena vez, porque favorecen la marginación y el ocultamiento, la propagación a más personas, la prolongación de la enfermedad y la presentación de complicaciones y secuelas. Mucho de lo anterior tiene qué ver con la concepción religiosa dentro del judeocristianismo al equipararse la enfermedad sexual con el pecado y considerarla de hecho, como castigo de dios.

Debemos recordar que este tipo de enfermedad es tan antigua como la humanidad misma y constituye en la actualidad un **importante problema de salud pública** tanto en México como en el resto del mundo, en especial en aquellos países considerados del tercer mundo o países subdesarrollados, los que tienen menos recursos económicos para su control y con el mayor número de habitantes. El

temor que inducen las infecciones de transmisión sexual, se ha agudizado y provoca alarma e incluso pánico a partir del descubrimiento de los primeros casos de VIH-SIDA en los años 80, virosis mortal aunque sea a largo plazo, un verdadero flagelo en muchos pueblos, siendo los africanos los más afectados, pues no se cuenta con vacuna para su prevención y toda protección queda a libre decisión de la persona, con el uso del condón como defensa inmediata y bastante eficaz en uso correcto.

Clásicamente se habían considerado como ITS a cinco patologías, algunas de ellas muy frecuentes: **gonorrea, sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal**, a las que en la actualidad se han agregado otras más, algunas de transmisión mixta, es decir, por vía sexual o por otra vía, como puede ser la sanguínea.

Con el descubrimiento de la penicilina y las sulfas en los años 30 y 40 del siglo pasado, se pensó que estas infecciones podrían ser erradicadas, sin embargo, la OMS informa de 340 millones de nuevos casos al año de sífilis, gonorrea, **clamidiasis**, y **tricomoniasis** en personas con edades de 15 a 49 años.

En la actualidad casi todas las ITS son curables y el reto para este siglo XXI entre otros, es encontrar un tratamiento eficaz, sin efectos colaterales y de bajo costo para las infecciones virales.

Datos de la SSA señalan como ITS más frecuentes en México las siguientes: candidiasis, tricomoniasis, hepatitis, VPH, gonorrea, sífilis, VIH, herpes genital. Desafortunadamente estas patologías se presentan con mayor frecuencia en los jóvenes y los adolescentes, es decir, en personas con edad que va de los 15 a los 29 años.

Todos los años se detectan alrededor de 550 000 nuevos casos de ITS.

### Etiología y clasificación de agentes patógenos

Agente causal	Patología
Bacterias:	
Chlamydia trachomatis: serotipos D, E, F, H, I, J	Uretritis (ambos géneros), cervicitis, Salpingitis, EPI
Serotipos L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo
Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea o blenorragia
Treponema pallidum	Sífilis
Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinal
Hemophylus ducreyi	Chancro blando



Gardnerella vaginalis	Vaginosis
Estreptococo beta hemolítico G	Infección perinatal
Micoplasmas:	
Micoplasma hominis	Infección vagino-cervical, Salpingitis, uretritis(ambos géneros)
Ureaplasma urealyticum	Infección semejante
Virus:	
Herpes virus tipo I y II	Herpes oral, genital y anal
Citomegalovirus	Vaginitis, infección perinatal
Virus del papiloma humano (VPH)	Condiloma acuminado, Displasias-Ca cervical
Virus del molusco contagioso	Molusco contagioso
Virus de la hepatitis A, B y C	Hepatitis
VIH-SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
Protozoarios:	
Trichomona vaginalis	Tricomoniasis
Entamoeba histolytica	Amibiasis genital
Hongos:	
Sp cándida (albicans, más frecuente)	Moniliasis
Parásitos:	
Sarcoptes scabiei	Sarna
Phthirus púbis	Pediculosis pubis (piojo púbico)

Figura 13.1

## Sintomatología

Es muy variada pero concretándola en síndromes (síndrome: conjunto de signos y síntomas presente en varios cuadros patológicos sin ser específico de alguno de ellos) en donde domina uno de los signos o síntomas, serían los siguientes:

- **Descarga uretral**, habiendo escurrimiento uretral que suele acompañarse de dolor, ardor o prurito y puede ser de origen gonocócico o no gonocócico. En este último caso pueden ser agentes causales la chlamydia tracomatis y/o el ureoplasma urealyticum. La uretritis gonocócica suele provocar escurrimiento purulento y en la uretritis no gonocócica, es de tipo acuoso grisáceo.
- **Leucorrea en la mujer**, acompañada de ardor, dolor, prurito o sensación de inflamación pélvica. Puede ser causada por: monilias (cándida álbicans, la más frecuente) teniendo como características ser espesa, blanquecina como leche cortada o queso cottage, formando aftas o grumos en las paredes de la vagina que al desprenderlas dejan una superficie cruenta sangrante; tricomonas, siendo el escurrimiento amarillento y espumoso, por el gas que produce la bacteria, siendo un signo clínico llamativo la presencia de un puntilleo hemorrágico en la mucosa que al cérvix le da aspecto de fresa; clamidia, induce un escurrimiento grisáceo-acuoso; gonococo, con leucorrea purulenta típica a partir de los reservorios que son con frecuencia, las glándula parauretrales, las glándulas de Bartholin y el canal endocervical (si se hace una expresión delicada de la uretra se puede observar la salida de gotas de pus o al aplicar un espejo vaginal, el desprendimiento en cascada de la pus del interior del cuello uterino); gadnerella, induce un flujo grisáceo con olor típico a pescado cuando se pone en contacto con solución de hidróxido de potasio al 10%, entre otros agentes patógenos.
- **Síndrome pruriginoso**, relacionado con las parasitosis de regiones genitales como en las infestaciones por sarna o la pediculosis púbica, siendo en ocasiones intenso que obliga al rascado persistente y la inducción de lesiones de las mucosas y/o piel, y la infección bacteriana secundaria.
- **Ulceroso**: tanto en hombres como en mujeres, pudiendo ser la primera manifestación clínica, siendo los agentes causales entre otros los siguientes: treponema pallidum con una ulcera (chancro) duro, no doloroso, con centro deprimido, de aparición tardía en relación con el momento del contagio; hemophylus ducrey, con ulceración blanda, fungosa, dolorosa y de aparición inmediata al contagio (4 a 6 días después); herpes genital con múltiples ulceraciones que se forman después de deprimirse las vesículas iniciales, siendo muy pruriginosas y coalescentes y degeneran en pústulas.
- **Dolor pélvico**: más frecuente en mujeres que presentan enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que puede ser aguda y crónica dependiendo

de la evolución, siendo la causa habitual una infección polibacteriana donde pueden estar incluidos, el gonococo, la clamidia, anaerobios, etc.

- **Daño perinatal**, tanto a la madre como al feto y el recién nacido con lesiones muy variadas como: dérmicas, oculares, sordera, daño neurológico, osteoarticular, neumonía, septicemia, que en algunos casos pueden ocasionar la muerte fetal o del recién nacido. Los agentes patógenos son muy variados.

## Diagnóstico

Se hace a partir de la evolución del padecimiento, de la sintomatología, la observación de las lesiones presentes, las pruebas de laboratorio necesarias como cultivos, serológicas y demás.

## Prevención

Las ITS inducen sentimientos de culpa y vergüenza, incredulidad, rabia, etc., por el estigma social, y el enfermo las oculta y las niega y esto condiciona muchas veces no buscar ayuda médica, lo que a su vez favorece el contagio, la propagación y una mayor posibilidad de complicaciones. Por lo que es conveniente recomendar:

- Si la persona se sabe enferma, buscar consulta médica inmediata.
- Abstinencia sexual o en su caso, fidelidad (monogamia), medidas privilegiadas por la iglesia.
- Información y educación sexual necesaria.
- Valorar riesgo personal y para la pareja.
- Investigar a la pareja, los contactos y su situación de salud, y tratarlos si lo ameritan.
- Evitar relaciones imprevistas sin protección, con múltiples parejas y con personas desconocidas.
- Usar el condón, indispensable en el coito anal.
- Lavado de genitales antes y después del coito.
- Ante cualquier manifestación patológica, acudir a consulta médica.
- Confirmada la infección, acatar y cumplir el tratamiento y tomar las medidas para prevenir contagios.
- Evitar el embarazo, la lactancia y el uso de material punzocortante.

## Sexo seguro

Es un concepto muy importante que incorpora medidas eficaces para prevenir no solamente las ITS, sino otros problemas frecuentes entre jóvenes y adolescentes como son los embarazos no deseados, entre las que se encuentran las siguientes:

- No tener contactos de tipo sexual con personas desconocidas o en forma imprevista. Si tal situación ocurre, protegerse con el condón.
- Practicar el lavado higiénico antes y después de la R. S.
- Evitar el contacto con líquidos que pueden estar contaminados como semen, sangre, trasudado vaginal, etc.
- Ante la duda respecto a la pareja y la relación sexual se torna inevitable, la protección.
- Ser previsor(a) y siempre acompañarse del preservativo.
- Recordar que una mujer con preservativo no es una mujer fácil, es una mujer educada.
- Si existe en la pareja indicios de infección o ésta se niega a la protección, evite contagiarse y aprenda a decir: No.
- Busque información confiable en relación con esta problemática.
- La pareja monogámica y la masturbación son recursos sexuales confiables.
- La abstinencia, según decisión de la persona, también.

### Algunos mitos relacionados con las IT

Mito	Realidad
Los anticonceptivos las previenen	Solamente el preservativo o condón
La masturbación puede causarlas	No. La masturbación es una expresión natural de la sexualidad que induce a veces culpa o vergüenza cuando se practica sin información. No produce locura, no seca la médula ni nada por el estilo
Los hombres que eyaculan rápido no se contagian	Recordar que el control eyaculatorio condiciona el placer de la persona y no tiene qué ver con el contagio

Los desodorantes vaginales protegen a la mujer	No
Existe inmunidad después de un primer contagio	No
Son propias de la gente pobre e inculta	Cualquier persona puede contagiarse
Se transmiten con el coito	Hay ITS que se transmiten también por otras vías
Las pruebas diagnósticas son molestas y aún dolorosas	En general, no
Los tratamientos son prolongados y costosos	No y además, no hay remedios caseros eficaces

Figura 13.2

## Tratamiento

### Gonorrea

- Doxiciclina: 100 mg. c/12 h. x 7 días.
- Ceftriaxona: 250 mg. I.M., dosis única.
- Tetraciclina: 500 mg. por vía oral x 4 x 7 días.
- Amoxicilina: 3 g. más ácido clavulánico 200 mg. Oral

### Opciones:

- Cefotaxima: 1 g.
- Ceftizoxina: 500 mg. I.M.
- Ciprofloxacina: 500 mg. Oral.
- Norfloxacina: 800 mg. Oral.
- Ofloxacina: 400 mg. Oral.
- Espectinomicina: 2 g. Más doxiciclina o tetraciclina.

### Sífilis

- Penicilina G benzatínica: 2.4 millones de unidades. I.M. La dosis se triplica en caso de complicaciones.

En caso de alergia:

- Tetraciclina durante 14 días o doxiciclina en igual dosis
- Eritromicina 500 mg. c/ 6 hs., durante 14 días.

### **Clamidiasis**

- Tetraciclina o doxiciclina durante 7 días. Azitromicina, 1 g. oral.

Alternativa:

- Eritromicina. Amoxicilina.
- En el linfogranuloma venéreo: tratamiento por 21 días.

### **Chancro blando**

- Ceftriaxona: 250 mg. I.M. Dosis única.
- Eritromicina.
- Trimetoprim y sulfametoxazol (160 + 800 mg.), 10 días.

### **Granuloma inguinal**

- Tratamiento igual que el anterior.

### **Uretritis no gonocócica**

- Doxiciclina, tetraciclina, azitromicina, amoxicilina, sulfas, quinolonas.

### **Herpes**

- Aciclovir, 200 mg. cada 4 hs. Durante 7-10 días.
- Velaciclovir, 1 g. 2 veces por 7-10 días.
- Famciclovir, 250 mg. 3 veces por 7-10 días.

## **VPH**

### **Condiloma acuminado**

- Podofilina al 10% local, ácido tricloracético al 50%, crioterapia, laser CO2, cirugía.

## **VIH-SIDA**

- Tratamiento trifarmacológico con zidovudina (250 mg. c/12 hs.), más Lamivudina (150mg. c/12 hs.), más nelfinavir (750 mg. c/8 hs.). Aceptado incluso para embarazadas.

## **Hepatitis**

- Vacunación. Tratamiento hospitalario presente la enfermedad.

## **Tricomoniasis**

- Metronidazol (500 mg. x 2 x 7 días. Tinidazol (500 mg. x 2 x2 días). Dar, asimismo, tratamiento a la pareja.

## **Amibiasis**

- Igual que el anterior a doble dosis.

## **Moniliasis**

- Clotrimazol (100 mg. vag., por 6 días), miconazol (100 mg. x 15 días), ketoconazol (200 mg. x 2 x 5 días, oral), isoconazol (600 mg. Vag; dosis única), fluoconzol (150 mg. vag. DU), terconazol, etc. Tratamiento a la pareja.

## **Vaginosis**

- Metronidazol. Clindamicina, 300 mg. c/12 h. por 7 días.

## **Sarna y pediculosis pública**

- Lindano (gama-benzo-cloruro) al 0.5%
- Crotamit n (Eurax)
- Azufre precipitado al 5% en petrolato.



# **Aspectos Psicológicos de la Sexualidad**



# Desarrollo psicosexual

Se hará un resumen de las teorías más importantes que tienen que ver con la explicación del desarrollo humano que incluye el componente sexual. Se han elaborado muchas teorías en relación con dicho tema, sin embargo ninguna lo explica a cabalidad, pues cada una se basa exclusivamente en una parte de la personalidad del ser humano.

### Teoría psicoanalítica (S. Freud)

Se concreta a establecer cinco etapas terminando con la adolescencia, dejando de lado las siguientes como son la juventud, la madurez y la senilidad.

- **Etapa oral** (Del nacimiento a los 18 meses): el niño centra el placer en la boca. Mediante este órgano satisface sus necesidades inmediatas como son el placer y la nutrición.
- **Etapa anal** (de los 18 meses a los 3 años): la gratificación placentera se localiza en el periné y el ano. Alrededor de los 2 años se inicia el control de esfínteres, la adquisición del lenguaje y con ello, la posibilidad de poder manipular el entorno y a las personas con quienes se relaciona.
- **Etapa fálica** (De los 3 a los 5 años): localiza el placer en la zona genital. Se desarrolla el complejo de Edipo y el miedo a la castración en el varón, y el complejo de Electra y la envidia del pene en la mujer. Los complejos consisten en el mayor apego hacia el padre del género contrario al infante, es decir, el niño con la madre y la niña con el padre. Por otra parte ambos se dan cuenta de la existencia del pene en el varón y su ausencia en la mujer. Esta problemática se resuelve de manera natural y espontánea, y cuando así no ocurre, puede dar lugar posteriormente a la presentación de disfunciones sexuales de difícil solución.
- **Etapa de latencia** (De los 6 a los 10 años): Se da el proceso de socialización fuera de la familia y parece disminuir la energía libidinal. Esto es en apariencia, pues el impulso sexual allí está y lo que sucede es que se

agregan distractores al cambiar el medio familiar por otro mucho más amplio como es la escuela, en donde diversifica sus relaciones e intereses.

- **Etapla genital** (De los 11 a los 18 años): su resolución es trascendente. Se pueden dar fijaciones y regresiones pero también, cambios muy positivos. Los cambios hormonales durante la pubertad convierten al niño en una persona con capacidad reproductiva, que lo pueden llevar a serios problemas si no se le ofrece educación sexual, la eroticidad es intensa, se define la orientación sexual, el rol sexual, madura su pensamiento abstracto y su capacidad de fantasía, entre muchas manifestaciones.

### Teoría de Jean Piaget

Con esta teoría sucede algo parecido que con la teoría psicoanalítica; dejan de lado el desarrollo posterior a la adolescencia.

- **Período sensorio-motriz** (Desde el nacimiento a los 2 años): Se privilegia la inteligencia motora. Se desarrollan los reflejos. El niño no tiene conciencia de la realidad objetiva
- **Período pre-operatorio** (De 2 a 7 años)
  - **Estadio pre-conceptual** (De 2 a 4 años): el niño se ocupa de procesos preconceptuales.
  - **Estadio intuitivo** (De 4 a 7 años): da soluciones intuitivas y no lógicas.
- **Período de operaciones concretas** (De 7 a 11 años): entiende la lógica de relaciones, clase, número y cantidad. Su pensamiento se relaciona con lo concreto de operaciones y las operaciones lógicas.
- **Período formales** (De 12 a 16 años): Hay capacidad de generalización de pensamiento. El pensar enunciativo. Maneja lo hipotético-deductivo, es decir lo abstracto. Edad de intenso idealismo.

Todos los períodos ocurren como un continuo, en donde el anterior es previo y base del siguiente.

### Teoría de Erick Erickson

Este autor divide la vida total en 8 etapas y cada etapa con 2 alternativas: una positiva y otra negativa y de su resolución se ha de desarrollar las características de la personalidad.

- **Estadio de la antítesis básica, de confianza-desconfianza** (Del nacimiento al 1er. año de vida): depende su desarrollo de la calidez y el afecto recibido, o bien, del desapego, abandono y privación amorosa en el trato inicial.
- **Estadio de autonomía-vergüenza y duda** (De 1 a 3 años): Ocurre la separación de los padres con cierta dependencia. Se inicia el caminar. En el otro caso puede darse inadecuación, dudas y oculta deficiencias.
- **Estadio de iniciativa-culpa** (De 3 a 5 años): En el lado positivo hay imaginación vivaz; prueba la realidad con vigor, juegos de imitación de adultos, ensaya roles. O bien, hay carencia de espontaneidad, celos infantiles, es evasivo y evita roles.
- **Estadio de industria-inferioridad** (De 5 a 11 años): tiene sentido del deber y del logro, desarrolla capacidades intelectuales y sociales, intenta tareas, capaz de situar la fantasía y el juego en mejor perspectiva, usa herramientas y se identifica con la tarea o el juego, puede conservarse sereno ante los cambios de la pubertad y asimilarlos. O bien, hay hábito de trabajo deficiente, evita la competencia, sentido de la mediocridad o conformarse con una conducta sumisa y dependiente.
- **Estadio de identidad del ego-confusión de rol** (De 11 a 20 años): buena perspectiva temporal, ensaya roles sociales, tiene seguridad, se convierte en líder o es capaz de seguir al líder, identificación del rol sexual, preferencia sexual definida. O bien, confundido en el tiempo, se fija en sí mismo, se atora en ciertos roles, se paraliza ante el trabajo, y hay confusión de valores y autoridades.
- **Estadio de intimidad-aislamiento** (En la juventud): hay capacidad de entrega; amar y ser amado expresa su genitalidad, se incluye en el trabajo y es productivo. En el otro caso: evita la intimidad, hay problemas de carácter, conducta promiscua (no comprometerse con nadie), rechaza a la gente, se aísla, tiene tendencia a la autodestrucción y no es productivo.
- **Estadio de fecundidad-estancamiento** (En la madurez): es productivo para él y para los demás, orgulloso u orgullosa de la paternidad o la maternidad, preparado o preparada para dirigir a las nuevas generaciones. La contraparte es el egocentrismo, no es productivo, narcisista, hay pobreza emocional y autoindulgencia.
- **Estadio de integridad-desesperación** (Vejez: orgulloso u orgullosa) de lo realizado a lo largo de la vida, satisfecho o satisfecha con su actuar, sin miedo a la muerte, con un sentimiento del deber cumplido. En el aspecto negativo: no está a gusto con su vida pasada, es irresponsable, le echa la

culpa a otros de su fracaso, desea una nueva oportunidad, siente que no le queda tiempo, no comprende el sentido de la existencia, ve la muerte como algo angustiante, mira hacia atrás y se siente insatisfecho.

### Teoría de Abraham Maslow

No habla de estadios o períodos, sino de desarrollo en el que se van satisfaciendo ciertas necesidades, y toma como símil una **pirámide** en la que incluye **seis necesidades** de la base a la punta. A la 1 y a la 2, las llama **necesidades inferiores**, son fisiológicas y de seguridad. El resto se catalogan como **necesidades superiores** y son: 3) Necesidad de pertenencia de algo o de alguien, 4) Necesidad de amar y ser amado o amada, 5) Necesidad de autoestima y la sociedad pone cada vez más obstáculos en las satisfacciones y 6) Necesidad de autorrealización, tendencia a ser trascendente.

A Maslow se le debe el concepto de **“experiencia cumbre”** o **“experiencia límite”** que considera el **clímax de la autorrealización** y se define como “lo que uno siente, o lo que quizás ‘conoce’, cuando se alcanza una auténtica elevación como ser humano”.

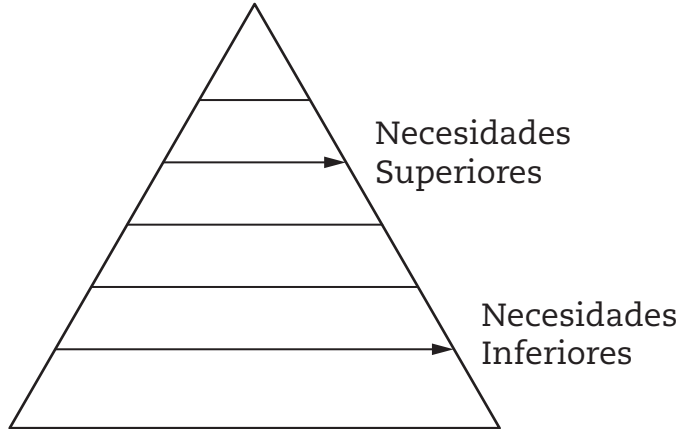


Figura 14.1

Como puede comprobarse, todas las teorías antes planteadas de manera pragmática y artificiosa, dividen el desarrollo humano en períodos o lapsos asignando características específicas a cada uno de ellos. Sin embargo, el desarrollo humano se da como un **proceso continuo desde el nacimiento hasta la muerte**, sin soluciones

de continuidad, con lentitud o rapidez e influenciado por múltiples factores tanto internos como ambientales.

Si recurrimos a un símil, el proceso no se da como una sucesión de momentos fotográficos sino como la proyección de una película que incluye todas las facetas de la personalidad y en donde por supuesto está incluida la sexualidad.

Muchos son los factores que condicionan el proceso referido como: la genética, el cuidado o el abandono durante los primeros años de la vida, el ambiente familiar, las condiciones de bienestar o deficiencia en la infancia, el ambiente escolar, la adquisición de conocimientos y la educación en general, el desarrollo físico, la satisfacción de necesidades, tipo de satisfactores, los condicionamientos sociales y religiosos, la dependencia familiar, la autoestima, los problemas que se van presentando y soluciones planteadas, las frustraciones sufridas, los fracasos o éxitos escolares, sociales, amorosos, profesionales, la búsqueda de la independencia personal, la formación de la propia familia, la aceptación de la paternidad o la maternidad, la estabilidad o fracaso en la edad madura, la decepción o la serenidad en la vejez y muchos más de acuerdo con la persona y su contexto.





# Sexualidad infantil

En la actualidad ya no es posible soslayar y menos ignorar la sexualidad de la infancia aduciendo pretextos que se antojan pueriles, como el que sentencia que “los niños son *angelitos* y no les interesan las cuestiones sexuales, sino que a ellos solamente les llaman la atención actividades *sanas* como son el juego y similares”. Esta manera de ver la situación, lo único que logra es inducir la clandestinidad y el ocultamiento de las **manifestaciones sexuales de los niños**, al paralelo de la tranquilidad y la disipación de la inquietud de los padres. No piensan ellos que con sus propias actitudes y conductas eróticas aunque no sean explícitas, están siendo ejemplo de sus hijos, estimulando el impulso sexual de ellos e induciendo muchas dudas que desean aclarar.

Se debe de una vez por todas como se dice en lo cotidiano “tomar al toro por los cuernos” y no continuar con esa actitud de negación y represión, recurriendo a mentiras y hablar con ellos sobre el tema cuando lo soliciten, y dar información hasta donde ellos la acepten.

**Ante las dudas planteadas por los infantes**, los padres deben guardar una actitud de interés y tolerancia para hacer las aclaraciones pertinentes fundadas en información obtenida de fuentes autorizadas y científicas, o en su caso, recurriendo al apoyo de un experto.

Por otra parte, **si los padres o tutores no tienen la preparación necesaria** en lo que respecta a la sexualidad humana en general, es conveniente que la adquieran y en la actualidad existen muchas maneras de hacerlo, pues la ignorancia, en vez de resolver los problemas, los complica más.

Debemos aceptar una verdad de Perogrullo, y es la de que los niños no son tontos y saben cuándo se les dice la verdad y cuándo no, lo que sucede es que con la orden “de eso no se debe hablar”, se ven obligados a aceptar la imposición o de lo contrario se exponen al castigo correspondiente.

**Los niños son seres humanos y como tales son sexuales y sexuados**, con avidez de conocer y conocerse, de donde surgen dudas y preguntas que exigen explicaciones ciertas y sencillas con el fin de aclarar pensamientos, sentimientos, emociones, afectos que están viviendo en su cuerpo y en su mente. Esta necesidad

se hace intensa conforme el infante va desarrollándose y adquiriendo vivencias acerca de sí mismo y de su entorno.

Por todo lo anterior, la educación sexual empieza en el seno familiar, que es el núcleo socializador inmediato, y mientras mejor se ofrezca, mejor será el desempeño de los niños en sus relaciones con los padres, la familia, la sociedad y consigo mismos desde el inicio y la primera etapa de su vida, y desde luego, con un futuro de mayor bienestar y aceptación.

Una costumbre perniciosa frecuente en muchos padres es la de utilizar sinónimos al referirse a los órganos sexuales, en especial a los genitales, y no emplear los nombres verdaderos y así, en vez de decirle pene al pene, se le denomina, “pirrín”, “pajarito”, “pirulí”, etc, y sustituyendo a la palabra vulva se suele utilizar sinónimos como, “pollita”, “cosita”, “partecita”, etc.

¿Por qué ocurre semejante y reiterada práctica? Simplemente por la ancestral costumbre de ocultar todo lo relacionado con nuestra sexualidad por ignorancia y con frecuencia, por inducción religiosa, al considerarla como pecado, y con esa actitud les estamos transmitiendo a los niños esas falsas creencias. Y otra pregunta, ¿Por qué no utilizamos sinónimos al referirnos a las manos, a los pies, a la nariz, a la boca, etc.?, pues simplemente porque dichos órganos no son sexuales y no nos inducen sus nombres ese estado de culpa o vergüenza histórico, y por ende, antinatural e inhumano.

Desde luego y debe ser puntualizado, la educación sexual que se ofrezca deberá estar de acuerdo con la etapa de desarrollo del infante y de acuerdo con su interés según las preguntas que vaya formulando. Es indiscutible también, que niñas y niños de la misma edad pueden demostrar un grado diverso de inteligencia y capacidad de comprensión, que en determinadas circunstancias puede condicionar la información a proporcionar.

Al responder las preguntas relacionadas con la sexualidad formuladas por los niños y las niñas, es conveniente dar respuestas muy concretas y no ir más allá de lo que solicitan. Cuando así ocurre, el menor suele quedar a gusto y cambiar rápidamente su interés por otras cuestiones. Cuando recurrimos a mentiras, éstas inducen con mucha frecuencia conclusiones erróneas acerca de la sexualidad, como puede ser pensar que si algo se oculta o se niega se trata de algo malo, pecaminoso e incluso perverso, y como tal se introyecta, iniciándose el vía crucis de la experiencia sexual que se experimenta como mal vista y, en su caso, reprimida o castigada, y que conlleva a menudo angustia, culpa, sufrimiento, etc., capaz de repercutir negativamente en la vida sexual futura de la persona.

Los padres, al enfrentar la problemática sexual de sus hijos pequeños, deben guardar una actitud tranquila e interesada por la preocupación planteada por ellos

y hablar con sinceridad e información. Esa apertura induce confianza y que ellos se comporten de igual manera, lo que genera un ambiente relajado y una buena comunicación permanente entre ambas partes, a favor de un desarrollo infantil equilibrado con bienestar y alegría, libre de dudas, de gazmoñerías y ocultamientos, que abona a favor de la libertad, la sinceridad y la construcción de una personalidad fuerte, definida, decidida y responsable.

Es indispensable, para abonar y desarrollar una vida futura feliz y sin temores de los infantes en el plano sexual, favorecer su relación amorosa consigo mismos y con los demás, a partir de una actitud abierta y de apoyo de los padres, dejando de lado la negación, la ignorancia, la represión y el castigo por lo que los niños ven como algo natural y propio en su inicio. No más comportamientos tutelares que manejen la sexualidad como una función inferior, solamente como necesidad reproductiva y digna de ocultamiento y, aún menos, en su extremo, considerarla como mala, sucia, pecaminosa, cuando es todo lo contrario, una función natural, placentera, que induce bienestar y una vida plena y satisfactoria.

**Desde el punto de vista anatómico**, los órganos genitales internos y externos tanto en niños como en niñas a partir del nacimiento, se encuentran hipotróficos que no quiere decir no funcionales, pues se ha comprobado que presentan manifestaciones eróticas como erecciones en los varones y lubricación en las mujeres, sin tener la intención adulta de búsqueda de pareja para la satisfacción del impulso sexual, ni tampoco el interés reproductivo que se hará realidad durante la pubertad.

Por ejemplo, **en los niños** los testículos son pequeños y no desarrollan espermatozoides. El escroto es de color más claro y menos rugoso que en el adulto. El pene puede medir entre 2.5 y 5 cm, de longitud, pero con capacidad eréctil. No hay vello púbico ni general y su desarrollo músculo esquelético no es muy diferente del femenino de parecida edad. Ambos tienen “voz infantil”.

**En las niñas** no hay desarrollo mamario, tienen poca grasa moldeando el contorno del cuerpo. Los ovarios son pequeños sin madurar óvulos pero poseen una carga de folículos primarios capaz de satisfacer el crecimiento y la ovulación de unos 300 a 400 a lo largo de la vida reproductiva de la mujer. El útero está hipoplásico en el que el cervix es más largo que el cuerpo hasta invertirse esta medida en la pubertad. La vagina es estrecha y corta y con la mucosa hipotrófica que sin embargo puede presentar lubricación en condiciones de excitación de la niña. No existe vello púbico ni axilar.

En resumen, solamente recurriendo a la exploración de los órganos genitales externos podemos distinguir que se trata de un niño o de una niña, pues cubriendo dichos órganos y observándolos sin cambios convencionales, no se podría lograr tal identificación.

En cuanto a la **respuesta sexual infantil**, incluso desde la condición fetal de los seres humanos, pueden presentar erecciones en los niños y lubricación vaginal las niñas, e incluso se habla de orgasmos en ellos sin los atributos del adulto.

**Siguiendo a Freud**, en la etapa genital de (3 a 5 años de edad), ocurre el complejo de Edipo en el varón que significa apego o fijación mayor en la figura de la madre, que se resuelve espontánea y naturalmente cuando el niño se identifica con la figura del padre y decide imitarlo y en la niña, el llamado complejo de Electra, en donde ocurre mayor apego a la figura paterna que también de manera natural y conveniente se resuelve cuando la niña desea ser como su madre y tener luego un compañero como su padre.

En dicha edad, de manera paralela, se va definiendo el género de la persona a partir de un núcleo inicial a los 2 años en el que todavía el niño se incluye espontáneamente en el juego de niñas y las niñas en juegos de niños. Después se forman los famosos clubes de Tobi y de Lulú en los que solamente se admiten niños en el primero, y sólo tienen ingreso niñas en el segundo. O como dijera Chico Che: “Los nenes con los nenes, las nenas con las nenas”. Todo esto, con el fin de identificarse con sus pares, pues una vez definido el género, no se puede cambiar. Así una niña que es criada como niño, después de los 4-5 años más o menos, su género seguirá siendo masculino y a la inversa. Esto es importante porque en ocasiones cuando algunos recién nacidos presentan genitales externos ambiguos, la persona que atiende el parto puede hacer asignaciones sexuales equivocadas, cometiendo un grave error.

Otro aspecto muy importante del desarrollo sexual infantil es la **asignación del rol o papel sexual** del niño que se deriva del sexo asignado y en nuestra sociedad es diferente para varones y para mujeres. Significa la manera convencional de comportarse, diferente para ambos. Los niños con pantalón, montando su caballito y con pistolita al cinto, demostrando en todo momento fuerza, decisión y valentía, y sobre todo, nunca llorar, porque eso es de mujeres o en su caso, de “maricas”, y a las niñas se les induce a jugar con casitas, muñecas y juegos té y sin la menor violencia de por medio. Estos estereotipos tradicionales por fortuna, van superándose en función de oportunidades equitativas de educación para ambos géneros.

**En conclusión** podemos decir que los niños al nacer no saben si son varones o son mujeres, ni cómo deberán comportarse unas y otros. El género como el rol sexual, son construcciones socioculturales iniciadas en el seno familiar y son los padres de primera instancia los que se encargan de semejante tarea, pudiendo incurrir en tradiciones aberrantes como inducir en los niños, actitudes de agresividad, dominio, violencia, dureza, intolerancia, etc., y en las niñas lo contrario, conductas de sumisión, aceptación incondicional, temor, silencio, sufrimiento, etc., estereotipos reiteramos, que se van superando en nuestro medio social.

## Expresiones eróticas

Un aspecto en verdad inquietante para los padres es el **tocamiento** que se inicia cuando los niños, en su afán de definir y conocer su cuerpo, identificando cada una de sus partes, alcanzan en la **autoexploración** los órganos genitales y los manipulan. Con esto tratan de crear una imagen corporal y saberse poseedores de un cuerpo propio como sucede con las personas que los rodean, pero además, dicha manipulación les proporciona placer.

Reiteramos, es la etapa genital de Freud (3 a 5 años), cuando el infante ya controla sus esfínteres y se presentan los complejos antes mencionados que son resueltos de manera natural. En esa expresión no existe ninguna desviación o situación de perversidad. La **manipulación genital** o masturbación va a continuar dándose a pesar de la negación o el castigo por parte de los adultos, por el resto de la vida, posteriormente en forma conciente. Lo que sucede en semejante caso es que se le agrega al placer, la culpa y la clandestinidad.

La **masturbación infantil** se da en forma de tocamientos y frotamientos con muy variados objetos. Directamente con las manos al estar desnudos o vestidos, y en veces con bordes, esquinas de muebles, barandales, almohadas, juguetes, etc.

A la par que ello ocurre, en vez de reprimir o agredir que sería atribuir características de tipo adulto a la expresión, se debe inculcar valores como privacidad, intimidad, respeto, educación, placer, amor.

## Las preguntas incómodas

Tarde o temprano, dependiendo de la etapa de desarrollo del infante, se dan las inquietantes y a veces sorprendentes preguntas de los niños que tanto temen los adultos. Eso ocurre no por morbo o por mala intención, sino por curiosidad, por el propio y espontáneo deseo de que se les explique lo que van descubriendo en el ambiente que los rodea y desde luego, por las actitudes y conductas que observan principalmente en sus padres o en los adultos con quienes se relacionan.

Ante tales circunstancias se debe proceder a explicar con sencillez y sinceridad lo que desean saber llegando hasta satisfacer la inquietud planteada, investigando el límite del conocimiento del infante para no caer en parrafadas, ni ofrecer información innecesaria y no entendible.

Como ya se dijo, debemos apegarnos a datos ciertos y a un lenguaje correcto, no rebuscado, como por ejemplo, referirnos a los órganos genitales por sus nombres verdaderos, no con sinónimos que son muy cambiantes y capaces de desconcertar a los pequeños. Un niño al sentirse amado y receptor de la confianza

de sus padres, se hará preguntón espontáneamente. Por el contrario, un niño crecido en un ambiente de cerrazón, prohibiciones y negación de la sexualidad, será una persona callada, hipócrita, que recurre al ocultamiento de conductas, aunque éstas sean necesarias y naturales.

Lo indispensable es hablar con sinceridad y si no se sabe sobre el tema de la pregunta, investigar para poder ofrecer una explicación correcta, es decir, no maquillada y menos inventada.

### **Algunos mitos en relación con la sexualidad infantil**

A partir de ellos podemos saber de la ignorancia o la ingenuidad de los adultos.

- **Los niños son angelitos, o sea, son seres humanos asexuados.** Esto, desde luego, es una aberración. Los seres humanos son sexuados y sexuales desde que nacen hasta que mueren. Los niños se interesan por los comportamientos sexuales pero no bajo el criterio adulto. Terminan por saber que tienen un cuerpo integrado por la cabeza, el tronco, las extremidades y también por los órganos genitales, cuya manipulación les induce placer, agrado, y lo demuestran con sonrisas, carcajadas, contorsiones, etc. Si estas muestras de bienestar son frustradas con un grito, un regaño, un golpe, etc., se les trasmite el mensaje de que todo ello es malo y el niño tiende al ocultamiento, a negar la acusación y agregar pena y sufrimiento a su impulso sexual.
- **Los niños, aunque se les explique lo relacionado con su sexualidad, no tienen capacidad para comprender.** Los niños no son tontos. Comprenden de acuerdo con su etapa de desarrollo y a eso debemos adecuar la intervención. Los adultos nunca se consideraron tontos cuando fueron niños. ¿Por qué el cambio de actitud?
- **Nunca se les va a ocurrir preguntar sobre el tema.** Los niños se abstienen de formular preguntas en general, porque se les ha obligado a permanecer callados y no hablar de “esas cosas” de personas mayores. A los niños les gusta aclarar dudas cuando se les motiva para hacerlo. Para nadie son agradables las dudas tenga la edad que tenga.
- **La sexualidad no es importante para los niños.** Tan es importante que están deseosos por saber todo en relación con el tema y de acuerdo con su edad.
- **Hablar de sexo a los niños es despertarles el morbo y pueden pervertirse.** Sabemos que es la ignorancia lo que conduce a la equivocación y aún, al fracaso, no un proceso educativo con buen sustento.

- **Hablar de sexualidad con los niños los expone a peligros sexuales innecesarios y fuera de momento.** Conviene preguntar a los que así piensan: ¿Se les puede prohibir la exposición a revistas, libros, periódicos, TV, cine, Internet, a pesar de su publicidad encubierta y con mucha frecuencia francamente erótica o a situaciones más conflictivas como abusos sexuales? Difícilmente en los tiempos que se viven.

En resumen, lo importante no es negar la sexualidad de los niños, sino aceptarla, enfrentarla y resolverla lo mejor posible con educación, y los padres son los responsables directos del proceso, apoyados por la escuela como segunda opción.





# Sexualidad del adolescente

Esta etapa del desarrollo de la persona se inicia con la presentación de la **pubertad**, caracterizada por cambios principalmente de tipo biológico, que convierte a los seres humanos en personas con capacidad reproductiva, motivo por el cual se pueden dar serios problemas en ellas que las colocan en situaciones manejables o caóticas, dependiendo del tipo y la calidad de educación que estén recibiendo y el apoyo que se les ofrezca.

En general, la **adolescencia** es una etapa de la vida que se extiende de los 10 a los 19 años, con variaciones según la raza, el medio ambiente, la época, la nutrición, etc., ocurriendo **cambios** además de **biológicos** como hemos mencionado, **socio-psicológicos-culturales**, modulados a su vez por la educación, la personalidad, las motivaciones, los valores introyectados, las relaciones familiares y sociales, las costumbres, la cultura en general.

**Durante la pubertad**, que corresponde a los primeros años de la adolescencia, se dan cambios biológicos intensos y trascendentes tanto a nivel general como a nivel genital pélvico. Se desarrollan las gónadas tanto en varones como en mujeres, madurando en ellos espermatozoides y en ellas, los óvulos, con lo que da inicio la vida reproductiva. En función de la elevación del nivel de las hormonas sexuales (estrógenos y andrógenos) se desarrollan los llamados **caracteres sexuales secundarios**, es decir, el fenotipo masculino y el fenotipo femenino, hasta adquirir la persona la imagen de hombre y/o de mujer.

**En el varón** dichos cambios se caracterizan por un fuerte desarrollo musculoesquelético, la aparición de vello generalizado en el cuerpo, aparece el vello púbico de forma romboidal, la voz se hace grave, los testículos crecen al doble, el escroto se hace más oscuro y rugoso, y el pene alcanza el tamaño adulto. Se dan las primeras **eyaculaciones** en especial durante el sueño o poluciones nocturnas, que pueden inducir nerviosismo y dudas, y es necesario explicar.

**En las niñas**, por acción de los estrógenos, crecen las glándulas mamarias, se deposita grasa en caderas y hombros dando el contorno corporal típicamente femenino, el esqueleto deja de crecer después del llamado “estirón”, que las hace ver más altas que los varones, debido el cierre de las epífisis de los huesos largos por

efecto hormonal; la voz se hace aguda, los genitales internos y externos adquieren las características de la mujer adulta. El vello púbico tiene una implantación triangular de base superior. Algo muy llamativo para la púber es la presentación de la primera menstruación o regla: la **menarca** o **menarquia**, que con información previa debe ser vista como algo natural y sin temor, instruyéndola sobre el cuidado y la higiene conveniente.

Tales cambios no se dan de manera brusca, sino que ocurren en forma paulatina y continua, que desde un punto de vista práctico Tanner los describe como un proceso en 5 etapas. Por ejemplo, en relación con el **desarrollo mamario**, la primera etapa sería la inicial, la infantil, glándulas hipotróficas; la segunda etapa corresponde a la aparición del “botón mamario”; en la tercera etapa se da un crecimiento del volumen de ambas glándulas; en la cuarta etapa, la areola todavía está globosa y no continúa la superficie de la piel y el pezón no está bien desarrollado, y en la quinta etapa, las glándulas mamarias adquieren la apariencia adulta. En general, podemos decir que el volumen de las mamas es dado por la acumulación de grasa, pues el tejido glandular es muy similar en todas las mujeres. Se hace esta anotación por ser dichos órganos muy privilegiados en el plano erótico tanto por varones como por mujeres, incluso, a nivel mítico. El desarrollo del vello púbico y axilar se clasifica también en etapas pero debe recordarse que es un proceso continuo hasta alcanzar las características del adulto.

Paralelamente se hacen presentes en la persona del adolescente, pensamientos, dudas, preguntas, emociones, momentos de angustia, la limerencia o enamoramiento, que exigen ser platicados y explicados con base en una información bien sustentada y no recurrir a los prejuicios y ocultamientos tradicionales. Así mismo, debe continuar la educación sexual que le permita enfrentar todos los retos con mayor seguridad y confianza y derivar de ello mayores probabilidades de éxito con menos fracasos y errores, aunado a mejores oportunidades de desarrollo en un mundo cada vez más agresivo y competitivo.

La educación es un proceso que permite al ser humano lograr niveles mejores de bienestar y satisfacción personal a partir de logros alcanzados mediante el trabajo, el esfuerzo, la constancia, la disciplina, etc., y que son por ende, merecidos. En esto nunca se insistirá demasiado.

La educación sexual, como parte de dicho proceso, constituye la mejor oportunidad para que el adolescente transite por esta etapa de la vida conflictiva por definición, con mayor alegría, más seguridad y sin tantas equivocaciones y tropiezos. Los padres deben ser un auténtico y legítimo apoyo para estas personas marcándoles límites válidos pero al mismo tiempo ofreciendo oportunidad de libertad, tomando en cuenta sus opiniones, sugiriendo mas no imponiendo

decisiones, y darles el chance de que ellos también decidan en una convivencia de camaradería.

En esta edad ocurre una **impronta de la sexualidad** o, como se dice popularmente, “se alborotan las hormonas”, manifestándose el impulso sexual con intensidad nunca antes sentida. Como ya se mencionó, se establecen las menstruaciones o **reglas, de presentación irregular** los primeros dos años mientras madura el eje hipotálamo-hipófisis-ovario en la mujer, y aparecen las primeras eyaculaciones como **poluciones nocturnas**, con frecuencia durante el sueño, en el varón. Se inicia la relación sexual con intención erótica, así como la variedad de expresiones sexuales como las caricias, los tocamientos, los besos, en pocas palabras, el llamado “faje o cachondeo”, que si el momento lo permite puede concluir en el coito con mucha frecuencia practicado sin protección con las consecuencias de los embarazos no deseados o la transmisión de ITS, los abortos clandestinos sépticos, mayor morbilidad y mortalidad materna, decepciones amorosas, ruptura de parejas, disfunciones sexuales posteriores y el sufrimiento que todo ello conlleva.

**La edad del primer coito** ha ido descendiendo entre adolescentes. Millán y Alvarez-Gayou (2004) señalan como edad promedio, 15.48 para las mujeres y 14.47 años para los varones. Según Lara, R. R. (Ahued, A. J. R. 2003), en nuestro país la actividad sexual se inicia de los 17 a los 18 años como promedio, y con un bajo uso de anticonceptivos.

En nuestro estado, una investigación realizada por Pérez, Sh. I. (1998), señala entre otros datos que los adolescentes entre 12 y 19 años, el 38% de los varones habían tenido relaciones sexuales, así como el 16% de las mujeres. También el inicio sexual en el caso de los hombres fue con una amiga (36%) o con una prostituta (27%); las mujeres con el esposo (48%) o con el novio (44%), lo que establece una marcada diferencia entre los géneros.

En cuanto al inicio de la actividad coital, en los EUA, y con fines de comparación, a los 19 años, el 66-75% de las mujeres y el 79-86% de los hombres, habían efectuado el coito con múltiples compañeros y con uso del condón o métodos anticonceptivos en pocas ocasiones (Baram, D. A., 1997).

En un trabajo nuestro realizado en el año 2010, encontramos que la mayoría de un universo de 506 estudiantes de primer ingreso a la DACS-UJAT, tuvieron su primer coito entre los 14 y los 19 años, los varones, y en las mujeres, la mayoría inició sus RS, entre los 17 y los 20 años. El uso del condón ocurrió en el 89.59% del primer grupo, y en el 26.12% del segundo grupo. Como puede comprobarse existen diferencias importantes, con el consiguiente riesgo mayor para el grupo de las mujeres.

Un problema de salud en esta etapa de la vida, es la **alta frecuencia de embarazos no planeados** que según la SS ocurre entre el 40 y 60% en adolescentes,

teniendo en 2008 una cifra de 482 mil embarazos en mujeres de menos de 20 años de edad. Esto es trágico —pues muchos de ellos terminan en aborto séptico que eleva considerablemente la morbilidad materna— y, al mismo tiempo, contradictorio, ya que 97% de estas personas conocen al menos un método anticonceptivo, pero solamente 38.5% de las sexualmente activas utilizan alguno.

Ese vía crucis puede evitarse hablando con los adolescentes de manera sincera y con genuino interés en sus problemas, ofreciéndoles una información sin tapujos o gazmoñerías que los conduzcan a mayores dudas, a la búsqueda de ayuda e información en fuentes peor informadas o mal intencionadas como compañeros que se sienten sabelotodo o adultos manipuladores, que los llevan a mayor confusión y más desconfianza personal y relacional.

Otra expresión de la sexualidad que mayor cantidad de papel y tinta ha consumido es la **masturbación**. Se acepta en la actualidad como una expresión natural del ser humano a lo largo de su vida, variando su práctica en frecuencia con las distintas edades, a la que recurren los adolescentes, mayormente los varones, por el privilegio social de su sexualidad. Tiene muchas ventajas: proporciona placer intenso a la persona, se autorregula en cuanto a la frecuencia, no es necesario la intervención condicionante de otra persona, no cuesta más que la propia decisión, es inocua (no provoca locura, que se seque la médula espinal, salgan pelos en la mano ni otras tonterías más), excepto en caso de practicarse aunada a culpa o vergüenza por ignorancia, aumenta el conocimiento personal, no induce ITS ni embarazos no deseados, y algo muy importante, es una buena oportunidad para descargar el impulso sexual en personas que no tienen pareja estable, discapacitados, opción para la tercera edad y para todo aquel que quiera estar exclusivamente consigo mismo con intención sexual. Es una excelente oportunidad erótica para todos.

Desde luego, existen reglas del juego que se deben respetar porque ejercer la propia libertad exige aceptar la libertad de los demás. Si se va más allá existe el peligro de caer en el abuso o en extremo en el delito. Por ejemplo en relación con la masturbación podemos decirle al adolescente que no es una expresión sexual degradante ni perversa, pero que debe practicarse buscando privacidad y en la intimidad. También que no debe interferir con el cotidiano desempeño de la persona.

En la investigación propia antes mencionada (González, C. G. J., 2010), jóvenes graduados de preparatoria a la pregunta “¿Te masturbas o te has masturbado?” respondieron como sigue:

- Los **varones** respondieron: sí, 146 (84.39%), y no, 27 (15.60%), habiéndose iniciado en la práctica entre los 12 y los 15 años 109 de ellos (62.45%).

- Las **mujeres** respondieron: sí, 51 (15.31%), y no, 275 (82.58), y no aplicaron las respuestas respecto a las edades de inicio.

También en esta expresión sexual se nota la permisividad y el menor impacto de los prejuicios en los varones.

La **orientación o preferencia sexual** se define durante la adolescencia en general, y una persona adulta que a los 30 o 40 años diga que ha descubierto su homosexualidad, en realidad lo que hace es aceptarse como tal, es decir, sale del “closet” al que lo confinaron durante muchos años los prejuicios sociales traducidos como homofobia crónica de nuestra sociedad, y lo hace en función de que a esas edades ya tiene un criterio bien estructurado y sobre todo, por haber adquirido poder social, político, económico, etc., que le permite revertir la crítica o la agresión en su caso.

En una sociedad heterosexual, reproductiva y estereotipada a nivel de géneros, en el caso de serlo, **los adolescentes temen manifestar su homosexualidad** por toda la carga de negativa que tiene y la condena social paralela al ser considerados maricas, poco hombres, mujercitas. El(la) jovencit@ por miedo al desprecio, la burla e incluso la agresión física, tiende a ocultar su orientación homosexual y a manifestarla en la clandestinidad de manera limitada y con temor. Todo lo contrario sucede cuando la orientación es heterosexual privilegiada desde siempre.

Respecto a esta orientación sexual encontramos en nuestra investigación los siguientes datos:

A la pregunta: ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo (género)?

- Los **varones** respondieron: sí, 8 alumnos (4.62%), y no, 161 (93.06%).
- Las **mujeres** respondieron: sí, 13 alumnas (3.90%), y no, 315 (94.59%).

En esto, la **sinceridad** y la **aceptación** por parte de los padres juega un papel fundamental, por ofrecer la confianza necesaria para establecer entre ellos una comunicación abierta y necesaria. En esas condiciones, los adolescentes se sienten con suficiente apoyo como para superar cualquier dificultad y lograr un desarrollo más armónico y estable. Una cosa muy cierta es que si se quiere obligar a una persona a cambiar su orientación sexual solamente se va a lograr iniciar relaciones de odio, sufrimiento y marginación que involucran a toda la familia. Por ninguna razón es deseable esa actitud.

El **enamoramiento** y la **fantasía** van de la mano en esta etapa de la vida. Los adolescentes declaran experimentar períodos de limerencia intensos pero

transitorios, y lo hacen tomando como objeto de atracción personas de lo más diverso, reales o ficticias, e incluso animales o cosas. Se enamoran de las estrellas de cine, de cantantes de moda, de sus maestros y maestras, de los amigos y amigas de colegio o de la colonia, etc. **Son frecuentes los amoríos imposibles u ocultos.**

La fantasía es acompañante frecuente o precede a la masturbación que en esta edad se presenta como la expresión más practicada por las razones ya señaladas y a pesar de las prohibiciones, condenas, castigos y demás que son de todos conocidos.

Otro problema al que se enfrentan los adolescentes es la **búsqueda de la propia identidad y autonomía**, que los coloca en situaciones ambivalentes pues por un lado existe el deseo de sacudirse la tutela de los padres y por el otro está la necesidad del apoyo indispensable por parte de ellos, no solamente en el plano económico, sino también en el afectivo y de protección. Es la época de **abandonar la infancia y no querer hacerlo** y la de incluirse en el mundo de los adultos las más de la veces con muchas dudas, temores, indecisiones, emociones nuevas y sentimientos encontrados. El no saber hacia dónde ir y la facilidad de caer en conductas equivocadas que pueden llevar a las personas incluso a situaciones límite, como la drogadicción, la delincuencia, el suicidio.

En resumen, la adolescencia es una edad conflictiva que puede ser vivida con confianza y seguridad o por otro lado, con dudas y frustraciones, dependiendo del apoyo paterno y la educación oportuna. Su duración es variable, desde años hasta unos instantes (la niña que se convierte en mujer después de la fiesta de sus quince años), dependiendo del medio sociocultural en que se desarrolla la persona.

# Sexualidad del adulto<sup>2</sup>

Vamos a considerar la sexualidad en la edad adulta desde el final del primer período de la adolescencia (época de la pubertad), cuando los genitales han alcanzado pleno desarrollo haciendo a las personas reproductivas, aunque la madurez psicológica no ha logrado la plenitud, hasta la edad de 60 años, cuando en forma convencional y arbitraria por falta de parámetros precisos, da inicio la vejez, es decir, de los 15 hasta los 60 años.

Este dilatado lapso bien podría subdividirse en otros menores, tales como: **adolescencia, juventud, madurez y vejez**, el hecho es que el funcionamiento sexofisiológico, con sus modificaciones etarias, viene siendo el mismo durante todo el curso. Lo mismo las modificaciones y mecanismos generales que lo cambian o alteran obran en igual sentido.

Para la mejor comprensión y exposición del tema, lo vamos a dividir en seis subtemas:

- Actitudes hacia la sexualidad, que contempla cuatro llamadas: sociedad, religión, educación y machismo.
- Fines de la sexualidad.
- Relaciones sexuales en general.
- Relaciones hetero, bi y homosexuales.
- Prácticas solitarias.
- Contacto sexual con otras especies.

### Actitudes hacia la sexualidad

- **Sociedad.** Sobre la compleja estructura biológica y genética del ser humano, pesa la influencia modeladora y determinante del medio ambiente que lo circundan y lo condicionan. Así, desde el momento de la concepción, las pautas socioculturales comienzan su labor escultora, positiva y negativa, sobre lo que unos meses después será el nuevo ser

<sup>2</sup> Colaboración del Dr. Francisco Rullán Córdova

humano. A través de la vía materna le llega al embrión y al feto gran cantidad de mensajes bioquímicos, internos y externos, que lo empiezan a programar y modificar paso a paso. A partir del nacimiento se enfrenta a todo un mundo prefabricado de antemano, labrado por siglos que le indican desde cómo empezar a vivir, hasta el lugar y hora de su muerte. Comienzan a cobrar sentido en el nuevo ser y a formar parte de su personalidad, concepto tales como “quien ser”, “cómo ser” y “porqué ser” dentro del entorno sociocultural en el que se ve inmerso.

La sexualidad no puede quedar al margen de esta realidad, siendo una de las funciones más potentes que rigen la vida humana. En nuestro medio occidental de corte latino, podemos considerar que dicha función todavía se desarrolla dentro de un marco rígido, denso, con un peso específico aplastante que la hacen difícil de sobrellevar. Esta situación induce que con frecuencia se den trasgresiones que inducen profundos sentimientos de culpabilidad y vergüenza con el consiguiente rechazo y represión social. Hacen su aparición inmediata, conductas falsas, dramáticas, violentas, cargadas de odio, morbo, resentimiento, celos y frustración, y en ocasiones extremas pueden culminar con la muerte tanto por homicidio como por suicidio, alcanzando el terreno del delito sexual. Este estado de cosas suele ser justificado por el avieso concepto “así es la vida” apoyado por una literatura populachera y televisiva nefasta y morbógena que lo mantiene vigente en todo momento, alcanzando a todas las capas sociales. En los últimos lustros se tiende a cambiar ese estado de cosas, con alentadores resultados.

- **Religión.** El judeocristianismo, con el catolicismo como mayor expresión religiosa en nuestro país, admite solamente las relaciones genitales como medio de procreación y multiplicación de la especie y mantiene a la sexualidad bajo un control estricto y represivo.

Es notorio que en algunos aspectos teóricos y prácticos la Iglesia, en caso de exigencias políticas, sociales y económicas, ha ido cediendo espacio y reconociéndolas, pero en el terreno sexual no ha observado la misma apertura. Algunos de sus representantes y empleados se hacen de la vista gorda, incluso apoyan ciertas ideas y prácticas de una sexualidad algo liberal, pero siempre por cuenta propia y expuestos a severos castigos y reprimendas.

Con 17 siglos de antigüedad en Europa y casi 5 en América, la influencia antisexista del judeocristianismo ha ensombrecido y proscrito una vida sexual activa, libre, diversa y espontánea, estableciendo



lineamientos para su coartación. A tal grado esto, que tanto el padre de familia típico, clasemediero, cristiano y temeroso de la ira de Dios, como el “librepensador”, furibundo juarista, anticlerical y más papista que el papa en su momento, siguen preservando la virginidad de sus hijas. Igual condenan *a priori* el aborto, estigmatizan despiadadamente al homosexual, mantienen hipócritamente y en lo oscuro la prostitución, condenan la infidelidad y la practican clandestina o abiertamente, se escandalizan por igual ante la supuesta amenaza de perversión que entraña la educación sexual y la promoción del condón en la lucha contra el VIH-SIDA.

Mancomunadas, sociedad y religión, con la idea de una sexualidad reducida a su mínima expresión y sobrecargada de responsabilidad tan extrema como inhumana, a la postre, resultan ser la causa de muchos excesos sexuales, algunos terribles por sus consecuencias como el machismo, el abuso y violación de menores (pederastia) entre otros, nada infrecuentes en nuestro medio social.

- **Educación.** Según el diccionario, la palabra *educación* deriva del latín *educatio* y quiere decir: el resultado de la acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales. Más allá nos indica que también es el conocimiento de los usos y costumbres de la sociedad. Partiendo de esas definiciones, de inmediato nos encontramos con el medio idóneo por el cual la sociedad y la religión influyen en el condicionamiento, promueven conductas favorables a sus intereses particulares y combaten aquellas que consideran contrarias a ellos.

En nuestro país la educación oficial, aunque autonombra laica, mantiene inevitablemente lazos de gran dependencia con la iglesia dominante, de allí que todo intento oficial por difundir la educación sexual y otras campañas relacionadas con la sexualidad, tienen que pasar por la censura de instituciones condicionadas al clero. bajo esta condición, después de pasar ese filtro, llegan a los niveles educativos, aderezadas con los sesgos del antisexismo tradicional y ancestral.

El desarrollo de la sexología como disciplina educativa necesaria, cada vez en nuestro país gana terreno y ya se perciben sus buenos resultados, saliendo de los estrechos círculos científicos e intelectuales para alcanzar niveles populares. Ya hay expendio de libros dedicados a la materia, suplementos periodísticos especializados, programas televisivos explícitos y de reciente época y la posibilidad de acceder a información del tema en la Internet.

Por otra parte, las manifestaciones eróticas gráficas ya sea en obras artísticas o clandestinamente siempre han existido y, a despecho de la sociedad, la religión y los gobiernos, se han abierto camino cuando se ha caído en cualquier tipo de totalitarismo puritano.

- **Machismo.** Fenómeno sociocultural mundial muy antiguo que se basa en un prejuicio social complejo, involucra a ambos géneros y se fundamenta en el mito tan arraigado de la superioridad natural, en todos los órdenes, de los valores masculinos sobre los femeninos. Esto se enfatiza en especial en los aspectos sexuales; de allí el término de **falocracia**.

En nuestro país aún es frecuente la expresión aparatosa y violenta con que se demuestra el dominio del macho sobre la hembra, de ello también el nombre de machismo. Se supone que en un momento de la evolución humana se trastocaron el entendimiento y la comprensión naturales entre el varón y la mujer, y se inicia la relación dispareja e injusta para ésta última.

Según pasó el tiempo y las sociedades se hacían más complejas, este fenómeno se complicó cada vez más, hasta caer en una verdadera batalla entre los sexos por la supremacía. En la actualidad y a pesar del progreso tanto intelectual como social alcanzado, no ha sido posible superar ese enajenante desequilibrio, ni siquiera en los llamados países del primer mundo y por supuesto nuestro país no escapa a la regla.

Dicho lastre está sostenido y auspiciado por el sistema político que nos rige, aunque se hable de equidad y democracia, tiene un buen sustento para cerrar el círculo vicioso.

Una de las pretensiones de la educación sexual es la de incidir sobre esta antigua problemática que tanto daña a un sector mayoritario de la población.

## **Fines de la sexualidad**

Es conocido desde hace muchos años que la sexualidad en el ser humano no se encuentra exclusivamente relacionada con la función reproductiva. Si bien la tradición religiosa ha procurado que persista esa idea, en la actualidad se consideran cuatro fines de la expresión sexual: la procreación, cada vez más limitada, la satisfacción placentera, el intercambio afectivo y la comunicación creativa en el plano sexual. Cualquiera de estos fines, o los cuatro juntos, justifica las múltiples manifestaciones sexuales de la humanidad.

Respecto a los tres últimos mencionados (placer, afectividad y comunicación), se puede afirmar que demuestran plenamente su existencia a través de los hallazgos científicos y con el uso de la tecnología anticonceptiva, que confirma una vez más lo que la naturaleza nos viene gritando de siglos atrás.

Encuadrando los fines arriba mencionados dentro del esquema integrador que considera al ser humano como unidad bio-psico-social, se comprueba cómo ajustan en uno o más de los elementos que constituyen dicho esquema. La función reproductiva corresponde al orden biológico; el placer pertenece al orden psicológico y la comunicación hace escala en lo psicológico para caer de lleno en el orden social, lo mismo que el afecto.

## Relaciones sexuales en general

Las relaciones sexuales de una persona desarrollada toman expresiones muy variadas y no se reducen al coito tradicional como se cree comúnmente. Intentando una definición, se puede decir que son acciones directas de contacto físico emprendidas por una, dos o más personas para lograr satisfacción sexual, hay cópula o no e independiente de sus consecuencias. De esa manera se pueden esquematizar desde el punto de vista biológico y práctico, sin menospreciar los valores afectivos y comunicativos que las enriquecen.

- **Coito o cópula pene-vagina** y sus múltiples posibilidades, como lo enseña el Kama Sutra, libro sagrado hindú.
- **Coito alterno** que incluye coito interrumpido o interruptus, coito intermamario, coito interfemoral, coito interglúteo y coito anal.
- **Sexo oral**, donde boca y o lengua son órganos utilizados en la estimulación genital, siendo el cunnilingus en el que el varón estimula la vulva, y el fellatio, felación o irrumación, cuando la mujer estimula los genitales masculinos. La estimulación oral puede incluir otras zonas de al corporalidad.
- **Masturbación personal**, en pareja o en grupo.
- **Juego sexual** o *petting* de los angloparlantes, llamado popularmente entre nosotros cachondeo o faje.

## Relaciones heterosexuales, bisexuales y homosexuales

Es precisamente en la edad adulta donde la sexualidad se manifiesta en su máxima expresión, basada en el desarrollo biopsicosocial y cultural de cada persona y cualquiera

de las tres orientaciones pueden presentarse. En nuestra cultura nacional como en otras similares, sólo la heterosexualidad es aceptada y apoyada por la sociedad y sus instituciones, siendo la bisexualidad y la homosexualidad desalentadas, perseguidas y sancionadas, a pesar de que éstas son alternativas de preferencia sexual y no alteran en lo absoluto ninguna otra actividad humana como el intelecto, la voluntad, los valores morales y religiosos (existen homosexuales profundamente católicos), la honestidad, el trabajo, el patriotismo, el estudio de las ciencias y artes, etc. Además, es necesario reconocer y enfatizar que la persona es heterosexual, bisexual u homosexual por una disposición o accidente natural y no por decisión propia.

Si bien, la heterosexualidad es con mucho la orientación sexual más frecuente, se ha calculado en Inglaterra que de cada 10 personas, sin importar género, nacionalidad, raza o nivel social, una es homosexual. Esto nos demuestra que el número de ellos es muy elevado y por tanto le quita el adjetivo de anormal.

Basta con revisar cualquier libro o revista seria que trate de la materia, para darse cuenta de la gran influencia de todo tipo que el homosexual o la lesbiana han ejercido a través de la historia de la humanidad. En la actualidad, gracias a los llamados *media* (término que se utiliza como plural de “medios”, y se emparenta con los medios masivos de comunicación o *mass media*) es de todos bien conocida la acción reivindicadora que numerosos grupos gay (homosexuales de ambos sexos) en el mundo entero efectúan a favor de sus derechos civiles y humanos. Respecto a la bisexualidad no se tienen datos precisos, pero tanto los estudios de Alfred Kinsey y colaboradores (1948) como los científicos de William Master y Virginia Johnson (1960), nos dejan entrever que es una alternativa importante y extendida.

Tal vez lo fundamental a recalcar es la idea de que la persona homo o bisexual es, antes que nada y después de todo, un ser humano como cualquier heterosexual, y que su orientación sexual sólo actúa en el campo de la satisfacción sexual. Si en algún momento dicha persona se enfrenta cara a cara con la violencia social, cargada de tabúes y prejuicios en su contra, no es su homosexualidad lo que lo mueve, sino la violación que se hace de su libertad, derechos humanos y de su dignidad personal.

### **Relaciones sexuales solitarias**

A la práctica solitaria o en pareja para alcanzar la satisfacción sexual placentera y resolver las tensiones psicofisiológicas derivadas del impulso erótico, mediante la manipulación directa o indirecta de los órganos genitales, se le llama **masturbación**.

Esta práctica forma parte esencial del desarrollo del individuo, y si no indispensable, es una gran ayuda para la persona que al llegar a la adolescencia sin

tener pareja, la lleva a cabo en forma espontánea y natural para equilibrio de su vida interior y social. Aún más, en ciertos problemas sexuales como alguna disfunción, se puede utilizar como parte del programa terapéutico.

En un elevado porcentaje de opiniones dentro de las sociedades occidentales, se le ha satanizado de forma sistemática y sostenida. Se le ha llegado a culpar sin fundamento alguno de ser causa de trastornos mentales, neurológicos, circulatorios, metabólicos y reproductivos totalmente imaginarios, aduciendo multitud de explicaciones pseudocientíficas que no avala la ciencia ni la experiencia.

Es paradójico lo que sucede en nuestras culturas, donde en la intimidad la gente se masturba alegremente (más del 90% de los varones y un 60% de las mujeres), para luego en público negarla, condenarla y castigar al infractor cuando se le descubre. Se ha demostrado hasta la saciedad que la masturbación no daña en lo absoluto y si la persona siente alguna molestia es producto de su propia aprensión e ignorancia. El ser humano se masturba durante toda su vida con mayor o menor frecuencia, con mayor o menor satisfacción, vergüenza o culpa.

### **Contacto sexual con otras especies**

Desde eras prehistóricas y en todas las latitudes se ha descubierto que el medio de obtener satisfacción sexual usando otras especies animales es común. En nuestro medio, es frecuente esta práctica en aquellas circunstancias y lugares en que la posibilidad de la cópula interhumana no es posible o se dificulta en extremo. Esta conducta sexual es más practicada en el medio rural que en el urbano.

Si bien la sustitución puede acarrear ciertos peligros y accidentes, éstos no están en relación directa con el hecho en sí mismo ni es causa de alteraciones mentales. El peligro estriba en las condiciones adversas del ambiente en que se dan (falta de higiene, infecciones, infestaciones, traumas, etc.), o en el reforzamiento y despertar de trastornos psíquicos previos.

Por otra parte, la idea de que el humano pueda preñar o ser preñado en esos casos, es temor muy difundido e infundado, ya que por ley biológica es imposible que pueda haber cruce genético entre especies diferentes.

Por lo demás, cuando mucho el problema sería de estética si el producto resultante, sin duda peculiar, no va con los usos y costumbre de una cultura dada.



# Sexualidad de los adultos en plenitud

Existen diversos criterios al respecto pero, de una manera general, en nuestro país se considera adulto en plenitud a la persona con 60 o más años de edad. Master y Johnson, hace 50 años, situaron la edad en 50 años, cuando la esperanza de vida era muy inferior a la actual. En los países desarrollados, la edad se considera de 65 años en adelante.

Es múltiple la tendencia social de estigmatizar a estas personas: Edad avanzada, edad senil, vejez, anciano, individuo añoso, adulto mayor, tercera edad y la más reciente calificación, adultos en plenitud.

Aún cuando el proceso de envejecimiento está determinado biológicamente, son la educación y las actitudes sociales las que inducen los cambios de deterioro más importantes en este grupo etario.

En EUA, Pfeiffer y Davis, 1972 (R. Lacub, 2007), encontraron que 2 de cada 3 hombres mayores de 65 años, y 1 de cada 5 mayores de 80 años, eran sexualmente activos. En las mujeres, 1 de cada 3 mayores de 60 años dijo tener interés sexual, pero sólo 1 de cada 5 tenían relaciones.

También en dicho país, Kuijer, P. J. (2007), señala en el año 2000, una población de 34.4 millones (12.4%) de adultos mayores de 65 años o más.

Ganem, 2002 (R. Lacub, 2007), según la encuesta ACSF en Francia señala: “el 86% de los hombres y el 64% de las mujeres de 50 a 69 años, han tenido al menos una relación sexual en el curso del último mes, [...] el 23% y el 11% de ese grupo respectivamente han tenido al menos 10” (¡!).

En México, según el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, vivían alrededor de 5 millones de personas en esa edad, o sea, un 6.1% de la población total. El crecimiento anual medio era de 3.1% y en Tabasco, de 3.3%.

El 79.6% de los hombres y el 50.3% de las mujeres, estaban casad@s o vivían en unión libre.

El 11.9% y el 36.6% respectivamente, se encontraban en situación de viudez; un hombre por cada 3 mujeres.

Solamente el 4.9% y el 7.6% de ambos grupos eran solteros.

En el censo de población del año 2010 (INEGI), ya fueron 10.8 (9.6%) millones de adultos mayores y se estima (CONAPO) para 2015, la cantidad de 15

millones, con un crecimiento de 3.9%. Como cifra de comparación señalamos el porcentaje de crecimiento anual de la totalidad de la población a mediados del año 2011, alrededor de 1.4%.

En Tabasco según el censo poblacional de año 2000, teníamos 1,891,829 habitantes, siendo 110,388 personas adultos mayores (55,780 varones y 54,608 mujeres). En el 2010 de una población total de 2,238,603 habitantes (1,100,758 varones y 1,137,845 mujeres, con un IC de 1.6%), existían 167 927 adultos en plenitud (82,702 varones y 85,225 mujeres), que representa el 7.6% de la población, con I.C. de 4.7% por arriba de la media nacional. Estas cifras hablan de envejecimiento poblacional permanente debido, entre otros factores, a la mejoría de las condiciones de salud, elevación del promedio de vida (72.78 años para los hombres y 77.31 para las mujeres), control de la natalidad, etc.

Una encuesta de A. Guzmán (1986) señala datos interesantes. En una población de 65 mujeres en la tercera edad, el 55.3% tenía relaciones sexuales, y el 44.7% no las practicaba por las causas más frecuentes que aquejan a las personas en esta edad, que son enfermedad orgánica, problemas con su pareja y viudez. El dato no se puede generalizar porque en él influyen muchos factores que cambian de un grupo social a otro, pero podemos deducir que un porcentaje importante de ellas conservan su vida sexual activa. En los varones comienza un deterioro en la secreción de testosterona a partir de los 30-40 años de manera lenta pero continua, sin embargo, el interés sexual, si no hay condicionantes negativos de por medio, puede persistir intenso.

Algunos de los prejuicios más frecuentes en relación con la tercera edad:

- Son personas que carecen de interés sexual. Afirmación muy relativa que no puede generalizarse.
- El amor es cosa de los jóvenes, siendo cosa de todos los seres humanos.
- En ellos es impropio el deseo sexual. Cuestión falaz, pues el impulso sexual desaparece con la muerte del individuo.
- Deben dedicarse a actividades propias de su edad. Se pregunta uno ¿y cuáles son esas actividades especiales?
- Deben observar un comportamiento más social y no sexual y perverso, que resulta en una estigmatización brutal.
- Es necesario guardar una actitud de rechazo hacia sus manifestaciones sexuales impropias a esa edad. Puro prejuicio social.
- La vejez es vergonzante y decadente. En la actualidad hay personas líderes en todas las actividades humanas que su edad está en el rango de 50 a 75 años y más.



- Lo normal es que el hombre se consiga otra pareja por necesidad sexual y la mujer se dedique a cuidar nietos o a actividades sociales y caritativas.
- Los varones viejos con actividad sexual son perversos y mal vistos (“viejo rabo verde”), y a las mujeres viejas activas sexualmente se les estigmatiza como “sucias”, “cochinas”, “locas”, lo menos.
- En la vejez domina la pobreza, la indigencia y el abandono, sin embargo en México más del 45% de las personas mayores de 60 años (M. Krassoievitch, 1993) trabajan y otro porcentaje recibe pensión o jubilación, y además, las grandes fortunas están en manos de personas longevas.

Recordar al respecto que existen jóvenes en cuerpos viejos y viejos en cuerpos jóvenes. No es conveniente continuar aceptando refranes como el que dice: Si el joven supiera y el viejo pudiera. Claro que puede y con experiencia y sabiduría, estas personas son capaces de seguir aportando mucho a la sociedad. Recordemos ejemplos de personas que se hicieron trascendentes ya siendo viejos:

- **Cecil B. de Mille**, cuando contaba con 71 años de edad, produjo y dirigió la película: *El mayor espectáculo del mundo*, premiada por la Academia de Hollywood.
- **Mohandas Karamchand Gandhi**, líder político y espiritual de la India, a los 72 años inició el movimiento de independencia de su país, de la Corona inglesa en 1947.
- **Margaret Mead**, famosa antropóloga, hizo su primer viaje para estudiar a los Arapesh, pueblo de Nueva Guinea, a la edad de 72 años.
- **Pablo Picasso**, renombrado pintor español, trabajó y produjo obras hasta más allá de los 90 años.
- **George Bernard Shaw**, gran dramaturgo inglés, murió a los 94 años sin dejar de escribir obras.
- **Benjamín Franklin**, escritor, inventor, político norteamericano, a los 91 años puso en vigor la Constitución Política de los Estados Unidos de América.
- **Coco Chanel**, hasta muy avanzada edad dirigió su Salón de Diseño de París.
- **Marie Stopes**, inglesa, pionera del control natal, trabajó duro en su clínica hasta su muerte a los 76 años.
- **Helena Rubinstein**, creó un imperio de belleza de alcance mundial. A los 90 años escribió sus memorias: *My Life for Beauty*.

La lista de longevos extraordinarios es interminable y si agregamos aquellos no tan importantes pero sí trascendentes para la familia y su grupo social, el listado sería de millones.

## **Cambios en el hombre**

Se manifiesta un **deterioro general** a partir de los 40 años, ocurriendo el descenso en forma lenta pero continua y haciéndose más notorio a partir de los 60 años, dependiendo de muchos factores que lo condicionan como: la salud orgánica y mental, la educación, el tipo de trabajo, el éxito profesional, la dieta, el ejercicio, la autoestima, la pareja, etc. En lo tocante al **plano sexual biológico**:

- El vello se vuelve ralo, escaso y gris o francamente blanco.
- Disminuye el volumen del pene y de los testículos.
- Pérdida de tono de los músculos perineales y sexuales.
- Disminución de las secreciones glandulares incluyendo el volumen seminal pero se conserva la espermatogénesis, por lo cual los varones son fecundantes hasta edades avanzadas

También se presentan **modificaciones en la RS**:

- El deseo sexual persiste aunque puede hacerse menos urgente.
- La erección se hace más lenta, con necesidad de estimulación más intensa y prolongada.
- La inicial lubricación preeyaculatoria (de las glándulas de Cooper) se reduce.
- La fuerza de la eyaculación disminuye, pero puede haber mejor control de la misma y superarse el problema de la eyaculación precoz. Esto redundaría en la prolongación del acto sexual y por supuesto, el placer que conlleva. Muchos varones ante tal hallazgo lamentan el descubrimiento tardío.
- El orgasmo es menos explosivo pero no menos satisfactorio, y el tiempo para lograrlo se alarga para satisfacción de la pareja.
- Desafortunadamente, la erección tiende a perderse más prontamente y el período refractario va haciéndose cada vez más largo conforme aumenta la edad.
- En lo general se presenta escasa erección de las tetillas y el rash dérmico, si es que se presentaba, desaparece. Las contracciones musculares generalizadas se vuelven menos bruscas.

## Cambios en la mujer después de la menopausia

La **menopausia** es la última regla que la mujer presenta después de pasar un año sin que tenga otro sangrado. Ocurre entre los 48 y 52 años de edad. Se llama climaterio el lapso que va de los 45 a los 64 años de edad de la mujer, por lo tanto puede considerarse un período premenopáusico y otro postmenopáusico, ambos de duración variable. Asimismo:

- **Declina la función ovárica.** Los ovarios dejan de madurar óvulos por lo que termina la función reproductiva a menos que sean estimulados con aplicación de hormonas exógenas.
- **Disminuye rápidamente la síntesis de estrógeno** por lo que cesa la menstruación y se van hipotrofiando los tejidos tanto a nivel genitourinario como general. Sin embargo (¡ojo!) la función sexual puede conservarse con el mismo ritmo e intensidad, si no existe condicionamiento contrario capaz de reprimirla.
- **Las gónadas se hipotrofian** y se hacen difíciles de palpar en la exploración ginecológica, sobre todo tratándose de mujeres obesas.
- **Se adelgaza la piel** de la vulva y de la mucosa vaginal y pierden elasticidad.
- **El introito (entrada de la vagina) se puede retraer**, siendo mayor la estrechez en caso de ausencia de relaciones coitales, o sea, de no uso.
- **La vagina se estrecha** y se hace menos distensible. Sus paredes se adelgazan y disminuye el trasudado durante la excitación, pero se conserva en cantidad suficiente cuando la persona ha tenido previamente una vida sexual regular. En ocasiones esta situación obliga a un juego sexual más prolongado antes de la penetración, o en bien, a la utilización de algún lubricante de base acuosa.
- **El cérvix se hipotrofia** y el cuerpo uterino disminuye su tamaño a la mitad en edad avanzada. El endometrio se atrofia por falta del estímulo estrogénico, no se desarrolla y no descama y cesan las menstruaciones.
- **Los músculos sexuales** (vulvocavernoso, isquiocavernoso y perineales), disminuyen notoriamente su capacidad contráctil.
- **En lo general**, la grasa subcutánea disminuye, los músculos del cuerpo pierden volumen, tono y fuerza contráctil y la piel disminuye su elasticidad y lozanía.

A nivel de la **respuesta sexual** encontramos que:

- La fase del deseo persiste o va desapareciendo por convencimiento personal o prejuicio.
- En la fase de excitación disminuye la lubricación vaginal pero se conserva en mayor o menor intensidad de acuerdo con la persona y su pareja, y su actividad sexual anterior.
- La fase del orgasmo de igual manera y de acuerdo con la personalidad de la mujer, puede o no persistir. Desde luego, las contracciones musculares generales y locales, como sucede también en el varón, serán menos intensas pero no por ello, menos satisfactorias.

A nivel de las **mamas** puede haber:

- Disminución de volumen, de la elasticidad y la turgencia.
- Menor vasocongestión y rash dérmico.
- Dificultad creciente en la erección de los pezones.
- A pesar de todos esos cambios, siguen siendo una zona erótica privilegiada, si hay aceptación por parte de la mujer.

En el transcurso del climaterio algunas mujeres pueden presentar el llamado síndrome climatérico con mayor o menor intensidad que se caracteriza por trastornos menstruales, inestabilidad vasomotora (sofocos, bochornos), cambios psicológicos (nerviosismo, irritabilidad, depresión, pérdida de la memoria) y modificaciones metabólicas (deterioro tisular, osteoporosis). Por el contrario, en el varón se habla de un climaterio masculino, pero en tal caso, sería menos brusco y más prolongado, con cambios a largo plazo, y conservando la función reproductora.

En una sociedad semicerrada (depende de la región también), con deficiencia educativa importante y erotofóbica, la actividad sexual de la mujer es bien vista sólo con fines reproductivos. En caso contrario se le cataloga como prostitución o enfermedad. Por fortuna, de cierto tiempo a la fecha, esta situación misógina y de sumisión femenina, está cambiando para oportunidad de la mujer, armonía familiar y bien social.

## **Derechos de los adultos en plenitud**

O. Giraldo (2002) señala que los adultos en plenitud tienen derecho a:

- Disfrutar su propio cuerpo y embellecerlo.
- Conservar su orientación sexual y respetársele.
- Gozar su erotismo como persona o en pareja.
- La actividad sexual puede no tener como finalidad el coito y el orgasmo.
- Derecho a la intimidad para la expresión de su sexualidad.
- Derecho a la fantasía sexual.
- Expresar interés erótico sin por ello ser molestados.
- Enamorarse o formar nueva pareja.
- Respetar su decisión de ejercer su sexualidad o no.
- Conservar y preservar su salud, aceptando los cambios naturales positivamente.
- Ser apoyados en su deseo por la familia y la sociedad y no referirse a ellos de manera peyorativa calificándolos como “viejo rabo verde” “viejita cuzca” y demás.

### **Medidas para el bienestar sexual de la tercera edad**

- Poner a su alcance con información, todas las posibilidades que ofrece en la actualidad la tecnología sexual para que las personas decidan.
- La masturbación como forma de descarga sexual.
- El recurso de la fantasía sexual es válido para ellos.
- Las caricias, besos y los tocamientos que les apetezcan sin obligadamente llegar al coito.
- La actividad coital, en su caso.
- La abstinencia por decisión personal y no impuesta.
- Medidas dietéticas convenientes y ejercicio físico regular.
- Conservarse activo en otros quehaceres (científicas, intelectuales, artísticas), aunque se encuentre jubilado del tradicional.
- Administración de medicamentos específicos por ejemplo el sildenafil y derivados en casos de disfunción eréctil o de hormonales para el control del síndrome climatérico en la mujer, bajo vigilancia médica.
- Control médico para la conservación del estado de salud y el tratamiento de patologías presentes (diabetes, hipertensión, artritis, etc.) por experto.
- Ejercicios de Kegel para fortalecer periné.
- Tratamientos quirúrgicos como pueden ser: remodelación corporal de cualquier sitio, por cirugía plástica. Prostatectomía; orquidectomía y mastectomía con prótesis para el no deterioro de la autoestima;

histerectomía (se elimina el útero y su patología, no el deseo sexual de la mujer como vulgarmente se cree); colpoperineoplastia con el fin de recuperar integridad de la vagina, vulva y periné.

Por último, sabemos que muchos pensamientos negativos y preocupaciones profundas aquejan a las personas de la tercera edad y en especial dos miedos existenciales: el miedo a la muerte y el miedo al Más Allá. El primero se puede superar con la trascendencia de la persona, todo lo bondadoso y útil realizado a lo largo de su existencia. Si por lo contrario, mira hacia atrás y concluye que su vida ha sido un desastre, la angustia lo refuerza. El segundo de dichos miedos puede superarse y la gran mayoría de los humanos lo hacen, pensando en otra vida plena de felicidad y amor, cerca del dios de su creencia, o por otro lado, se ven pagando todas sus deudas en condiciones de sufrimiento permanente, con la angustia que eso conlleva. La religión es una gran creación humana que muchos adulteran y manipulan, sin embargo representa una oportunidad para los creyentes como gran asidero contra la duda vital.

# Sexualidad de las personas con capacidades diferentes

Como tradicionalmente ha ocurrido en nuestro ambiente familiar y social, las manifestaciones sexuales de las personas con alguna discapacidad o como se denominan en el lenguaje oficial, las personas con habilidades diferentes, han sido desde siempre, mal vistas y en general, no son aceptadas e incluso son en ocasiones, rechazadas por razones múltiples e injustificadas.

Por eso mismo se tiende a marginar o a ignorar su impulso sexual, sin pensar que dichas personas son seres humanos con toda la carga de pensamientos, sentimientos, necesidades, emociones, deseos y demás, así como con deberes pero también con derechos que otorgan las leyes a todos los ciudadanos.

Dicha razón ha motivado la multitud de mitos que en muchas ocasiones se dan como verdades absolutas tal y como ocurre con otras expresiones sexuales no tradicionales, que se pueden observar en grupos minoritarios como la homosexualidad por ejemplo. Para muestra se enlistan a continuación algunos relacionados con la discapacidad, desde luego, sin intentar agotar todas las posibilidades:

- La actividad sexual es propia de las personas sanas, no de las enfermas.
- Los discapacitados son seres asexuados o no les interesa el sexo.
- Se les debe tratar como niños, con mayores cuidados y protección.
- Requieren trato especial que excluye el tema sexual.
- No sienten placer.
- No es necesaria la información sexual para ellos.
- No desean lograr una pareja.
- Si establecen pareja será con otra persona discapacitada, y si logran tener hijos, éstos requerirán el cuidado de otras personas.
- Nunca podrán tener una relación completa.
- Su actividad sexual puede degenerar en perversión.
- En la gratificación sexual, el orgasmo es necesario para la satisfacción completa y ellos no podrán lograrlo nunca.
- Sus manifestaciones eróticas son grotescas e inaceptables.

- Los padres no quieren exponerlos a más sufrimiento.
- A muchos de ellos sería conveniente esterilizarlos, etc.

La lista de falacias puede alargarse, debido a que las limitaciones observables de los seres humanos son vistas con preocupación, recelo y aún temor, pues en algunas ocasiones se les relaciona no con deficiencias, sino con la hechicería y asuntos maléficos en grado extremo.

Desde luego, las personas con habilidades diferentes y dependiendo del tipo de limitación que tengan, **pueden requerir tratamientos y cuidados especiales**, sin que ello implique aislamiento, mal trato o lo peor, intolerancia y rechazo. Además, como todo ser humano tienen deberes al ser miembros de una sociedad y de un núcleo familiar, pero también tienen derechos que los protegen evitando el abuso y les propicien el desarrollo de sus potencialidades. De estos, podemos señalar algunos que competen a la expresión sexual:

- Derecho al placer sexual, como fuente de bienestar personal, incluyendo el autoerotismo.
- Derecho a la privacidad y al ejercicio de la propia intimidad.
- Derecho a las manifestaciones erótico-emocionales como besos, abrazos, tocamientos, de acuerdo con la propia decisión.
- Derecho a la equidad sexual sin que vaya de por medio la raza, la edad, la condición social, el género, la religión o el tipo de limitación observable.
- Derecho a la integridad y seguridad corporal. El abuso sexual es un delito en general.
- Derecho a la información y a la educación sexual adecuándolas a la persona.
- Derecho a la libertad de asociación sexual, es decir, vivir en pareja sin vínculos formales o en matrimonio sea civil o religioso o ambos.
- Derecho a la decisión reproductiva condicionado por los derechos infantiles y la propia discapacidad.
- Derecho a la salud sexual y su atención profesional en caso de disfunción presente.

Tales derechos no difieren en esencia de los Derechos Sexuales de todas las personas y al mismo tiempo nos alertan sobre la realidad que debemos aceptar en relación con las personas con alguna limitación.

Esta temática es muy amplia debido a que la variedad de discapacidades es múltiple, por lo cual revisaremos de manera muy general los diversos aspectos de la misma.



## Etiología

La amplia variedad de causas podemos resumirlas en las siguientes:

- **De acuerdo al momento:**
  - Genéticas, es decir, heredadas, como en las anomalías cromosómicas.
  - Congénitas, adquiridas durante la evolución del embarazo como amputaciones por bridas amnióticas.
  - Transparto y postnatales: hipoxia fetal, período expulsivo prolongado, parto operatorio, reanimación postnatal deficiente, etc.
- **De acuerdo al área afectada:**
  - Mental, como en la parálisis cerebral.
  - Orgánica.
    - Local: pérdida de un miembro.
    - General: cuadriplejía por trauma medular cervical.
  - Mixta o combinada.
- **De acuerdo al agente causal:**
  - Traumáticas o accidentales.
  - Médicas: patologías diversas, como enfermedades crónico-degenerativas, medicamentos.
  - Quirúrgicas: entre las que más impactan la esfera sexual están, la mastectomía en la mujer y la prostatectomía en el varón.
  - Drogas.

En cuanto a la **intensidad de afectación de la sexualidad**, puede resultar afectada en forma superficial que permita un desempeño casi normal, o bien, inducir una disfunción sexual franca. También puede estar afectando la limitación, la esfera biológica, la psicológica, la social, dos o tres de ellas al mismo tiempo.

**El diagnóstico** de la limitación, puede hacerse fácilmente o resultar tremendamente problemático dependiendo del tipo de discapacidad.

Muy importante es realizar una minuciosa historia clínica general y una investigación integral de la sexualidad de la persona.

Se debe igualmente echar mano de los recursos tecnológicos de que disponemos en la actualidad.

## Manejo de la discapacidad

Así como la variedad es tan amplia, el manejo dependerá de las características de cada caso en particular, pues no es lo mismo tratar a una persona con parálisis cerebral de la profundidad que sea, a tratar a otra con hemiplejía por sección medular postraumática. Además, se dan limitaciones irreversibles y otras reversibles en tiempo variable.

**El manejo psicológico y de rehabilitación** es muy importante y debe ser realizado por expertos con el fin de lograr los mejores resultados. En esto no se puede improvisar. Desde luego, en casos de patología médica como la diabetes mellitus, el infarto del miocardio, la artritis o cualquier otra enfermedad crónico-degenerativa, el control médico correspondiente incidirá en mejoría de la condición orgánica, la autoestima y, con seguridad, en el desempeño sexual.

Por señalar algo especial, en el caso de niños con déficit mental y con el fin de evitar el abuso sexual, es útil inducir el entrenamiento con base en la “Teoría de los círculos”:

- El primero incluye relación con los padres, abuelos y hermanos: los acercamientos más intensos de tipo afectivo.
- El segundo, la relación con los tíos y tías, primos y primas: puede llegar a besos en la mejilla.
- El tercero, relación con amigos y amigas: saludos de mano, por ejemplo.
- El cuarto, saludar sin contacto físico a personas poco conocidas.

Como dato estadístico señalamos que el censo de población 2010, establece que en Tabasco viven 132,212 discapacitados siendo el 50.4% varones y el 49.6% mujeres. Las causas de la discapacidad censadas son: de nacimiento (genética o congénita), 16.4%; por enfermedad, 45.3%; edad avanzada, 17.3%; por accidente, 15%; otras, 8.5%.

En última instancia, hay que señalar que todos los seres humanos estamos limitados de alguna manera: unos porque no pueden correr en 10 segundos los 100 metros planos; otros no logran el premio Nobel de la especialidad que sea; otros más están impedidos para escalar el monte Everest, y la lista resulta tan larga como el número de habitantes tiene el planeta tierra.

# Orientación sexual y preferencia de género<sup>3</sup>

A la sexualidad humana se le puede definir como una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del erotismo. Como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen las vertientes antes mencionadas y es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está influenciado por el contexto histórico-social en el que se desarrolla.

Es importante destacar los aspectos cualitativos que confieren matices específicos al fenómeno de la sexualidad humana, haciéndolo único e intransferible a otras especies. Estos rasgos son los siguientes:

- **Placentero:** contribuye al bienestar individual, al enriquecimiento de la personalidad y al desarrollo del vínculo con los otros.
- **Afectivo:** la capacidad de amar, es un componente humano y es un elemento en la trascendencia del vínculo.
- **Comunicacional:** forma de comunicarse entre los seres humanos.
- **Creativo:** potencia la capacidad de creación, en la que intervienen aspectos, lúdicos y estéticos.
- **Ético:** se define a partir de un sistema de valores sustentado en los derechos humanos.
- **Procreativo:** se refiere al logro de dos personas, que consciente, libremente y con responsabilidad compartida, asumen la creación de un nuevo ser.

Es por ello que el derecho al disfrute de la sexualidad, en la multiplicidad de su potencialidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida o la libertad. Por otro lado, el concepto de salud sexual propuesto por la OMS (1974), se plantea como: “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexuado por medios que sean enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” por lo anterior, no se puede concebir el logro de la salud integral de las personas, sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad.

<sup>3</sup> Colaboración de la Dra. Adriana García Cordero

Es importante también referirnos al proceso de *sexuación*, que es mediante el cual se constituye un ser humano (hombre o mujer) y en el que se determinan sus comportamientos como seres sexuados. En dicho proceso, se estructura la identidad sexual, que se puede entender como la parte de la identidad total de las personas, que posibilita el reconocerse, aceptarse y actuar como seres sexuales y sexuados. Este proceso cobra significado en la adolescencia, donde se considera el objetivo central.

La **identidad sexual** está constituida por tres componentes:

- **Identidad de género:** convicción íntima que tiene cada persona, de pertenecer a uno u otro género, más allá de sus características cromosómicas y somáticas.
- **Papel de género:** es la expresión de feminidad o masculinidad, acorde con las reglas establecidas por la sociedad.
- **Orientación sexual:** se refiere hacia donde se orienta la preferencia sexual en la elección del vínculo sexo-erótico.

## Preferencia de Género

Antes que definir la preferencia, hay que saber qué se entiende por género, antes de su preferencia, así por género se entiende a la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que diferencian a las mujeres y a los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social, que a su vez, se asigna desde el nacimiento.

El sentido que se tiene de nuestra propia identidad de género como concepto del yo, ejerce una influencia en nuestras acciones y comportamientos en las distintas dimensiones de la sexualidad. Ésta se adquiere a partir de los 2 años de edad, de tal forma que a partir de los 4-5 años es imposible cambiar, y el **papel de género**, matiza, mediatiza y regula las distintas esferas y dimensiones del comportamiento humano.

Por otro lado, se entiende por **preferencia de género** al gusto o mayor atracción que puede sentir una persona para relacionarse afectiva ó eróticamente con personas del mismo género o del otro género o indistintamente.

Un factor importante en la atracción es el **dimorfismo de género**, que no es otra cosa que los rasgos culturales y sociales diferenciados en dos formas: femenino y masculino, factores determinantes de la atracción. Partiendo de éste hecho, quienes siendo de orientación homosexual, heterosexual o bisexual, prefieren las características femeninas en el género (ya sea la forma del cuerpo, de vestir y de hablar, entre otras), se denominan **ginefílicos**, por el contrario, si se inclinan hacia

características masculinas, se mencionan como **androfilicos**. Lo antes mencionado, que quede claro, es independiente de la orientación sexual.

## **Orientación Sexual**

Como ya se comentó anteriormente, la orientación sexual comprende **dos aspectos**: La orientación a la respuesta sexual que es la capacidad biofisiológica del ser humano para responder a estímulos sexuales ya sean: heterosexuales, ambisexuales u homosexuales. y la orientación del deseo, que es la relación establecida con personas del mismo o diferente sexo como respuesta sexual. Puede ser a su vez: heterosexual, ambisexual y homosexual, aunque se emplea a veces como sinónimo de orientaciones a la respuesta sexual. La orientación del deseo, alude principalmente a los aspectos psicológicos y afectivos de la relación, mientras el primer término se refiere a los aspectos biofisiológicos y culturales.

Asimismo, la orientación sexual no tiene que ver con el hecho de sentirse hombre o mujer, sino si se siente atraído por un hombre, mujer o ambos, hay personas que descubren su orientación en diferentes etapas de su vida, la mayoría comienza a hacerlo en la pre adolescencia. No se trata de un descubrimiento de un día para otro, sino de un proceso de conocimiento que suele desarrollarse en las siguientes etapas, presentando: Sentimiento de diferencia, sorpresa ante esta diferencia, toma de contacto social, aceptación de la propia orientación. Por supuesto, estas etapas son una abstracción que no siempre se corresponde con los casos particulares.

Es una característica sumamente compleja sobre la cual actúan, muy probablemente, factores genéticos, otros factores biológicos, socioculturales y experiencias vivenciales, entre otros.

## **Heterosexualidad**

A esta orientación se le ha estudiado muy poco, quizá por ser considerada como “lo normal” o lo que “tiene que ser” socialmente y culturalmente hablando. Son conocidos como “normales” o mencionados como “bugas” entre los homosexuales. Se considera como la relación afectiva y/o erótica que se presenta entre personas de distintos géneros.

## **Homosexualidad**

Hay que empezar por decir que la homosexualidad no es una enfermedad; en 1973 el *Manual Estadístico de Enfermedades Mentales (DSMI III y IV)*, retiró a la

homosexualidad de los trastornos sexuales, más tarde, el 17 de mayo de 1990 la OMS, también excluyó a la homosexualidad de la clasificación estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, quedando hoy día, solamente clasificado un malestar proveniente de la no aceptación social de esta orientación.

Se entiende por homosexualidad a la relación afectiva y/o erótica con personas del mismo género. Conocidos por **homófilos** o **gays** a los hombres y como **lesbianas** a las mujeres. Al igual como ocurre con la heterosexualidad, las personas van conociendo desde la niñez si son transexuales u homosexuales, pasando por procesos de identificación y experiencia hasta una comprensión total de lo que se es, si es que se recibe la información adecuada.

El proceso se diferencia del vivido por personas heterosexuales, porque niñas y niños transexuales y homosexuales van apreciando, a medida que van creciendo, que su orientación sexual o identidad de género es rechazada por gran parte de la sociedad, incluidas en algunos casos sus propias familias.

Si se carece de la ayuda y orientación adecuada se puede ver afectado el desarrollo armónico y sano de la sexualidad, a un punto que muchas personas jamás salen del armario, es decir jamás asumen de manera voluntaria y pública su identidad de género u orientación sexual ante otras, provocándose un profundo daño emocional.

De acuerdo a investigaciones de la profesora de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Salamanca, Sonia Soriano, los procesos por los que generalmente pasa una persona homosexual o transexual son los siguientes:

- **Sentimiento de diferencia:** Esto es sentirse diferente a las personas (hermanos/as, padre, madre, amigos/as, compañeros/as) que rodean al ser humano en la infancia.
- **Negación:** Al no encontrar en sus seres más cercanos referentes sobre sus deseos o identidad y al apreciar que sus afectos son rechazados por una mayoría, la persona niega lo que es por miedo y con culpa.
- **Homo/transfobia interiorizada:** Al carecer de opiniones o actitudes externas positivas hacia la homosexualidad o la transexualidad, la persona puede sentir homofobia o transfobia, es decir rechazo y vergüenza sobre su orientación sexual o identidad de género y sobre quienes sienten de igual manera.
- **Manifestación y definición:** Consiste en ir asumiendo de manera paulatina el hecho de ser transexual o de amar y/o de desear a alguien del mismo sexo.

- **Exploración, experimentación e intimidad:** Determinado por la socialización y/o intimidad con pares homosexuales o transexuales.
- **Autoaceptación e integración:** La persona asume como propia una identidad homosexual o transexual.
- **Consolidación de identidad:** Se comprende e internaliza que la orientación sexual o identidad de género no es lo único que define a la persona, pues ello sólo es un aspecto más del ser humano.
- **Salida del armario:** Es la revelación de la identidad de género o la orientación sexual ante terceros.

Al igual que los heterosexuales, las personas van conociendo desde su niñez si son transexuales u homosexuales pasando por procesos de identificación y experiencia, hasta una mayor comprensión de lo que se es.

Se han generado algunas teorías para dar explicación a ésta preferencia:

- **Genética:** Hamer en 1993, descubrió el gen de la homosexualidad, presentando una alteración en la región xq 28 del cromosoma X, y que la línea materna era quien la determinaba.
- **Hormonal:** el neurocientífico holandés Simón Levy hace hincapié en que los seis primeros meses de vida gestacional se establece una impronta de carácter sexual en el encéfalo y que en dos etapas subsecuentes e importantes, durante los dos primeros años de vida y la adolescencia, existen cambios de gran actividad hormonal que pueden consolidar la forma en que cada individuo ejerce su sexualidad.
- **Selección social:** es de las últimas teorías propuestas hasta nuestros días, por la bióloga Joan Roughgarden, que parte de la teoría de la evolución de Darwin. En el caso de la biología humana, afirma que la existencia de homosexuales, transexuales y hermafroditas no es más que una variación natural que se integra perfectamente en la diversidad mostrada por los demás animales.

## Homofobia o Transfobia

El 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y con el paso del tiempo, los países han adecuado sus políticas internas y leyes a los principios de ese importante texto.

Estos derechos garantizan a toda persona por su sola condición humana, y sin distinciones de ningún tipo, igualdad social, política, económica, cultural y jurídica. Ello significa que nadie puede ver violentada su vida, su integridad física y psíquica, su dignidad o su libertad, en especial porque los derechos humanos son:

- **Universales:** Es decir son posesión de todas y todos por el hecho de ser personas Inviolables: no se deben transgredir y si ello ocurre, las personas afectadas deben ser compensadas o reparadas.
- **Inalienables:** lo que significa que no se puede despojar a nadie de ellos.

La discriminación es un problema social que afecta día a día a las personas impidiendo que sus derechos humanos sean respetados y ejercidos.

Ésta es entendida en nuestro país como toda forma injustificada de distinción, exclusión, restricción o preferencia, que prive, perturbe, amenace o menoscabe el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de la República y en la ley.

Ningún tipo de discriminación arbitraria es aceptada, en particular cuando se origina por motivos de raza o etnia, nacionalidad, situación socioeconómica, lugar de residencia, idioma, ideología u opinión política, sindicación o participación en asociaciones gremiales, sexo, estado civil, edad, filiación, apariencia personal, enfermedad o discapacidad y, por supuesto, el género o la orientación sexual.

Lamentablemente en nuestro país, y en otras partes del mundo, diversos sectores son discriminados, viendo particularmente dañadas su dignidad las personas indígenas, pobres, indigentes, con discapacidad o enfermedad, inmigrantes, mujeres, niños y niñas, jóvenes, adultos mayores, habitantes de zonas rurales, ateas, agnósticos, judías, evangélicos, testigos de jehová, mormones, musulmanes y las minorías sexuales, entre otras.

Una forma de violentar los derechos humanos es discriminando. Cuando el hecho afecta a homosexuales o transexuales se está en presencia de lo que se conoce como **homofobia y transfobia**.

La **homofobia** y la **transfobia** se manifiestan cuando una persona, grupo o institución contiene en forma permanente opiniones, acciones o actitudes promotoras de alguna segregación contra las minorías sexuales y que, teniendo al alcance la información necesaria para modificar sus prejuicios o estereotipos, la rechaza o se niega a conocerla.

La **conductas homofóbica y transfóbica** corresponden a las opiniones, acciones o actitudes que las personas, grupos o instituciones pueden manifestar en algún momento de sus vidas, afectando en forma negativa el conocimiento sobre



las minorías sexuales o la integridad de alguien identificado como homosexual o transexual.

Una conducta de este tipo no vuelve necesariamente a una persona, grupo o institución homofóbica o transfóbica y puede producir la paradoja de desarrollarse en forma paralela con actitudes favorables a los homosexuales o transexuales.

Por ejemplo, puede darse el caso de que un estudiante sea dañado física o verbalmente en algún momento por ser homosexual o transexual por una compañera o un compañero en el contexto de una discusión, pero en la práctica general quien ofende puede tener una buena opinión de las minorías sexuales.

Hoy día se da también casos de lo que se llama **bullying homofóbico o transfóbico** que puede expresarse en violencia física o verbal o en la sanción, expulsión o despido de estudiantes o docentes sólo por ser identificados o identificadas como homosexuales o transexuales.

El agresor o la agresora puede ejercer directamente la violencia o mandar a otras personas a ejecutarla, además de utilizar espacios distintos al colegio para cometer la discriminación, como pueden ser las afueras del establecimiento o la internet.

## **Bisexualidad y Ambisexualidad**

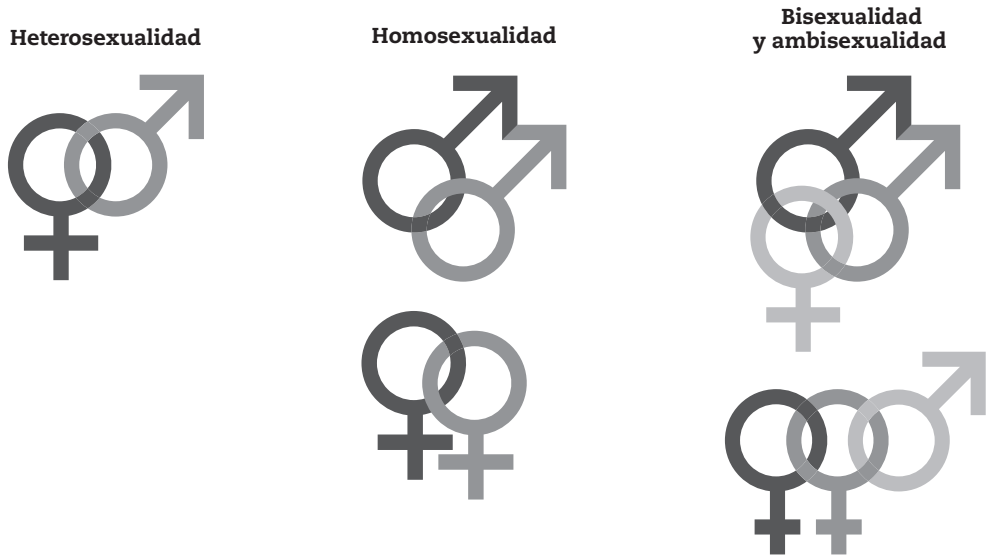
Es la atracción afectiva y/o erótica indistinta por personas de ambos géneros. Existen algunas variantes:

- **Simultánea.** relación hombre/mujer al mismo tiempo
- **Concurrente.** relaciones independientes en mismos periodos
- **Serial.** relaciones alternadas (monogamia)

Sobre el estudio de esta orientación existen dos teorías:

- **Teoría Conflictiva de Zinker.** Este investigador (Zinker, 1985) comenta que son personas que pueden presentar tres situaciones distintas: experimentan un conflicto de identidad o confusión, o bien viven una etapa transitoria con tendencia a la homosexualidad, y por último, emplean a la bisexualidad como defensa de su homosexualidad.
- **Teoría Adaptativa:** es más reciente, donde se considera como la coexistencia de comportamientos homoeróticos y heteroeróticos, siendo genuinos en la atracción y experiencia.

Por otro lado, Master y Johnson, la diferencian de la ambisexualidad, comentando que esta última se considera como la respuesta al deseo y goce en la oportunidad sexual manifiesta, con facilidad e interés por cualquier género y donde nunca se demuestra inclinación por mantener una relación permanente, en forma madura.



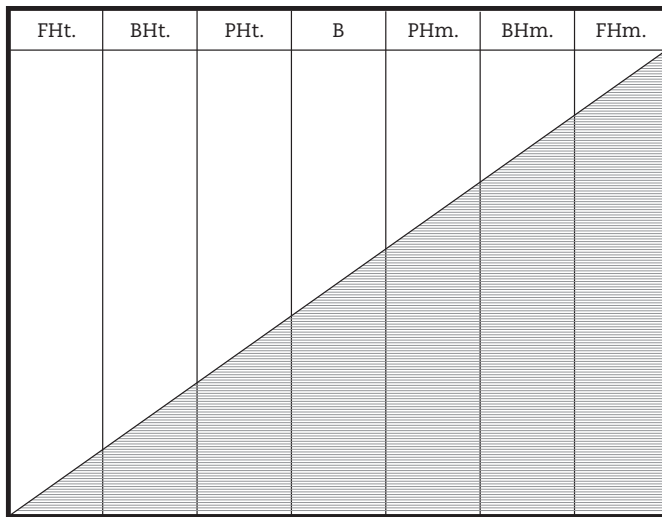
Los símbolos de las preferencias sexuales  
Figura 20.1

### Modelo Conceptual para la Expresión Erótica

Kinsey, en 1948, tras estudiar a diversas personas y su orientación, realizó una gráfica donde colocaba a los individuos según su preferencia. Más tarde Xavier Lizarraga del Instituto Mexicano de Sexología, sugirió denominaciones que sustituyeran a los números de la gráfica original, quedando de la siguiente manera en cuanto a cada preferencia:

- **Fundamentalmente heterosexual (fht).** Personas que sólo son atraídos hacia el otro género, no son capaces de reconocer belleza en el mismo género.
- **Básicamente heterosexual (bht).** Personas que son atraídas por el otro género, reconocen belleza en el propio género y niegan atracción hacia el propio género.

- **Preferentemente heterosexual (phm).** Teniendo mayor atracción por el otro género, también se sienten atraídos por el propio.
- **Preferentemente homosexual (pjm).** Existe atracción por el propio género y pueden sentir atracción por el otro género, aunque en menor grado.
- **Básicamente homosexual (bjm).** Existe atracción por el propio género pero pueden reconocer belleza en el otro género, aunque sin atracción erótica.
- **Fundamentalmente homosexual (fjm).** Personas que sólo son atraídos hacia el propio género y no reconocen la belleza en el otro género.



### Experiencia Erótica

Por último, según Wolff y Klein, en cuanto a la experiencia erótica, es decir, la experiencia vivida, independiente de la orientación y que además por el hecho de vivir una experiencia de otra orientación no se asume como tal, existen tres expresiones, con el otro género o con el propio:

- **Nunca** haber tenido experiencia erótica o **no practicante (NA)**.
- Haber tenido **alguna vez** experiencia erótica o **practicante asumido (PA)**.
- Sólo haber tenido experiencia erótica **en sueños y fantasías** u **onírico-fantasioso (OF)**.

## **Conclusión**

Temas diferentes son la preferencia de género y la orientación sexual, ya que la primera es una cuestión biológica que nos conforma física y genotípicamente y que estructura y regula la manera de comportarse en la sociedad. Mientras que la orientación sexual se refiere más al concepto de diversidad en la búsqueda de la obtención de lazos afectivos y eróticos, tan distintos como maneras de comportarse, todos dentro de las leyes universales de la sexualidad humana: un comportamiento debe ser consensuado, no lastimar a terceros, y que sea placentero.

# Diversidad sexual

Una de las características más constantes e importantes de la sexualidad humana es la diversidad. Somos diversos en nuestro comportamiento sexual el niño de la niña, el adolescente de la adolescente, el adulto de la adulta, el adulto mayor de su contraparte femenina, el padre de la madre, el hermano de la hermana, el abuelo de la abuela, hasta los gemelos homocigotos (idénticos) observan maneras diversas de actuar en general, y no solamente en el plano heterosexual, sino también en el homosexual.

Lo anterior nos lleva a considerar otra realidad: el ser humano es un ente sexual y sexuado desde antes de nacer hasta después de su muerte por persistir entre los descendientes el sentido genérico del(a) difunt@, y las manifestaciones que puede observar a lo largo de la vida son múltiples en expresiones, momentos y lugares.

Nos han acostumbrado a vivir la sexualidad encajonados en estereotipos tradicionales, que nos enseñan como herencia generacional, en los que la mujer deber ser y comportarse de una manera, y el hombre estar en el papel asignado por la tradición. Pobre de aquél(la) que transgreda lo establecido, porque de inmediato es señalad@, estigmatizad@ y excludid@.

Así, la niña que se comporta como varón o demuestra actitudes y conductas “masculinas” es calificada de “marimacho” y obligada a ser más mujer, y el niño que en su trato relacional es delicado y suave, es catalogado de “marica” o “maricón”.

En igual sentido, las conductas eróticas no tradicionales o consideradas fuera de lo normal, término difícil de definir en sexología, son peyorizadas, marginadas, condenadas, reprimidas y etiquetadas como anormales, perversas, degeneradas, aberrantes, desviadas, etc., y en el mejor de los casos señaladas como parafilias o enfermedades.

Las llamadas “Manifestaciones de la diversidad sexual” (D. Barrios M.) o “Expresiones comportamentales de la sexualidad” (J. L. Alvarez-Gayou), por escapar del patrón de comportamientos sociales tradicionales, son vistas con desconfianza, temor, asco y desprecio y a las personas que tienen ese tipo de prácticas, como seres indignos de respeto y necesidad de tratamiento, originando esta actitud verdaderas enfermedades sociales como es la homofobia.

Debemos admitir que a diferencia de las especies inferiores, el ser humano tiene la posibilidad inédita de manifestar su sexualidad de múltiples maneras incluso llegar a extremos geniales, creativos o delictivos, según el grupo social y la reglamentación correspondiente. En sociedades cerradas ocurre el fenómeno de la “doble moral”, que consiste en aparentar ser una persona limitada en sociedad y ser menos o más abierta y espontánea en la intimidad.

Las expresiones o manifestaciones eróticas se dan paralelas al desarrollo de la humanidad, habiendo alcanzado en los últimos siglos niveles de sofisticación e interés genuino por su estudio.

Nos parece muy práctico considerar dos vertientes de las manifestaciones o expresiones humanas, pudiéndose dar en el plano afectivo o en el plano erótico. El primero no conlleva mayores consecuencias negativas para la persona o personas, solamente se da con fines relacionales y comunicativos con el fin de demostrar simpatía, amistad, agrado, respeto y cariño. En el segundo caso puede caerse en el terreno del abuso o incluso, en el delito, por la intención sexual que lo caracteriza y que en general, se hace afectando a terceras personas sin su consentimiento.

También y siguiendo a J. L. Alvarez-Gayou, es muy conveniente considerar la intensidad de la manifestación o expresión sexual, pues ello puede representar lo aceptable o la inaceptabilidad de dicha práctica.

Un ejemplo para ilustrar: la necrofilia, el gusto o apego por todo lo relacionado con la muerte.

En el nivel afectivo, todos somos necrófilos en mayor o menor medida, es decir, alguien puede ser asiduo en la asistencia a velorios, visitar panteones con mucha frecuencia, etc., en cambio otra, acude a visitar a sus parientes muertos cada 2 de noviembre y nada más.

En el nivel erótico, la situación cambia. Puede suceder en el mejor de los casos, que la persona decida fantasear con una persona muerta con el fin de erotizarse y hasta allí, no hay problema. Este surge si la misma persona va más allá: incluir para su erotización un cadáver, pues aunque este no pueda protestar, el hecho puede ser denunciado y tipificado como delito de acuerdo con la ley y se denomina: “Profanación de cadáver”.

Otro ejemplo: la paidofilia, el gusto, afecto o amor por los niños.

En el nivel afectivo, todos somos paidófilos, nos agradan los niños, cargarlos, jugar con ellos, consentirlos, etc. Con menor o mayor frecuencia. El problema comienza cuando una persona busca la compañía de niñ@s con el fin de erotizarse. Igual que en el caso anterior, si lo hace a nivel de fantasía, no hay delito que perseguir, pero la situación cambia cuando la persona busca niñ@s con deseos de

satisfacción sexual en mayor o menor intensidad y frecuencia. Esta última conducta cae en el terreno del delito y se tipifica como: “Abuso sexual de menores” o franca violación sexual.

Aquí lo importante y necesario es aceptar los comportamientos sexuales dentro de los límites que la reglamentación social exige (grupo social que no se da “reglas de juego”, tarde o temprano fracasa), con el fin de no caer en situaciones ilegales para actuar con libertad pero respetando la libertad de l@s otr@s en busca de una convivencia justa y armónica.

Vamos a mencionar algunas de las muchísimas manifestaciones o expresiones de la sexualidad humana, pues la lista puede resultar apabullante y tan inmensa como lo es la capacidad creativa del ser humano.

Definitivamente, insistimos, es tiempo de abandonar denominaciones peyorativas que se suelen dar a estos comportamientos sexuales como: aberraciones, desviaciones, perversiones, parafilias, etc.

A continuación se enlistan algunas de dichas expresiones:

1. Agorafilia: gusto por los espacios abiertos o públicos.
2. Audiofilia: gusto por los sonidos.
3. Claustrofilia: gusto por los espacios cerrados.
4. Coprofilia: gusto por los que tiene qué ver con la función de defecar.
5. Exhibicionismo: gusto por mostrarse a otras personas.
6. Efebofilia: gusto por personas adolescente o jóvenes.
7. Escoptofilia (voyerismo): gusto por ver a otras personas.
8. Fetichismo: gusto por objetos que pueden pertenecer a otras personas.
9. Fobofilia: gusto por situaciones de peligro o inductoras de miedo.
10. Frotismo: gusto por el contacto físico con otros.
11. Gastrofilia: gusto por los alimentos.
12. Gerontofilia: gusto de relacionarse con personas mayores (dos o más generaciones de diferencia).
13. Hematofilia: gusto por todo lo relacionado con la sangre.
14. Iconofilia: gusto dibujos, fotos, emblemas, etc.
15. Linguofilia: gusto por la palabra hablada.
16. Logofilia: gusto por la palabra escrita.
17. Masoquismo: gusto por dolor y el sufrimiento.
18. Necrofilia: gusto por lo que se relaciona con la muerte.
19. Paidofilia: gusto por los niños.
20. Rinofilia: gusto por los olores.
21. Sadismo: gusto por inducir dolor o sufrimiento a otras personas.

22. Tribofilia (frotismo): gusto por los tocamientos o contactar físicamente con otros.
23. Urofilia: gusto por lo relacionado con la micción y la orina. “La lluvia dorada”: orinar a la pareja.
24. Zoofilia: gusto por los animales.

Entre otras muchas.



# Erotismo<sup>4</sup>

Erotismo, placer, sensualidad, deseo sexual, excitación, términos que remiten a sensaciones, fantasías, culpas, temores, recuerdos, valores, conocimientos, experiencia y mitos. Términos confusos y poco delineados, como las sensaciones a las que remiten. Aunque la palabra viene de Eros, dios del amor, el erotismo no necesariamente implica amor, pero sí placer, incluso es posible el deseo sin el placer; el orgasmo sin goce; el goce sin orgasmo.

Este término connota y denota a todo lo relacionado con la sexualidad y no simplemente con el acto sexual físico sino también todas sus proyecciones. De este modo el erotismo puede observarse en combinación con la libido. Trata todo aquello que emana de la zona libídica y está relacionado con el sexo y con el amor erótico; se hace a un lado la sexualidad de la reproducción, su finalidad está en el goce mismo; se podría definir como la capacidad del individuo para el goce sexual, la unión afectivo-sensual con otro ser, aun en el autoerotismo que se acompaña de imágenes. Es una construcción resultado de complejos procesos y para desglosarlos se puede acudir a distintos enfoques de estudio. La definición más aceptable es la siguiente: El erotismo (como ya se menciona), es una construcción, no determinada biológicamente sino resultado de las relaciones interpersonales moldeadas culturalmente por un proceso denominado identificación mediante el cual se adquiere una identidad, siendo ésta un conjunto de roles que una persona actúa, que le da la sensación de ser único, de tener unidad y coherencia en el tiempo y en el espacio y que la define como individuo. Sus componentes son: la imagen corporal, la identidad genérica y la sensación del self, se forma a través de la identificación con otras personas significativas (padres) determinando posteriormente la relación con los demás, teniendo entonces que la identidad sexual se conforma con la imagen corporal erótica y sexual de sí mismo.

Por ejemplo, como manifestaciones del erotismo se encuentra que para el cultivo del atractivo sexual en ciertas tribus, se induce el estiramiento del labio inferior, mientras que en otras, que la mujer tenga una fertilidad probada es de gran valía para despertar las complejas reacciones eróticas en un sujeto.

El erotismo es un dispositivo complejo (ya que abarca diversos componentes de lo subjetivo y lo social y desde la bioquímica hasta el arte) que genera atracción

<sup>4</sup> Colaboración de la Dra. Adriana García Cordero

sexual. El deseo erótico no puede ser sino el deseo específico del otro, que incluye la doble condición del objeto (el individuo del otro sexo o aparentemente del otro sexo) y del fin (el acto sexual). La erótica es, pues, un elemento fundamental de lo sexual y caracteriza un dominio biológico incluido en la sexualidad. Es una experiencia que nace del interior y que se manifiesta en las múltiples sinuosidades de experiencias corporales. El erotismo está del lado de la pasión y su materia es el cuerpo; se trata de una expedición por los placeres y displaceres del sexo, de un desafío, de una aventura que traspasa la piel y la carne, (por decirlo de cierta forma) una dialéctica corporal y de los sentidos, donde embebidos en la pasión se han olvidado en el acto erótico los fines de la procreación.

### **Autoerotismo**

Todo crecimiento y expansión del erotismo, se inicia con el conocimiento del erotismo propio. Siendo este un comportamiento sexual que permite a los seres humanos a lo largo de toda la vida, vivenciar el propio cuerpo como una fuente de sensaciones placenteras que se integran a la autoimagen, dando oportunidad de conocer su potencial amoroso para, si así lo decide, compartir su erotismo con su pareja. La experiencia auto erótica, muy íntima, no se limita a la auto estimulación de los OSPES (órganos sexuales pélvicos externos), en realidad toda la piel es capaz de reaccionar eróticamente, lo mismo sucede con otros sentidos.

Se puede experimentar con tantas cosas como la imaginación sea capaz de inventar, por ejemplo: tomar un baño, sentir el viento en el cuerpo, el calor del sol en la piel, escuchar música sensual, leer poemas y cuentos eróticos, etcétera.

No existe ningún argumento científico ni racional, que demuestre que el autoerotismo sea nocivo o indeseable para quien lo ejerce como una actividad sexual privada y placentera.

### **Formas del Erotismo**

En la cultura en que hoy se vive según algunos autores como: P. Veyne, y M. Foucault, existen tres pilares sobre los que la sociedad occidental, organiza su sistema sexual: Las Mollietes, es decir quien en nuestra sociedad debe ser pasivo y quien activo; el matrimonio, de ser privado y meritorio pasa a ser un acto público y obligatorio; y finalmente, las actitudes frente a un erotismo diferente ((homosexualidad, bisexualidad).

Para George Bataille existen tres tipos de erotismo, el de los cuerpos, el de los corazones y el erotismo religioso. En los tres se pretende zanjar la experiencia de

la discontinuidad, de la diferencia, del aislamiento subjetivo a través de la vivencia de continuidad, con un amante, un amado, o un dios, a través del cuerpo o del ser.

Este autor comenta: “Pero más allá - o más acá, según se vea- del erotismo de los cuerpos, está lo que se llama el erotismo de los corazones, cualitativamente más sagrado, ese ardiente y pasional erotismo donde el ser amado no se escapa, donde los seres en su discontinuidad se abren a la experiencia de la continuidad en el éxtasis, jugando así con los límites del ser. Por ello es que los amores apasionados, aún aquellos castos, comparten el desfallecimiento y la angustia de la muerte, como ocurre con el erotismo de los cuerpos”.

Y es que el erotismo es el reverso de una cara ineludible, es el reverso de la conciencia; esos afectos callados, esos sentimientos de los que no se habla a la luz del día, tienen ese envés que es el cuerpo oculto y sus partes de las que se suele avergonzar.

¿El erotismo tiene un objeto? Si se parte de lo planteado por George Bataille tomando como el sentido último del erotismo a la fusión, la continuidad y la supresión de límites, ¿cómo concebir un objeto del erotismo? Puesto que un objeto está limitado, ¿cómo se le concilia? Quizá es aquí donde el deseo hace su aparición. En el acto erótico, -sexual, religioso, sagrado, secreto- el hombre se enfrenta al deseo, hay una interrelación, hay una contigüidad entre el deseo y el erotismo, porque como en el deseo, el acto erótico siempre está vestido por la compulsión a repetir, por la búsqueda de un plus, de un siempre más; es que tanto en el deseo como en el erotismo, la inconmensurabilidad aparece junto con la muerte, que se halla como una flecha que lo atraviesa todo.

Los hombres y las mujeres pueden ser objetos de deseo el uno para el otro; el campo en el que se juega el erotismo es siempre el de la violencia, es un pasaje tortuoso, una alternancia perenne entre los polos de la vida y la muerte, lo bello y lo horrendo, la bondad y la maldad, lo dulce y lo violento. En el erotismo se compromete siempre la historia y el cuerpo, mientras que en la experiencia erótica las paradojas se multiplican, siendo el inconsciente el reino de las paradojas y de la contradicción. Es pues el erotismo una vía que expresa al inconsciente, más aún, muestra esa parte que no puede ser dicha porque se halla justamente colindando con el orden del goce,

Las manifestaciones eróticas, vestidas de arrebató, con esa violencia que las habita y determina, se abren a la muerte, sí, pero también en un acto de conciliación con la vida. En el erotismo la vida y la muerte como caras diferentes de una misma moneda están echadas al vuelo - con la apuesta a que Eros caerá -El erotismo tiene ese lado oscuro, ese devaneo con la muerte, pero también tiene el lado luminoso que apuesta a hacer de ese momento angustiante una fiesta a la vida.

Conclusiones. Según la mitología griega, Zeus discutía con su esposa Hera: ¿Cuál de los dos sexos gozaba más el acto del amor? No pudiendo ponerse de acuerdo, acudieron a Tiresias, sabio de la antigüedad, que era el único ser que había sido, hombre y mujer, siendo castigado a vivir 7 años como mujer. Entonces la pareja de dioses, preguntó al sabio: ¿Quién gozaba más?, a lo que respondió: indudablemente la mujer gozaba diez veces más que el hombre. Descubierta su secreto Hera montó en cólera y privó de la vista al interrogado. Zeus como compensación lo dotó con el don de la adivinación y de la visión interior.

A diferencia de Tiresias, el enigma del goce del otro será de alguna manera indescifrable, pero la erótica personal puede ser para el individuo fuente inagotable de bienestar y junto a la concientización de la misma, podrá ser capaz de compartirla con el otro en condiciones de mutualidad y reciprocidad. Esta erótica personal, resulta de un complejo suceder de acontecimientos en la historia biográfica del sujeto y aunque lo moldean, no lo encadenan a vivirla de la misma manera perenemente, ya que los procesos mentales que determinan la experiencia erótica son procesos cambiantes durante toda la vida. El erotismo puede tomar formas múltiples, de las que, se deriva mayor o menor satisfacción, según el grado de compromiso, el autoconocimiento, el juicio personal, la flexibilidad y la autonomía.

# **Aspectos Socio-culturales de la Sexualidad**



# Trabajo sexual (prostitución)

Definición. Es una actividad histórica y organizada de comercio sexual, extraconyugal o no, menospreciada y tolerada por la sociedad, por supuesto, sin mediar afectividad, con múltiples modalidades en la práctica y establecidas con personas conocidas o desconocidas (modificado de E. Barrera, 1991).

Diccionario LAROUSSE. (*lat. prostitutionem*) Acto por el cual una persona admite relaciones sexuales a cambio de dinero.

Prostituta. (*lat. Prostitutam*) Mujer que se dedica a la prostitución.

Persona que mediante pago inmediato en dinero u otro tipo de bienes, entabla una relación sexual con cualquier individuo conocido o desconocido (W. Master).

Prostituta, y muchísimos sinónimos. En un ejercicio de taller estudiantil, los integrantes de un equipo enlistaron 145, entre otros los siguientes: afiladora, arrabalera, burra, caballito, cachadora, carterita pública, consoladora, colorida, etc.

### Origen y organización

Se inicia a partir de la sedentarización de la tribu con el descubrimiento de la agricultura, la propiedad privada, el intercambio de mercancías y de mujeres, nacimiento de las clases sociales, la familia monogámica asegurando la propia descendencia y los valores mercantiles en las relaciones humanas.

Participantes (F. Gomezjara, 1991).

- Los empresarios dueños de hoteles, centros nocturnos, bares, agencias publicitarias, editores de libros, revistas, periódicos, productores y patrocinadores de cine, TV, Internet, etc. En la actualidad se han constituido verdaderos emporios alrededor del trabajo sexual en donde

una de las características es la explotación que puede llegar al nivel de vejación, agresión y sumisión.

- Los clientes, individuos o grupos, a los que se contactan y contratan directamente o mediante los sofisticados medios de comunicación moderna.
- Las trabajadoras sexuales y su círculo, incluyendo a los “enganchadores”, “padrotes” o “protectores” “amantes”, etc., la policía, funcionarios públicos, familiares, etc., todos tratando de sacar el mayor provecho del trabajo ajeno y sin correr los riesgos de las directamente involucrados. Por lo mismo, este trabajo es muy desventajoso para la persona que lo ejerce, pues lo hace por su cuenta y riesgo.

Respecto a las condiciones de ejercer el trabajo sexual y desde hace algunos años que comenzó a discutirse la problemática sexual con cierta apertura, se dan dos tipos de opiniones. Una a favor de la reglamentación con el fin de darle reconocimiento como actividad legal con los deberes y derechos propios de cualquier otro trabajo. La otra en contra de la reglamentación, pero permitiendo el libre ejercicio de la actividad, sin persecución ni represión, con pleno respeto a los derechos humanos de las trabajadoras.

Entre los opuestos a la reglamentación se encuentran muchas prostitutas que la ven como una oportunidad de manipulación por parte de la autoridad y la posibilidad de extorsión legalizada.

Por lo polémico del problema, no se ha llegado a una discusión seria y necesaria en el Poder Legislativo con fines de definición legal y sigue en calidad de tolerable por inevitable.

Es más, el trabajo sexual se acepta en la ley al establecerse sanciones tanto a los que lo promueven como a l@s que lo ejercen y los castigos se imponen bajo el argumento de “trasgresión a la moral y a las buenas costumbres” que no dice nada objetivo o dice muy poco.

## **Causalidad**

Es múltiple:

- Biológica: Deseo de satisfacción del impulso sexual en una sociedad erotófoba, cerrada, machista y que privilegia la virginidad y el matrimonio monogámico. Perpetuar la norma: “Hasta que la muerte los separe”. Desde luego, según los jóvenes, tal dicho se ha cambiado por otros: “Hasta que la vida los separe” o “Hasta que la (el) otra los separe.”



Otros motivos: defectos físicos o mentales, vejez, timidez excesiva, comportamientos sexuales reprimidos, renuencia a adquirir obligaciones o a la conquista de una “mujer decente”, temor a establecer una pareja formal, búsqueda de compañía, de amistad, intimidad o descarga emocional en un ambiente tranquilo, etc.

- Económica: el trabajo sexual como actividad muy lucrativa según se dijo, con el beneficio de muchísimas personas, pues es una actividad que genera enormes ganancias al año, consideradas en miles de millones de dólares.

En ocasiones, se recurre al trabajo sexual como oportunidad para complementar el ingreso obtenido por otro medio laboral. Por ejemplo, amas de casa que aceptan mediante paga y en forma ocasional, un encuentro sexual.

- Socio-cultural: variable según el ambiente, la libertad sexual, el nivel educativo y el grado de machismo. La expulsión del seno familiar de la joven “deshonrada”, el embarazo no deseado, el abandono de la pareja, la culpabilidad religiosa, la monogamia, la preservación de la virtud y respetabilidad de la mujer y la familia, para escapar de la monotonía al interior del matrimonio tradicional, etc.
- Afectiva: Relaciones establecidas por amor o por placer puramente, lo que es muy raro pero puede darse. Lo anterior queda demostrado con el hecho de que la práctica de la prostitución se realiza ampliamente en nuestro país, no existiendo poblado por pequeño que sea donde no haya un prostíbulo o burdel, casa de cita y demás, algun@s con mucha fama y ampliamente celebrad@s, privilegiándose la oferta para los varones todavía

## Funciones

- Actividad mercantilizada generadora de ganancias, empleos y negocios múltiples, con beneficio personal y grupal
- Importante apoyo para el control sexual que asegura a la familia monogámica, heterosexual, tradicional, siendo la trabajadora sexual oportunidad de equilibrio y permanencia de la misma.
- Expresión de dominio por parte del varón y de una doble moral. Esto quiere decir que nuestra sociedad por siempre, si no vista con buenos ojos, sí tolera la infidelidad masculina y condena sin cortapisa la femenina. Incluso en algunas sociedades pueblerinas, si un hombre

maduro no se le conoce un “segundo frente”, se duda de su virilidad., y si se descubre la infidelidad de una mujer, inmediatamente se le cataloga de “fácil”, “cusca”, “puta”, etc.

Es decir, la actividad es de utilidad social pues apuntala y preserva a la familia, llamada “célula social”, sustento ideológico de nuestro sistema social.

Esta situación define el doble rol de la mujer:

Una, la esposa o madre sublime, la del “10 de mayo”, paridora, la Soyla (soy la que lava, soy la que plancha, soy la que atiende, soy la que limpia la casa y cuida los hijos, etc.), consumidora y educadora, la “buena”, la “decente”

Otra, la prostituta, la “puta”, la alegre, mujer de la calle, sinvergüenza, explotadora, la roba hombres, etc.

Tipología (F. Gomezjara, 1991). Esquemática por supuesto:

De clase baja (Precapitalista):

- Mancebas, controladas por una patrona.
- Sedentarias o itinerantes, explotadas por caseros.

De clase media (Capitalista):

- Trotacalles, taloneras o taconeras.
- Cabareteras o ficheras, después de abandonar el negocio.
- Ruleteras, motorizadas o navegantes, en taxis o vehículo propio.
- Furtivas o pupilas: asistentes a casa de citas.

De clase alta (Postcapitalista)

- Call girls, contratan por teléfono y con una agenda de clientes establecida.
- Acompañantes: bailarinas, modelos o edecanes por medio de agencias especializadas.
- Oportunistas. En general, amas de casa, divorciadas o abandonadas, con otro trabajo poco remunerado, estudiantes en ejercicio ocasional, para pagar sus estudios y abandonar o no el trabajo sexual una vez concluida la carrera, siendo más frecuente a nivel universitario, etc.
- Las de servicios. Empleadas en boutiques, salas de belleza, restaurantes, etc.

## Situación legal

Ya hemos señalado que el trabajo sexual no se prohíbe expresamente y no se le castiga formalmente, aunque en la práctica así ocurre.

La falta en que incurren las o los que ejercen este trabajo es: “trasgresión a la moral y a las buenas costumbres” que es decir muy poco.

Otros datos interesantes (Gómez-Jara y Barrera, 1988):

Los clientes son:

Casados	80%
Separados	15%
Solteros	5%
de 25 a 35 años	50%
de 35 a 45 “	30%
de 45 o más “	20%

Características de las trabajadoras sexuales en la ciudad de México, según encuesta publicada en el periódico La Jornada (19-XII-1996), con datos de la Comisión de Seguridad Pública de la ARDF:

- Tiempo de actividad: 5 años en promedio.
- Nivel socioeconómico: La mayoría vive en condiciones de aislamiento, no cuenta con servicios de salud, ni tiene adecuado control sanitario.
- Edad de inicio de la vida sexual: 79.9% entre los 12 y los 18 años.
- Edad promedio: 46.4% tienen entre 16 y 24 años, y 40% entre 25 y 34 años.
- Grado de escolaridad: 28.4%, primaria completa; 17%, incompleta; 14.3%, secundaria terminada; 9.3%, analfabetas; 8.5%, bachillerato; 4.3%, carrera técnica.
- Motivos para prostituirse: La mayoría respondió: “Porque Dios manda”.
- Estado civil: 61.7%, solteras; 13.8%, casadas; 11.4%, separadas; el 76.7% tiene hijos.
- Lugar de ofrecimiento de servicio: 49.8%, en la vía pública; 40.2%, en bares y 6% en hoteles.
- Atención a clientes: El 69.2% atiende de 0 a 14 clientes por semana y 23.2% de 15 a 28 clientes.

- Uso de preservativo: 66% con clientes y 44% con no clientes. El 63% de los clientes paga dinero extra para no utilizarlo. 56.6% de los clientes son casados.
- Tipo de vivienda: 19% tienen casa propia y el 65.4% renta.
- Número de dependientes económicos: 49.8%, entre uno y dos; 21% reciben apoyo económico.
- Lugar de origen: locales y algunas se desplazan desde Puebla, Tlaxcala, Morelos, Edo. de México.

En relación con el trabajo sexual en una capital de provincia, Hermosillo, Son. (J. R. Espinoza C., 2001), anotamos los datos siguientes:

- Edad promedio: 32.2 años.
- Edo. civil: Solteras el 67%; 18% en unión libre; 7%, casada:
- Escolaridad: 12%, analfabetas; 42%, con educación primaria; 38% con secundaria.
- Religión: Católicas el 75%; el 25% no profesa religión.
- Hijos: 92% con un promedio de 3 hijos.
- Pareja: el 53%, tiene pareja sentimental estable.
- Uso del preservativo: 83% lo usa.
- Antecedente de violación en un 18%.
- Motivos para dedicarse al trabajo sexual: Económicos en el 88%.
- Drogadicción: 28%; alcoholismo severo, un 67% y tabaquismo en 65%.
- Extorsión por autoridad policiaca, 22%; maltrato de la pareja o autoridad, 27%

Dada la expansión que ha observado el trabajo sexual masculino en los últimos años, debemos decir que tal fenómeno social es una realidad e incluso en algunas zonas de ciudades importantes de la república, ha sobrepasado a su contraparte femenina.

La ejercen los varones hetero, bi y homosexuales y los consumidores más frecuentes del servicio son gays o varones bisexuales. Con menor frecuencia la compra sexual la realizan las mujeres, que por su situación laboral, profesional o económica, pueden darse ese "lujo" o esa libertad. Esto ocurre desde que muchas de ellas dejaron la dedicación exclusiva a los deberes hogareños que se les inculcaba como destino tradicional y se educaron incluyéndose en el ambiente laboral, algunas con alto nivel profesional con ingresos suficientes para pagar una aventura sexual sin compromiso sentimental, la búsqueda de placer con un varón bien dotado físicamente, y satisfacer fantasías sexuales imaginadas.

Tiene el trabajador sexual una tipología parecida a la señalada para la mujer, el precio que solicitan suele ser un poco mayor, y se anuncian abiertamente en periódicos, revistas y la Red. Por ejemplo, un anuncio típico diría algo como esto: “Fisicoculturista de 20 años de edad, cuerpo de adonis, moreno claro, barba cerrada, ojos verdes, experto en el amor y con 18 cm de oportunidades. El servicio es por una hora o máximo, dos. Uso del condón obligatorio”. Si lo comparamos con un anuncio de servicio sexual femenino, resulta muy parecido: “Chica fogosa, juguetona y sensual, atrévete a conocerme y vivir tus fantasías más perversas. Te estoy esperando. Se utiliza condón y el servicio tiene un costo, además del pago de taxi y hotel”.

En pleno siglo XXI ya es imposible soslayar estas otras realidades, y la única manera de evitarle problemas a las personas usuarias del servicio, que pueden ser lamentables en ocasiones, es ofreciendo información y educación sexual integral desde la niñez.

### **Papel del orientador sexual**

- Ofrecer información veraz, científica y objetiva.
- No imponer la propia carga de valores.
- Desmitificar el trabajo sexual como un “mal necesario” y a el(la) trabajador(a) sexual como un “ser malvado”, pecador(a) y amenaza para la integridad familiar y la moral social.
- Reconocer el ejercicio del trabajo sexual como algo útil socialmente que exige habilidades personales, nunca valorizadas.
- Aceptar la necesidad de reglamentar su ejercicio con el fin de proteger los derechos legales y humanos de los involucrados.

Gómez-Jara y Barrera, señalan con acierto que: “Es la sociedad civil, la que debe primero y ante todo reconocer la profesión del(a) trabajador(a) sexual, como una actividad presente, múltiple, pública, útil y en igualdad de condiciones y derechos que las demás profesiones”



# La sexualidad gráfica (pornografía)

La palabra pornografía etimológicamente procede del vocablo griego pórne, prostituta y grápheir, escribir con varias acepciones: tratado acerca de la prostitución; carácter obsceno de obras literarias y artísticas, entre otras.

Al parecer este término se acuña en Francia en el año 1769, con la obra de Restif de Bretonne, El pornógrafo, y relacionado con la obscenidad se retoma en el siglo XIX, pero en realidad este tipo de manifestaciones ocurre desde tiempos prehistóricos, y la prueba está en las pinturas rupestres, ampliamente conocidas, con variable aceptación de acuerdo a los grupos sociales, siendo restringida y condenada con la intromisión del judeo-cristianismo en la civilización occidental, como sucede con todo lo relacionado con la sexualidad humana.

Hubo opiniones muy radicales apenas en la segunda mitad del siglo XX como las siguientes:

“La pornografía, pretende actuar como excitante sexual y se desenvuelve especialmente en el plano privado. En el lenguaje comprende los términos considerados tabúes. Es en realidad, un acto de sucia provocación sexual y se dice que lesiona u ofende el pudor. Solapada, secreta y vergonzosa, deja inevitablemente en el provocado, un sufrimiento de culpa. Se presenta con los ornamentos de la fealdad, de la bajeza. La obscenidad, designa manifestaciones que se desarrollan en el plano social, y abarca el terreno del lenguaje, del gesto, de la expresión. En el lenguaje comprende los términos considerados tabúes. Se pretende que lesiona una vaga muralla de pulcritud social que suele denominarse decoro. Representa siempre un acto de agresión y su consecuencia es el estupor, el shock, la indignación del agredido. Ambos términos designan deformaciones de la esfera sexual” (Pellegrini, A. 1967).

Otras opiniones son las siguientes:

Lo que para unos es pornografía, para otros no es más que la carcajada del genio” (D. H. Lawrence, 1967).

C. J. Cela dice: “La pornografía no existe más que en la mirada o en el espíritu del contemplador, y en la medida de la ley y el reglamento, es lo que así parece al legislador o al censor, y para el ciudadano es lo que está prohibido y no permitido”

En la actualidad la palabra pornografía se sustituye por otros términos con menor carga valorativa y más objetivos como, material gráfico de la sexualidad, expresiones gráficas de la sexualidad (J. L. Álvarez-Gayou), etc., y tiene enorme demanda y desde luego oferta, a través de los medios de comunicación masiva como son: periódicos, revistas, cine, TV, Internet, etc.

Admiten este tipo de expresiones gráficas una división: el material puede tener un interés puramente comercial, con fines de lucro y en el que se privilegia la genitalidad y el coito, considerando sólo el aspecto biológico de la sexualidad en muchas ocasiones deformada, y aquél que plasma imágenes eróticas en obras artísticas creadas por afamados maestros de las bellas artes (escultura, pintura, literatura, danza, etc.)

El primer tipo tiene gran demanda, es rentable y en nuestro medio está dirigido sobre todo al grupo de los varones, y las publicaciones en donde se exhiben modelos masculinos, se edita pensando en la población gay, y no con el fin del consumo femenino por la represión tradicional de nuestra sociedad machista.

Por lo demás, las obras artísticas de tipo erótico por los valores que representan, son bien aceptadas por la mayoría social y nadie o pocos se escandalizan al contemplarlas. Por ejemplo la estatua de la Diana Cazadora en la réplica de la fuente del Paseo Usumacinta en Villahermosa, Tab., o la obra original que se puede contemplar en una glorieta del Paseo de la Reforma en México, D. F.; la Venus de Milo, escultura griega; el David de Miguel Ángel; las esculturas de Antonio Canova; la Maja Desnuda de Goya; el Inicio del Mundo de Gustave Courbet; en literatura: obras trascendentes de escritores como D. H. Lawrence, Camilo José Cela, Gabriel García Márquez, e incluso en la actualidad ya no escandalizan las obras del Marqués de Sade, que fueron consideradas descarnadamente eróticas. Y si nos vamos a la literatura religiosa, podemos constatar que la Biblia, el libro sagrado del judeo-cristianismo, contiene múltiples referencias a las manifestaciones de la sexualidad, y paradigmáticos son los versos del Cantar de los Cantares atribuido al rey Salomón. Y he aquí versos de muestra:



*“Esbelto es tu talle como la palmera,  
Y son tus senos sus racimos”*

Algo parecido sucede con el cine, la TV o el Internet.

En este último medio debido a la falta de reglamentación, se puede acceder a todo tipo de oferta erótica a veces sin restricciones, desde muy artística, hasta otra rechazable e impropia para niños y aún, adolescentes. La decisión es del usuario quien la acepta o no, según su nivel de información y educación sexual.

En el mundo son cientos de millones los consumidores del material gráfico sexual explícito, lo que impulsa una industria que genera miles de millones de dólares de ganancias al año. Por ejemplo, alrededor de una revista como lo es Playboy, se sustenta un verdadero emporio comercial, que a su vez implica el beneficio de una enorme cantidad de trabajadores y sus familias.

En un trabajo de investigación personal que incluyó a 506 estudiantes con promedio de 19 años de edad siendo 66% mujeres y 34% varones encontramos las siguientes respuestas:

En varones	Si	No	En mujeres	Si	No
Gusta	115 (66.47%)	56 (32.36%)	Gusta	65 (19.51%)	No: 256 (76.87)
Lo consumes	113 (65.31%)	59 (34.10%)	Lo consumes	54 (16.21%)	269 (80.78%)
Debe prohibirse	40 (23.12%)	126 (72.83%)	Debe prohibirse	150 (45.04%)	163 (48.94%)
Dañan a los jovenes	58 (33.52%)	110 (63.58%)	Dañan a los jovenes	183 (54.95%)	No: 132 (39.63%)

Estos resultados hablan de mayor permisividad y aceptación, con menos prejuicios por parte de los varones en relación con la mujeres, que era de esperarse, dada la cultura dominante de privilegio machista.

### **Características positivas y negativas del material erótico**

Aspectos positivos:

- Indudable el placer que puede inducir su consumo a los usuarios.
- Apoyo de la fantasía sexual.

- Gusto por transgredir la imposición moral represiva.
- Información sexual más allá de lo cotidiano o de rutina.
- Curiosidad por las manifestaciones sexuales novedosas o deslumbrantes.
- Asombro al conocer nuevas realidades en la práctica sexual.
- Posibilidad de llevar a la práctica personal o de pareja la enseñanza obtenida y superar la rutina.
- Deleite con la corporalidad humana en su expresión artística.
- Oportunidad del goce personal con el material artístico erótico.

#### Aspectos negativos:

- Pervierte a la juventud. Esto es mas bien un prejuicio producto de la ignorancia y la mojigatería tradicional de nuestro medio.
- Provoca adicción patológica al sexo: erotomanía, equiparable a otras adicciones como la dipsomanía, la toxicomanía, etc. En tal caso, debe investigarse la existencia de un problema en el trasfondo de la conducta y solucionarlo.
- Información manipulada y distorsionada.
- Reduccionismo frecuente a lo puramente biológico sexual (genitalización), sin tomar en cuenta otros aspectos tan importante como los psicológicos, los socioculturales y espirituales del ser humano.
- Perpetuación de estereotipos tradicionales y roles rígidos, como la exaltación de la figura del “macho” (erecciones permanentes y siempre listo para el ataque); la mujer como “cosa sexual” para la satisfacción del varón, sin importar lo que ella piensa o decida.
- Exageraciones frecuentes y aberrantes en las presentaciones: orgasmos infinitos, coitos múltiples, eyaculaciones abundantes como chorros y expulsión de litros de semen, etc.
- Alusión frecuente a la realización de delitos sexuales como la violencia, el sado-masochismo humillante, la paidofilia, etc.
- La frustración de no poder realizar en la vida cotidiana las sugerencias implícitas.

Para redondear este aspecto del problema, nos referimos a un estudio del material gráfico sexual explícito, realizado en los E. U., por una comisión formada ex profeso para tal fin por el presidente Lyndon B. Johnson en 1967, y la que después de una amplia revisión del mismo, concluyó entre otras cosas que “el hecho de no hablar directa y abiertamente de la sexualidad, trae consecuencias como la de darle mayor

importancia de la que tiene, la cubre de una aura de misterio e irrealidad que la hace más atractiva e intrigante, desvía el impulso sexual por causas más legítimas y en conclusión establece que la pornografía es normal, saludable y positiva”.

Luego llegó a la Casa Blanca el presidente Nixon y al no estar de acuerdo con lo establecido, como típico republicano y por ende, conservador, disolvió la Comisión y desechó el Informe.

Se ha podido comprobar que la exposición de los niños a este material, puede producir curiosidad, luego aburrimiento y terminan por desecharlo., sustituyéndolo por otro tipo de publicaciones más atractivas para ellos. Tampoco induce el aumento del número de los delitos sexuales, sino lo contrario, como pudo comprobarse en Dinamarca en 1967, país que después de abolir las leyes restrictivas relacionadas con este material, mejoró tales índices.

De igual manera es comprobable que al salir de un cine después de asistir a la exhibición de una película en la que se comenten asesinatos brutales, los espectadores no se van de la sala cinematográfica convencidos de que pueden o deben realizar algo parecido a lo visto. Y si en una presentación se observa una escena de sadomasoquismo brutal, no se sale a practicarlo inmediatamente con la pareja si el propio criterio no lo aconseja.

En México, de una sociedad cerrada y conventual, muy conservadora, se ha ido evolucionando a otra más abierta, tolerante y libertaria a pesar del conservadurismo rancio dominante aún en algunas regiones del país. En relación por ejemplo, con el comercio de publicaciones eróticas, la comisión encargada de regularlo, también permite una mayor exposición y venta con la leyenda: “Para mayores de 18 años”, que casi nadie toma en cuenta por la mala costumbre y característica nuestra de no respetar la Ley.



Figura 24.1



# Agresión sexual

El término de agresión sexual o el de violencia sexual definen mal el hecho a que se refieren pues hacen pensar que la sexualidad se encuentra implícita como contenido principal, y no sucede así. La coartación de la libertad sexual del otro, es un acto que va más allá de lo sexual, es un acto de poder, de imposición, de sometimiento, de sumisión, que se da en la díada agresor-victima.

Agresión sexual es definida escuetamente por el Diccionario Esencial de la Lengua Española de la Real Academia Española como: “Atentado contra la libertad sexual realizado con violencia o intimidación y constituye un delito”. Su connotación delictiva tiene que ver con lo jurídico y lo sexual es un pretexto utilizado por el agresor.

Una definición más amplia sería la propuesta por Oseguera (1984) que señala: “Relación sexual con una persona sea cual fuere su género o edad, sin que medie el consentimiento o la voluntad, y que por lo tanto sea sometida a realizarla por medios violentos sean físico o morales”.

Son múltiples las modalidades del delito: violación, abuso sexual, estupro, hostigamiento sexual, incesto, lenocinio.

Concretándonos a la violación podemos decir que es la relación con penetración peneana, digital, o con cualquier artefacto ex profeso, por vagina, boca o ano, realizada con el uso de la fuerza y contra la voluntad de la persona agredida, sin importar su edad o su género.

La violación es un delito tipificado en la ley que ocupa el quinto lugar en frecuencia en México, y se denuncia solamente en un 5 a 10% de todos los casos.

Motivos que inducen a la consumación de la violación:

- Por poder: físico, psicológico, religioso, económico, social, etc.
- Por ira: pasional a partir de odio, venganza, resentimiento, humillación, etc.
- Por sadismo: en estados de alteración de la conciencia o franca psicosis.

En general, las tres formas se interrelacionan con predominio de una de ellas, quedando en un plano secundario la motivación sexual.

Características generales:

- Puede ser realizada de manera individual o por 2 o más sujetos agresores. En este caso ocurre la violación multitudinaria o pandilleril.
- El motivo sexual es secundario siendo la violación en realidad un acto de fuerza, de sometimiento y humillación de la víctima, por lo mismo, las personas agredidas más frecuentemente son: las mujeres, los niños, los adultos de la tercera edad, los discapacitados.
- Ocasional puede darse el caso de violación de mujer a hombre. Se trata en general, del sometimiento de púberes o adolescentes por la fuerza física o el convencimiento por parte de una persona adulta.
- Es poco común en la infancia pero de mayores consecuencias físicas y psicológicas. En esa edad ocurre con más frecuencia el abuso sexual y en los adolescentes, el estupro.
- Es un problema de salud pública, que afecta a la persona, a la familia y a la sociedad en su conjunto, y que por múltiples motivos, la mayoría de las veces, permanece impune, como sucede con los delitos en general en nuestro país.
- En el país este delito ocupa el quinto lugar en frecuencia.
- Es histórica, pues viene desde mucho tiempo atrás, desde que la mujer fue desvalorizada en función del predominio masculino.

¿Cuántos casos de violación sexual ocurren al día, al mes o al año? En nuestro país las estadísticas relacionadas con problemas de la sexualidad no existen o son poco confiables, pero en general, se considera que solamente de 5 a 10% son denunciadas. El resto se oculta por diversas razones que señalamos a continuación. En E. U., se considera que se dan más de 150,000 violaciones al año. Una de cada 6 mujeres sufren intento de violación, y una de cada 8 será violada en dicho país (Baram, D. A., 1997).

En el estado de Tabasco a partir de la década de los 80's, ha ido en aumento la frecuencia del delito con muy pocas denuncias, siendo los mayores registros en los municipios de Centro, Cárdenas, Comalcalco, Huimanguillo, o sea, los más poblados y que han sido impactados por la inmigración petrolera (Bonfil, 1983).

En un diario local (Tabasco HOY, 2-IX-11, pág. 20), se señala que del 2006 al 2010 se han denunciado 1615 casos, dato que no refleja la realidad, por las razones que a continuación se enlistan.

Motivos por los que no se denuncian las violaciones:

- Miedo a represalias por parte del violador en caso de denuncia del delito, al ser amenazada la víctima o sus familiares.
- Actitud fatalista: ser ese su destino; ya le tocaba; es como sacarse la lotería con un premio trágico en este caso, etc.
- Temor al escándalo social, pues se puede perder el estatus social y se expone la familia a la marginación del grupo.
- Conveniencia familiar: en este caso se oculta el hecho delictivo por conveniencia por diversos motivos, con frecuencia por necesidad económica cuando existe dependencia familiar del violador.
- No querer perjudicar al delincuente, por tratarse de una persona connotada social, económica o políticamente y la conveniencia de conservar la relación con ella.
- Temor al trato o mejor, al maltrato policíaco, que la víctima vive de manera más traumática que la misma violación.
- Desconfianza hacia el sistema de impartición de justicia que en nuestro país sigue siendo muy deficiente.
- Resistencia a juicios largos y amañados: ocasiones hay que los papeles víctima-victimario se invierte o el juicio se prolonga hasta el agotamiento, dejándose libre al agresor por sobre las evidencias que lo condenan, debido a la corrupción imperante.

Según datos del Centro de Atención a Mujeres Violadas, A.C. (CAMVAC) del D. F.:

- 33% ocurren en menores de edad.
- 67% en mujeres adultas.
- 5% se realizan con armas.
- 30% es multitudinaria.
- 58% ocurren en lugares cerrados.
- 83% son víctimas solteras.
- 39% de los violadores son identificados.
- 67% de ellos son casados, o sea, tienen pareja estable.
- 50% son conocidos de la víctima.
- 33% son familiares de la víctima.
- 90% son premeditadas, es decir, la agresión es planeada.
- 10% inducen ITS o embarazo.
- 90% de las víctimas son golpeadas, con fines de sometimiento inmediato.

## Mitos en relación con la violación sexual

Este delito como todo lo relacionado con la sexualidad en nuestra cultura tradicionalmente erotofóbica, machista y misógina, está rodeada de mitos múltiples, a los que se recurre en muchos casos para justificar su realización, como pueden ser los siguientes:

- Los violadores son gente “extraña” y ya se ha mencionado que buena parte de los violadores son vecinos o familiares de las víctimas.
- La víctima provoca la agresión, por vestir de manera provocativa, comportarse lascivamente, etc.
- La agresión ocurre en lugares abiertos e inseguros. Por el contrario, con cierta frecuencia ocurre en el mismo hogar de la víctima.
- Debido al instinto sexual incontrolable del agresor. El tinte sexual del delito es sólo un pretexto.
- Insatisfacción sexual del agresor. Se especificó que muchos tienen pareja estable como los policías judiciales violadores del Sur de la Ciudad de México, D. F. (Lovera, 1990).
- A la mujer le agrada la violencia, y surge la pregunta lógica: ¿A quien le agrada la violencia?
- En ocasiones está justificado el delito. Un delito nunca tiene una justificación válida.
- Muchas violaciones son “falsas”: En tal caso se trataría de alguna joven que al forzar a su pareja mediante suspicacias o engaños, trata de asegurarla formalmente.

Características de los violadores. Es muy difícil definir el perfil de un violador, pues se trata de personas pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos, en ambientes laborales diversos, de inteligencia muy variable y de todo tipo de personalidad.

Master y Johnson establecieron un perfil a partir del estudio de violadores confinados a prisión:

1. 85% con antecedentes penales.
2. 80% con baja instrucción educativa.
3. 75% menor de 30 años
4. 70% solteros.
5. 70% desconocidos para la víctima.
6. 50% alcohólicos o tomados durante la violación.



7. 15% reincidentes o con condena previa.
8. Por motivos variados. Premeditada o no.
9. No son exaltados sexuales.
10. Muchos con oportunidad de compañera sexual.
11. Pueden presentar disfunción sexual en el momento del delito.
12. Todos deben recibir tratamiento.

Muchos de lo aspectos considerados en el listado anterior se salen del marco de la población general, según lo establecido en notas anteriores.

Por otra parte como lo señala Lorente, A. M. (2004), “si tuviéramos que definir un perfil del agresor en todas sus manifestaciones, vendría dado por tres características fundamentales: hombre, varón, de sexo masculino, o sea, no hay perfil...”

### **Aspectos psicológicos y médicos en la víctima de violación**

Impacto psicológico:

- Primera fase o fase aguda: puede durar días o semanas después de la agresión. Los componentes son de tipo emocional. Puede existir aturdimiento de la víctima, confusión, incredulidad, inseguridad, temor, sentimientos de culpa, indignación, vergüenza, rabia, negación del suceso. Puede haber aceptación o rechazo por parte de la familia, los amigos o el grupo social.
- La segunda fase o de adaptación post-traumática, comienza la superación del trauma en forma gradual, puede darse mejor vinculación a la familia y a los amigos cuyo apoyo suele ser de gran valor, pero desafortunadamente en ocasiones resultan agresivos para la víctima, se recupera el estudio o el trabajo, persisten miedos, dudas en relación con la integridad de la propia persona y su vida futura, sentimientos encontrados, incredulidad. Se pueden presentar síntomas psicósomáticos que tienen como órganos de choque los del aparato digestivo, del genito-urinario, del sistema músculo-esquelético, etc.
- La tercera fase es la de recuperación: variable según la edad y la personalidad de la víctima así como el proceso de rehabilitación que se le haya aplicado. Aquí es conveniente recordar que la persona violada no necesita lástima, sino por el contrario, comprensión, solidaridad y apoyo eficaz. A dos años del percance, en el 25% de las mujeres violadas,

pueden persistir miedos, angustia, depresión, insomnio, pesadillas, desconfianza, sensación de vulnerabilidad y soledad en grado variable. Puede agregarse disfunción sexual.

También debe ser tomada en cuenta la pareja de la víctima, quien puede presentar un estado de crisis de menor o mayor profundidad con actitudes de rechazo y culpabilización hacia ella o bien, que la acepte, la comprenda y la apoye para una mejor recuperación del trauma. Aquí será necesaria la psicoterapia individual y de pareja.

Impacto biológico:

Pueden presentarse lesiones locales y lesiones generales.

Lesiones locales probables. Ruptura himenal (desfloración), desgarros vulvo-vaginales sobre todo en niñas, incluso ruptura de cúpula vaginal que exigen una minuciosa exploración ginecológica, practicándola con mucha suavidad y delicadeza.

Lesiones generales que pueden ser leves o graves.

Entre las primeras se consideran los moretones, los razguños, cortes superficiales, etc.

Las graves serían heridas punzocortantes, fracturas, estrangulamientos y muerte.

Al recibir una paciente agredida sexualmente, es indispensable realizar una historia clínica completa, establecer un diagnóstico correcto, ofrecer un pronóstico adecuado y prescribir el tratamiento indicado para el caso.

Se solicitan los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios. Debemos recordar que es inútil de primera intención practicar un test inmunológico de embarazo pues saldrá negativo a menos que la mujer ya estuviera embarazada. Se debe dar anticoncepción de emergencia (AE). Debe investigarse la presencia de espermias y no esperar el resultado del cultivo bacteriológico que lo reportan por lo general después de 72 horas, y dar tratamiento profiláctico con antibióticos de amplio espectro de inmediato.

Manejo terapéutico

- No hay un tratamiento específico pues está condicionado a las lesiones que presente la paciente.

- Deben curarse todas las heridas.
- Ofrecer apoyo y ayuda psicológica.
- Muy importante es denunciar el delito con el fin de no favorecer la impunidad, a pesar de la corrupción que existe en gran parte del aparato de impartición de justicia.

Otras recomendaciones a puntualizar:

- Reconocer el carácter traumático de la agresión.
- Respetar en todo momento la intimidad de la víctima.
- Tratar a la mujer violada con afecto, consideración y empatía, ofreciendo confianza.
- Dar información amplia y suficiente a la agredida y/o a sus familiares sobre los hallazgos o consecuencias de la agresión.
- Siempre ofrecer prevención de ITS y de embarazo.
- Atención médica y psicológica expedita y según el caso.

Medidas preventivas:

- Poner en marcha de una buena vez, el sistema de educación sexual en todos los niveles educativos como algo indispensable tanto en lo que concierne al problema que revisamos, como en otros muchos relacionados con el ejercicio de nuestra sexualidad.
- Impulsar mayor equidad de género.
- Pugnar por una sociedad más justa y democrática.
- Fomentar la cultura de la denuncia.
- Hacer valer la ley. En el capítulo correspondiente, se hace referencia a otros tipos de agresión sexual.

“...una diferencia mínima, escribe West, separa el asesinato del suicidio en el amante abandonado” (Tordjman, G. 1981). A tales extremos puede llegar el agresor; afortunadamente son los menos casos.

Para concluir este tema, damos algunos datos en relación con la agresión que sufren las mujeres mexicanas (INEGI, 2004): en una encuesta de 19 millones de mujeres se concluye que:

1. 47% sufren violencia en el hogar. De este grupo:
2. 29.5% padecen violencia emocional.
3. 14.4%, violencia económica.
4. 26.3%, violencia emocional y económica.
5. 8.8%, violencia emocional, económica y física.
6. 6.3%, violencia emocional, económica y sexual.
7. 5.7%, los cuatro tipos de agresión.

Las cifras en el D. F., son las siguientes (Berumen, P. 2003):

- Entre 88 y 90% de las víctimas de la violencia familiar son mujeres.
- 42%, sufren maltrato emocional.
- 32%, Maltrato físico.
- 14%, maltrato sexual.

La violación está tipificada como delito en los diversos códigos penales, por tanto debe ser prevenido, denunciado y castigado conforme a la Ley.

# Ley y sexualidad

Desde épocas remotas, la sexualidad humana ha sido regulada con mayor o menor permisividad en todos los grupos humanos. Se considera que un grupo persiste si se da reglas del juego y la expresión sexual no escapa a esa realidad. En la actualidad, la legislación que tiene que ver con dicha función es tan diversa como diversa es la sociedad humana y los factores que la condicionan son de múltiple naturaleza: sociales, culturales, históricos, y con mucho impacto en el mundo occidental, religiosos. Sin embargo, entre más democrática y libertaria es una nación o país, las reglas condicionantes son menos restrictivas y más permisivas. Desde luego, más humanas y justas. Recordemos que una parte importante es lo que establece la Ley, pero otra el aparato burocrático que tiene el deber de acatarla y cumplirla.

En general, en toda sociedad existen sectores de población con mayor vulnerabilidad y por tanto, expuestos a discriminación y abuso. Entre ellos podemos mencionar a las mujeres, los niños, los ancianos, los discapacitados, la minorías sexuales. En nuestro país el delito sexual se encuentra tipificado como tal en los códigos penales federal y estatales.

El respeto a la ley es un requisito sine qua non, que redunde en beneficio de la tranquilidad, el bienestar y la paz entre todos los ciudadanos. Sin embargo, las condicionantes de la misma son múltiples como las posibilidades económicas de las personas implicadas en un delito, las relaciones políticas, y que no se haga justicia. Hay ocasiones que incluso, a la víctima la convierten en victimario o agresor.

En general, un delito es aquella conducta que transgreda lo establecido como derechos ciudadanos en la Ley, y hay que recordar que las personas tienen por ejemplo el derecho a la libertad, pero esta termina donde empieza la libertad de los demás e ir más allá, significa abuso en perjuicio de otro. El delito sexual, es aquella conducta abusiva o agresiva en el plano sexual, que de existir una demanda estará sujeta a investigación y en su caso, a una sanción o castigo tipificado en el código penal, según se mencionó, que varía en cuantía según el tipo de que se trate.

En el medio forense, en todo tipo de delito sexual, es indispensable realizar de manera directa (mejor) o indirecta, una investigación clínica, insistiendo en el

rastreo de todos los indicios que puedan contribuir al esclarecimiento del caso y apoyen la recta aplicación de la ley.

No se entrará en detalle de dicha investigación, pero sí señalar que es necesario elaborar una historia clínica completa y minuciosa, para de ella derivar un correcto diagnóstico en cuanto a las lesiones orgánicas y psicológicas, establecer un acertado pronóstico y aplicar las medidas terapéuticas correspondientes, de acuerdo con la mayor o menor gravedad de las lesiones que se señalaron en el apartado de agresión sexual.

Vamos a enlistar los delitos sexuales considerados en el Código Penal Federal:

El Título Decimoquinto contempla los delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

Capítulo I:

Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación.

Artículo 259 Bis. Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivadas de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días multa. Si el hostigador fuese servidor público y utilizare los medios o circunstancias que el encargo le proporcione, se le destituirá de su cargo.

Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño.

Sólo se procederá contra el hostigador, a petición de parte ofendida.

Nota: El daño no se especifica si es físico o psicológico ni la intensidad del mismo. Quizás eso corresponde a la reglamentación. También, si no hay denuncia, el delito queda impune.

Artículo 260. Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses o cuatro años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta una mitad

Artículo 261. Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de dos o cinco años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta una mitad.

Nota: Este artículo considera el abuso sexual a menores o paidofilia que en los últimos años han significado un intenso malestar para la iglesia cristiana católica.

Artículo 262. Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

A dicho delito se le llama estupro.

Artículo 263. En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

Nota: Es decir, caemos en lo mismo, sin denuncias se hace presente la impunidad del agresor.

Capítulo 264. Derogado.

Capítulo 265. Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima, por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se considerará también como violación y se sancionará con prisión de ocho a catorce años, al que introduzca por vía vaginal o anal, cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Capítulo 265 Bis. Si la víctima de la violación fuera la esposa o concubina ,se impondrá la pena prevista en el artículo anterior.

Este delito se perseguirá por querrela de parte ofendida.

Nota: Situación muy poco frecuente por la tradición machista de nuestra sociedad.

Artículo 266. Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena:

1. Al que sin violencia realice cópula con persona de doce años.
2. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo.
3. Al que con violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal, cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad.

Artículo 266 Bis. Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentarán hasta en una mitad en su mínimo y máximo cuando:

- El delito fuera cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas. (Sería la violación multitudinaria o pandilleril).
- El delito fuera cometido por un ascendiente contra su descendente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que la ejerciera sobre la víctima.
- El delito fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será sustituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión.
- El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aprovecha la confianza en él depositada.



El Capítulo III se refiere al incesto.

Artículo 272. Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.

La pena aplicable a estos últimos será de seis a tres años.

Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos.

Nota: recordar que el incesto de primera generación está prohibido en todas las sociedades occidentales. En nuestro país, el que ocurre entre consanguíneos de segunda generación no se condena pero se teme debido a la probabilidad de mayor frecuencia de defectos genéticos en la descendencia. Las relaciones entre familiares de tercer grado, son ampliamente aceptadas.

El adulterio, está en vías de ser considerado solamente causal de divorcio y ya no un delito.

En cuanto a otros comportamientos o manifestaciones de la diversidad sexual, se consideran delitos dependiendo de cada caso en particular, por ejemplo, la necrofilia en la situación de profanación de cadáver, con realización del coito tiene una pena de cuatro a ocho años (Título Décimoséptimo. Capítulo único. Artículo 281-II).

Respecto a lo contemplado en el Código Penal del estado de Tabasco, por ejemplo, en el Art. 153, el estupro se considera la cópula con una mujer menor de edad, con edad mayor de doce años y menor de dieciocho años, casta y honesta, habiendo obtenido su consentimiento mediante la seducción o el engaño. Se aplicará prisión de seis a cinco años.

El hostigamiento sexual, considerado como abuso que comete una persona en contra de otra debido a la posición de confianza o autoridad del agresor, está considerado junto con la violación en el Art.155.

En el Art. 221, se pena el incesto de primera generación con uno a tres años de prisión.

La explotación de personas (prostitución, trata de blancas o comercio sexual humano), se castigará con prisión de dos a seis años, y si la persona explotada es menor de diecisiete años, la condena será de tres a nueve años (Art. 327)

El Art. 149 señala sanción de seis a doce años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento, distinto del miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

En caso de asalto sexual: se condena de seis meses a dos años de prisión, a la persona que sin consentimiento de otra, la induzca a ejecutar un acto sexual. La pena se incrementará en una mitad cuando el delito se cometa con violencia (Arts. 156 y 158).

En el caso de la violación, que se refiere a la cópula con una persona sin importar su sexo empleando la violencia física o moral, se aplicará pena de dos a nueve años de prisión y multa de dos mil a cinco mil pesos. Si la ofendida fuera impúber, la pena aumenta de tres a diez años y multa de cuatro mil a ocho mil pesos (Art. 241).

Art. 242. Se equipara a la violación y se sancionará con las mismas penas, la cópula con persona menor de doce años o que por cualquier causa no está en posibilidad de producirse voluntariamente en sus relaciones sexuales o de resistir la conducta delictuosa.

Art. 243. Cuando la violación fuera cometida con intervención directa o inmediata de dos o más personas (multitudinaria o pandilleril), la prisión será de ocho a veinte años y la multa de cinco mil a doce mil pesos.

Además de las sanciones que señalan los artículos que anteceden, se impondrá de seis meses a dos años de prisión, cuando el delito de violación fuere cometido por un ascendiente contra su descendiente, por este contra aquel, por el tutor en contra de su pupilo, por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. En el caso que la ejerciera, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, así como el derecho de heredar el ofendido.

Cuando el delito de violación sea cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza una profesión utilizando los medio y circunstancias que ellos le proporcionen, será destituido definitivamente del cargo, suspendido por el tiempo de cinco años en el ejercicio de dicha profesión.

Un dictamen de reciente aprobación por los legisladores locales (30-VIII-11), establece las nuevas sanciones para los diversos delitos sexuales, según la tabla siguiente:

<b>Delito sexual</b>	<b>Pena de prisión (años)</b>
Pederastia	hasta 20
Violación	10 a 16
Sexo por engaño en adolescente de 14 a 18 años	6
Violación en adolescente menor de 14 años	hasta 20
Esterilidad provocada	4 a 8
Acoso sexual	2 a 4
Violencia intrafamiliar	4
Incesto	6

Se deroga el delito de adulterio que será causal de divorcio.

Como puede observarse, la ley contempla una amplia gama de delitos sexuales y especifica las sanciones correspondientes, sin embargo el aparato burocrático encargado de la impartición de justicia en nuestro país, es poco confiable y por otro lado, como ya se señaló, por muchas razones, no existe la cultura de la denuncia que tuerce todavía más la posibilidad de que se haga justicia y la víctima pueda ser resarcida de la agresión y el victimario reciba el castigo que se merece.

Un problema de salud aceptado por usos y costumbres de muchos pueblos africanos y asiáticos, es la llamada “circuncisión femenina”, que en realidad es una ablación reducida (extirpación del clítoris) o amplia (incluyendo parte de los labios menores) de la vulva de las púberes con tal de anular su capacidad erótica (¿?). En relación con dicha situación, Holland, J. (2010), dice lo siguiente: “...se calcula que en un área que se extiende desde Egipto hasta Somalia, entre el 80 y el 100% de las mujeres han padecido mutilación genital (África del Este)”. Incluso en países asiáticos, y aún en las familias que emigran a países occidentales, persiste esa criminal costumbre, sin que se haya podido erradicar. Afortunadamente esto no sucede en nuestro medio latinoamericano, pero es conveniente conocerlo, pues gran número de púberes y adolescentes mueren por complicaciones (hemorragia y/o infección) y otro tanto queda con secuelas difíciles de superar. En nuestro país es equiparable al aborto séptico (Ver capítulo correspondiente).



# Mitos sexuales

La palabra mito puede tener varias definiciones según María Moliner (2000) entre otras la siguiente: cosa inventada por alguien que intenta hacerla pasar por verdad o cosa que no existe más que en la fantasía de alguien.

En concreto, un mito es una falacia, es decir, una mentira que se toma como verdad y tiende a perpetuarse a lo largo de generaciones, y por tanto se vuelve una mentira histórica. Y así, un mito sexual es una mentira relacionada con la sexualidad cuya permanencia se da, de generación en generación y puede prolongar su vigencia en la conciencia colectiva hasta que un proceso de tipo educativo formal la erradica.

La sexualidad y sus múltiples y diversas manifestaciones consideradas tangencialmente o vistas de soslayo por una sociedad como la nuestra de carácter machista, reproductiva, monogámica y erotofóbica, es decir, una sociedad tradicionalista, conservadora, cerrada y con deficiente nivel educativo, ha sido vista de manera mítica y prejuiciada (prejuicio: opinión sin sustento válido sobre algo o alguien, o sea, dicha por ocurrencia sin fundamento sustentable). Afortunadamente, a últimas fechas y por la apertura que han impulsado los medios masivos de comunicación y la ampliación de la cobertura educativa, dicha condición tiende a modificarse para avanzar hacia un modelo de sociedad más abierta, más crítica, más tolerante y más libertaria, desechando poco a poco pero en forma continua y permanente los arraigados mitos, en este caso, de tipo sexual.

Una sociedad o una persona entre menos educada esté, tiende a ser menos crítica y más aceptadora de mitos. Solamente la educación formal, es decir, la educación como un proceso estructurado y planeado, es capaz de ofrecer la oportunidad del conocimiento válido y objetivo y abrir el abanico de opciones y oportunidades de desarrollo sano y trascendente que permite al ser humano alcanzar metas y objetivos de mayor importancia. Y sobre la “educación sexual” tan necesaria y al mismo tiempo, tan evitada, hablamos en otro capítulo.

Y pasamos a revisar algunos mitos que tienen que ver con la sexualidad de la mujer, del hombre, de la pareja, de la preferencia sexual, de la diversidad sexual, de las manifestaciones gráficas de la sexualidad (antes denominada pornografía,

término valorativo y por ende, subjetivo), del trabajo sexual (antes conocido como prostitución), etc.

En realidad y en nuestro medio socio-cultural, todas las manifestaciones de la sexualidad en mayor o menor medida, han sido mitificadas, y he aquí algunos mitos que aún persisten en pleno siglo XXI:

1. El hombre siempre debe ser el que tome la iniciativa en un encuentro sexual. Este mito no es más que una de tantas expresiones del machismo que tiende a marginar la capacidad de iniciativa de la mujer y a coartar su libertad.
2. En la mujer existen dos tipos de orgasmos: el clitoridio y el vaginal. Esta confusión se la debemos a S. Freud quien así catalogó los orgasmos femeninos. En realidad, el orgasmo es la tercera fase de la respuesta sexual humana (según el modelo de la Dra. Kaplan) y es una forma integral de responder de todo ser humano. El sitio estimulado para iniciar dicha respuesta se puede localizar en la vagina, en el clítoris, en los pechos, en las nalgas, en la punta de la nariz, en el lóbulo de la oreja, es decir, en cualquier sitio de la piel o las mucosas, y no solamente el sentido del tacto es capaz de iniciarla sino también los restantes sentidos (gusto, olfato, vista, etc.) y además estímulos psicológicos, como los recuerdos, las fantasías, etc.
3. La integridad del himen es prueba fehaciente de virginidad en la mujer. No necesariamente. En ocasiones el himen es tan elástico que permite el coito sin romperse y solamente se desgarrar durante el primer parto.
4. Después de la menopausia (última regla) la vida sexual de la mujer se debe terminar. Nada justifica esa afirmación y menos en la actualidad en que la mujer después de la menopausia puede aspirar a vivir alrededor de 25 años más, nada menos que una tercera parte de su vida. En ella el deseo sexual persiste y lo que sí termina es su capacidad reproductiva que más que un inconveniente puede resultar una situación conveniente que elimina la amenaza de un nuevo embarazo y la liberación de los métodos anticonceptivos.
5. La mujer que carga preservativos es una oportunidad fácil. De ninguna manera. En los tiempos actuales es una medida de sensatez y prevención, tanto de embarazos no deseados como de enfermedades de transmisión sexual.
6. La mujer de senos grandes es más fogosa y ardiente. No hay tal. En ocasiones los senos muy abultados resultan molestos para la mujer por su mayor sensibilidad y menor consistencia.

7. La masturbación es práctica reservada a los varones. La masturbación es una expresión natural de los seres humanos de práctica frecuente. Sobre todo en casos de ausencia de pareja como sucede en la adolescencia y en la vejez. La mayor actividad masturbatoria del varón es consecuencia de la permisividad sexual hacia él, y la represión sexual histórica de la mujer.
8. La masturbación es causa de ceguera, locura y otros males. Si tal cosa fuera cierta, los seres humanos en su enorme mayoría estaríamos locos, ciegos, etc.
9. El pene grande da más satisfacción a la mujer. El pene grande lo que puede ocasionar no es satisfacción sino molestias y sufrimiento porque al levantar el cuello de la matriz se estiran los ligamentos uterosacros que lo sostienen e induce dolor. Además, el aparato sexual femenino es muy superficial y está integrado por la vulva y la mitad externa de la vagina (unos 5 o 6 cm, de profundidad) de tal manera que un pene de unos 10cm, en erección, es suficiente para satisfacer a la pareja siempre y cuando el dueño sepa utilizarlo.
10. La eyaculación y el orgasmo en el hombre son la misma cosa. Son dos fenómenos diferentes. La eyaculación es un reflejo local pélvico que permite la expulsión del semen y el orgasmo es una respuesta orgánica integral de tal manera que puede haber eyaculación sin orgasmo, y orgasmo sin eyaculación. Por esta última posibilidad, el hombre puede ser multiorgásmico, desde luego, sin la capacidad multiorgásmica de la mujer, pero con iguales oportunidades de satisfacción.
11. Los homosexuales son agresivos. La violencia sexual es práctica más frecuente de heterosexuales.
12. La homosexualidad es una perversión. La homosexualidad es una orientación sexual como lo es la heterosexualidad, cuya causa parece no ser única sino que tiene un origen múltiple (genético, ambiental, personal, etc.), es decir, multifactorial.
13. La prostitución es un castigo divino. El trabajo sexual es una actividad humana consecuencia de la injusticia social que induce a ciertas mujeres, en general, sin oportunidades laborales de otro tipo a ejercerla, y la realizan en condiciones muchas veces de absoluta desventaja, siendo con frecuencia objeto de explotación, ya que no existe reglamentación alguna que las proteja. Se le dice "la profesión mas antigua del mundo" y no es tal, pues su inicio ocurre hasta que el ser humano deja de ser nómada y cazador, y se asienta al descubrir la agricultura, se establece

la propiedad privada y el intercambio de mujeres con el fin de preservar intereses individuales y grupales.

14. La pornografía es dañina para el que la consume. El material gráfico de contenido sexual o pornografía, es una mercancía más que se ofrece entre múltiples opciones comerciales y tiene tanto impacto en personas con educación, principios y valores como lo tienen las publicaciones amarillistas que exaltan la criminalidad: ninguno y si no fuera así, hubiera tantos criminales que no cabrían en las cárceles. En los niños, como lo demostró el Informe Nixon, induce aburrimiento y lo cambian por historietas como las del Ratón Miguelito o similares. Sin embargo, en ocasiones dicho material puede servir de estímulo sexual, como puede utilizarse la visión de una pareja real, una fantasía, etc.
15. La educación sexual puede pervertir o inducir actividad sexual temprana en niños y jóvenes. Si recordamos, la educación es un proceso que se ofrece al ser humano de manera informal en el primer núcleo socializador que es la familia, y de manera formal a partir de su ingreso a la escuela. Tiene como objetivo inducir actitudes y conductas congruentes con un crecimiento y un desarrollo adecuado que le permitan tener mejores oportunidades y opciones en la vida, con tal de acceder a un estado de bienestar personal, familiar y social, en su intento de trascender, de dejar huella. Por ende, la educación sexual, siendo parte de la educación en general, tiene parecidos objetivos, es decir, ofrecer a la persona mediante información confiable y científica, la oportunidad de expresar su impulso sexual con libertad pero también con responsabilidad. La ignorancia es el camino más corto para el fracaso y el error, y la ignorancia sexual es la madre de muchas calamidades como: embarazos no deseados, abortos sépticos, madres solteras, ITS, disfunciones sexuales, marginación de personas, etc.

Otros mitos entre muchos, serían también, los siguientes, cuya explicación se deja al lector de estas notas:

- Los viejos deben olvidarse del sexo y dedicarse a labores propias de su edad.
- Los niños son como angelitos y no pecan ni piensan en cosas sucias como el sexo.
- El *pene pequeño* no sirve y es despreciable.
- La mujer no debe bañarse ni tener relaciones sexuales durante la



menstruación.

- La menstruación permite a la mujer eliminar suciedades y desechos tóxicos.
- Los violadores son maniáticos sexuales.
- Las prostitutas son mujeres perversas y diabólicas.

Y así podríamos pasar un largo rato enumerando mitos sexuales, pero baste con esos ejemplos por ahora.



# Educación sexual

Recordamos que la sexualidad es una parte muy importante de la personalidad del ser humano, que integra aspectos no puramente biológicos, sino también psicológicos, socio-culturales y espirituales. Tiene pues como el resto de las especies animales una dimensión biológica, pero a diferencia de ellas que dependen casi exclusivamente de ésta para su expresión sexual, el ser humano se expresa en el plano sexual bajo una poderosa influencia psicológica y social-cultural.

Por ende, el comportamiento sexual de las especies animales no humanas se hace de una manera mecánica, reiterativa y no cambiante, es decir, en función de instintos y de cambios hormonales. El humano expresa su sexualidad a través de impulsos que no son reiterativos, son cambiantes aunque tienen una base biológica y por eso se les debe educar con fines de mejor desarrollo y bienestar personal y social.

Es por ello que la educación sexual no se limita a proporcionar información de tipo puramente biológica, como son conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, el embarazo no deseado, el aborto, etc., y así: “Se concibe la educación sexual como un proyecto de vida, un proyecto ético y humanista” (Cardinal de M. C., 2005).

La educación sexual es un proceso como la educación en general, y debe ofrecerse programada a lo largo de la vida de las personas y de acuerdo a su edad, incluyendo aspectos biológicos, erótico-placenteros, comunicativos, éticos, creativos, sociales, culturales.

**Definición.** Es un proceso educativo que tiene como finalidad desarrollar en la persona actitudes y conductas positivas hacia la sexualidad con base en una información objetiva y científica, que privilegia aspectos placenteros, afectivos, éticos y creativos que le permiten expresar su impulso sexual con libertad y responsabilidad (OMS).

### Objetivos

- El desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad y en su caso, cambiar pautas de conductas y hábitos erróneos productos de una

deficiente o tergiversada información y de una educación sexual manipulada y limitada.

- Romper la correa de transmisión viciada de mitos y tabúes, que se da de generación en generación.
- Ofrecer bases para preservar y mantener la salud sexual como integrante de la salud general.
- Aplicarla desde la infancia (la mejor oportunidad) hasta la mayor edad.
- Favorecer condiciones de equidad (en especial, de género con lento avance aún) y respeto.
- Inducir aceptación en la persona de ser sexual y sexuado en todo tiempo.
- Volvernós más tolerantes y aceptar la diversidad sexual, desterrando actitudes agresivas como la homofobia entre otras.
- Privilegiar la relación de amor, afectividad, cariño, respeto y tolerancia con la pareja y estimular la integración y armonía de la familia.

### **Tipos de educación sexual**

- Educación informal, se da a partir de los grupos iniciales de socialización, en especial la familia y tradicionalmente se ha caracterizado por ser prohibitiva y represora, basada prejuicios, mitos, tabúes, costumbres, tradiciones, que impiden el ejercicio y el disfrute de la sexualidad a plenitud.

En esta posición, todos somos educadores sexuales y los principales responsables en los primeros años de la vida de una persona, son los padres o las figuras parenterales sustitutas.

De allí la necesidad de que ellos también se eduquen si no están preparados para realizar la tarea.

- La educación formal. Estructurada y planeada y basándose en información científica y objetiva, operada y aplicada por conocedores y expertos en la materia. Se deberá iniciar en la escuela y son las maestras las directamente responsables de ofrecerla. Desafortunadamente en nuestro país, la inmensa mayoría de ellas no tienen la preparación necesaria y tratan de soslayar esa necesidad educativa. Es tiempo de que dicha deficiencia se trate de superar por parte de todos los incluidos en el proceso educativo. Es tarea pendiente.
- En nuestro país se ha transitado por varias etapas respecto a la menor o mayor aceptación de la conducta sexual como manifestación natural, espontánea y necesaria, a partir de la segunda mitad del siglo XX:

- Una primera etapa alrededor de los años 50s., de cerrazón e intolerancia. Al interior de la familia estaba prohibido hablar de sexualidad y se reprimía cualquier intento al respecto, y todo como producto de la ignorancia y la religiosidad.
- En los años 60s., hubo rebeldía juvenil y menos intolerancia con deslices sobre el tema sexual en las conversaciones familiares y sociales sin ir demasiado lejos.
- En los años 70s., se da mayor apertura y tolerancia a partir de la promulgación de la Tercera Ley de Población (1974) que introdujo conceptos como anticoncepción y planificación familiar.
- De los años 80s., al final del siglo pasado se vivió una tolerancia sexual nunca antes vista en la que mucho tuvieron que ver los medios de comunicación masiva.
- Y en esta primera década del siglo XXI, la situación es otra, aunque persiste la familia tradicional, los jóvenes, entre otras causas por las condiciones económicas tan difíciles que enfrentan, atrasan el matrimonio pero forman parejas sin domicilio propio y siguen viviendo cada un@ en la casa paterna, limitan los hijos porque la mujer trabaja o estudia y no puede permanecer enquistada en la labor casera con dedicación exclusiva. El sexo cibernético es una realidad apabullante y peligrosa, que solamente la educación sexual puede moderar. Igual consideración en relación con las manifestaciones gráficas de la sexualidad (antes pornografía), y la oferta del trabajo sexual (antes prostitución), en ocasiones muy sofisticada, tanto femenina como masculina.

### **Temores en relación con la educación sexual**

Muchos padres con limitada información en la actualidad, ven con desconfianza la propuesta de la educación sexual desde la infancia, una vez que el niño ingresa en el proceso educativo formal de la escuela, por algunos motivos que se exponen a continuación:

- Dudas acerca de la preparación de los docentes, pues muchas de estas personas no han tenido la oportunidad de adquirir los conocimientos suficientes y la experiencia docente para actuar como educadores sexuales.
- La educación sexual puede pervertir a los alumnos. Es incongruente tal afirmación, pues un proceso educativo tiene como finalidad más

importante, favorecer el desarrollo en mejores condiciones para el logro de objetivos vitales de las personas.

- La educación sexual puede inducir las prácticas de expresiones sexuales mal vistas en nuestra sociedad como la homosexualidad y la masturbación. La homosexualidad es una orientación o preferencia sexual que se define en la pubertad o en la adolescencia de manera espontánea a pesar de la oposición de la familia y la decisión de la persona debe respetarse. La masturbación es una expresión natural del ser humano que puede darse a lo largo de toda su vida, conveniente en ciertas circunstancias especiales como cuando no se cuenta con una pareja, que se puede vivir placenteramente o con una carga de culpa o vergüenza, según la educación personal.
- La educación sexual de los hijos debe correr por cuenta de los padres, cierto, pero al ingresar a la escuela, debe continuarse de una manera profesional.
- La educación sexual puede inducir el inicio precoz de la actividad sexual en los escolares. Por el contrario, dicho proceso educativo ofrece oportunidad de reflexión, de opinión propia y decisiones responsables.
- A los niños no les interesa lo relacionado con la sexualidad. Por el contrario, a los niños y según su edad les interesa lo relacionado con su cuerpo sexual y sexuado, sus emociones, sus dudas al respecto, y son los adultos los que tratan de soslayar ese interés por temor o ignorancia. La represión cierra la oportunidad de comunicación del niño.

Por otra parte, la falta de educación sexual puede tener consecuencias incluso lamentables como son algunas que señalamos a continuación:

- Embarazos no deseados.
- Abortos sobre todo de tipo séptico y como consecuencia aumento de la morbimortalidad materna.
- Abandono de niños.
- Violencia intrafamiliar siendo la víctima más frecuente la mujer.
- Inequidad de género y persistencia de estereotipos como el machismo y la mujer como objeto sexual y al servicio del varón.
- En los adolescentes frustración educativa.
- Expulsión del seno familiar de la joven.
- Abandono por parte de la pareja.
- Drogadicción.
- Prostitución.

- Patología psiquiátrica como depresión y angustia intensa.
- Puede llegarse al suicidio en situación límite.
- Disfunciones sexuales.
- Explotación sexual infantil.
- Propagación de ITS entre jóvenes y adolescentes.
- Aumento de casos de VIH-SIDA, entre otras.

En cuanto a los programas de educación sexual, ha habido y existen muchas propuestas.

Por ejemplo “La guía para la educación sexual integral para la juventud hispana/latina” del Grupo de Trabajo Especial para la Adaptación Hispano/Latina de E. U., incluye cinco conceptos claves con muchos tópicos y subconceptos cada uno. Estos son:

- Desarrollo humano.
- Relaciones humanas.
- Habilidades personales.
- Comportamiento sexual.
- Salud sexual
- Sociedad y cultura.

Las etapas de desarrollo que considera son: de 5 a 8 años; de 9 a 12 años; de 12 a 15 años y de 15 a 18 años.

Los detalles pueden ser consultados en el documento correspondiente.

Otro programa es el propuesto por León R. M. A. (2000), de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad Central de Ecuador, que considera la parte de Educación Básica (del lo. al 10º. Grado) y la educación a nivel de bachillerato, con sugerencia de contenidos y desarrollo especificados. Es una propuesta de Modelo Sistémico-Holístico con enfoque bio-psico-sociocultural-antropológico y ecológico. Considera la educación de la sexualidad en concreto, como una educación del amor, la amistad, la ternura, la delicadeza, el respeto, la comprensión, la fidelidad.

Está también el Programa Nacional de Educación Sexual propuesto por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) desde 1976 y su aplicación ha sido muy irregular entre otros motivos, por la presión en contra de los grupos conservadores con amplio fondo religioso.

Se basa en lo que mandata el Artículo 4º. Constitucional y la Ley General de Población promulgada en 1974, que dio origen al CONAPO.

Se justifica por “la necesidad inaplazable de la sociedad mexicana, de encauzar y dirigir la educación sexual que hasta ahora constituía un proceso informal, abandonado a la espontaneidad, a los prejuicios y creencias populares, en el marco de la estructura familiar tradicional, de los grupos informales de amigos y de los mensajes parciales y tendencioso de la TV, radio, cine, impresos (e Internet)”.

Tiene como finalidad “instaurar un proceso institucional, con objetivos, metodología y estrategia bien definidos, para lograr que la sexualidad sea vivida de manera consciente, profunda, racional, respetuosa y responsable en sus dimensiones corporales, emocionales e intelectuales y en sus posibles consecuencias reproductivas”.

Lo importante de los programas de educación sexual es que debe incluir a la persona con sus valores, nivel de desarrollo, actitudes, deseo de cambio, intereses, expectativas, avances y limitaciones que conlleva.

#### Perfil del educador sexual

1. Estar a gusto con su propia sexualidad.
2. Tener claro los valores a transmitir, sin tratar de imponer los propios.
3. Tener interés en el proceso educativo y en la ideología correspondiente.
4. Haber adquirido la capacitación necesaria con dominio del tema.
5. Respetar y ser sensible a la personalidad de los alumnos.
6. Ofrecer confianza, seguridad, afecto, firmeza y sinceridad en el desempeño docente.
7. No imponer sino convencer a partir de la exposición crítica y el juego de opiniones, pensando en todo momento que la salud sexual de acuerdo con la OMS es “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales (y espirituales) del ser sexual (y sexuado), que enriquezcan la personalidad para la comunicación y el amor”.

En investigación propia (G. González, C., 2010), a la pregunta hecha ¿es necesaria la educación sexual?, las repuestas fueron: 172 varones (99.42%) dijeron que sí; de las mujeres, 323 (98.19%) dijeron: sí, y solamente 3 (0.90%) dijeron: no. Siendo los encuestados, estudiantes salidos de preparatoria que ya habían tenido información sobre el tema, por eso se dio la aceptación de hecho, unánime.

Con Cecilia Cardinal de M., podemos concluir que:

“La educación sexual es una educación para la formación de la autoconciencia, de propios e internos valores. Una educación para el cambio...para la libertad...para el amor...para la vida...”



# Derechos sexuales y reproductivos

Algunas definiciones previas son convenientes como las que a continuación se consideran:

- **Ética.** Ciencia que trata de la moral, los deberes y derechos en ese ámbito, de los seres humanos como entes individuales y sociales. Forma parte de la teoría de los valores o axiología y por ende de la filosofía.
- **Bioética.** Es la ciencia que estudia todo lo relacionado con los actos lícitos que permiten el desarrollo de las ciencias de la salud teniendo como objetivo la realización plena de la persona.

La palabra bioética la utiliza por vez primera Van Renselaer Potter, bioquímico norteamericano y profesor de la Universidad de Wisconsin, USA., en el artículo titulado “Bioética, la ciencia de la supervivencia”, que en la actualidad es de utilización y aceptación universal.

- **Moral.** Trata de las reglas, las conductas, las costumbres, principios y valores de las acciones de los seres humanos.

La moral, representa la parte práctica de la conducta humana. La ética, el sustento filosófico de su normatividad.

Derecho:

1. Facultad natural del ser humano, para hacer legítimamente lo que conduce a su vida. Facultad de hacer o exigir lo que la Ley permite.
2. Posibilidad de tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades, tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

Tener derechos presupone el reequilibrio de las relaciones de poder y un horizonte de justicia (Mejía, M. C. Directora de Católicas por el Derecho a Decidir, Méx. 1997) (UNICEF-SNDIF).

Vivimos a lo largo del pasado siglo XX, increíbles avances y logros en ciencia y tecnología, que han modificado la estructura social, política, económica y cultural de la humanidad y puestos en la mesa de las discusiones, establecidos considerados como inamovibles e intocables. Así hemos sido testigos de conquistas espectaculares en ciencia y tecnología como en la electrónica que nos permiten la comunicación instantánea, los viajes espaciales, el desciframiento del genoma humano, la reproducción asistida, la clonación animal, etc., y en el actual siglo XXI, podremos acceder a otros no menos espectaculares como: la manipulación genómica humana, la clonación humana y el abandono de la reproducción “a la antigua”, la cura del cáncer, de los padecimientos virales, de las enfermedades crónico-degenerativas, los viajes interplanetarios, la sofisticación de la robótica y la comunicación, etc. De manera paralela, la familia y la sociedad presentaran adecuaciones y cambios necesarios para estar a la par del progreso inevitable.

Los derechos reproductivos se definen como parte esencial de los derechos humanos desde la CIPD (El Cairo, 1994) y la Conferencia de Beijing en 1995.

Su ejercicio requiere condiciones favorables desde el punto de vista cultural, económico, social y político.

Los derechos reproductivos, incluyen:

1. El derecho de las personas a estar informadas sobre salud sexual y reproductiva y acceso a los servicios correspondientes.
2. Derecho a un óptimo nivel de salud sexual y reproductiva.
3. Derecho a decidir libremente sobre su vida reproductiva sin sufrir violencia, discriminación o condicionamiento.
4. Derecho a decidir en cuanto al número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y la manera de lograrlo.

La salud reproductiva tiene como fundamentos:

1. Educación o información sexual.
2. Prevención, detección y tratamiento de las ITS, la patología genital: Sexo seguro.
3. Elección libre de los métodos anticonceptivos modernos y seguros.
4. Atención del aborto en condiciones de higiene y seguridad.
5. Vigilancia perinatal profesional de calidad y calidez con buena evolución del embarazo, parto y puerperio con tal de asegurar la salud de binomio materno-fetal y del recién nacido.

Derechos sexuales. En junio de 1997 y dentro de las actividades del XIII Congreso Mundial de Sexología y Derechos Humanos realizado en la ciudad de Valencia, España, se hizo la Declaración de los Derechos Sexuales, tomando como base la Declaración de Principios de la Federación Mexicana de educación Sexual y Sexología (FEMESS) que se transcribe a continuación:

“Las personas participantes en el XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos declaramos que:

La sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente con la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, está presente en todas las épocas de la vida, como fuerza integradora de la identidad y contribuye a fortalecer y/o producir vínculos interpersonales.

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual. Es parte de una sexualidad libre de conflictos y angustia, promotora del desarrollo personal y social.

Por lo tanto proponemos que la sociedad cree condiciones dignas, en las que se puedan satisfacer las necesidades para el desarrollo integral de la persona y el respeto de los siguientes derechos sexuales inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana:

- Derecho a la libertad, que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales, en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
- Derecho a la autonomía, integridad y seguro corporal, que abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole.
- Derecho a la igualdad y la equidad sexual, a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que pertenece.
- Derecho a la salud sexual, incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción.
- Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana, que permita tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Derecho a una educación integral desde el nacimiento y a lo largo de la vida.

- Derecho a la libre asociación, significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
- Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable, a tener o no hijos, a espaciar los nacimientos y acceder a las formas de regular la fecundidad. l@s niñ@s tienen derecho a ser deseados y queridos.
- Derecho a la vida privada, que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual, dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente, racional y satisfactorio es inviolable e insustituible.

La sexualidad humana constituye el vínculo más profundo entre los seres humanos y de su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, la familia y la sociedad. Es por lo tanto, su patrimonio más importante y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles.

### **La salud sexual es un derecho humano básico y fundamental**

El cumplimiento de estos derechos es esencial para elevar el bienestar de las personas, y la conculca de los mismos puede ser causa de dolor, sufrimiento y desgracias. Varía mucho según el grupo social, la región, el país, el régimen político, el condicionamiento religioso, el nivel educativo, las costumbres, los tabúes, el convencimiento personal y algunos otros factores condicionantes en mayor o menor incidencia”.

De manera más sencilla y accesible, se pueden enlistar así:

1. Derecho a la felicidad, a los sueños, las fantasías, a la equidad entre las personas, al placer, a la libertad y autonomía en el ejercicio de la sexualidad.
2. Derecho a vivir una vida sexual basada en la comunicación y el amor, equilibrando la ética personal con la ética social.
3. Derecho a la autonomía e integridad corporal.
4. Derecho a la sexualidad libre de violencia, discriminación y coerción y en un plano de igualdad, respeto y justicia.
5. Derecho a vivir una sexualidad exenta de miedos, vergüenzas, culpas, falsas creencias, tabúes y otros impedimentos que inhiben su libre y plena expresión.
6. Derecho al ejercicio de la orientación sexual sin discriminación o violencia.
7. Derecho a la salud sexual.

# La pareja humana<sup>5</sup>

### La mujer perfecta

Nasrudin conversaba con un amigo.

- Entonces, ¿Nunca pensaste en casarte?

- Sí pensé -respondió Nasrudin-. En mi juventud, resolví buscar a la mujer perfecta. Crucé el desierto, llegué a Damasco, y conocí una mujer muy espiritual y linda; pero ella no sabía nada de las cosas de este mundo.

Continué viajando, y fui a Isfahan; allí encontré una mujer que conocía el reino de la materia y el del espíritu, pero no era bonita.

Entonces resolví ir hasta El Cairo, donde cené en la casa de una moza bonita, religiosa, y conocedora de la realidad material.

- ¿Y por qué no te casaste con ella?

- ¡Ah, compañero mío! Lamentablemente ella también quería un hombre perfecto.

Introducción. La pareja es una unidad social que actúa como un ente único en la sociedad en muchos aspectos. La base reside en que las decisiones que se toman afectan al conjunto y que tiene que se toman en función de la relación existente entre dos personas. Los elementos fundamentales que unen a la pareja es la exclusividad que se da en el hecho de compartir determinados elementos, como el cuerpo, y bienes materiales, sobre todo aquellos que les defienden de problemas y ataques exteriores. Se da por tanto una estructura de apego, en el sentido que da Bowlby a este concepto. La influencia de los elementos citados en la estructura interna de la pareja es evidente. La toma de decisiones implica una estructura de poder interna, la exclusividad implica un compromiso y el apego una relación de apoyo y defensa mutua y de la relación.

Por lo que se puede afirmar que podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un período de asentamiento en el cual los sujetos que se implican

<sup>5</sup> Colaboración de la Dra. Adriana García Cordero

determinan una forma característica de enlace al que se le denomina “vínculo”. Entiéndase la palabra vínculo como la unión de una persona con un determinado objeto o persona.

Estructura social de la pareja. Ante los demás se muestra como una unidad social. Basada en:

1. Exclusividad:
  - Fidelidad, separación de la familia origen.
2. Unidad de decisiones.
  - Estructura de poder, en la toma de decisiones.
3. El apego.
  - Defensa ante los problemas y amenazas exteriores

Estructura interna de la pareja:

- Se basa en el amor.
- Teoría triangular del amor
- Pasión:
  - Enamoramiento
  - Afecto, ternura, sexo, hacerse la vida agradable.
- Intimidad: abrirse y aceptarse.
  - Comunicación y resolución de problemas.
- Compromiso.
  - Decisión personal de continuar en pareja.

### **Selección de pareja**

Se debe entender que cada individuo posee dentro de su esquema cognitivo, una expectativa idealizada sobre lo que su pareja “debe de...” o “tiene que...” ser y hacer. Esta preconcepción que obedece a la experiencia propia de cada ser humano, es un factor determinante en el proceso de selección de pareja, pues es un filtro invisible de las características que serán resaltadas en la contraparte relacional en el momento de ser escogida. He aquí la importancia del esclarecimiento de las ideas que se poseen de manera previa en cada miembro; pues el autoconocimiento permite minimizar la probabilidad de cometer errores en la selección.

Parte de este conocimiento sobre el sí mismo, implica la exploración de auto imposiciones (así llamadas por Ellis), expresadas en términos de “debo de...”

y “tengo que...” que han delimitado de forma clara en el sistema cognitivo la forma en que el accionar de cada uno de los miembros de la pareja ha de ejecutarse, incluyendo las categorías subjetivas atribuibles en los rubros de “bueno” o “malo”. Esto implica que el comportamiento de cada uno de los involucrados en la relación será evaluado de forma individual y se extenderá un veredicto categórico de aprobación o desaprobación al respecto.

Teniendo en cuenta la existencia de este sistema de evaluación, lo que resta es determinar si éste se encuentra en el ámbito de lo “racional”, lo que implica un equilibrio entre las necesidades de la persona, su accionar y su emoción; o bien si se halla en el plano de lo “irracional”, que asume una incongruencia entre la conducta, reacción emocional y la necesidad.

Con gran frecuencia las personas se envuelven en relaciones sin haber clarificado de antemano sus propias expectativas racionales, provocando una cantidad de desavenencias y malestares emocionales que carecen de sentido, pues se plantean quejas por una de las partes referentes al comportamiento o pensamiento del otro sujeto, sin que se sepa en realidad cuál es el verdadero motivo del enfado o la incomodidad; sólo se tiene por cierto que hay algo que “no debiera ser...”.

El objetivo sería tornar lo irracional en racional, para así poder determinar con un alto grado de éxito la respuesta a la pregunta anteriormente planteada para esclarecer la funcionalidad de una persona para ubicarle como pareja.

## **Conflictos en la relación de pareja**

### ***Problemas en las etapas de la pareja***

Cuando se constituye la pareja cada miembro persigue unos objetivos, implícitos o explícitos, que quiere obtener en la relación. No son objetivos inmutables en el tiempo, a lo largo de la vida de la pareja cambia su importancia dependiendo del desarrollo individual y social o de la fase en que estén, si se tienen hijos pequeños o ya mayores, si se está jubilado, con presiones económicas, etc.

Inicialmente tiene mucha importancia el sexo y luego van tomando preponderancia otros factores como aspectos conversacionales o afectivos. Los objetivos de ambos tienen que conjugarse y coordinarse en todo momento para que la pareja pueda funcionar. Cuando no están armonizados aparecen problemas.

El manejo del dinero compartido puede ser un ejemplo de cómo funciona la pareja como ente social. Las necesidades y objetivos que cada miembro quiere resolver con el dinero se explicitan en la comunicación y comprensión mutua y tiene

que existir un método para fijar las prioridades a las que se va a aplicar la cantidad disponible. La forma de fijarlas es un reflejo del reparto de poder en la pareja. No se trata de que se establezcan unas prioridades objetivamente razonables o equitativas, sino de que sean aceptadas y aceptables por los dos.

Como ente social se acaba tomando una decisión conjunta y coordinada. No es el dinero el único elemento en el que se reflejan las relaciones de poder, en realidad se dan en todos y cada uno de los bienes que se comparten. No tienen porqué ser siempre las mismas; por ejemplo, mientras que en los gastos lleva la voz cantante un miembro en las relaciones sociales, puede ser el otro.

En el mundo interno de la pareja uno de los miembros puede tener más capacidad para conseguir que el otro acepte hacer lo que él quiere. Se establece una estructura de poder, definido como la capacidad para influenciar a los otros para que hagan lo que uno quiere. Pero el poder depende del manejo de los recursos que uno tiene. La estructura de poder en la pareja se plasma en las relaciones de dominancia. Su importancia en la pareja y en sus conflictos ha sido ampliamente reconocida. Así Gottman (1979) propuso que la dominancia es un elemento fundamental en el equilibrio de la pareja y que si no se establece una relación de dominancia los problemas están asegurados. El problema que se da con este concepto es su circularidad. Gottmann (1979) define dominancia como una asimetría en las predicciones de la conducta que sigue a la conducta del otro. Esto es, "cuando la conducta de una persona, A es predecible desde la conducta de una persona B, se dice que B es dominante sobre A". Esta definición tiene como problema que la conducta de sumisión predice, en general, el cese del ataque del individuo dominante. Por ello aplicando la definición anterior el individuo que se somete sería dominante sobre el otro.

La definición de dominancia que se centra solamente en la conducta da lugar a ambigüedades, que se resuelven si se tiene en cuenta el resultado del enfrentamiento en cuanto a quien se queda en posesión del recurso en disputa.

Citando una definición más operativa Sluckin (1980), utiliza un criterio amplio para definir dominancia. Se da dominancia en una interacción, cuando un niño, "físicamente gana una lucha, desplaza a otro niño de su lugar, acaba teniendo un objeto que desean mutuamente, o que controla de forma obvia la conducta del otro niño, normalmente a través de órdenes verbales."

Parece claro que, si bien ni la presencia de una estructura de dominancia ni su ausencia es la causa determinante de los conflictos en la pareja, tener resuelta de forma satisfactoria para ambos la toma de decisiones contribuye a su estabilidad. Los problemas surgen cuando las decisiones que se toman llevan a un resultado negativo para la otra persona. La negatividad se mide desde un



punto de vista subjetivo y consiste, la mayoría de las veces, en una discrepancia entre las expectativas y los resultados. En general, es difícil establecer criterios objetivos de negatividad en las relaciones y en las interacciones. Como en cualquier entidad social, las estructuras de poder perduran mientras no haya un cambio en las circunstancias que lleven a cuestionarlas, surge entonces el conflicto de poder que está latente en muchos de los problemas de pareja. En cualquier caso, como se actúa socialmente como una unidad, hay que decidir una conducta única para ambos. Para hacerlo de forma armoniosa tiene que darse una buena comunicación que permita el reconocimiento y evaluación de los objetivos, pensamientos y necesidades de cada miembro de forma conjunta. Hay que tener en cuenta que las competencias que se requieren para tomar una decisión son distintas de las que se necesitan para desarrollar la intimidad. Podríamos comunicarnos bien con la pareja para poder tomar decisiones, pero no para compartir sentimientos o emociones. La solución de los problemas que se presentan a la pareja tiene que partir de que los dos son capaces de comunicarse y necesitan también tener capacidad de generar alternativas y valorarlas para la consecución del fin propuesto.

El compromiso es la decisión de pertenecer a un ente social, la pareja. Es la decisión de que, pese a las dificultades que surjan, se va a continuar en pareja luchando de forma eficaz contra los problemas. La decisión que implica el compromiso con la pareja es personal, pero se mantiene muchas veces por razones de tipo social, religiosas, costumbres, etc. Autores reflejan la importante influencia que tiene el compromiso con la pareja sobre la resolución de conflictos. Un mayor compromiso ayuda a acomodarse y a soportar las conductas negativas del otro. Tanto las parejas armoniosas como las que no lo son tienden a entrar en el proceso de reciprocidad negativa, es decir, respondiendo a respuestas negativas con respuestas negativas porque es lo que menos esfuerzo conlleva. Cuando el compromiso es grande, y no hay presión de tiempo, se hace un mayor esfuerzo para responder constructivamente. Si un miembro no percibe el compromiso del otro, entra con más probabilidad en una relación de “quid pro quo”, o sea “algo por algo” que lleva a la reciprocidad negativa que deteriora a la pareja. En la terapia se ha hecho hincapié en la equidad en la relación y en los intercambios positivos de conductas porque la falta de estas dos facetas son las manifestaciones más claras y últimas de la ruptura. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia se presentan en la consulta parejas que se plantean como volver a enamorarse o como recuperar la ilusión.

El enamoramiento produce una gran excitación fisiológica que provoca bienestar y predispone a no ver, o disculpar, los defectos de la persona amada y a necesitarla y querer estar con ella en todo momento. Frijda (1988) describe el proceso por el cual puede uno llegar a enamorarse.

“Una persona puede enamorarse fácilmente por una serie de razones: siente soledad, necesidad sexual, insatisfacción o necesidad de cambios, entonces un objeto, despierta su interés, por una serie de razones, a su vez, tales como su novedad, su atractivo o su mera proximidad. Dele entonces a esa persona un momento prometedor, una breve respuesta del objeto que sugiera interés (puede ser una confidencia o una simple mirada, como la que una jovencita puede creer que recibe de un artista de éxito). Dele un breve lapso de tiempo (entre media hora o medio día, indican los autoinformes) para que pueda generar fantasías.

Después de esta secuencia no hace falta más que una mera confirmación, real o imaginada, para precipitar el enamoramiento.” Que las parejas se formen basándose exclusivamente en una emoción sobre la que actúa la ley de la habituación, puede ser una de las razones de los crecientes fracasos matrimoniales que indican las estadísticas.

Cuando el enamoramiento se va desvaneciendo, la relación no desaparece o fracasa necesariamente. El enamoramiento como emoción puede ser entendido como una preparación para actuar. Desde este punto de vista nos dispone para hacer feliz a la otra persona, no tanto en una relación equilibrada, como altruista en el sentido de dar al otro por lo que es, sin esperar mucho a cambio, Para ello nos induce algunas distorsiones cognitivas, como por ejemplo la que nos lleva a ver al otro como una persona perfecta y a ignorar los defectos que tiene o la que nos hace sentir importantes.

Si el enamoramiento nos lleva a actuar, se realizan acciones para hacer feliz al otro, nos abrimos y comunicamos con él o ella y establecemos una serie de lazos que dan como resultado un intercambio de conductas reforzadoras que hace que la relación se mantenga armoniosamente de forma indefinida. No se trata de que existan intercambios equitativos y equilibrados, el modelo de igualdad en el intercambio se ha mostrado falso, basta con que en la evaluación subjetiva de cada uno se valoren como más importantes o más frecuentes las interacciones positivas que las negativas.

La validación en la pareja implica una apertura total, una auto revelación, que puede incluir hechos y sentimientos que podrían ser castigados socialmente, y que va a ser recibida por el otro con aceptación.

Así se construye la intimidad. Córdova y Scott (2001) presentan una definición conductual; afirman que es un proceso que se inicia con una conducta de autorrevelación de elementos que nos muestran débiles y vulnerables y que podrían ser usados en algunos contextos sociales para administrarnos un castigo; sin embargo la respuesta del otro es de aceptación, o al menos no es castigada.

La autorrevelación seguida por aceptación genera un sentimiento de calidez y apoyo que es una consecuencia de la intimidad y nos predispone a continuarla.

Además de dicha conducta, hay otros elementos que la construyen como son las manifestaciones de afecto o el sexo.

El sexo, generalmente, implica la existencia de una cierta intimidad y su práctica la potencia de forma significativa. La expresión de cualquier emoción, entra dentro de la definición de intimidad. Las muestras de afecto y la práctica del sexo son elementos precisos para mantener la intimidad en la pareja y también la aceptación asociada.

En la autorrevelación, con el tiempo se da una habituación, lo que era peligroso revelar al principio de la relación se hace natural, ya se sabe que va a ser bien recibido. Mantener el proceso contando cosas que nos hacen débiles o criticables en otros contextos, es otro factor que mantiene la intimidad. La validación se tiene que dar e incluir en una gran mayoría de conductas, no solamente las que podrían ser castigadas socialmente, sino también aquellas que podrían recibir refuerzo social, sean reconocidas y reforzadas por la sociedad o no.

Nos importa más la opinión de los allegados que la social. Si bien el enamoramiento como emoción nos predispone a la aceptación incondicional del objeto de nuestro amor, cuando el enamoramiento se hace más débil, la aceptación se ve mediada por los usos y normas sociales, por las influencias externas y por los criterios personales.

Entonces se rechazan y castigan determinadas conductas y se establecen unos límites a la intimidad, que permiten la convivencia armoniosa. Si esos límites no se dan, la relación puede resentirse ya que se pueden estar admitiendo conductas en contra de las propias creencias e intereses.

No todo es positivo en la intimidad, se trata de aceptar y validar conductas que pudieran ser rechazadas socialmente, se puede dar intimidad asociada a elementos no deseados como los desprecios hacia la otra persona, malas formas de hablar o comunicarnos, desplantes, etc.

Como todos los aspectos de la pareja, la intimidad tiene una vertiente social. La pareja es un componente de un grupo más grande y dentro de él tiene que mantener su diferenciación y su exclusividad, es decir, la capacidad de hablar de “nosotros” dentro del grupo mayor.

El aspecto social de la intimidad es el grado en que se mantiene la privacidad de la relación con otros, como las familias de origen, los amigos, etc. La privacidad en la pareja significa una separación de la familia de origen para ser una unidad diferente y prioritaria sobre padres y hermanos. Las dificultades que surgen por no haber construido la independencia son muy importantes.

Se deben tanto a la falta de capacidad de los padres para dar autonomía a sus hijos y dejarlos que se independicen, como del fallo de los miembros de la

pareja para implantar la independencia. Desde este punto de vista, la intimidad es la base sobre la que se constituye la pareja como entidad social independiente. Los conceptos que emplea esta teoría son complejos y no son independientes unos de otros. La pasión suele generar intimidad, el compromiso ayuda a la hora de crear la intimidad, la pasión y la intimidad pueden generar compromiso, etc.

### ***Componentes conductuales***

Se han determinado patrones conductuales que se instalan en las parejas con conflictos: El más problemático es cuando a una comunicación negativa se responde generalmente con otra comunicación negativa por parte del otro estableciéndose una reciprocidad en la negatividad que puede acabar en una escalada de violencia.

Otro patrón problemático aparece cuando la mujer o el hombre dan respuestas hostiles mientras que el hombre o la mujer se retiran o no contestan, ante lo que se incrementa su hostilidad. En los matrimonios armoniosos se da también este patrón aunque con menor frecuencia y a menudo acaba con la retirada de ambos.

Uno de los métodos que se utilizan para resolver los problemas de comunicación es el empleo de la meta comunicación, es decir, reflexionar sobre la forma en que se está dando la comunicación. Por ejemplo, se dice “no me estás escuchando” para intentar que haya una escucha, pero el mensaje no verbal, puede ir acompañado de componente agresivo, con lo cual, el que responde lo hace a ese componente agresivo, lo que lleva a más discusiones, metiéndose en un círculo vicioso.

En los matrimonios sin problemas contestan a la meta comunicación y no al componente emocional. Como patrones de comunicación problemáticos Gottman (1998) añade la presencia de los cuatro jinetes del Apocalipsis que pueden conducir a la pareja al divorcio: la crítica, la actitud defensiva, el desprecio y hablar mucho para que el otro no pueda dar su opinión.

Para este autor se comienza con la crítica que lleva a los otros. Todos estos patrones de conductas pretenden la mayoría de las veces resolver el conflicto, pero no solamente no lo resuelven, sino que lo perpetúan y la propia interacción se convierte en el propio problema. Se han estudiado también los elementos cognitivos que preceden, si están asociados al conflicto y si a veces pueden desencadenarlo.

Se identifican así:

- La atención selectiva. Los miembros de la pareja tienden a valorar de forma muy diferente la frecuencia y gravedad con la que ocurren

determinadas conductas, fijándose en aquello que les duele y dándole subjetivamente mayor frecuencia o gravedad, para lo que acuden a buscar en la historia de la pareja hechos similares con los que intentan confirmar su percepción actual.

- Atribuciones. La atribución del problema a determinadas causas se ve como un elemento necesario para su solución, de aquí la importancia de que las atribuciones estén realizadas correctamente. Un tipo de atribuciones que incrementan los problemas, son aquellas en las que se atribuye al otro la responsabilidad de los problemas comunes.

Lo mismo ocurre con aquellas en las que se atribuye la conducta negativa del otro a malas intenciones, siendo casi imposible probar su falsedad. Este tipo de atribuciones intensifica el conflicto al incrementar los ataques verbales que intentan culpabilizar y avergonzar al otro.

Dentro de los problemas generados por las atribuciones mal hechas está la de atribuir al otro la capacidad de hacer el cambio necesario para la solución del problema, suponiendo que no lo hace porque no quiere y entonces se le culpa y ataca. La discrepancia en las atribuciones sobre la causa de los problemas, puede ser a su vez causa de problemas.

Por ejemplo si la esposa cree que el marido piensa que su personalidad es la causa de los problemas y no está de acuerdo, esto se convierte de nuevo en un foco de discrepancia.

- Expectativas. Es evidente que si no se tienen expectativas de solución, la posibilidad de que los problemas se resuelvan son mucho menores, se deja de buscar y de intentarlo. En consecuencia pueden darse problemas al producirse indefensión. Cuando tienen la creencia de que los problemas se pueden resolver se dan más posibilidades de que se resuelvan.
- Suposiciones y estándares. Si aparece una discrepancia entre lo que creen los esposos que debería ser el matrimonio y lo que perciben que es, tanto en cualidad como en cantidad, los problemas están asegurados. No es necesario que sean conscientes de la discrepancia para que aparezcan los conflictos. Sin embargo las diferencias reales entre los estándares de ambos componentes tienen poca correlación con el nivel de satisfacción del matrimonio, siempre y cuando no exista discrepancia entre lo que “debería ser y lo que es”, cada uno de ellos puede pensar que se cumplen en el matrimonio.

Las creencias irracionales pueden ser una de las fuentes de conflicto en las parejas. Eidelson y Epstein (1982) listan algunas de ellas: Estar en desacuerdo es destructivo de la relación, los miembros de la pareja deben ser capaces de averiguar los deseos, pensamientos y emociones del otro, los miembros de la pareja no pueden cambiarse a sí mismos o a la naturaleza de la relación, uno debe ser un compañero sexual perfecto del otro, los conflictos entre hombre y mujeres se deben a diferencias innatas asociadas al sexo que se muestran en las necesidades y en la personalidad.

### **Factores importantes dentro de la relación de pareja**

- **Atracción física.** La atracción física no es igual a la atracción sexual, quiere decir que la persona tenga las características físicas que me resultan atractivas a mí. Es que la persona posea ese “ qué sé yo “ que no necesariamente coincide con estereotipos sociales. Consiste simplemente en que la persona posea atractivos físicos que sean agradables para mi gusto personal.

Lo que sucede con parejas que tienen mucho tiempo de convivir es que suele haber un descuido en el cuidado físico. Es aquí donde se nota que las personas dejan de arreglarse, o de vestirse, maquillarse, o acicalarse para la persona con la cual convive. Esto normalmente deriva en la pérdida del interés de la pareja pues “ ya no es como antes”.

- **Atracción intelectual.** Consiste en comunicarse temas en común que se puedan compartir en un diálogo. No necesariamente implica coincidir en todos los temas; es simplemente tener la libertad y la facilidad de poder conversar con tu pareja.

Hay parejas que van juntas al restaurante y pasan en silencio, o simplemente se dedican hablar de temas sin trascendencia, lo cual no es tener comunicación. Para poder interactuar es necesario tener actividades en común, como por ejemplo ir al teatro, asistir a un curso de cocina, leer un libro juntos, etc. Esto permite tener temas de discusión que no sean los de la cotidianidad.

- **Atracción afectiva.** Es el cariño, es saber que mi pareja me quiere, es saber que existe amor. Consiste en la confianza emocional que hay entre las dos partes.
- **Comunicación.** No es simplemente hablar por hablar, como quien dice “ hablar como loritos”. Es saber hablar, respetar lo que me está

diciendo, y saber escuchar. Consiste en aplicar la comunicación asertiva. Es saber hablar y escuchar en el lugar y momento correctos. Para ello hay que buscar un espacio adecuado, no mientras se está almorzando, o se está cocinando, mucho menos cuando se está en el carro, eso no es comunicación, pues no existe contacto ocular ni tampoco lenguaje corporal adecuado.

- Empatía. Consiste en poder ponerme en los zapatos del otro. Para ello requerimos que la comunicación sea efectiva y explícita. De no ser así podríamos incurrir en errores como “yo pensé que tú ya sabías eso”, o “eso nunca me lo dijiste...”, o “es que siempre me regalas chocolates...”, pero nunca preguntamos si le gustan los chocolates o si es alérgica a los chocolates. El error en la empatía es dejar las cosas en supuestos. Para poder ser empáticos tenemos que sentarnos a hablar el uno con el otro, es saber cómo eres y qué te gusta.

Este puede ser uno de los mayores problemas en las parejas. Es común, por ejemplo, que se le pregunte a una persona qué caricias le gustan a su pareja, y que la persona no sepa responder adecuadamente. O también cuáles son sus preferencias, no sólo sexuales, sino en cualquier ámbito.

La empatía es comprender que si tuvo un día cansado, no le voy a bombardear con preguntas que lo agobien. Es comprender cuál es la labor mía para poder facilitar o ayudar a la otra persona.

- Respeto. Consiste en respetar la persona tal cual es. Para ello es necesario entender que mi pareja no es un apéndice de mí. Es una persona que tiene su espacio, sus amigos, su familia, su vida; y además tiene un espacio conmigo como pareja. Implica respetar sus gustos, sus creencias, sus valores, sus costumbres, sus ritos.

Esto va de la mano con la empatía. Si yo sé que mi pareja es muy obsesiva con la limpieza, no voy a ir dejando desorden adrede, con el ánimo de molestar. Puedo intentar mejorar un poco mi orden personal. Esto también implica que la contraparte entienda que la persona es menos ordenada que yo, por lo tanto voy a tratar de ser menos exigente con el orden.

- Actualización. Este pilar casi nunca se menciona. Consiste en tomar un espacio, por lo menos una vez al mes, en el cual yo pueda sentarme con mi pareja y explicarle cómo va mi vida, cómo me siento emocionalmente, cómo creo que está nuestra relación, qué creo que has mal interpretado,

y por cuál camino creo que deberíamos seguir. Esta dinámica es recíproca es decir, debo también escuchar lo que mi pareja tiene que decir.

Muchas personas creen que por haber sido novios, o tener algunos años de casados, ya se conocen. La verdad es que las personas conforme crecemos y envejecemos, cambiamos la visión del mundo, de la vida, y de nosotros mismos. La actualización permite estar al tanto de estos cambios, y de entendernos adecuadamente para poder adaptarnos a los mismos. Si la actualización fuese una práctica común en las parejas, probablemente evitaríamos muchos divorcios, o en su defecto, tendríamos separaciones que fuesen más civilizadas.

Los siete pilares tienen sentido siempre y cuando se tome en cuenta que deben de ser recíprocos. Si yo le pido algo mi pareja, es porque yo también estoy dispuesto a darlo. Yo no puedo pedirle a mi pareja que cambie algo, si yo no estoy de acuerdo en cambiar la contraparte. En parte implica sentarse a negociar, saber qué estás dispuesto a dar y en qué no estás dispuesto a ceder. Por ejemplo si uno de mis hábitos es jugar cartas con los amigos el miércoles en la noche, tú también puedes hacer algo con tus amigas ese día, u otro día de la semana.

Por último, otro tema importante que da sentido a los pilares, es el tema de los tres mundos: mi mundo tú mundo, y nuestro mundo.

Se refiere al hecho de que exista cierto grado de individualidad. No importa cuánto o qué tan intenso sea el vínculo afectivo; cada uno tiene intereses, actividades, relaciones propias en las que no necesariamente debe participar el otro.

En la pareja estos mundos, el tuyo y el mío, se sobreponen dando lugar a la creación del tercer mundo: el nuestro, a veces la sobre posición es tan amplia que sofoca e impide la existencia de los mundos individuales, pudiendo surgir en uno o en los dos la frustración, por falta de espacio propio y de individualidad.

Por otro lado, existen parejas en las que los mundos apenas tienen contacto y por ende ante áreas individuales muy fuertes y amplias se ve un raquítico mundo de la misma.

Lo ideal, es la existencia de los tres mundos con equilibrio razonable, de tal modo que ninguno de ellos predomine

### **La pareja en situaciones especiales**

Parejas del mismo Sexo. Las características de las relaciones de pareja del mismo sexo son, de una forma general, las mismas que las de cualquier pareja. La única



diferencia con respecto a las parejas heterosexuales es el apoyo social por parte de la familia, que es notablemente menor en parejas homosexuales.

La pareja se inicia y se desarrolla en ausencia de modelos de rol socialmente establecidos para la relación. La falta de modelos culturales para estas relaciones hace que las parejas tengan que definir sus propias reglas, roles, expectativas y metas. En cuanto a la dinámica encontramos:

- Parejas que se estructuran al menos en parte, en función de roles de género (masculino - femenino). Los roles establecidos para las parejas heterosexuales se usan como modelo para las relaciones del mismo sexo.
- Otras que siguen un patrón fundamentado en las diferencias de edad entre sus miembros. Las características fundamentales como en toda relación asimétrica (adulto - joven), que las reglas, las iniciativas y el poder lo tiene uno de los miembros, en este caso la persona de mayor edad.
- El tercer modelo, que parece ser el más característico actualmente entre los más jóvenes, está basado en las relaciones entre pares y de amistad. Las relaciones se fundamentan en compartir y en el hecho de ser igualitarios en estatus, poder y reparto de responsabilidades, y por lo general, ambos suelen ser similares en edad y características socioculturales.

En cuanto a las normas sexuales, podemos hablar de:

- Parejas cerradas: En ella la exclusividad sexual es considerada un valor fundamental en la relación, mientras que la no exclusividad, motivo de ruptura al ser percibida como infidelidad (característica en parejas lesbianas)
- Parejas abiertas: en ellas, cada miembro de la pareja posee, con el consentimiento del otro cierto grado de independencia para mantener contactos sexuales externos a la relación, sin que estos sean considerados como infidelidades (característica de las parejas gays).

### **Sugerencia para la intervención.**

Teniendo en cuenta de los problemas de aceptación de la propia homosexualidad presentes todavía en muchas personas, y la falta de modelos y de apoyo legal y social para este tipo de relaciones, es necesario que el terapeuta conozca:

- La forma en que cada uno de los miembros de la pareja vive su propia homosexualidad, así como las consecuencias tanto a nivel personal como de cara a la relación.
- El modelo y tipo de relación (abierta - cerrada, grado de dependencia y compromiso) que la pareja mantiene y de qué forma se ha establecido.
- El contexto en el que vive la pareja, si se mantiene la relación oculta y/o si cuenta con un sistema de apoyo y de qué tipo. En la mayor parte de los casos, la aceptación personal se va consiguiendo con información adecuada, aprendiendo a valorar objetivamente y a relativizar las posibles consecuencias de las reacciones negativas del entorno y descubriendo espacios y una red social de apoyo para la persona y la pareja.

# **Investigación de la sexualidad y disfunciones sexuales**



# Investigación clínica de la sexualidad

Para el trabajador de la salud constituye un verdadero reto investigar la sexualidad de sus consultantes, y con no poca frecuencia esto se soslaya por ignorancia, temor, prejuicios, pero en pleno siglo XXI no se puede cometer ese error sin consecuencias lamentables.

Al respecto, es conveniente recordar lo señalado hace medio siglo por Master y Johnson, de que una de cada dos parejas en E. U., presentaban problemas sexuales en menor o mayor grado, y solamente el 10% acude a consulta en condiciones de devastación personal o diádica. Si ese dato lo proyectamos en la población de Tabasco que cuenta con alrededor de 2,070,000 habitantes, siendo 1,056,000 mujeres y 1,014,000 varones, quienes forman unas 400,000 parejas, podemos deducir que el 50% de las mismas equivale a 200,000 parejas, y el 10% de esta última cifra serían 20,000 parejas teóricamente con serios problemas sexuales, a lo que se debe agregar el porcentaje de casos individuales.

Desde luego, la mayoría no consulta por ese motivo debido a múltiples razones, sin embargo, datos tan contundentes nos deben hacer reflexionar sobre la importancia de la sexualidad como modulador de la conducta humana y su impacto en la persona, la pareja, la familia y la comunidad.

Por otra parte y a consecuencia de la penetración cada vez mayor de los medios de comunicación masiva, afortunadamente las nuevas generaciones vienen observando actitudes más abiertas en relación a la sexualidad, y con mayor aplomo y sinceridad se animan a declarar sus problemas sexuales. Debe aceptarse la nueva realidad social para no continuar dejando de lado el estudio del desempeño sexual de los pacientes en bien de su propia salud sexual y de su salud en general.

No cabe duda que el terreno sigue siendo difícil de explorar pero tenemos la obligación de conocer integralmente a los pacientes, y para tal tarea, el trabajador de la salud ha de hacer su trabajo con decisión, empeño y seguridad, sólidos conocimientos de la materia, experiencia, responsabilidad y genuina vocación de servicio.

## Cómo abordar los problemas sexuales

Es necesario tener en cuenta que estos problemas con frecuencia son considerados por los consultantes como muy íntimos, por lo tanto, establecer una buena relación con ellos, es un requisito indispensable ofreciendo una atmósfera de comodidad, respeto, interés, empatía y aceptación a lo largo del proceso de investigación que redunde en entrevistas de conveniente éxito.

De inicio, el paciente puede establecer la relación terapéutica desde la solicitud de la cita y más cercana, en el momento de entrar al consultorio y esperar su turno en la sala correspondiente, que debe ser un sitio agradable con mobiliario cómodo y decoración apropiada; un buen trato por parte de la recepcionista, sin estar demás música ambiental suave, TV, periódicos y revistas actualizadas, agua fría y caliente para café, juguetes y dulces para los niños. Son sugerencias no de lujo sino necesarias con el fin ofrecer confianza a l@s consultantes y comenzar a bajarles el nivel de angustia y temor que suele acompañarlos.

En el interior del consultorio debe procurarse la tranquilidad y la relajación de las personas mediante el trato amable y educado del personal poniendo en juego actitudes y condicionamiento verbal correctos. Es conveniente adecuar la temperatura del cubículo, dar la bienvenida y las gracias por la oportunidad que ofrecen los pacientes, y de esa manera iniciar de forma cómoda y fluida, la entrevista propiamente.

Algunas alternativas para iniciar el abordaje de la problemática sexual son las siguientes:

- Declaración espontánea por parte del(os) consultante(s) del problema que lo(s) motivó a consultar. Esta oportunidad ocurre con más frecuencia cuando se trata de jóvenes solos o en pareja y de personas con mayor información.
- Señalamiento de un problema sexual al consultar por cualquier otra patología que puede ser ginecológica, urológica, psiquiátrica, etc. Es una oportunidad que el terapeuta no debe dejar escapar con sensibilidad y audacia.
- A partir de algún comentario que el consultante hace en relación con su vida sexual de aparente normalidad debido a deficiencia informativa o educativa. Por ejemplo, la frecuencia alta de la eyaculación precoz y de anorgasmia en la mujer en nuestro medio social que suelen aceptarse como normales.

También la consulta podrá variar de acuerdo al tipo de paciente, ya que no es lo mismo tratar a un individuo de clase socio-económica baja que a otro de condición contraria, a un paciente de sexo masculino que a otro de sexo femenino, a personas de orientación homosexual, bi o heterosexual, a un(a) solter@, un(a) casad@, un(a) divorciad@, un(a) viud@. La edad también es condicionante pues la exploración clínica sexual habrá de variar según se trate de un(a) niñ@, de un(a) adolescente, de una persona madura o de un adulto mayor. El trato debe ser adecuado al nivel cultural de las personas, a la presencia de una discapacidad, y en general, cada paciente o cada pareja es única y merece un trato especial y diferente.

Premisa importante es: escuchar al consultante en todo momento con atención e interés, y no hacer anotaciones sin la aceptación conveniente, aclarando que el registro de la entrevista es indispensable y confidencial.

Otro aspecto: ante un paciente temeroso y angustiado, el terapeuta debe actuar con seguridad y calidez para inducir la tranquilidad, confianza y sosiego indispensable.

### **Evolución de la entrevista clínica**

Para la elaboración de la historia clínica sexual se procede de acuerdo a lo que establece la propedéutica en los apartados tradicionales con las modificaciones específicas:

- Ficha de identificación que incluye: Nombre completo del consultante y de la pareja en su caso.
- Edad. Género.
- Domicilio. Teléfono. E-mail.
- Edo. Civil.
- Religión.
- Ocupación.
- Fuente de referencia.

En lo personal y después de conocer los datos anteriores que incluso pueden ser tomados por la enfermera para agilizar el trámite, ofrezco al consultante la oportunidad de la llamada “tribuna libre”, para que en forma espontánea y a su manera, haga la exposición del problema que lo aqueja y motivó a buscar ayuda, durante un lapso de no más de 5 a 10 minutos. Esto nos puede permitir un esquema diagnóstico inicial. Continuamos con la investigación formal de las restantes áreas:

Área médico-quirúrgica que incluye el interrogatorio de antecedentes heredofamiliares de importancia como:

- Antecedentes no patológicos.
- Antecedentes patológicos.
- Antecedentes gineco-obstétricos en la mujer.
- Antecedentes traumáticos, quirúrgicos y transfusionales.

Disfunción por la que se consulta, anotando inicio, evolución y estado actual.

- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Manifestaciones generales.
- Estudios y tratamientos previos.

Exploración física: puede no ser tan minuciosa cuando la disfunción es de naturaleza psicógena y será más detallada en caso de patología orgánica presente, de cabeza a pies. En ciertos casos será necesaria la exploración de los órganos genitales con la debida justificación. En el caso del terapeuta no médico, deberá hacer la canalización conveniente.

Puede hacerse partícipe a la pareja en su caso, y de esa manera involucrarla en el proceso como oportuno ejercicio de desensibilización y de motivación que puede ser base de una mejor aceptación de la terapia.

A estas alturas, la comunicación entre el consultante y el terapeuta, debe estar libre de dudas, titubeos, indefiniciones y desconfianza y poder continuar con seguridad y aplomo la revisión de las restantes áreas.

- Área familiar, investigando figuras parentales, no siempre los padres, pudiendo ser: abuelos, tíos, hermanos mayores, padrinos, parientes cercanos, etc. Definir el ambiente familiar y caracterizarlo como: cerrado o conventual, abierto o festivo, tipo de comunicación entre los miembros de la familia, nivel educativo, apoyo, indiferencia, abandono. Afectividad al interior de la familia y con el consultante, estableciendo situaciones de rigidez, sumisión, autoritarismo, abusos, rebeldía, etc. Muy importante, vivencia de la sexualidad, naturalidad, tolerancia, represión, culpabilidad, vergüenza, temor, apertura, etc.
- Relaciones intrafamiliares: padre-madre, madre-padre, consultante-madre, consultante-padre, consultante-hermanos si los hay, hermanos-hermanos.



- Área del desarrollo psicosexual, investigando desde etapas tan tempranas como el embarazo y primeros meses de vida, la infancia, la pubertad, la adolescencia, la juventud, la edad madura y la vejez.

En este nivel conviene definir cuestiones muy importantes de identidad incluyendo: autoconcepto, autoimagen, autoestima, masculinidad, feminidad, virginidad, machismo, etc.

- Desarrollo sexual específico: juegos infantiles sexuales (a la mamá y el papá; al médico y la enfermera, por ejemplo), masturbación con época de inicio, cómo y frecuencia, desnudez, abuso sexual, violación, amoríos, inicio de relaciones sexuales, prostitución, percepción personal y de los(as) otras, etc.

Vivencias en cuanto amistades, amigable o no, éxitos y fracasos, pérdidas y lutos, etc.

- Área de la pareja, con ficha de identificación propia, desarrollo de la(s) relación(es) amorosa(s) desde el(los) inicio(s): el enamoramiento, motivos de la atracción, estabilidad, duración, relación coital, características y cambios de la misma, dinámica, juegos de poder, dominio y/o sumisión, ruptura y motivo, duración (en cada caso). Sobre todo, definir bien los niveles de atracción física, afectividad y coincidencias intelectuales, la empatía, la comunicación, el amor, los celos, el lenguaje oral y corporal que se da al interior de la pareja.
- Área sexual del consultante, explorando la respuesta sexual en sus varias fases, frecuencia, vivencias, gustos, juegos sexuales, preferencia u orientación sexual, expresiones del comportamiento sexual, tabúes, fantasías, pareja única o múltiple, masturbación y sentimientos que induce, ITS, protección en el coito, disfunciones previas, etc.
- Puntualizar las expectativas del o los consultantes, mediante un contrato que establezca las bases reales de la terapia, alcances, limitaciones, derechos y obligaciones de ambas partes, y evitar reclamos, deseos de logros exagerados, opiniones infundadas y reclamos agresivos.
- Hacer un resumen del caso es muy importante, pues permite tener un recordatorio rápido y veraz de los aspectos más sobresalientes de la historia clínica de los pacientes en las consultas subsecuentes, en ahorro de esfuerzo y tiempo.

La Dra. Kaplan considera que las áreas que deben ser bien definidas son: la condición sexual, la salud física, la salud mental, la disfunción sexual, la historia psico-sexual personal y heredofamiliar y la relación diádica.

Por su parte el Dr. Alvarez-Gayou considera como exploración mínima de la sexualidad los siguientes aspectos: Masturbación: actitud personal y familiar, disfunción sexual, historia coital, respuesta sexual humana, expresiones comportamentales de la sexualidad y respuestas a preguntas específicas, aclarando dudas.

En algunos casos no es necesario desarrollar todo el protocolo establecido y obviar algunas partes. Por ejemplo, he tenido pacientes en quienes no ha sido necesaria la exploración física, dando solución al problema a nivel de información y consejería.

Terminada la historia clínica, es posible y necesario integrar un diagnóstico etiológico, aunque no siempre es posible e incluso, puede ocurrir que los mismos pacientes lleguen con el diagnóstico “en la mano” (el joven que dice “no se me para”; la mujer que de primera intención señala “doctor mi problema es que no tengo orgasmos o los dejé de presentar”) y la dificultad radica en rastrear y conocer la causa del problema, para establecer un pronóstico y un manejo correcto.

Como conclusión señalo que el éxito de la terapia sexual se basa en una historia clínica integral, pues la ligereza, la superficialidad, la prisa, la ineficiencia, la negligencia, la ignorancia y en una palabra, la irresponsabilidad es el camino más corto al error o al fracaso, e insistir que los pacientes sexológicos sean quienes sean, no se les debe dar trato de desviados, perversos y menos de delincuentes, pues los trabajadores de la salud no somos jueces.

# Disfunciones sexuales

Definición. No hay consenso al respecto pero en general podemos decir que la disfunción sexual es una alteración de la respuesta sexual humana, en una o varias de sus fases, que ocurre cuando la manifestación erótica, auto, homo o heterosexual, se encuentra ausente o induce malestar, incomodidad, frustración, culpa, vergüenza, sufrimiento, dolor, de manera persistente.

### Algunos datos en cuanto a frecuencia

En general se considera en nuestro medio social a la eyaculación precoz como la disfunción más frecuente en el varón, y la anorgasmia en la mujer (80% en el medio rural y 30-40% en el medio urbano). Podemos decir que las estadísticas en relación con esta problemática y en general con todo lo relacionado con la sexualidad, son en nuestro país, muy limitadas o dudosas en cuanto a exactitud.

En los E. U., se señala estas cifras (Baram, D. A., 1997):

1. 60% de las mujeres tienen preocupaciones sexuales.
2. Una tercera parte sin interés sexual.
3. 20% con RS no placentera.
4. 15% presentan dispareunia.
5. 50% tienen dificultad para excitarse.
6. 50% tienen dificultad para lograr el orgasmo.
7. 25% son anorgásmicas.

Según el National Health en Social Life Survey (Sánchez, H. J., y cols. 2005). Las disfunciones sexuales tienen una frecuencia de 43% en mujeres, y de 31% en varones, en el orden siguiente: trastornos de la excitación, del orgasmo y del deseo.

Hawton, K. (1988), señala en una clínica de Londres, las frecuencias siguientes:

En hombres:

- Disfunción eréctil, 60%
- Eyaculación precoz, 16%
- Eyaculación retardada, 6%
- Alteraciones en el interés (deseo) sexual, 6%
- Otras, 12%

En mujeres:

- Alteraciones en el interés (deseo) sexual, 52%
- Disfunción orgásmica, 19%
- Vaginismo, 18%
- Dispareunia, 4%
- Otras, 7%

En general, la frecuencia de la disfunción sexual es muy variable dependiendo de la cultura, el país, el género, el tipo de disfunción y sobre todo, de la edad de las personas.

Etiología. Las causas de la disfunción sexual son múltiples, y así como se considera al ser humano una unidad bio-psico-social, pueden estar localizadas en alguno o más de dichos niveles.

### **Causas biológicas**

Cualquier patología del tipo que sea (genéticas, congénitas o adquiridas), es capaz de inducir ruidos o discapacidad en la esfera sexual.

1. Genética, como en el Síndrome de Down o trisomía 21, por el retraso mental que conlleva.
2. Congénita, en caso de patología materna que afecte al feto, sobre todo con daño neuronal.
3. Adquiridas:
  - Naturales, consecuencia del desarrollo de la persona como en casos de embarazo, puerperio y lactancia, menstruación, climaterio, vejez.
  - Patológicas como en casos de diabetes mellitus, enfermedad coronaria, enfermedades crónico-degenerativas, etc.
  - Traumáticas, como consecuencia de lesiones orgánicas, por ejemplo del sistema nervioso central (sección parcial o total de la médula espinal, etc.)

- Drogas, desde las autorizadas como el alcohol y el tabaco, hasta las duras e ilegales, como la marihuana, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, el cristal, etc. Por ejemplo, se dice del alcohol que actúa como estimulante y sí, esa es su acción cuando se consume en pequeñas dosis, por inducir liberación de prejuicios a nivel de la corteza cerebral, sin embargo a dosis tóxicas, la inhibición general es la regla. De las llamadas drogas duras, todas ellas inciden en forma negativa en el desempeño sexual del drogadicto.
- Iatrogénicas: pueden ser médicas (medicación antihipertensiva, ansiolíticos, diuréticos, antidepressivos, antihistamínicos hormonales, etc., por lo que antes de prescribir cualquiera de esos medicamentos, se debe investigar sus efectos secundarios a nivel sexual, valorando costos-beneficios; quirúrgicas como es el caso de la mastectomía y la histerectomía en la mujer, intervenciones quirúrgica muy lesivas para la propia autoestima y la autoimagen femenina. Parecido efecto tiene la prostatectomía, especialmente la de tipo radical por cáncer en el hombre. En ambos géneros las amputaciones por diversas causas, con el consiguiente deterioro de la imagen corporal y destrucción de la autoestima.

### **Causas psicológicas**

Siguiendo a H. S. Kaplan, se consideran de dos tipos: causas inmediatas o superficiales, y causas mediatas o profundas.

Las más frecuentes son las primeras y por fortuna son las que mejor responden a la psicoterapia sexual. Entre otras podemos mencionar las siguientes: miedo al desempeño, temor al fracaso, fracasos previos, expectativas exageradas, autoobservación permanente, negación de la fantasía como reforzamiento, baja autoestima, deficiente información sexual, ansiedad, frustración, religiosidad intensa, depresión, neurosis, etc. Entre las segundas, de más difícil solución y que ameritan terapia psicoanalítica están, abuso sexual en la infancia, la violación, el incesto, problemas edípicos de la infancia no resueltos, etc.

Entre ambos tipos causales puede establecerse una relación también causal, lo mismo que con la etiología biológica, por lo que la valoración de la disfunción sexual se debe hacer de manera integral. Por lo tanto, el objetivo de la terapia sexual será convertir un desempeño frustrante y limitado, en otro inductor de bienestar y placer para la(s) persona(s).

## **Causas socio-culturales**

Son producto de la cultura y la tradición del grupo social en donde se inserta el individuo que necesariamente lo condicionan a lo largo de su desarrollo: las costumbres, los mitos, los prejuicios, deficiente educación o información sexual, persistencia de estereotipos rígidos, creencias, reglas morales estrictas, etc. En nuestro medio, el llamado “machismo”, constituye una tradición que aún persiste en pleno siglo XXI, a pesar de que resulta muy lesiva tanto para la mujer como para el varón, y sólo podrá cambiarse mediante un proceso de educación sexual generalizado y bien estructurado.

## **Causas diádicas**

Son aquellas que inciden una vez establecida la pareja y tienen origen en múltiples factores: personales, familiares, educativos, económicos, culturales que le pegan a veces de manera brutal a la armonía y el amor de la pareja. Por ejemplo, uno de los motivos más frecuentes de la disfunción de pareja es la deficiente o la falta de comunicación entre sus integrantes. Otros serían la ausencia de respeto, las luchas de poder, las diferencias sociales o económicas, la inequidad, expectativas exageradas, diferencias de edad, avasallamiento y sumisión, la rutina, la ignorancia, etc.

En la actualidad, están fracasando las parejas, porque con la educación de la mujer y su inclusión en el ámbito laboral, al estar mejor preparada y/o tener ingreso económico propio, se instala entre los miembros de la pareja algunas veces, una insana competencia tan dañina y agresiva, que los puede llevar a la anulación del afecto, el cariño, el amor y por último, al doloroso fracaso.

Otra forma de clasificar las causas de la disfunción sexual para diferenciarlas temporalmente, sería la siguiente (Hawton, 1988):

- Factores predisponentes, relacionados con experiencias iniciales de la vida de la persona.
- Factores precipitantes, en relación con sucesos ocurridos en el inicio de la disfunción sexual.
- Factores de mantenimiento, que explican la persistencia de la disfunción.

## **Clasificación de la disfunción sexual**

Para tal objetivo, vamos a basarnos en el modelo trifásico de Kaplan, que como ya dijimos estructura la RSH en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. De igual

manera consideramos las principales disfunciones sexuales tanto en el hombre como en la mujer, localizadas en cada una de dichas fases, o en dos o más.

La disfunción es global cuando está afectada toda la RS, y parcial si solamente una o dos de las fases lo están.

También hay disfunciones primarias, cuando se presentan desde el comienzo de la vida erótica de la persona, y secundarias, cuando ocurren después de un desempeño sexual satisfactorio durante un tiempo suficiente.

Son generalizadas las disfunciones sexuales que se presentan en cualquier intento erótico, y circunstanciales o selectivas, cuando ocurren en unas ocasiones y en otras no, dependiendo del ambiente, de la pareja en turno, de situaciones estresantes, de una conducta sexual específica, etc.

### Disfunciones en la fase del deseo

- Deseo sexual inhibido o hipoactivo: se define como la falta de interés por la actividad erótica de forma total (indiferencia sexual) o parcial. La etiología es diversa: orgánica, psicológica, diádica, socio-cultural.
- Aversión o rechazo sexual: es el escape fóbico a toda manifestación erótica en el que los antecedentes de trauma sexual previo, son frecuentes.
- Se habla del deseo sexual hiperactivo (erotomanía), siendo difícil encuadrarlo pues cada ser humano se satisface con intensidad y frecuencia muy particulares, además de que lo que se considere como tal, puede enmascarar una patología psiquiátrica. Estas tres disfunciones pueden presentarse en la mujer y en el varón
- Disritmia: compete a la pareja, que por diversas causas no pueden sus integrantes, hacer coincidir su interés erótico. Un origen frecuente del problema es la falta de comunicación entre ellos de manera abierta y sincera.

### Disfunciones en la fase de la excitación

- Hipolubricación vaginal, habiendo falla en la formación del trasudado vaginal con la sequedad correspondiente que condiciona dificultad y molestias en el momento del coito. Con cierta frecuencia se debe a causas psicológicas. La disminución del tenor estrogénico en la postmenopausia puede inducirla, sin embargo, una mujer que ha llevado una vida sexual activa y regular, puede seguir lubricando con suficiencia.

Se recomienda un juego erótico previo amplio, o bien, el empleo de una jalea lubricante de base acuosa. En ocasiones los anticonceptivos hormonales pueden causarla.

- Disfunción eréctil, debido al insuficiente llenado de los cuerpos cavernosos del pene que a su vez condiciona flaccidez total o parcial del órgano, con la consiguiente dificultad o imposibilidad de una penetración satisfactoria. Las causas psicológicas inmediatas o superficiales son habituales, pero cada vez con mayor frecuencia se diagnostican causas de tipo orgánico, como en casos de diabetes mellitus. Puede, suceder en diabéticos jóvenes, en porcentaje importante, que la primera manifestación de la enfermedad sea la disfunción eréctil.

### **Disfunciones en la fase del orgasmo**

- Anorgasmia en ambos géneros. Más frecuente en la mujer con porcentajes que oscilan entre el 30 y el 70%, dependiendo del medio urbano o rural y de la formación educativa-cultural de la persona. Consiste en que la RS no se completa con el logro del orgasmo. Esto puede ocurrir de manera ocasional, sin que represente disfunción sexual. Las causas socio-culturales son habituales, en especial el condicionamiento tradicional y la represión de la sexualidad femenina. En ese contexto, la mujer debe aceptar ser modosa y pasiva. Muchas mujeres en nuestro medio y en pleno siglo XXI, siguen convencidas de que la relación coital tiene como misión darle hijos a su pareja y que este se satisfaga, dejando de lado su propio placer y su satisfacción erótica.

Por lo antes mencionado, algunas mujeres son anorgásmicas relativas ya que al recibir información correcta, disminuye su temor a dejarse ir, a vivenciar su erotismo y logran completar su RS. Otras pueden presentar lo que se cataloga como pre-orgasmia, situación que consiste en alcanzar una intensa excitación y estar en posición de inmediatez al orgasmo, sin la posibilidad de lograrlo.

En el varón se puede presentar en esta fase:

- Eyaculación precoz o prematura, cuando se presenta rápidamente, incluso durante los primeros escauceos amorosos, con insatisfacción y disgusto de la persona y de su pareja. En ocasiones puede ser considerada como normal y conveniente, muestra de virilidad, por la falta de información sexual. Esta disfunción tiene muchas definiciones: cuando



ocurre inmediatamente después de la penetración, durante los primeros diez movimientos pélvicos, cuando la pareja no logra el orgasmo en más del 50% de las relaciones coitales, etc. Lo central del problema es que las personas digan sentirse a disgusto, con incomodidad o frustración.

Con la edad, debido al deterioro orgánico, la fase de excitación se puede alargar y el varón descubrir lo bondadoso de dicha situación. Es la disfunción masculina más frecuente en nuestro medio debido a un condicionamiento cultural desde la infancia, porque de igual manera como no debe llorar, el hombre debe demostrar su hombría con la fuerza y la rapidez de sus actos.

Básicamente esta disfunción revela falta de control eyaculatorio.

- Eyaculación retardada: consiste en el alargamiento no deseado de la fase de excitación con la imposibilidad de eyacular. Por ejemplo, el consumo de alcohol en pequeñas dosis, es estimulante al inhibir la corteza cerebral y dejar de lado prejuicios. La intoxicación alcohólica puede inhibir el reflejo eyaculatorio en contra del deseo del individuo. Incluso agotarse en el intento para lograrlo. Esta situación se relaciona con el siguiente problema.
- Aneyaculación, es la imposibilidad de eyacular. Aquí debemos recordar que es común hacer coincidir el orgasmo con la eyaculación e incluso, identificarlos como lo mismo siendo diferentes. El primero es una respuesta integral del individuo que tiene como sustrato orgánico la contracción muscular tanto local pélvica, como generalizada. La segunda es un reflejo que consta de dos tiempos: la emisión con acumulación del líquido seminal en el bulbo uretral acompañada de una sensación de inminencia eyaculatoria, y la expulsión del semen hacia el exterior por la uretra peneana.

Por tanto, puede haber orgasmo sin eyaculación o bien, eyaculación sin orgasmo. Cuando se tiene información del mecanismo, el hombre puede controlar el reflejo eyaculatorio y ser multiorgásmico. Esta característica puede agradecerla mucho la pareja, cuando de prolongar el acto sexual se trata.

Otro dato conveniente de recordar, es que durante la excitación, las primeras glándulas en expulsar su secreción son las glándulas de Cooper, que tiene como finalidad cambiar el pH de la uretra de ácido a alcalino, y hacerla propicia para el paso de los espermatozoides. A veces dicha secreción es abundante y no debe confundirse con semen.

Otra situación es la eyaculación retrógrada, que consiste en que el semen pasa a la vejiga y no a la uretra peneana. Esto puede ser práctica voluntaria como sucede en grupos de monjes tibetanos por la creencia de conservar de esa manera la simiente de energía y vida.

Las causas son diversas, habiendo falacias al respecto como cuando se piensa que la vasectomía impedirá la salida del semen y la sensación muy apreciada por parte del varón, de la expulsión del mismo. Hay que recordar que los testículos contribuyen con un pequeño porcentaje en el volumen del líquido seminal y que la mayor parte procede de las vesículas seminales y sobre todo, de la próstata cuya secreción se vierte después de la obstrucción quirúrgica de los conductos deferentes.

- Dispareunia o dolor coital, puede presentarse tanto en la mujer como en el varón. Estar presente a lo largo del intercurso sexual o ser pre, trans o postcoital. También se considera superficial en casos de patología externa (vulvo-vaginitis, uretritis, por ejemplo), o profunda cuando es debida a patología de órganos internos (endometriosis, prostatitis, etc.)

Su etiología es a menudo orgánica, y tiene un buen pronóstico basado en un diagnóstico médico correcto y la prescripción del tratamiento indicado.

- Vaginismo, disfunción que consiste en la contracción involuntaria y permanente de los músculos perivaginales que impiden la penetración de cualquier objeto en la vagina. Con frecuencia la etiología es psicológica o cultural y la terapia sexual revierte este problema, siendo por ello el pronóstico muy bueno.

Para complementar este apartado, mencionamos la clasificación que establece el DSM-IV-TR.

Considera cuatro fases para la RS: Deseo, excitación, orgasmo y resolución. Esta última fase la define como una sensación de relajación muscular y de bienestar general. El esquema de Kaplan no la considera como tal. Disfunciones:

Se describen varios subtipos.

Según la naturaliza de su inicio:

- De toda la vida, cuando existe desde el inicio de la actividad sexual.
- Adquirido, cuando aparece después de un período de actividad normal.

Según el contexto:

- General, presente en todo intento de tipo sexual.
- Situacional, limitada a cierta clase de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Como factores etiológicos considera:

- Psicológicos.
- Factores combinados.
- Por enfermedad médica.
- Inducido por sustancias.

Disfunciones en la fase del deseo:

- Deseo sexual hipoactivo.
- Trastorno por aversión al sexo.

En la fase de excitación:

- Trastorno de la excitación sexual en la mujer (hipolubricación vaginal).
- Trastorno de la erección en el hombre.

En la fase del orgasmo:

- Trastorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido).
- Trastorno orgásmico masculino (antes orgasmo masculino inhibido).
- Eyaculación precoz.

Trastornos sexuales por dolor:

- Dispareunia (no debida a enfermedad médica).
- Vaginismo (no debida a enfermedad médica).

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

Trastorno sexual inducido por sustancias.

Trastorno sexual no especificado.

La otra clasificación, es la propuesta por la OMS en la CIE-10, muy parecida a la anterior con mínimas modificaciones, por lo que no insistimos en ella.



# Nociones de terapia sexual

Se puede definir la terapia sexual como un conjunto de procedimientos utilizados para tratar las disfunciones sexuales, amortiguar sus consecuencias y modificar sus complicaciones y secuelas, en un intento por recuperar la salud sexual del o los pacientes.

Se habla de terapia sexual a partir de los estudios de Master y Johnson, quienes establecieron el esquema general de su aplicación, válido hasta la actualidad con las modificaciones que le han ido imprimiendo distintos estudiosos de la materia. Se acepta que no es una panacea para todo tipo de conflicto sexual, pero sí es un proceso terapéutico muy útil y altamente eficaz en manos expertas.

Es indispensable que el trabajador de la salud sepa que dicho recurso existe, incluso que se involucre como parte del mismo en determinado momento y a un nivel primario, pues cada vez aumenta más el número de personas que de manera individual o en pareja acuden a exponer su problema sexual como consecuencia de una mayor apertura social y una cada vez más abundante e incisiva información tanto formal como informal que ofrecen sobre todo, los medios de comunicación.

Por otra parte y debe señalarse, este campo terapéutico se presta a charlatanería y a oscuros manejos, en especial en nuestro medio en donde resulta novedoso y puede ser visto con sorna o desconfianza. Para evitar ese tipo de confusiones y malas apreciaciones, el trabajador de la salud debe tener la información suficiente de este aspecto de la sexología, que propiciará de entrada una actuación profesional correcta a favor de una adecuada y pronto recuperación de la salud sexual de sus pacientes o en su caso, agilizar el continuismo de la terapia ya en manos expertas si es necesario.

En general, la terapia sexual es un proceso sistematizado e integral, cuya aplicación suele hacerse de manera progresiva y por etapas, sin caer en la rigidez y el cartabón que limita y encasilla.

Como prerrequisito indispensable debe contarse con una historia clínica sexual completa del o los pacientes, que nos va a permitir encuadrar el problema sexual, y desde luego, definir la etiología, la evolución y el estado actual del mismo, establecer un pronóstico y un protocolo de manejo con buenas probabilidades de éxito.

Etapas de la terapia sexual:

- Información, que debe ser objetiva y científica, sobre cuestiones específicas como por ejemplo datos elementales de anatomía y fisiología sexual, con participación activa del (los) paciente (es) mediante preguntas, aclaraciones, ampliaciones, discusión, que paralelamente pueden funcionar como acicate y desensibilización.
- Orientación, desprejuiciada y concreta sobre aspectos generales y específicos del desempeño sexual relacionados con la disfunción sexual que preocupa y es motivo de la consulta.
- La terapia sexual propiamente integrada por los siguientes aspectos:
  - Educación sexual.
  - Psicoterapia.
  - Terapia conductual con prescripción de ejercicios.
  - Tecnoterapia, que se refiere a la utilización de recursos disponibles de la tecnología sexual.
  - Terapia medicamentosa como auxiliar o de apoyo.

Vamos a referirnos en forma general a cada uno de los cinco aspectos arriba enlistados.

La primera consulta es buena oportunidad para dar información elemental y lo más gráfica posible acerca de temas como la anatomía sexual, el funcionamiento hormonal, la respuesta sexual, los requisitos para una armónica relación de pareja, las causales más frecuentes de las disfunciones sexuales y datos generales en lo que concierne al tipo de ayuda que se les puede ofrecer en relación con el problema que los indujo a consulta, utilizando todo tipo de material didáctico y disponible, sin mucho tecnicismo verbal, y desde luego, aceptando intervenciones del o los consultantes. En el caso de las mujeres, la consulta prenatal puede ser una buena oportunidad para este tipo de información.

La psicoterapia es un valioso apoyo para la terapia sexual y dependerá de la formación, la preferencia y experiencia del sexoterapeuta la variante que ponga en práctica: psicoanalítica, gestáltica, análisis transaccional, racional emotiva, hipnosis, individual, de pareja, grupal, etc. Aquí es conveniente recordar que la función sexual es una expresión humana intensamente permeada por las emociones, los prejuicios personales y sociales, la propia personalidad, el bagaje conflictivo tanto inmediato como mediato, los sentimientos, resentimientos y culpas al interior de la pareja en su caso y muchas otras condicionantes, que exigen un manejo apropiado a favor de mejores resultados de la terapia para bienestar del o los pacientes.

La terapia conductual se basa en la prescripción de ejercicios estructurados y aplicados en forma progresiva, que tienen como objetivo principal disminuir la ansiedad, el temor y la culpa, inducir confianza y tranquilidad, reconstruir la relación de pareja y mejorar el desempeño sexual. Estos ejercicios conductuales o experiencias sexuales estructuradas como los llama Alvarez-Gayou, no deben considerarse como una rutina necesaria, una prescripción rígida o una tarea que derive en mayor ansiedad y conflicto, es decir, no deben ser vistos como obstáculos a salvar en pos de una supuesta curación o mejoría, que en tal situación pueden devenir en mayor dificultad para el logro de un buen resultado terapéutico.

Con los ejercicios sexuales se pretende romper con formas de conducta sexual estereotipadas, las más de la veces basadas en prejuicios, mitos, tabúes y deficiente o tergiversada información acerca de la persona como ente sexual y sexuada, de la pareja y su relación, eliminar barreras eróticas concientes o inconcientes, acrecentar el conocimiento personal y del(a) otro@, incrementar la confianza y disminuir el nivel de culpabilidad, hacer más intensa la comunicación y la apertura entre los miembros de la pareja. Todo lo anterior dado en un ambiente de privacidad, calidez, reciprocidad, tranquilidad y aceptación.

Pasamos a describir muy someramente las prescripciones conductuales básicas.

1. Focalización sensorial I (Master y Johnson) o placereado no genital (Kaplan) o caricias y reconocimiento corporal (Alvarez-Gayou):

Consiste en acariciarse mutuamente el cuerpo, evitando el tocamiento de los órganos genitales y los pechos en la mujer. Cualquiera de los integrantes de la pareja puede ser el “activo” inicial (acariciador) y el otro el “pasivo” (acariciado). El tiempo empleado puede variar según tolerancia para luego invertir los papeles. Se indica que primero la persona acariciada esté en decúbito dorsal (boca arriba) y después en decúbito ventral (boca abajo). La secuencia de las caricias puede ser de cabeza a pies o en sentido inverso según preferencia de los involucrados, debiendo realizarlas con suavidad, con firmeza según tolerancia, con tranquilidad y en especial, sin prisa, aceptando el placer que induzcan y tratando de vivir intensamente la experiencia y en cierto modo con “egoísmo”. Se debe evitar realizar acciones no indicadas y por supuesto, no intentar el coito. El tiempo para cada movimiento puede variar, pero en general se puede fijar en 5 a 15 minutos, según sea tolerado.

Estos ejercicios por ser experiencias insólitas pueden generar molestia y aún rechazo que requieren discusión y un buen manejo.

2. Focalización sensorial II (Master y Johnson) o placereado genital (Kaplan) o caricias y reconocimiento genital (Alvarez-Gayou):

A este nivel no se debe acceder si la pareja no ha tenido un desempeño adecuado en el anterior. Las condiciones para su realización son parecidas a las del ejercicio previo y la diferencia radica en el grado de complejidad mayor al incluirse los órganos genitales y las mamas en la mujer. Esto aumenta las dificultades y puede generar nuevos conflictos que requieren discusión y correcto manejo. Tampoco debe incluirse el coito como vía de conclusión y si la excitación de alguno de los integrantes de la pareja es muy intensa, se pueden sugerir otras posibilidades como la masturbación homóloga o heteróloga.

3. El siguiente nivel es el coito no exigente, que consiste en realizar la penetración de la pareja sin tener como meta el orgasmo, y enfocarse en la identificación de las sensaciones placenteras que la actividad ofrezca a cada uno de los participantes, junto con el regodeo y la ensoñación aparejados. Ha de insistirse en la concentración y la vivencia personal de las propias sensaciones, actuando como si no importara en ese momento el compañero, asumiendo como ya se dijo un papel “egoísta”, sin la dureza del término.
4. El último nivel de los ejercicios sexuales, sería permitir el coito con orgasmo, una vez realizados todos los pasos anteriores con todo el placer que inducen pero con disciplina paralela.

Existen variaciones a este esquema general de acuerdo al sexoterapeuta y su experiencia.

Se cuenta también con ejercicios especiales aplicables a disfunciones específicas como son:

1. La masturbación, tan reprimida y condenada en nuestra sociedad por considerarse una práctica perversa, lo menos, en terapia sexual es un recurso muy útil que se puede emplear en casos de anorgasmia femenina o en el tratamiento de varones con eyaculación precoz.
2. La maniobra del puente, que consiste en la estimulación del clítoris, por la propia mujer, por la pareja o con un vibrador, conjuntamente con los movimientos de entrada y salida del pene en la vagina. Se utiliza como medio para intensificar el nivel de excitación de la mujer y que pueda lograr el orgasmo en su caso.



3. La maniobra del apretón de Master y Johnson, que consiste en presionar la base del glande con los dedos medio e índice arriba y el pulgar abajo. Puede ser utilizada en casos de eyaculación precoz. Una variante original de Semans, consiste en detener la actividad sexual por un tiempo corto mientras pasa la urgencia eyaculatoria y retomarla una vez que se logra, repitiendo la misma acción por cuatro o cinco ocasiones, con la ventaja de no causar molestias en el pene en caso de inexperiencia de la (s) persona (s).
4. Ejercicio de A. Kegel, basados en la contracción y relajación alternada de la musculatura perineo-sexual, con la finalidad de fortalecer la región. Se puede indicar un número variable de repeticiones (20 a 50 por ejemplo) y en 3 a 5 ocasiones durante el día. Tienen la ventaja de no necesitar de aditamentos o equipo especial y poder practicarse en cualquier lugar y requerir la voluntad de la persona. Resultan muy útiles en el caso de mujeres con desgarros e insuficiencia vulvo-perineal de primer y segundo grado o en personas renuentes a practicarse cirugía correctora.
5. La tecnoterapia sexual se ha desarrollado mucho en los últimos años y en el mercado existe una variedad muy amplia de aparatos, dispositivos y aditamentos que se pueden adquirir libremente en cualquier sex-shop como son: vibradores, dilatadores, dildos o penes artificiales de tamaños, texturas y colores diversos, solos o combinados con aditamento anal, imitadores vulvo-vaginales, bombas de vacío para la flacidez, prótesis peneanas diversas, muñecos inflables, condones masculinos y femeninos, etc. Son recursos utilizables de acuerdo con la persona y su condición y de preferencia bajo la supervisión del experto.
6. Los medicamentos no se excluyen de la terapia sexual y se indican por ejemplo, en caso de patología sexual de origen orgánico como en los casos de dispareunia de etiología infecciosa, la prescripción de sildenafil o alguno de sus derivados, el vardenafil y el tadalafil, medicamentos vasodilatadores por vía oral en ciertos casos de disfunción eréctil que han demostrado ser altamente eficaces, confiables y seguros, con pocas e infrecuentes reacciones secundarias, o bien, el uso de tranquilizantes, ansiolíticos y similares con la finalidad de modificar algunas manifestaciones de fondo psicógeno, que permita un mejor resultado de la terapia sexual. Puede no ser un recurso único pero conviene tenerlo en cuenta, pues entre más variado sea nuestro arsenal terapéutico, mayores pueden ser los éxitos alcanzados para bien de los pacientes y la satisfacción del terapeuta.

## Aspectos generales de la sexoterapia:

- Puede ser domiciliaria.
- No es necesario un co-terapeuta como inicialmente lo establecieron Master y Johnson.
- Se puede tratar a personas sin pareja y tampoco es necesaria la pareja “sustituta”.
- Las sesiones pueden hacerse 1, 2 o 3 veces a la semana.
- La duración total del proceso terapéutico es variable según la disfunción, pero en general va de 6 a 12 semanas, o sea, es una terapia breve.
- Se utiliza la tecnología educativa de manera amplia.
- Es indispensable la empatía con los pacientes sin llegar al interés sexual con ellos y neutralizar cualquier intento erótico por parte de ellos hacia el terapeuta.
- Estimular la comunicación amplia entre los miembros de la pareja, y de ésta con su terapeuta.
- Demostrar siempre un genuino interés por el problema que aqueja a los consultantes.
- Llegar hasta donde los consultantes permitan.
- Aceptar que la terapia sexual no siempre es exitosa, ni crear falsas expectativas.
- No generalizar, pues cada persona o en su caso, cada pareja, deben ser estudiados y valorados como únicos.
- Recordar que en sexoterapia no se manejan machotes o recetas de cocina.

Contraindicaciones. Existen para la terapia sexual y pueden ser relativas en determinados casos. Estas serían algunas:

1. Existencia de una pareja “satélite”, pues no se sabría a cuál de las parejas tratar.
2. Escasa motivación de los consultantes por obvia razón.
3. Hostilidad y resentimientos crónicos al interior de la pareja.
4. Estados graves de ansiedad o de enfermedad psiquiátrica que amerite tratamiento especializado.
5. Patología orgánica manifiesta que exija tratamiento médico.
6. Drogadicción incluyendo el alcoholismo y la administración de medicamentos que interfieran con la respuesta sexual.

7. El embarazo, por la situación “borderline” que coloca a la mujer no solamente orgánica sino psicológica.

El pronóstico. En un amplio marco conceptual podemos calificarlo de bueno en casos de eyaculación precoz, vaginismo y dispareunia. De bueno a regular en el caso de disfunción eréctil, gracias a los eficaces vasodilatadores peneanos, y en casos de anorgasmia femenina. Los fracasos más frecuentes ocurren en pacientes con deseo sexual inhibido, en especial de tipo primario.

Eficacia de la terapia sexual. Según Master y Johnson y con su esquema de tratamiento en un grupo de 733 parejas, señalan un porcentaje inmediato de éxitos de 81.1%, y de 74.5% después de transcurridos 5 años.

Hawton de la Clínica Oxford de Londres establece los siguientes niveles de mejoría y porcentajes correspondientes:

Problemas resueltos	66%
Mejorados	12%
Sin cambios	21%
Empeorados	1%

Si sumamos los porcentajes de los dos grupos superiores, tendremos un 78% de eficacia, muy parecido a lo obtenido por los pioneros norteamericanos.

Para concluir, insistimos en que la terapia sexual es hoy en día una valiosa y eficaz metodología terapéutica (en general con alrededor de un 70-80% de éxitos), para tratar las disfunciones sexuales, con algunos fracasos y sus contraindicaciones, que debe ser aplicada por profesional con entrenamiento y experiencia.



# Una dinámica

Algunas consideraciones generales en relación con el tema de la dinámica de grupo:

- En la vida cotidiana es frecuente la integración de grupos por la tendencia gregaria del ser humano.
- En todo grupo bien integrado y funcional, surgen problemas.
- Las soluciones de problemas es más eficaz.
- La dinámica de grupo hace más libre y fluido el intercambio de experiencias.
- Permite llevar al terreno de la discusión situaciones conflictivas tanto individuales como colectivas.
- Agiliza y mejora la comunicación entre los participantes.
- Permite un mayor conocimiento personal y grupal.
- Se logra superar información tergiversada.
- Estimula la afectividad al interior del grupo.
- Se da mayor cooperación de los participantes.

Y en palabras de Fritzen, S. J. (1999): “Demuestran la madurez grupal, el grado de apertura, de armonía, el ambiente de amistad, de sinceridad, de confianza y de colaboración”.

Según el tipo, cada grupo se da las reglas que mejor convengan y en forma democrática.

Un ejemplo:

Tema: mi cuerpo

Duración aproximada: 50 minutos incluidos 15 minutos de verbalización.

Introducción. Dicen Gibb, J. R., y cols.: “...el cambio en la conducta se ve facilitado o dificultado por las normas del grupo al que una persona pertenece. La educación, la terapia y el trabajo, pueden lograrse mejor en grupos que por individuos aislados.

Por otra parte, ciertos grupos se prestan más que otros para obtener aprendizaje o salud mental...”

La dinámica de grupo para funcionar debe realizarse con un plan bien estructurado y con reglas definidas, que cada grupo establece. La solución de problemas de esa manera, se da de una forma más fácil y aceptable.

Para Coulson (1972), un grupo de encuentro es un experimento de comunicación psicológica; es una oportunidad compartida para un aprendizaje personal. Normalmente es una reunión de más o menos una docena de personas, con quienes gradualmente se siente que se puede intentar lo que se ha querido hacer o decir, pero que antes no se había atrevido; con quienes se puede hablar de asuntos personales (mencionado por A. S. Segrera, 2002).

Como lo señala Castanedo (1997): “Los grupos de encuentro son una forma de establecer una adecuada relación humana, que se obtiene con la comunicación abierta entre los participantes, la honestidad, la forma de conciencia, la responsabilidad y además, prestando atención a las emociones que emergen de cada miembro del grupo”.

A lo largo de la vida el ser humano se ve frenado en su crecimiento y desarrollo por muchos factores que ameritan intervención terapéutica con el fin de superarlos, y una buena oportunidad para tal contingencia es la terapia de grupo.

Los grupos de encuentro como los llamó C. Rogers o grupos T (Training Group), constituyen una buena muestra de cómo se pueden superar obstáculos, eliminar introyectos y permitir el desarrollo personal. Por otra parte y según Castanedo (1997): “La terapia Gestalt respeta la integridad de la persona y no establece juicios de valor respecto a la misma”. Agrega: “El facilitador por medio de experimentos vivenciales enfrenta a la persona a diferentes caminos; después ella elige tomando conciencia de su decisión”.

Algo parecido aunque limitado, intentamos hacer con un grupo de alumnos, con el fin de confrontarlos respecto a sus mitos y tabúes relacionados con su personal concepto de su cuerpo, recordando que se trata de personas que inician su educación universitaria y que ellos de hecho, no recibieron educación sexual formal o ésta fue muy limitada. Esta deficiencia educativa conlleva la perpetuación de mitos, tabúes y creencias relacionado con el cuerpo propio y el ajeno que persisten hasta edades avanzadas, si un proceso educativo formal no las revierte. Creo que la experiencia grupal es una ocasión propicia y desinhibitoria que permite hacer aflorar con mayor facilidad y espontaneidad los sentimientos y los temores que induce el cuerpo y especialmente, los órganos sexuales, de hecho, amputados por la tradición y la costumbre. Por otra parte como puntualiza McCary(1996): “Algunos profesionales con alto nivel de educación pueden conservar una colección curiosa y

potencialmente peligrosa de prejuicios sexuales” y eso es justo lo que tratamos de evitar al impartir la materia de Sexología Básica o como se denomina actualmente, Sexualidad Humana, en la carrera de medicina.

Y por lo que a mí se refiere, puedo hacer propia la explicación de C. Rogers cuando dice que; “En cualquier grupo, en algún grado, aunque especialmente en los llamados cursos académicos (como en el caso de mis alumnos) que conduzco, a la manera de un grupo de encuentro, mi gran anhelo es tener presente a la persona, en ambas modalidades, las afectivas y las cognitivas” (Citado por Castanedo, 1997).

En última instancia, lo que se persigue con los ejercicios vivenciales o experimentos a nivel grupal, es favorecer la desinhibición y la mayor intervención de los alumnos, superando mitos, introyectos, prohibiciones y represiones, y por supuesto, estimular y favorecer el desarrollo personal en bien de su futuro desempeño profesional.

Desarrollo:

- Colocación de los pupitres haciendo un amplio círculo.
- Establecimiento de las reglas del juego: guardar silencio; abandonar el salón si no se está de acuerdo en aceptar lo establecido; llegar hasta donde la propia persona lo admita y tolere; centrarse en la vivencia; aceptar las indicaciones del profesor-facilitador.
- Curso del proceso vivencial:
- Apagar la luz y cerrar los ojos; ejercicios de respiración y relajación; según indicaciones del profesor-facilitador:

Con mis ojos cerrados, voy a respirar profundamente por tres ocasiones, introduciendo el aire por mi nariz y expulsándolo por mi boca; procuro realizar la respiración a nivel de mi abdomen, abombándolo durante la inspiración y aplastándolo al expulsar el aire.

Me doy cuenta de cómo el aire resbala por mis conductos respiratorios, invade mis pulmones y los siento llenarse; también me doy cuenta de cómo el aire escapa por mis bronquios, mi traquea, mi laringe y finalmente por mi boca.

Tomo contacto conmigo misma(o), me siento tranquila(o); estoy relajada(o); cada vez más relajada(o); cada segundo que pasa me encuentro más tranquila(o), más relajada(o). Procuro no dormirme. Me centro en mi percepción, en mis emociones, en mis sensaciones. Cada vez estoy más conmigo misma, más cerca de mi yo, más tranquila y relajada.

Dejo a un lado mi mente, mi razón, mis pensamientos y me identifico más, cada vez más conmigo misma en el aquí y el ahora. No permito que nada me distraiga y mientras, continúo respirando pausadamente, a mi propio ritmo.

Estoy muy tranquila, cada vez más tranquila y me doy cuenta de que esta situación de estar conmigo, de aislamiento conmigo, es muy placentero. Este momento me trae mucho bienestar, mucha paz y he dejado toda molestia fuera de mí.

Ahora imagino que mi mirada puede tocar lo que mira, de tal manera que puedo tocar con ella mi cuerpo, todo mi cuerpo. Y comienzo a recorrerlo de arriba abajo. Con mi mirada comienzo a tocar mi cabello ¿Cómo es mi cabello? ¿Cómo es cada uno de mis cabellos? ¿Es mi pelo lacio o rizado, grueso o delgado? ¿Es abundante o escaso mi pelo? ¿Cómo es la implantación? ¿Cómo siento mi piel cabelluda? ¿Es dura o blanda, lisa o rugosa, irregular o continua? ¿Qué de novedoso encuentro al tocar intencionalmente mi cabello? ¿Me había dado cuenta antes de esas características? ¿Qué emociones me despierta tocar mi cabello? ¿Cuáles sensaciones me invaden al tocar mi cabello? ¿Me causa alguna inquietud, algún rechazo o por el contrario es fabuloso descubrir lo especial de mi cabello? ¿Qué me había impedido acariciarlo antes con lentitud y tranquilidad como aquí y ahora lo estoy haciendo?

Poco a poco, con suavidad y lentitud voy diciendo adiós a mi cabello y dirijo mi mirada a mi cara. Comienzo a tocar mi cara con delicadeza, sin prisa. Toco mi frente, la piel de mi frente, ¿cómo es?, rugosa, suave, resistente, elástica, ¿cómo la siento? La exploro con minuciosidad, sin ansiedad, sin prisa y me pregunto ¿desde cuando no hacía esto que estoy haciendo? ¿desde cuando no me acariciaba la frente? Llevo mi mirada a mis cejas, ¿cómo son mis cejas? Las recorro, las acaricio ¿son pobladas, ralas, cortas, largas, separadas, unidas? Y luego, toco mis párpados, ¿qué sensaciones me invaden al tocarlos? Sigo con mis pestañas, con los globos de mis ojos, mis ojos que tanto necesito, que tanto me han servido; los recorro minuciosamente, ¿me había dado cuenta antes de sus características? Sigo mi tocamiento con el resto de mi cara y recorro mis pómulos, su piel, sus contornos, los de mi nariz, de mi boca y sobretodo me detengo en mis labios que tanto he utilizado de muy diversas maneras, que me han ofrecido muchas satisfacciones y quizás algunos desagradados. Palpo mi mandíbula, mi mentón, mi barba y me doy cuenta cómo son. Me estoy un rato con mi cara, en contacto con mi cara, la acaricio y me cuestiono las emociones que siento al hacerlo.

Sigo respirando con tranquilidad, pausadamente y ahora alcanzo con mi mirada mi nuca, mi cuello ¿están tensos, dolorosos? Y me doy el tiempo necesario en su reconocimiento. Toco su piel, sus redondeces, sus irregularidades, sus



hundimientos y salientes y me doy cuenta de lo diverso y rico que es esta parte de mi cuerpo. Me detengo en mis orejas y ¿qué siento al acariciarlas? ¿Qué sensaciones me alcanzan en el aquí y el ahora? Llevo mi mirada a mi pecho, toco su piel con suavidad, con lentitud. Toco mis pechos, mis tetillas, mis pezones, ¿cómo me siento al tocarlos? ¿Las toco con ansiedad, con placer? ¿Me erotiza tocar esa parte de mi tórax? Eso no es lo importante, lo más interesante es que estoy reconociendo mi cuerpo y estoy conmigo, solamente conmigo. Toco su piel y encuentro que eso me induce una inmensa variedad de sensaciones y emociones que no me inquietan, que son más nada más y las vivo sin temor. Voy con mi mirada a mi espalda y también la recorro suavemente, sin prisa. Me doy cuenta de su fuerza, de su amplitud, de su sensibilidad, de su resistencia. Reconozco sus sitios más tensos, les doy masaje, me acaricio mi espalda, me consiento mediante la caricia de mi espalda. Me estoy descubriendo a mí mismo y esta vez no hay temor al hacerlo. Mi cuerpo me pertenece y será mío el resto de mi vida y quiero conocerlo y quererlo. ¿Cómo está aquí y ahora mi espalda: tensa, relajada? ¿Cómo dejo mi espalda al avanzar a otra parte de mi cuerpo? Sigo con mi respiración tranquila, rítmica, sin alteración alguna. Hago descender mi mirada poco a poco a mi abdomen y lo recorro igualmente sin prisa, deslizándome por su piel, reconociendo sus características, ¿es velluda o lampiña? ¿Tiene irregularidades, cicatrices, de qué tipo? ¿Qué recuerdos o inquietudes me induce su tocamiento? No tengo prisa y decido pasar unos segundos con mi abdomen. Acaricio el borde de mi ombligo, hundo mi dedo en él, identifico sus pliegues y lo conozco mejor.

Continúo la exploración y el tocamiento de mi cuerpo con mi mirada y alcanzo mis órganos sexuales pélvicos. Toco mi pubis sin ninguna reticencia, abandonando la culpa, me acaricio el pubis con delicadeza, ¿es abombado, aplanado, suave, duro? ¿Cómo es mi vello púbico? ¿Cómo lo siento? Acaricio con suavidad mi pubis y me deleito con esas caricias. Me quedo con mi pubis unos segundos. Yo soy un adulto, mi cuerpo es mío y quiero conocerlo sin temores.

Recorro poco a poco mi vulva, mi pene, mi escroto, con suavidad, con gusto y también con placer ¿Cómo es esa parte de mi cuerpo que durante tanto tiempo me la han negado y me la he negado? Me quedo con mis órganos sexuales un rato tocándolos, acariciándolos, sintiéndolos como lo que son: parte muy importante de mi cuerpo y que debo proteger y cuidar. Me han dado mucho placer y lo seguirán haciendo cada vez con menos culpa, con menos vergüenza. Se sigue el recorrido por brazos, piernas, manos y pies hasta concluirse.

Otras indicaciones: me quedo un rato conmigo misma. ¿Cómo me siento? Cómo estoy aquí y ahora después de haber recorrido mi cuerpo, de haberlo tocado

y acariciado? ¿He descubierto cosas nuevas de él? ¿Qué siento después de la exploración de mi cuerpo? ¿Me siento tranquilo, inconforme, a gusto, a disgusto? ¿Qué sensaciones, pensamientos y emociones me induce el recorrido realizado por mi cuerpo?

Poco a poco voy despidiéndome de mi cuerpo, diciéndole adiós y le doy las gracias por haberme permitido su tocamiento, acariciarlo.

Respiro profundo pausadamente por cuatro ocasiones y tomándome mi tiempo voy a abrir mis ojos y regreso al salón de clases.

Verbalización

Facilitador (F) Alumno (O) Alumna (A)

F-¿Quién quiere compartir su experiencia en relación con este ejercicio con el grupo?

Inicialmente se hace un silencio generalizado. Momentos después comienzan los comentarios entre los alumnos a nivel de cuchicheo, sin escucharse algo con precisión, por lo que F pregunta de nueva cuenta que si alguien tiene algo que platicar o comentar que levante la mano para darle la palabra y que hable con toda libertad.

De nuevo silencio y fue necesario nueva motivación e invitación por parte de F.

Después de unos segundos de espera se animó a levantar la mano una alumna.

F-A ver ¿qué quieres compartir con el grupo?

A-Pues a mí me pareció muy interesante el ejercicio y al mismo tiempo muy confrontante y nunca antes lo había hecho. Me di cuenta de que a veces por las prisas no nos ocupamos o nos ocupamos poco de nosotros mismos, de cuidar el cuerpo. El momento del tocamiento de los genitales resultó...

F-Me resultó...

A-Me resultó difícil, extraño, pero poco a poco fui aceptando la indicación y a la larga fue muy agradable. Creo que así es como debemos conocernos...

F-Creo que así debo conocerme...

A-Eso...

F-¿Algo más?

A-Me di cuenta de que algo de mi cuerpo desconozco o desconocía. El ejercicio me dio la oportunidad de hacer un placentero recorrido por mi cuerpo en su totalidad, cosa que nunca había hecho. Sólo lo tocaba por partes: el cabello

al bañarme o peinarme, la cara al pintarme, y así. Quizás los momentos que he estado más cerca de mi cuerpo han sido cuando me baño, aunque considero que en muchas ocasiones lo recorro al jabonarme de manera automática, casi inconciente, sin fijarme en detalles. Si me centro en alguna parte en especial, me fijo en ella cuando noto algo raro, alguna anomalía o si me causa molestia. Me concentro en esa parte pero no con la intención del gusto de tocarla, de acariciarla, no con fines de conocerme mejor. Me resultó el ejercicio muy agradable y lo hice sin mayores restricciones. Estuvo muy bien.

Se calló.

F-¿Es todo lo que quieres compartir de tu experiencia?

A-Sí. Es todo.

F-¿Alguien más desea compartir sus vivencias? Les recuerdo que esta parte del ejercicio es en general muy interesante y enriquecedor para todos.

Alza la mano un alumno.

F-A ver ¿qué nos quieres compartir?

O-Para mí el ejercicio fue muy padre, sobre todo porque me permitió aislarme y contactar con mi cuerpo, como usted dijo, sin prejuicios. Me relajé muy bien. Estuve a punto de dormirme pero no lo hice. Me dejé llevar por sus indicaciones y recorrí mi cuerpo. Fue muy grato el recorrido. De alguna manera conozco bastante bien mi cuerpo y no siento desagradado al tocarlo, por el contrario me gusta. Pero sí el relajamiento y la confianza logrados para hacerlo fue muy buena. Es todo. Y gracias.

F-Gracias a ti.

Alza la mano otra alumna.

F-Tienes la palabra.

A2-La verdad, no quería que sucediera, pero después de las respiraciones y el relajamiento tan agradable, no pude evitarlo y me quedé dormida, me desconecté totalmente. Y no lo hice de manera intencional. Se dio y ni modo. No pude darme cuenta del resto del ejercicio. Es todo lo que puedo comentar sinceramente.

F-Gracias. Es válido también dormirse. Habitualmente se alerta con frecuencia a no dormirse y estar siempre atent@ a las indicaciones que se dan. Si te dormiste, te perdiste vivenciar el ejercicio y ya. Creo que no insistí en las indicaciones de no dormirse con la intensidad y frecuencia necesarias.

Otro alumno alza la mano.

F-Adelante compañero.

O2-Para mí el ejercicio resultó muy placentero. Pude sin ninguna traba recorrer mi cuerpo. Eso lo hago con cierta frecuencia y me permite reconocerlo, saber cuales son mis zonas más sensibles, incluso cuales son aquellas con las que mejor me erotizo y esto precisamente es muy importante y dárselo a saber a la

pareja en la relación sexual porque de esa manera es más fácil lograr la plenitud del gozo. Comunicarle a la pareja...

F-Comunicarle a mi pareja...

O2-Sí, comunicarle a mi pareja mis propios gustos y ella a mí los suyos, es muy buena onda. Nos conocemos mejor, más íntimamente. En especial en lo sexual: qué me gusta y qué no me gusta y así ella conmigo. Por ejemplo qué zonas de mi cuerpo me dan más placer y de esa manera disfrutar mejor nuestra relación. Es un buen ejercicio para desterrar inhibiciones y mitos.

F-Así es. Gracias. ¿Alguien más quiere comentar?

Silencio.

F-Bien. Si no hay ningún otro comentario, cerramos este experimento o ejercicio vivencial con un último y breve comentario personal: aunque con las limitaciones del caso, ya que me hubiera gustado que esos comentarios insistieran más sobre cómo vivieron el ejercicio y qué sentimientos y emociones indujo específicamente cada una de las zonas conforme se iban explorando, cuales les resultaron restrictivas a la exploración minuciosa, a la caricia intencionada, sí se logró el objetivo que es la identificación del propio cuerpo como un todo y en cada una de sus partes sin discriminar ninguna, pero sobre todo, atreviéndose y sin temores o minimizando éstos. Sin embargo, se explica la reticencia en algunos casos, debido a que el curso se está iniciando y adolecen de información objetiva al respecto. Bien, nos vemos mañana.

## Conclusiones generales

- La expresión sexual en los seres humanos se encuentra condicionada por múltiples factores tanto internos, propios de la persona, como externos procedentes del entorno en que se da el desarrollo y la actividad.
- Una de sus características más importantes es el cambio permanente. Cambia con la edad, el momento y el grupo social.
- Otra de las características importantes de la sexualidad humana, es la diversidad. Somos diversos de persona a persona y de grupo a grupo, y sus manifestaciones son múltiples, tantas como la capacidad imaginativa y creativa de los individuos lo permiten.
- Es una función que tiene limitantes naturales y otras impuestas que la condicionan. Las primeras, consecuencias de la propia personalidad del individuo, y las segundas como producto del consenso histórico-social.
- El impulso sexual es potencial y su desarrollo armónico debe ser favorecido por una educación sexual bien estructurada y planeada y ofrecida como proceso a lo largo de la vida.
- La sexualidad humana a diferencia del resto de las especies animales, no está controlada solamente por el factor biológico, sino que es permeada de manera intensa por factores psicológicos, socio-culturales y espirituales.
- Se deben evitar las conductas “normales” o convenientes, desechando los estereotipos tradicionales como el varón “macho” y la mujer “de su casa” y objeto sexual masculino. La equidad de género es requisito indispensable para una vida de pareja armónica y satisfactoria, y un progreso social integral.
- No existen normas de actuación sexual universales: lo que para una cultura es aceptable, para otra puede ser intolerable. En todas las culturas existen prejuicios, mitos, tabúes, que modulan el devenir sexual de sus miembros.
- En nuestras conductas sexuales tienen gran influencia la religiosidad que tradicionalmente favorece el aspecto biológico del impulso sexual,

es decir, la finalidad reproductiva, hoy en día muy acotada debido a las difíciles condiciones actuales: familiares, sociales, económicas, políticas y culturales.

- Es tiempo de desechar prácticas de marginación, represión y agresión en contra de personas con orientación de género diferente a la heterosexual, así como también en contra de otras minorías y sus manifestaciones eróticas, por ejemplos, los discapacitados, los adultos en plenitud, etc.
- Resulta indispensable conocer la propia sexualidad y en su caso, la de la pareja, mediante una buena comunicación, en busca del propio bienestar erótico y del de la pareja.
- La expresión sexual debe darse en la intimidad individual o de la pareja, sin factores distractores que la puedan condicionar o incluso, anular, induciendo disfunciones, con descontento o peor, sufrimiento, y en este caso, se tiene el recurso de la ayuda terapéutica.
- Es necesario recordar que la salud es un derecho constitucional y la salud sexual es parte integrante de la misma, que el estado tiene el deber de preservar y la persona de cuidar, para bien individual y mejoría social.
- Se tiene que tener en cuenta que las disfunciones sexuales son muy frecuentes y que las personas, por prejuicios se resisten a buscar ayuda, ignorando que el proceso de la psicoterapia sexual es una metodología de comprobados buenos resultados y en la actualidad al alcance de la población que la solicite.
- En ocasiones algunas personas caen en el terreno del delito sexual por causas muy variadas, a quienes se debe denunciar para que con justicia reciban la pena que corresponde, fomentando la cultura de la denuncia y estableciendo medidas preventivas.
- Por todo lo mencionado, la sexualidad se ha de expresar a plenitud, con libertad y responsabilidad, poniendo en juego una ética personal armonizada con una ética social.

## Bibliografía básica

- ÁLVAREZ-GAYOU, J. L. (2011): Sexoterapia integral. 2ª. Edición. El ManuaModerno. México, D. F.
- ARANGO DE MONTIS, I. (2008): Sexualidad humana. Edit. Manual Moderno, México, D. F.
- CABELLO, S. F. (2010): Manual de sexología y terapia sexual. Editorial Síntesis. Madrid, Esp.
- CASTELO-BRANCO, C. (2005): Sexualidad humana. Editorial Médica Panamericana, S. A. Madrid, Esp.
- CROOKS, R., BAUR, K. (2002): Nuestras sexualidades. 7a. Edición. Internacional Thompson Editores. México, D. F.
- GIRALDO NEIRA, O (2002): Nuestras sexualidades. Edición de autor. 5ª. Edición. Cali, Colombia.
- GREEN, R (1981): Sexualidad humana. Editorial Interamericana. México, D. F.
- KAPLAN, H. S. (1983): Manual ilustrado de terapia sexual. Editorial Grijalbo. México, D. F.
- KOLONY, R. C., MASTER, W. H., Y JONHSON, V. E. (1983): Tratado de medicina sexual. Editorial Salvat. Barcelona, Esp.
- MASTER, W. H., Y JOHNSON, V. E. (1978): Respuesta Sexual Humana. INTER-médica Editorial. Buenos Aires. Arg.
- MONROY, A. (2002): Salud y sexualidad. 1ª. Edición. Editorial Pax México. México, D. F.
- PERE, F. (2000): Pedagogía de la sexualidad. Editorial Integral. Barcelona. Esp.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, C. J. C. (1998): Antología de la sexualidad humana. Miguel Porrúa Grupo Editorial. México, D. F.
- SHIBLEY, J. H., Y DELANDER, J. D. (2006): Sexualidad humana. 9ª. Edición. Edit. McGraw-Hill. México, D.

Páginas Web:

<http://www.who.int/es/>

(Org. Mundial de la Salud)

[www.inapam.gob.mx/](http://www.inapam.gob.mx/)

Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores

[www.inegi.gob.mx/](http://www.inegi.gob.mx/)

Instituto Nacional de Geografía y Estadística

[www.conapo.gob.mx/](http://www.conapo.gob.mx/)

Consejo Nacional de Población

[www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html)

Norma oficial mexicana SSA

[www.imesex.edu.mx](http://www.imesex.edu.mx)

[www.fundaciontriangulo.es](http://www.fundaciontriangulo.es)

[www.videoseducativos.es/productos.php?ideaf=55](http://www.videoseducativos.es/productos.php?ideaf=55)



## Bibliografía complementaria

- ALVAREZ-GAYOU, J. L. (2004): Conferencia impartida en el I Congreso Nacional de Sexualidad. San José. Costa Rica.
- ARAIZA, Z. M.: *La experiencia de grupos de encuentro en estudiantes universitarios*. Rev. Psicología Iberoamericana. UIA. Vol. 10. No. 4. Pag. 3. Dic. 2002. México, D. F.
- AGENDA PENAL FEDERAL (2011). Editorial Ediciones Fiscales ISEF. México, D. F.
- AGUILAR, G. L. (1973): El aborto en México y en el mundo. B. Costa-Amir Editor. México, D. F.
- AGUIRRE, E. (2010): Pecar como dios manda. Editorial Planeta Mexicana, S. A. de C. V. México, D. F.
- ALBA, V. (1992): Historia social de la vejez. Editorial Alertes. Barcelona, Esp.
- ALBERDI, C., SENDÓN, V. (1977): Aborto sí o no. Editorial Bruguera, S. A. Barcelona, Esp.
- ALBERONI, F. (2006): El erotismo. Gedisa. Barcelona. Esp.
- AMANITI, M. (1983): Minusválido. Ediciones del Serbal. Barcelona, Esp.
- ALMENDROS, H. (1985): La Escuela Moderna ¿reacción o progreso? Editorial de Cs. Sociales. La Habana, Cuba.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): DSM-IV-TR. 4a. edición. Washintong. D. C.
- AMUCHÁSTEGUI, A. (2001): Virginidad e iniciación sexual en México. Population Council. EDAMEX. México, D. F.
- ARAIZA, Z. M.: *La experiencia de grupos de encuentro en estudiantes universitarios*. Rev. Psicología Iberoamericana. UIA. Vol. 10. No. 4. Pag. 3. Dic. 2002. México, D. F.
- ARÉCHIGA, H., CEREJIDO, M. (Coordinadores) (1999): El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. Siglo XXI Editores. UNAM. México D. F.
- ARNOTT, S. (2003): Sexo, manual del usuario. Vergara Grupo Zeta. Madrid. Esp.

- ÁVILA, B. L., Y COLS. (2009): Cuentas en salud pública y equidad de género. INSP. Gob. Fed. México, D. F.
- BALDANO, V. J., Y COLS. (1988): La sexualidad del deficiente. Ediciones CECIC. Barcelona, Esp.
- BARAM, D. A.: *Sexualidad y función sexual*, en Ginecología de Novak (1997). 12ª. Edición. Pags. 279-290. McGRAW-HILL Interamericana. México, D. F.
- BRAND, L., Y COLS. (1989): Adolescentes borderline. Ediciones Nueva Visión. Bs. Aires. Arg.
- BARRAGAN, M. F. (1991): La educación sexual. Guía teórica y práctica.. Paidós. Barcelona, Esp.
- BARRA, A. E. (2002) Psicología de la sexualidad. Editorial Universidad de Concepción. Rep. de Chile.
- BATAILLE, G. (1988): El erotismo. Tusquets Editores. Barcelona. Esp.
- BEARD, R. M. (1971): Psicología Evolutiva de Piaget. Kapelusz. Buenos Aires, Arg.
- BECK, J. (1995): Terapia Cognitiva. Gedisa. Barcelona. Esp.
- BERUMEN, P. (2003): Violencia intrafamiliar. Un drama cotidiano. Vila Editores. México, D. F.
- BING, E., Y COLMAN, L. (1987): El amor durante el embarazo. Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman, S. A. México, D. F.
- BONFIL, L. L. (1983): El delito de violación. Tesis recepcional. DACS. UJAT. Villahermosa, Tab.
- BRONFMAN, M., DENMAN, C. (Editores) (2003): Salud reproductiva. Temas y debates. Instituto Nal. De Salud Pública. México, D. F.
- BURTON, R. SIR. (1992): The ilustrated Kamasutra. Park Street Press. Rochester. USA.
- CAAMAÑO, V. A. (1989): La pornografía. EDAMEX. México, D. F.
- CÁCERES, C. J. (2001): Sexualidad humana. Diagnóstico psicofisiológico. Universidad de Deusto. Bilbao, Esp.
- CÁCERES, C. J, Y ESCUDERO, C. V. (1998): Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Ediciones Pirámide. Madrid. Esp.
- CALDERÓN, J. E.: Diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Rev. De la Fac. de Med. UNAM. Vol. 45. No. 3. Mayo-junio. 2002.
- CANE, M. (1992): El arte de besar. Editorial Paidós. México, D. F.
- CARVER, S. (1994): Técnica sexual adulta. Editores Unidos Mexicanos, S. A. México, D. F.

- CARBONELL, M. (2005): Ley General de Salud y disposiciones complementarias. Editorial Porrúa. México, D. F.
- CARDINAL DE M. C. (2005): Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas. Siglo del Hombre. Bogotá, Colombia.
- CARSON, C. C.: Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5: situación de esta clase terapéutica. En Urol. Clin. Am. 34 (2007) 507-515. 2008. Elsevier España. Barcelona. Esp.
- CASTANEDO, S. C. (2003): Grupos de encuentro en terapia gestalt. 2ª. Edición. Editorial Herder. Barcelona. Esp.
- CASTAÑEDA, M. (2002): El machismo invisible. Editorial Grijalbo, S. A. de C. V. México, D. F.
- CASTAÑEDA, S. (Coordinadora): Interrupción voluntaria del embarazo. UNAM. Plaza y Valdés, S. A. de C. V. México, D. F. .
- CASELL, C. (1988): Con toda sinceridad. Editorial Grijalbo. México, D. F.
- CASTILLO, G. (1998): Los adolescentes y sus problemas. Editorial MiNos, S. A. de C. V. México, D. F.
- CAUDILLO, H. C., Y CERNA, T. M. A. (2007): Sexualidad y vida humana. Univ. Iberoamericana. México, D. F.
- CAZORLA, G., Y COLS. (1992): Alto a la agresión sexual. Editorial Diana. México, D. F.
- CELA, J. C. (1988): Diccionario del Erotismo. Vol. II. Narrativa 80 Grijalbo. Barcelona, Esp.
- CHABY, L. (2005): El adolescente y su cuerpo. Siglo XXI Editores. México, D. F.
- CHAPELA, L. M. (1997): Hablemos de sexualidad. Ejercicios para niños y niñas. CONAPO. Mexfam. México, D. F.
- CHRISTIAN, G. (1976): Historia de la sexualidad. Editorial Posada, S. A. México, D. F.
- COLE, G. E. H. (2002): Aborto, ser o no ser. BUAP. Puebla, Pue.
- COMFORT, A. (1991): La edad dorada. Guía para entender y disfrutar la vejez. Grijalbo. Buenos Aires, Arg.
- CONI, N., DAVISON, W., WEBSTER, S. (1990): Geriatria. Ed. El Manual Moderno, México, D. F.
- CRON, J., Y COLS. (2005): Anticoncepción, en Ginecología y Obstetricia de John Hopkins University. Marban, S. L. Madrid. Esp.
- CUEVAS, S. A., VERA, A. E. (1993): ¿Qué hago con mis abuelos?. Editorial PAX-MEXICO. México, D. F.

- DATTILIO, F. (1995): Terapia Cognitiva con Parejas. Editorial Descleé de Brower, S. A. Bilbao. Esp.
- DAVIS, PH. K. (1991): El poder del tacto. Editorial Paidós Mexicana, S. A. México, D. F.
- DEL CASTILLO, M., Y COLS. (1988): Maternidad adolescente en medio subprivilegiados. Editorial Humanitas. Bs. Aires. Arg.
- ECHEVURÚA, E., Y GUERRICAECHEVERRÍA, C. (2009): Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Ariel. Barcelona. Esp. Pax-México. México, D. F.
- ELLIS, A., Y GRIEGER, R. (1981): Manual de Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax. México, D. F.
- ELLIS, A. (1980): Terapia Racional Emotiva. Editorial Pax. México, D. F.
- ENGLER, B. (1997): Teorías de la Personalidad. Editorial Mc-Graw Hill. México, D. F.
- EYSENCK, H. J. (1972): Usos y abusos de la pornografía. Alianza Editorial. Madrid. Esp.
- Erikson, E. H. (2000): El ciclo vital completado. PAIDÓS. Barcelona, Esp.
- FELIU, M. H., Y GUELL, M. A. (1992): Relación de pareja: Técnicas para la convivencia. Editorial Éxito. Barcelona. Esp.
- FELLINI, G. Z., Y COLS. (1984): El aborto. UAM-Azcapotzalco. México, D. F.
- FERNANDEZ, A. H. (2007): El erotismo, una lectura desde George Bataille. Editorial Tusquets. Barcelona. Esp.
- FERNANDEZ, J. (2004): Perspectiva evolutiva: Identidades y desarrollo de comportamientos según el género. Pearson Educadores. Madrid, Esp.
- FERNANDEZ, CH., Y RIZO, G. M. (coordinadoras): Nosotros y los otros: La comunicación humana como fundamento de la vida social. Editoras los miércoles. México, D. F.
- FERRER, F. (1992): Cómo educar la sexualidad en la escuela. Ediciones ceac. Barcelona, Esp.
- FINKELHOR, D. C. (1980): El abuso sexual al menor. Editorial Pax-México. Librería Carlos Césarman, S. A. México, D. F.
- FIRESTONE, R. W., Y COLS. (2008): Sexo y amor en relaciones de pareja. Editorial Manual Moderno. México, D. F.
- FERNÁNDEZ, CH, F., Y RIZO, G. M. (Coordinadoras) (2009): Nosotros y los otros: La comunicación humana como fundamento de la vida social. Editores los miércoles. México, D. F.

- FLORES, C. A. (1991): El futuro de la sexualidad. Editorial Dismar. Montevideo. Uruguay.
- FLORES, L. F., Y COLS. (2005): Endocrinología. Méndez Editores. México, D. F.
- FONT, P. (2002): Pedagogía de la sexualidad. Editorial Graó. ICE de la Universidad de Barcelona, Esp.
- FORMETI, S. L. (2005): Educación sexual, adolescencia y sexualidad. Diseño de proyectos. Lugar Editorial, S. A. Buenos Aires, Arg.
- FOUCAULT, M. (1986): Historia de la sexualidad. Siglo Veintiuno Editores. México, D.F.
- FREUD, S. (1983): Psicología de la vida erótica. Editorial Iztaccihuatl, S. A. México, D. F.
- FRITZEN, S. J. (1999): 70 juegos para dinámica de grupos.. Editorial LUMEN. Bs. Aires. Arg.
- FROMM, E. (1947): El Miedo a la Libertad. Editorial Paidós. México, D. F.
- FUENTES, M: A., Y LÓPEZ, S. E. (1997): Aproximación al estudio de la sexualidad. Amaró Ediciones. Salamanca. Esp.
- GAGNON, J. (1980): Sexualidad y cultura. Editorial Pax-México. Librería Carlos Césarmen, S. A. México, D. F.
- GAGNON, J. (1980): Sexualidad y conducta social. Editorial Pax-México. Librería Carlos Césarman, S. A. México, D. F.
- GIBB, J. R. (1996): Manual de dinámica de grupo. Lumen humanitas. Bs. Aires. Arg.
- GÓMEZJARA, F., BARRERA, E. (1991): Sociología de la prostitución. Distribuciones Fontamara, S. A.
- GONZÁLEZ, C. G. J., Y COLS.: Influencia de la educación sexual en comportamientos y actitudes de alumnos de primer ingreso en la DACS, UJAT. Inédito. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. Tuxtla Gutiérrez, Chis. 2011.
- GONZÁLEZ, M. S. (Coordinadora) (1999): Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. El Colegio de México. México, D. F.
- GONZÁLEZ, N. J. DE J., Y COLS. (1994): Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas. Editorial Pax-México. México, D. F.
- GONZÁLEZ, R. E. (1994): Conservadurismo y sexualidad. Rayuela Editores, S. A. de C. V. México, D. F.
- GREEN, B., CROOM, G. L. (2000): Education research and practice in lesbian, bisexual and transgendered, psychology: a resource manual (Vol. 5). Thousand Oaks, C. A. Sage.

- GROGAN, P., Y COLS. (1988): El aborto: derecho fundamental de la mujer. Pathfinder Press. New Cork. E. U.
- GROISMAN, C., IMBERTI, J. (2007): Sexualidades y afectos. Lugar Editorial, S. A. Buenos Aires, Arg.
- GUBERN, R. (2000): El eros electrónico. Taurus. Madrid. Esp..
- GUERRA, G. (2003): La adecuada comunicación. Revista Virtual CEDECOG. Esp.
- GUHA, A. A. (1977): Moral Sexual y Represión Social. Granica Editor, S. A. Barcelona, Esp.
- GUZMÁN, S. A., Y COLS. Sexualidad en la mujer senil. Ginec. Obstet. De Méx. 1986. Vol. 54. Pag. 101. México, D. F.
- HAWTON, K. (1988): Terapia sexual. Ediciones Doyma. Barcelona. Esp.
- HERRERA, V. F. (1998): Bioética Fundamental. Ediciones Cuellar, S. A. Guadalajara, Jal. México.
- HERREN, R. (1991): La conquista erótica de las Indias. Editorial Planeta Mexicana, S. A. de C. V. México, D. F.
- HIERRO, G. (2007): De la domesticación a la educación de las mexicanas. Editorial Torres Asociados. México, D. F.
- HÍJAR, M., VALDEZ, S. R. (2010): Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja. I.N.S.P. Cuernavaca, Mor.
- IPADE. (2001): Acoso sexual en la empresa: cómo prevenirlo. Universidad Panamericana. México, D. F.
- HIRIART, R. V. (1999): Educación sexual en la escuela. PAIDÓS. México, D. F.
- ISAIS, L. M. (1990): la encrucijada de la adolescencia. Ediciones y Distribuidoras Hispánicas, S. A. de C. V. México, D. F.
- ITUARTE DE A. M.. DE LOS A. (2003): Hablemos de sexualidad con los niños. Editorial Trillas. México, D. F.
- HOLLAND, J. (2010): Una breve historia de la misoginia. Editorial OCEANO de México, S. A. México, D. F.
- HURST, J. (1984): La Historia de las Ideas Sobre el Aborto en la Iglesia Católica. Lo que no fue contado. Católicas por el derecho a decidir. México, D. F.
- IGLESIAS, G. L. (1993): La cultura, los valores y la educación. Fondo Editorial Nuevo León. Monterrey, N. L.
- JONES, R. (2008): Guía de psicología médica. Intersistemas, S. A. de C. V. México, D. F.
- KALINA, E., Y PEREL, M. (1988): Violencias: un enfoque circular. Ediciones Nueva Visión. Bs Aires, Arg.

- KAPLAN, H. S. (1978): La nueva terapia sexual. Alianza Editorial. Madrid, Esp.
- KAPLAN, H. S. (1985): Evaluación de los trastornos sexuales. Editorial Grijalbo, S. A. México, D. F.
- KAPLAN, H. S. (1988): Disfunciones sexuales. Editorial Grijalbo, S. A. México, D. F.
- KILBY, D. (1988): Sexo seguro. Interamericana-McGraw Hill. México, D. F.
- KRASSOIEVITCH, M. (1993): Psicoterapia Geriátrica. Fondo de Cultura Económica. México, D. F.
- KRAUS, A., PÉREZ, T. R. (2007): Diccionario incompleto de Bioética. Taurus. México, D. F.
- KUTHY, P. J., Y COLS. (2003): Introducción a la Bioética. Méndez Editores. México, D. F.
- LACUB, R. (2007): Erótica y vejez. Perspectivas de occidente. PAIDOS. Buenos Aires, Arg.
- LAGUNA, J., Y COLS. (2009): Bioquímica de Laguna. El Manual Moderno. Fac. de Med. UNAM. México, D. F.
- LAMAS, M. (Compiladora) (2003): El Género. La construcción cultural de la diferencia. PUEG. UNAM. Editor: Miguel Ángel Porrúa. México, D. F.
- LAWRENCE, D. H. , MILLAR, H. (1967): Pornografía y obscenidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Arg.
- LEAL, L. M. (1980): El problema del aborto en México. Miguel Angel Porrúa, S. A. México, D. F.
- LEAL, Q. F. J. (2002): El sexo nuestro de cada día. Grijalbo-mondadori. Bogotá. Colombia.
- LENCIONI, L. J. (2002): Los delitos sexuales. Editorial Trillas. México, D. F.
- LEÓN, R. M. A. (2008): Programas de Educación de la Sexualidad. Univ. Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- LÓPEZ, M. C. (2010): Abuso sexual. Cómo prevenirlo, cómo detectarlo. Paidós. Buenos Aires, Arg.
- López, S. F., Olazábal, U. J. C. (1998): Sexualidad en la Vejez. Ediciones Pirámides. Madrid, Esp.
- LORENTE, A. M. (2004): El rompecabezas. Anatomía del maltratador. Editorial Ares y Mares. Barcelona. Esp.
- LOVERA, S. (1990): Policías violadores. Editorial: Editorial Majo, S. A. de C. V.
- MADANES, C. (1993): Sexo, amor y violencia. Ediciones Paidós. Barcelona, Esp.

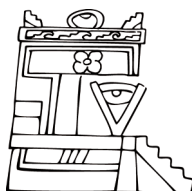
- MARQUET, A. (2001): ¡Que se quede el infinito sin estrellas! UAM. México, D. F.
- MASLOW, A. W. (1994): La amplitud potencial de la Naturaleza Humana. Editorial Trillas. México, D. F.
- MASTER, W., Y JOHNSON, V. (1978): Respuesta sexual humana. Inter-médica. Bs. Aires. Arg.
- MASTER, W., Y JOHNSON, V. (1978): El vínculo del placer. Ediciones Grijalbo, S. A. Toledo. Esp.
- MASTER, W., Y JOHNSON, V. (1981): Incompatibilidad sexual humana. Inter-médica Editorial. Bs. Aires. Arg.
- MEAD, M. (1982): Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas. Ediciones Paidós. Barcelona. Esp.
- MEAD, M. (1991): Adolescencia y cultura en Samoa. Editorial Paidós. México, D. F.
- MERELÓ-BARBERÁ, J. (1980): Parirás con placer. Editorial Kairós, S. A. Barcelona. Esp.
- MONROY, A. (1980): El educador y la sexualidad Humana. Editorial Pax-México, México, D. F.
- MONROY, A. (2003): Nuestros niños y el sexo, cómo explicárselos. Editorial Pax-México. México, D. F.
- MORELI-DANINOS, A. (1992): Historia de las relaciones sexuales. Publicaciones Cruz O. México, D. F.com (2004).
- MULLIGAN, SH. L. (2004): Fantasías Sexuales. Ediciones edris. Bs.Aires. Arg.
- NERVE.COM (2004): Una postura para cada día del año. Robin Book. Barcelona. Esp.
- OLIVERSTEIN, C. (2000): El Nacimiento de la Vejez. Seix Barral. Barcelona, Esp.
- O'NEILL, N., Y O'NEILL, G. (1976): Matrimonio abierto. Editorial Grijalbo, S. A. México, D. F.
- ORTIZ-ORTEGA, UI A. (2001): Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal? EDAMEX-Population Council. México, D. F.
- OSBORNE, R. (1991): Las prostitutas: una voz propia. ICARIA Editorial, S. A. Barcelona. Esp.
- OVIDIO, N. P. (2007): El arte de amar. Editorial Época, S. A. De C. V. México, D. F.
- PAGET, L. (2007): Embarazada y sexy. Random House Mondadori, S. A. De C. V. México, D.F.
- PAPALIA, D., WENDKOS, O. S., DUSKIN, F. R. (2010): Desarrollo humano. McGraw Hill Educación. México, D. F.



- PARDO, M. (1980): El libro del aborto. Costa Amic Editores, S. A. México, D. F.
- PAUDE, A. (2009): El arte del Kamasutra. Editorial Oceano, S. L. Barcelona. Esp.
- PÉREZ, SH. I. (1998): Virginidad e inicio de las relaciones sexuales en adolescentes tabasqueños. Tesis de licenciatura. Dacs. Ujat. Villahermosa, Tab.
- PICK DE W. S., Y COLS. (1992): Planeando tu VIDA. Grupo Noriega Editores. México, D. F.
- PICK DE W. S., Y VARGAS-TRUJILLO, E. (1994): YO, adolescente. IMIFAP. Editorial Planeta Mexicana. México, D. F.
- PICK DE W. S., Y GIRAUDAN, M. (2006): Violencia. Cómo identificar y evitar la violencia en cualquiera de sus formas. Imifap. Edéame, S. A. de C. V. México, D. F.
- PISANO, I. (2002): Yo puta. Plaza & Janés Editores, S. A. Barcelona. Esp.
- PONS, D. (1995): Educar a los hijos. Grupo Hermes Editora General, S. A. Barcelona, Esp.
- PRIETO, L. M. I. (2002): Sexualidad infantil. Instituto Mexicano de Sexología, A. C. México, D. F.
- RAGUZ, M. (2000). Erotismo. Placer y sociedad. Un paseo por la historia: Ayer y hoy. Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
- REBEL, G. (1996): El lenguaje corporal. Editorial EDAF, S. A. Madrid. Esp.
- REICH, W. (1981): La función del orgasmo. Editorial Paidós. México, D. F.
- REICH, W. (1993): La revolución sexual. Editorial Planeta-Agostini. México, D. F.
- RICO, G. B. (2001): La sexualidad. UNAM. México, D. F.
- RIVAS, Z. M., AMUCHÁSTEGUI, H. A. (1996). EDAMEX-Population Council, Inc. México, D. F. Fexfam. Gente Joven. México, D. F.
- RODRIGUEZ, R. G., Y AGUILAR, G. J. A. (1998): Hablemos de sexualidad con la gente joven. Mexfam. México, D. F.
- ROMERO, S. L. (1998): Elementos de Sexualidad y Educación Sexual. Centro de Asesoría y Consultoría. Barranquilla, Colombia.
- ROSANO, M. P. (2008): Educación Sexual. B.U.A.P. Puebla, Pue. México.
- RODRIGUEZ, G. R., Y COLS. (Editores) (2004): Geriatria. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F.
- RUIS, G. X. (1998): La sexualidad humana. UAEM. Toluca. Edo. De México.
- RUIZ, V. I. (1990): Receta para un asesinato: El aborto.. Editora de Revistas, S. A. de C. V. México, D. F.

- SAAVEDRA, M. A. M. (1967): México en la educación sexual. B. Costa-Amic, EDITOR. México, D. F.
- SÁNCHEZ, C. D. (Compilador) (1999): Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos. Nueva generación editores. México, D. F.
- SANZ, F. (1995): Los vínculos amorosos. Editorial Kairós. Barcelona. Esp.
- SANZ, F. (1999): Psicoerotismo masculino y femenino. Editorial Kairós. Barcelona, Esp.
- SAVATER, F (1998): Invitación a la ética. Editorial Anagrama. Barcelona. Esp.
- SAVATER, F. (1998): Ética, política, ciudadanía. Editorial Grijalbo. Raya en el Agua. Causa Ciudadana. México, D. F.
- SEGÚ, H. F. (2000): Sexología básica. 3ª. Edición ampliada. Editorial Lumen Humanitas. Bs. Aires. Arg.
- SCHWUARTZ, M. (2008): El sexo en la Biblia. Grupo Editorial Norma. Bogotá, Colombia.
- SOLÁ, M. (1980): ¿Qué es educar? Hacia la integridad del niño. Costa Amic Editores, S. A. México, D. F.
- SOLER, C. C., MAURICIO, R. J. (2006): El VIH-sida. Col. ¿Cómo Ves? UNAM. México, D. F.
- SOLIS, K. R. (2005): Erotismo la cultura libertina. Ediciones. Barcelona, Esp.
- SOMESHI. (2003): Apuntes de la Maestría Sexología Clínica. No editados. México. D. F.
- SOTO DE LANUZA, J. L. (1987): Sexualidad y minusválido. Editorial Popular. Madrid, Esp.
- STAMATEAS, E. (1996): Sexualidad y erotismo en la pareja. Editorial Clie. Barcelona. Esp.
- SZASZ, I., Y LERNER, S. (1998): Sexualidades en México. El Colegio de México. México, D. F.
- TORDJMAN, G. (1981): La violencia, el sexo y el amor. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona. Esp.
- TORICES, R. I. (1997): La sexualidad en los discapacitados. B.U.A.P. Puebla, Pue.
- TORICES, R. I. (2006): La sexualidad y la discapacidad física. Editorial Trillas. México, D. F.
- TRUEBA, O. E. (1978): El aborto. Editorial Jus, S. A. México, D. F.
- TRUEBA, L. J. L. (2008): Historia de la Sexualidad en México. Grijalbo. México, D. F.

- VAN, P. N. (1990): Felices para siempre. Editorial Paidós. México, D. F.
- VARGAS, I. L. E. (2004): Territorios de la ética. UAM. México, D. F.
- VÁZQUEZ, R. (2004): Del aborto a la clonación. FCE. México, D. F.
- VILLAGRAN, V. S. (2007): Un adolescente en nuestras vidas. Edit. Lumen México. Rep. Arg.
- VILLEGAS, A. (1985): Violencia y racionalidad. UAM. México, D. F.
- VOPEL, K. W. (1998): Juegos de interacción para adolescentes y jóvenes. Editorial CCS. Madrid. Esp.
- WATZLAWICK, P. (1981): Teoría de la comunicación humana. Editorial Paidós. México, D. F.
- WENGER, W. (1999): Enseñar y aprender para el siglo XXI. Cap. Ediciones. México, D. F.
- WISE, S., Y STANLEY, L. (1992): El acoso sexual en la vida cotidiana. Ediciones PAIDÓS. Barcelona. Esp.
- WOLLSTONECRAFT, M. (1998): Vindicación de los derechos de la mujer. Editorial Debate, S. A. Barcelona. Esp.
- YEHYA, N. (2004): Pornografía. Sexo mediatizado y pánico moral. Plaza-Janés. México, D. F.
- ZEPEDA, H. F. (1997): Introducción a la Psicología. Ed. Alhambra Mexicana. México, D. F.
- ZINKER, J. (1997): El proceso creativo en la terapia gúestáltica. Editorial Paidós Mexicana, S. A. México, D. F.



Difusión y Divulgación  
Científica y Tecnológica

**José Manuel Piña Gutiérrez**

*Rector*

**Wilfrido Miguel Contreras Sánchez**

*Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación*

**Fabián Chablé Falcón**

*Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica*

**Francisco Morales Hoil**

*Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas*

Esta obra se terminó de imprimir el 21 de enero de 2013, con un tiraje de 500 ejemplares. Impreso en los Talleres de Morari Formas Continuas, S. A. de C. V., Calle Heroico Colegio Militar #116. Col. Atasta, Villahermosa, Tabasco, México. El cuidado estuvo a cargo de los autores y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.