



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

INFORMACION SEXUAL DURANTE LA  
PUBERTAD Y SU COMPORTAMIENTO EN  
LA ADOLESCENCIA



U.N.A.M. CAMPUS

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
CUATZO MENDEZ M. GUADALUPE  
HERNANDEZ AZAMAR ANA LILIA

LOS REYES IZTACALA.

1992.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GUADALUPE

## A DIOS.

El ser supremo que está siempre presente en mí,  
por la oportunidad que me brindó de darme una  
segunda vida, de gozar de mi familia y de llegar  
a mi meta fijada.

## A MIS PADRES.

SR. ANTONIO CUATZO M.

SRA. JUANA MENDEZ V.

Con respeto y admiración les dedico esta tesis a  
mis dos seres queridos, que son el pilar de mi  
formación y la base de alcanzar la meta fijada.

Gracias por estar conmigo, por su cariño,  
comprensión y sobre todo paciencia, por  
aguantarme y apoyarme en el momento más difícil  
de mi vida, pero que fué pasajero gracias a su  
presencia.

Quiero que sientan que su esfuerzo y su ayuda no  
han sido en vano, ya que gracias a ello, ahora  
soy una profesional.

LOS QUIERO.

## A MIS HNOS .

JOVITA, ANTONIO, ARMANDO, ROSA, JOSE LUIS, TERESA, YOLA  
Y EDITH. Por estar presentes, por su esfuerzo en  
superarse día a día, por su apoyo incondicional y  
porque sé que cuento con ellos en cualquier  
momento.

## A ARMANDO .

A tí hermano en especial, por demostrarme tu  
cariño y apoyo a seguir adelante, por darme parte  
de tu vida; porque no dudaste en donarme un riñon  
que me demostró lo que uno como ser humano puede  
hacer por un ser querido y que me ayudo a volver  
a vivir; por lo que hiciste por mí; aunque hay  
ocasiones en que no te lo demuestro, nunca dejare  
de decirte GRACIAS.

Y A TODOS LOS QUE CREYERON EN MI,  
Y A LOS QUE DUDARON QUE LLEGARA  
ESTE MOMENTO.

**A MIS AMIGAS .**

VICKY,ANA,TERE,GABY y ALE. Porque siempre me han  
demostrado una amistad sincera, por su superación  
y por ser siempre ellas.

**A LOS PRESENTES Y LOS AUSENTES .**

ANA LILIA

## **A DIOS .**

Por darme el ser, y hacerme sentir  
su presencia en todo momento de  
felicidad y desconsuelo.

## **A MIS PADRES .**

A mis padres; Rodolfo y Tila por su apoyo y  
comprensión de toda la vida en reconocimiento a su  
sacrificio y dedicación por mantener la unión de  
nuestra familia en todo momento, hoy comparto con  
ustedes la meta por la que juntos luchamos, mi  
formación profesional.

PAPA : DIOS TE LLAMO A SU LADO  
EN EL MOMENTO MENOS ESPERADO  
Y YO ACEPTO SU VOLUNTAD  
PUES CONFIO EN QUE DESDE DONDE  
ESTES PUEDES VER QUE NO TE HE  
DEFRAUDADO, QUEDANDOME A MEDIO  
CAMINO; PUES POR LO QUE TANTO  
LUCHAMOS JUNTOS HOY ES UNA REA-  
LIDAD.  
GRACIAS POR SER MAS QUE UN PADRE  
EL AMIGO QUE SUPO ESCUCHARME  
COMPENSANDO MI DESCONSUELO Y  
SIN SABORES, NO TE HAS IDO YO TE  
SIENTO MUY CERCA DE MI Y SE QUE  
ALGUN DIA NOS VOLVEREMOS A ENCON-  
TRAR, PARA YA NO SEPARARNOS.

A CARMEN :

Por ser más que una hermana y ponerme el ejemplo de que luchando todo lo podemos alcanzar sin importar, que tan fácil o - difícil sea; por demostrarme con hechos y no con palabras su cariño y apoyo incondicional.

A SILVIA :

Por identificarte conmigo como amiga, en los momentos difíciles, gracias por ser mi hermana y estar siempre a mi lado ayudandome en todo.

A RAFAEL DELGADO R. :

Por su desinteresado apoyo, cariño y comprensión que siempre me ha demostrado.

A HECTOR :

Por todo el apoyo y cariño que has brindado a la familia, haciendote sentir como un hermano.

A los Doctores :

Jorge Azamar Martínez, José Antonio Maraboto M.

y Jaime Cervantes Rangel, por confiar en mi.

A Efraín Andraca y Emilio Muñoz :

por alentarme a concluir lo que empiezo.

A MIS AMIGAS :

EDITH, GUADALUPE, VICKY, TERE Y GABY

por ser siempre sinceras conmigo.

A MIS COMPANEROS Y AMIGOS :

FER, SOL, CRISTI, JUDITH, CHELO;

Y GLORIA, por apoyarme en todo -

momento, mostrandome mis errores

y confiando en mi, gracias por -

ser sinceros.

**Nuestro más sincero agradecimiento al:**

Lic. en Psicología: José E. Vaquero Cazares.

Por su tiempo, dedicación y paciencia para la  
orientación y elaboración de esta tesis.

**Al honorable jurado**

Lic. José Velazco.

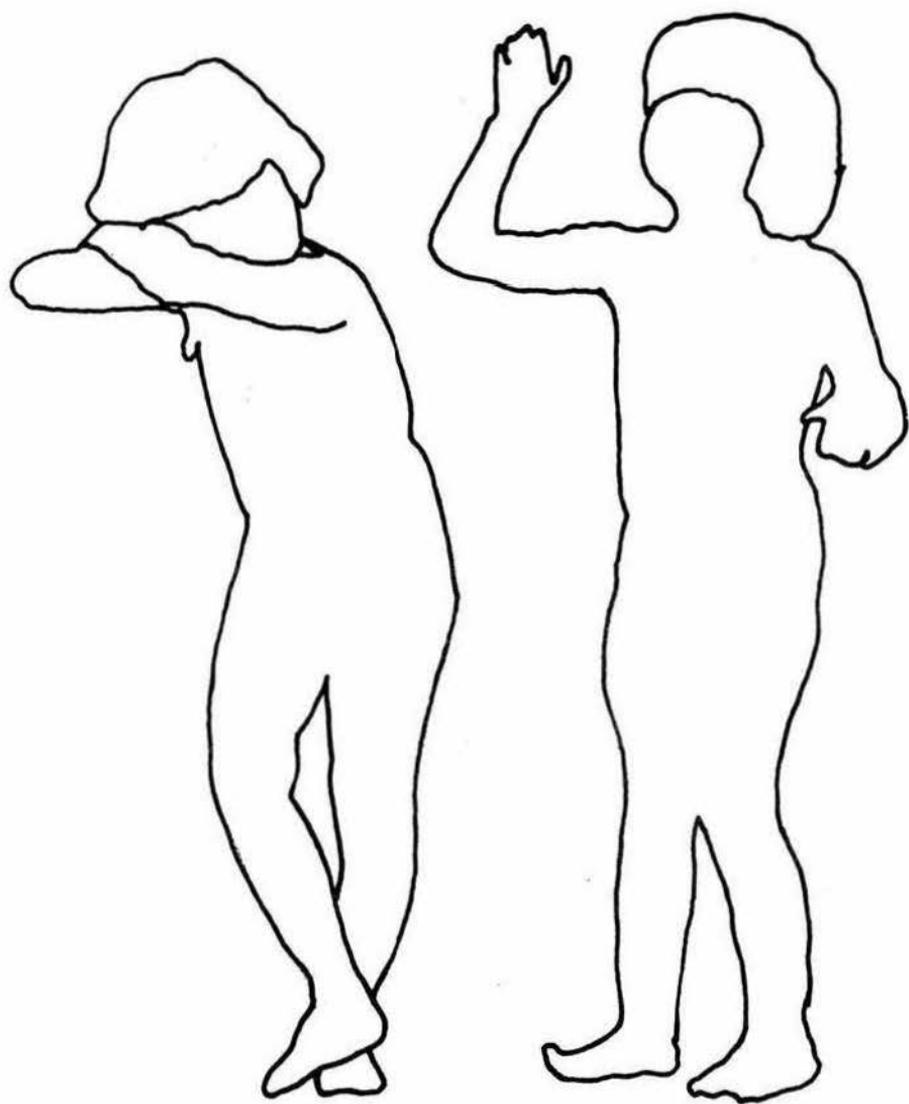
Lic. Laura Evelia T.

Con respeto y admiración, deseando que sea de su  
agrado e interes.

A toda la gente que se prestó a ayudarnos durante toda la carrera para nuestras prácticas profesionales.

Con cariño y respeto a nuestra escuela y maestros, por contribuir en gran parte a nuestra formación profesional.

A todos y cada uno de ustedes GRACIAS.



	pág.
	I N T R O D U C C I O N 1
Capítulo 1.-	SEXUALIDAD HUMANA <b>IZT.</b> 10
	① Definiciones y conceptos 14
	- Investigaciones sobre sexualidad 21
	- Estudios en México sobre sexualidad 31
Capítulo 2.-	PERSPECTIVAS CLINICAS DE LA SEXUALIDAD 36
	① Anticonceptivos 40
	- Enfermedades transmisibles 69
	- Disfunciones sexuales 85
Capítulo ③.-	<b>I</b> DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD 93
	- La infancia sexual 98
	- Pubertad y adolescencia 111
Capítulo 4.-	FISIOLOGIA Y ANATOMIA DE LOS ORGANOS GENITALES 118
	- Masculino 120
	- Femenino 129
Capítulo ⑤.-	RESPUESTA SEXUAL HUMANA 148
	- Importancia de la respuesta sexual humana ( M y F ) 149
Capítulo 6.-	ACTITUDES PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE 160
	<b>I</b> - Comportamiento del pre-adolescente 183
	- Comportamiento del adolescente 188
Capítulo 7.-	② ACTITUDES DEL ADOLESCENTE FRENTE A LA SEXUALIDAD 194
	- En la familia
	- Los tabúes

		pág.
	- La sociedad	
Capítulo 8.-	I N V E S T I G A C I O N	205
	- Aplicación de entrevistas	206
	- Análisis de entrevistas	210
Capítulo 9.-	D I S C U S I O N	236
	GLOSARIO	243
	BIBLIOGRAFIA	249

## INTRODUCCION.

A través de los años el tema de la sexualidad ha ido evolucionando entre las comunidades; por mucho tiempo el conocimiento de la sexualidad permaneció a la sombra lo que ocasionó que se considerará como un evento de súbita aparición en la vida de los seres adultos.

La historia nos ilustra dicha evolución buena y mala de la ética y del comportamiento sexual. Antes del siglo IV A.C., la civilización occidental primordialmente los griegos consideraron al sexo según la filosofía naturalista como un placer que debía gozarse, pero cuando Esparta, una ciudad griega con un conjunto muy diferente de valores conquistó Atenas, la filosofía Espartana de autodisciplina rígida (que incluía la evitación del placer y del lujo), casi destruyó la cultura griega que había enseñado el naturalismo ocasionando cambios y confusiones provenientes ya de dos culturas (Atenas y Esparta) siendo éste un factor importante para la educación sexual futura.

Sin embargo a principios del presente siglo se inculcaba a los jóvenes ciertos principios concernientes a las relaciones sexuales, las cuales no se toleraban sino a través del matrimonio y se encontraban justificadas por la preocupación de procrear. En la actualidad se admite, por lo general, que el placer sexual representa uno de los derechos fundamentales del hombre y de la mujer, aunque las modalidades de acceso a dicho placer varían enormemente de un sujeto a otro (Tordjman, 1981).

Según Broderick (1972), hasta ahora la mayoría de las escuelas psicológicas han asumido dos posturas en cuanto a la aparición de la sexualidad:

- a) Negando su existencia a la infancia y ubicando si inició después de los cambios biológicos de la pubertad.
- b) Aceptando que está presente en la niñez y que la involucra en un proceso secuencial de estadios pre-determinados relativamente uniformes.

Gagnon (1980), cita que en la primera década del siglo XX se produjeron investigaciones y encuestas en diversos lugares de Europa sobre salud sexual, mismas que se utilizaron en discusiones para formas legales sobre homosexualidad y educación sexual infantil.

En el año de 1954 y durante casi diez años, Masters y Johnson realizaron un minucioso estudio sobre la anatomía y fisiología de la respuesta sexual humana en situación de laboratorio, hallazgos vertidos en su libro "Human Sexual Responses" (1966). Tal como lo explican los autores a diferencia de lo que sucede con otras funciones fisiológicas, la sexual esta tan influida por su componente psicosocial que es posible que se registren grandes niveles de intensidad y goce entre un individuo y

otro, como entre una circunstancia y otra entre un mismo individuo (Lehrman, 1978).

Es así como toda cultura fórmula su propio código sexual y las diferencias entre diversas éticas sexuales son grandes a menudo ya que lo que es considerado aceptable en conducta sexual en un lado, podría ser considerado como perversión en otra. Muchas fuerzas contribuyen a la formación de actitudes sexuales, algunas de las cuales son sólidas y algunas excreencias del folklore y de la ignorancia. Sin embargo es un hecho que las actitudes sexuales se establecen y los cambios en ellas ocurren con lentitud, independientemente de lo falso de razón y costoso que pudiera ser en términos de desajuste personal (McCary, 1984; pag. 146). En si el comportamiento sexual se refiere a la actitud, ya que el término está íntimamente ligado a las teorías del conductismo y sirve para indicar la respuesta uniforme dada por un organismo ante un determinado estímulo. Por lo que nosotros consideramos el comportamiento sexual como el conjunto de reacciones adaptativas del individuo ante una situación que puede estar influenciada por diversos factores (educación, experiencia, libertad, personalidad, etc.).

En México la investigación sistemática en sexualidad ha sido escasa y limitada, se cuenta con estudios hechos por pasantes avocados básicamente a la exploración de ideas y actitudes, algunos evaluaron conocimientos y fuentes de información, sin embargo en ninguno se indaga sobre experiencia sexual mas allá del coito.

Destaca la encuesta sobre información sexual y productiva realizada por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) en 1984. Este mismo grupo en 1986, estudió las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos

en jóvenes de la Ciudad de México, encontrándose que los jóvenes practican la actividad sexual con mucha frecuencia y por lo general no utilizan ningún método anticonceptivo.

Por su parte Mondragón y Col. (1987) señalan que las alternativas con las que cuentan los jóvenes para satisfacer el impulso sexual depende en forma directa de diferentes satisfactores del medio ambiente tales como: normas familiares, información, religión, educación, restricciones de tipo social y legal.

Aunado a lo anterior, se encuentra la creencia de información que prevalece en nuestro medio en torno a la sexualidad, tanto a nivel informal como formal (Giraldo, 1983). Como podemos ver, el aprendizaje de las actitudes se ha considerado como control para explicar la socialización y el comportamiento de los individuos; las actitudes sexuales nos van a ayudar a explicar estas a través de internalizar y aprender valores, normas, roles y formas de vida en la familia y en el lugar donde esta radica (Manual de cont....).

Tratándose de conducta sexual los adolescentes toman como referencia, mas que lo moral, la normalidad, sus interrogaciones al respecto son constantes, así como en otros tiempos las preocupaciones giraban en torno a la virginidad, la castidad y la pureza de acuerdo con las normas educativas y religiosas inculcadas, hoy el joven se pregunta sobre la normalidad de sus comportamientos y reacciones sexuales, con en propósito de ahorrarse situaciones dolorosas y de revalorización ante sus propios ojos.

Pues cuando se habla de sexualidad, se hace referencia a una de las características relacionadas con el ser humano se parte de reconocer que

el individuo es un ser por naturaleza sexual. La sexualidad se entiende como una característica que acompañará al individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte (Manual de cont.,1986).

En nuestros días muchas personas aún buscan con desesperación las respuestas a los problemas relacionados con el sexo de cualquier fuente que encuentren disponible, buena o mala, esto es especialmente cierto en los jóvenes ya que la incompetencia de los adultos para discutir el sexo de manera franca y abierta con los jóvenes dota al sexo de una cualidad irreal, lo cual refuerza la preocupación del adolescente por el tema obstruyendo además las fuentes naturales legítimas de la información sexual y forzando a menudo a las personas a buscar fuentes desequilibradas para satisfacer su curiosidad normal (McCarg,1980).

Ocasionando esto una crisis de confusión en el adolescente al buscar satisfacer su curiosidad acerca de la sexualidad, esta crisis en el desarrollo se caracteriza por la ruptura de un equilibrio alcanzado por el niño en su medio ambiente familiar y social y toca su fin cuando lo recupera relativamente, al quedar inmerso y adquirir alguna identidad en su medio socio-cultural.

Este desarrollo se da de la pubertad a la adolescencia, siendo este un lapso en el que las glándulas sexuales empiezan a adquirir madurez desarrollándose amplia, anatómica y fisiológicamente los órganos sexuales. se inicia aproximadamente de los 11 a los 14 años en las niñas y de los 12 a los 16 años en los hombres, aunque aparecen casos de retraso, así como de anticipación en ambos sexos.

En la aparición de la pubertad influyen las condiciones sociales como son: nutrición, el clima social y especialmente los factores

genéticos, por lo tanto las diferencias genéticas son normales siempre que se mantengan.

"El periodo normal de aparición tiene límites amplios y en la actualidad, se acepta la edad de nueve años como "límite normal inferior" y la edad de 17 años como "límite normal superior". La pubertad que ocurre antes de los nueve años de edad se considera "pubertad precoz" y en los casos en que a los 17 años no se ha desarrollado la pubertad se denomina "pubertad retardada" (Manual de cont., 1986).

Así mismo una característica común psicológica de la pubertad es que se dan cuenta que ya no son como antes, pero no saben que esta pasando, están confundidos, desorientados y esto lo expresan en forma muy diferente según su propia personalidad, el medio ambiente en el que viven y la relación que tengan con sus padres. El impulso sexual y el interés en estas actividades es más intenso, pero puesto que en cualquier sociedad el impulso sexual se encauza de acuerdo con normas y valores, pueden entrar en situaciones de conflicto y tensiones que se canalizan en alguna forma dentro del ámbito familiar y social.

Siendo este un periodo de cambios y ajustes sociales que realizará de la pubertad a la adolescencia como un proceso de adaptación que reviste formas variadas y su duración varía en cada ser, según la sociedad y la cultura a la que pertenezca; incluso se presentan diferencias significativas según los grupos, los sectores de la sociedad, o ya sea medio rural, suburbano o urbano. La sociedad a través de sus instituciones influye en los individuos para que estos adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permiten integrarse como medios activos en el sistema socio-cultural establecido. Este proceso llamado socialización

pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia.

El periodo de la adolescencia que comprende de los 12 a los 19 años es una etapa de rápidos cambios y diferentes empresas. El desarrollo físico es solo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales, independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica por nombrar solo algunos. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja suscesión de diferencias concernientes a su evolución conjunta como ser humano debe definir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo como participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que el adolescente en ocasiones sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto.

Por otro lado la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una etapa en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital.

La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino a la vez suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tráncite agitado y tumultuoso al estado adulto (Masters y Jonhson, 1987).

Por lo que el objetivo de nuestra investigación es : En base a la entrevista determinar que actitud toman los adolescentes ante la sexualidad de acuerdo a la información que tienen de ésta.

1  
S E X U A L I D A D

H U M A N A .

Toda cultura formula su propio código sexual, y las diferencias entre diversas éticas sexuales son grandes a menudo ya que lo que es considerado como aceptable en la conducta sexual en una cultura podría ser considerado como perversión en otra.

A lo que algunos psicoterapeutas consideran que la manera en que pensamos o percibimos determinados eventos condiciona nuestros sentimientos o actitudes hacia ellos. En otras palabras, la manera en que "nos hablamos a nosotros mismos" respecto a los sucesos de la vida determina la manera en que se habrá de responder a dichos eventos.

1   Pues nuestras actitudes y comportamientos sexuales están influidos considerablemente por nuestras creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo. Aun cuando se habla de sexualidad, se refiere a las características inherentes al ser humano, esto es que el individuo es un ser por naturaleza sexual. Es así como la sexualidad se entiende como una característica que acompaña al individuo desde el momento de su

nacimiento hasta su muerte.

3 Dadas las características de nuestra especie al nacer, el ser humano ya ha alcanzado su desarrollo, tanto biológico como psicológico y social; por lo tanto la dirección que el desarrollo tome en cada individuo dependerá no solo de su equipo biológico, sino también de las influencias externas que pueden retrasar, detener, acelerar o facilitar el proceso de adaptación social y optimización de las funciones humanas. (Morrison, 1980)

Al momento del nacimiento, el individuo se incorporará a un medio extraño donde se verá rodeado por muchos seres parecidos a sí mismos en distintos periodos de su desarrollo. Posteriormente este nuevo ser pasará desde la más absoluta dependencia hacia otras etapas de mayor autosuficiencia como son la infancia, la niñez, la adolescencia, la etapa adulta y la senilidad. Cada una de estas con características propias, aunque con diferencias individuales de acuerdo a las vicisitudes que el individuo enfrenta ante el medio ambiente y la sociedad.

4 La sexualidad es parte importante de este desarrollo y en ella intervienen todas las variables que influyen en el desarrollo general individual. Un enfoque integral de la sexualidad se puede conceptualizar como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada, es decir, la sexualidad, es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socio-culturales que permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombre o mujeres (Morrison, 1980).

Por lo que el estudio de la sexualidad y más concretamente de la sexología al igual que muchas disciplinas jóvenes, se encuentra en una etapa de afirmación, que implica la necesidad de definiciones básicas que

servan como marco teórico fundamental, dentro de las cuales se encuentran: sexo, sexo de asignación, identidad de género, educación de la sexualidad, sexología, control de natalidad, anticonceptivos y enfermedades venereas de las que se hablará a continuación.

1 S E X O.

Se considera sexo a "La serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie en un punto del continuo que tiene como finalidad a los individuos reproductivamente complementarios" (Alvarez, 1983, pag:76).

En el aspecto biológico se caracteriza como "El conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y la mujer y que al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción" (Tellez, 1986, pag:41).

Desde el punto de vista de lo que se denomina sexo biológico, sabemos que al unirse el óvulo y el espermatozoide para formar la célula huevo, cada uno aporta un cromosoma sexual. El óvulo siempre tiene un cromosoma X mientras que el espermatozoide puede aportar un cromosoma X o un cromosoma Y. De la combinación de estos cromosomas pueden resultar las fórmulas XX o XY, correspondientes al sexo cromosómico femenino y masculino respectivamente.

En la evolución posterior, entre la 6a y 8a. semanas va a determinarse el sexo gonadal y hormonal, con la diferenciación de las gónadas a testículos, o a ovarios, posterior a esto, se produce la atrofia de los conductos de Wolf o de Müller formándose el pene y el escroto, quedando establecido entonces el sexo genital (Monroy, 1985).

El simple hecho de que el médico o la persona que atiende el parto indique que es "hombre" o "mujer" va a establecer cuáles son las expectativas de la familia y especialmente, de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido, así se dice que se ha establecido su

sexo social. A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comporta de tipo femenino o masculino determinando así el sexo psicológico.

Si el sexo biológico coincide con el social y psicológico se puede decir que se logra una identidad sexual.

## S E X O D E A S I G N A C I O N .

Es el sexo que le confieren al infante las actitudes y conductas de los que los rodean, condicionando a su vez en él actitudes y conductas esperadas, es decir, más adelante, la forma de vestir al niño será característica, según su sexo y de la misma manera aún sin proponerlo se trata en forma diferente a la niña que al varón.

Todo esto implica un marco específico de actitudes y comportamientos transmitidos y esperados que refuerzan en el niño la colocación en uno de los dos bandos.

## I D E N T I D A D D E G E N E R O .

El niño o la niña durante su desarrollo psicomotor va incorporando e identificando algunos elementos como suyos propios, así y a manera de ejemplo, en cierto momento reconoce su mano como propia, más adelante identifica su imagen en un espejo como la suya; después reconoce el idioma

de la misma manera el niño va incorporando la vivencia psíquica y emocional de ser mujer o hombre, esto se realiza mediante el proceso de identificación psicológica con los miembros de su mismo sexo.

En suma, la identidad de género es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación de pertenecer al sexo masculino o femenino (Alvarez, 1983).

Ahora bien, un concepto importante para la adolescencia es la educación de la sexualidad, de la que se habla a continuación.

## EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.

Surgen las polémicas, en esencia por la amenaza que muchas personas ven en la posibilidad de que una educación sexual otorgada fuera del hogar, en instituciones escolares o por maestros, vaya a convever los cimientos morales y éticos que norman la vida de los individuos. Esto indudablemente se debe a la mala reputación de la que goza la educación sexual en nuestros días.

Y si a lo anterior se agrega la fuerte carga emocional provocada por mitos y tabúes ancestrales en nuestras sociedades que han determinado históricamente que la sexualidad se encuentra envuelta en reglamentos de ética y pecado.

Se dice que todos hemos recibido educación sexual y aún más, que todos somos educadores sexuales; pero por desgracia la mayor parte de las veces sin saberlo y sin percatarnos de ello. Ya que diversas investigaciones, como las de Herdon y Nash (1979), han demostrado que las

personas cuando tienen dudas sobre temas sexuales y se deciden a consultar lo hacen en orden de preferencia: primero al sacerdote, después al médico general y los siguen en preferencia al maestro, el psicólogo, la enfermera y el trabajador social.

Sin embargo es y será siempre el papel del maestro el de un educador objetivo y sincero sobre el que recae la responsabilidad de que la educación no sólo sea informativa sino además formativa, pues en la actualidad nuestra educación por fortuna o desventura, está fundamentalmente basada en los conocimientos y aportaciones de la ciencia.

Algunas de las desventajas o conveniencias que tiene el método científico son las de: desmitificar, revalorizar y objetivar, pues existe una necesidad imperiosa e inaplazable de sustraer a la sexualidad, por lo menos en lo que respecta a su estudio y enseñanza, de todos los mitos, prejuicios y jerarquías morales y en general aspectos valorativos que la tienen tan deformada.

Por lo que el individuo se encuentra presionado, reprimido y atrapado en su sexualidad por toda una estructura ideológica que configura la familia, la educación, la religión y la sociedad en general. En el caso de la sexualidad humana, su estudio y educación, el solo hecho de proporcionar objetivamente algunos aspectos que constituyen por sí mismo el requisito de la educación formativa en cuanto a que esta información proporcionará al individuo todos los elementos de juicio necesarios para la toma de una decisión en cuanto a su conducta y actitudes.

En otro contexto, la familia, la sociedad y la cultura en la que un individuo se encuentra se encargan de proporcionarle los elementos

normativos de tipo ético y moral correspondientes; por otro lado, la religión y la sociedad proporcionan los elementos normativos según su estructura e ideología.)

El proceso de la educación de la sexualidad puede darse tanto de modo formal como informal:

**INFORMAL.** Es el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que éste sea planeado o dirigido en forma conciente (sin darse cuenta), por ejemplo: la información que se deriva de las actitudes diarias y de como los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de los que los rodean (forma de llevarse de los padres, tanto a los hijos, reacciones paternas ante la curiosidad sexual y conductas infantiles, etc.).

**FORMAL.**- Algunos autores lo definen como la planeación de los procesos de aprendizaje directa e indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón de sistemas de valores relativo a la sexualidad (clases, pláticas, conferencia libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada) (Monroy, 1985).

## S E X O L O G I A .

Se puede denominar como el nacimiento de la disciplina que se ocupa del estudio de la sexualidad, sin embargo, conforme se ha incrementado y acumulado el conocimiento sobre la sexualidad, este enfoque se vuelve cada vez menos adecuado. Así la disciplina de la sexología viene a contener un acervo de conocimientos más vasto que aquel que contenía sólo los

aspectos aislados de diversas especialidades, pues la sexología no se limita solo en el área médica, existen también los aspectos sociales y conductuales, como son:

### C O N T R O L   D E   N A T A L I D A D .

Es la decisión de un individuo o de una pareja sobre el control de la natalidad y suele depender de múltiples factores: edad, planes para el futuro, estado civil o de la relación convivencial (incluyendo la confianza y la cooperación), situación económica, creencias religiosas, actitudes sexuales, estado de salud y experiencias anteriores. La causa principal de que se recurra al control de la natalidad radica de en deseo de impedir un embarazo no deseado (Lewis, 1976).

### A N T I C O N C E P T I V O S .

*Definición en la página 40.*

La decisión de utilizar anticonceptivos y la elección del método depende fundamentalmente de dos condicionamientos prácticos: la operatividad (eficacia) y los peligros que entrañan para la salud (seguridad). La elección depende también, en determinados casos de factores tales como el coste, la posibilidad de hacerse con el anticonceptivo sin receta, las preferencias estéticas y a veces incluso, de la facilidad de ocultación. Teniendo gran importancia para evitar las enfermedades venéreas.

## ENFERMEDADES VENEREAS.

Son las enfermedades que se propagan por contacto sexual, en la sexología moderna y más específicamente dentro de la educación de la sexualidad, el estudio y comprensión de la salud sexual permite conocer y aceptar funciones fisiológicas normales despojándolas de prejuicios y velos de misterio que posibiliten al humano a llevar una sexualidad sana y placentera. Actualmente se considera que la prevención es más importante que el tratamiento adecuado, por eso es que se da una mayor importancia a las medidas preventivas (Price, 1979).

## INVESTIGACIONES SOBRE SEXUALIDAD.

El ser humano inicia la estructuración de su propia imagen aunada a un reconocimiento de las partes de su propio cuerpo. Pero por razones históricas y sociales, la sexualidad no solamente no ha sido reconocida por el hombre, sino que ha sido reprimida, por tanto, las ciencias del comportamiento, a través de sus científicos, no están libres de esta represión, por lo que aún en la actualidad cualquier persona que se dedica al estudio de la sexualidad es vista con recelo y cierto aire de censura.

También resulta útil y válido reconocer las verdades en que mucha de la crítica se basa, con el propósito de lograr que la investigación en sexología moderna tenga fundamentos sólidos y aceptables entre las comunidades científicas.

Ahora si el científico anuncia una teoría y después concibe distintos procesos a través de los cuales logra o no, comprobar la veracidad de su teoría o hipótesis, pues suele dividir a las ciencias en distintas categorías, sin embargo, estas divisiones muchas veces pierden su sentido pues con ellas se pretenden connotaciones valorativas y así se olvida que un hecho científico además de ser función de la realidad lo es también del método seguido para el estudio y registro de esa realidad.

Es por ello que cualquier persona que desee realizar investigación sobre sexualidad deberá conocer los elementos básicos de

los métodos y los procesos que se usan en la investigación científica. Pues de lo contrario pasa lo que a continuación se describe:

Unos estudiantes dicen: hemos aplicado un cuestionario a cierto número de personas y quisieramos que nos ayudaran a encontrar que podemos hacer con ellos"ó bien "estamos aplicando un cuestionario de conducta sexual ó Nos ayudas consiguiendo algunos amigos tuyos que lo contesten ? (Alvarez,1983 pp.135 ).

Pues bien en el 1er. caso se trata de la invención de un cuestionario que carece de finalidad corresponde a una investigación cuyo objetivo está totalmente distorcionado,ya que no existe una metodología de estudio y análisis,y así nunca podra la sexologia ocupar un signo digno en el olimpo de la ciencia.

Esto conduce a pensar que probablemente un método adecuado para aprender a investigar con honestidad,consista en la evaluación de otras investigaciones y en otros aspectos.

La sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos,psicosociales,conductuales,clínicos,morales y conductuales.

A continuación se hablará de algunas investigaciones:

## INVESTIGACION BASICA Y FISIOLÓGICA.

En este rubro se incluiran investigaciones sobre aspectos genéticos,neurofisiológicos,hormonales,etc. Aquí es donde quedan también comprendidas las investigaciones pioneras sobre la fisiología de la respuesta sexual humana.

## I N V E S T I G A C I O N   C L I N I C A .

La investigación clínica en sexología tiene diversos enfoques, el de mayor auge en la actualidad es el referente a diferentes formatos y metodologías para la terapia de las disfunciones sexuales. Otro sería el del uso de fármacos para el tratamiento o modificación de conducta sexual en individuos que han cometido delitos sexuales (por ejemplo; la utilización de antiandrógenos como la ciproterona y medroxiprogesterona para disminuir el impulso sexual en violadores convictos ).

Otro enfoque sería el de la corrección de malformaciones o defectos en el desarrollo de la gónadas o de los genitales externos, del primer tipo son las sustituciones hormonales para la reasignación del sexo y para el desarrollo de caracteres sexuales externos y del segundo tipo son los trabajos que realizan en Guadalajara, México; Cantú y Col. (1982) sobre el efecto de la dihidrotestosterona como elemento casual del crecimiento del pene, para estimular un mayor crecimiento en los casos de micrófalo (Alvarez, 1983).

Un último aspecto es el quirúrgico, en el que se encuentran desde las complejas intervenciones quirúrgicas para los cambios de sexo en los transexuales y hasta el desarrollo de complejas prótesis para el alivio de la incompetencia erectil.

Por otro lado, la investigación clínica en materia de sexología es realizada principalmente por médicos y psicólogos. Sin olvidar que uno de los requisitos básicos para el trabajo en esta disciplina es poder tener

una actitud ante la sexualidad libre de mitos y prejuicios, no valorativa y humanista con plena aceptación de la propia sexualidad y la de otros, ya que en materia de sexualidad los individuos ya sean profesionales o no creen saberlo todo y ser expertos en esta área.

Así mismo en lo referente a terapia sexual se realizan investigaciones de dos aspectos, uno es el diagnóstico de disfunciones y otro diversas metodologías para el manejo y tratamiento de dichas funciones.

Ahora bien en el curso de los últimos veinte años se han realizado notables avances en el tratamiento de una amplia gama de trastornos sexuales. A este logro han contribuido dos cambios de capital importancia, a saber, una mejor comprensión de la naturaleza multidimensional de la sexualidad y el surgimiento de una nueva disciplina, llamada sexología, dedicada al estudio de la temática sexual. Médicos, psicólogos, enfermeras, consejeros matrimoniales y otros profesionales.

Con conocimientos de sexología pueden combinar en un todo sus enfoques integrándolos con la instrucción y preparación necesarias para asesorar sexualmente a sus pacientes o para aplicarles la terapia sexual correspondiente (Masters y Johnson, 1986).

## INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO.

La investigación del comportamiento sexual puede realizarse por medio de la observación o bien por medio de cuestionarios, en ocasiones autoaplicables o mediante entrevistas, en la actualidad, otro tipo de

investigación que parece tener popularidad en ciertos sectores es la investigación participativa en la que los propios sujetos de la investigación son los "investigadores de si mismos". Aún cuando esta metodología pueda tener valor en áreas como la biología, dudando que sea así en áreas como la sociología, pues es difícil aceptar que esa metodología sea útil para que un conglomerado de mujeres de zonas rurales pueda definir las necesidades de educación sexual en relación al orgasmo, cuando suele desconocer su existencia.

En la evaluación de investigaciones que implican la observación resulta indispensable considerar algunos aspectos como son: ¿ Hasta que punto la presencia del observador ha alterado o modificado el comportamiento ? y ¿ Que método ha sido utilizado para el registro sin interferir en el proceso de observación ?.

Así mismo resulta indispensable valorar el conocimiento y la involucración del propio investigador con el grupo que investiga.

## INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO MEDIANTE CUESTIONARIOS.

En lo referente a la investigación del comportamiento sexual mediante cuestionarios, ya sean autoaplicables o a través de entrevistas, es en la actualidad una de las principales fuentes de conocimiento con la que se cuenta.

Pues en este tipo de encuesta resulta básico que el entrevistador sea una persona que se sienta a gusto y acepte su propia sexualidad y la de los otros, que pueda hablar libremente, y sin prejuicios sobre el tema. A esto deben agregarse métodos adecuados de hacer las preguntas, sobre todo comprensibles y aceptables para la persona que es interrogada.

Otro punto que puede hacer perder objetividad a la entrevista es el hecho observado por diversos investigadores, respecto a que los individuos de sexo masculino tienen una tendencia a exagerar sus acciones mientras que las personas de sexo femenino, en términos generales, se comportan con modestia.

El individuo está en desarrollo y sus vivencias, percepciones e ideología, al igual que su todo integral, no son los mismos a los 15 que a los 36 o 60 años de edad, es decir; que la percepción en función a los recuerdos varía. De hecho, como dice Gagnon "lo que el investigador obtiene de los sujetos es lo que ellos piensan que fue su pasado, al hablar de él en el presente" (Tellez, 1986).

Por lo que en lo referente al análisis de investigaciones basadas en entrevistas, es indispensable conocer algunas de las debilidades que puedan existir, esto se puede encontrar dentro de la investigación psicológica de la que se habla a continuación.

## I N V E S T I G A C I O N P S I C O L O G I C A

En este rubro se incluyen investigaciones que se refieren a la obtención, análisis y estudio de aspectos relativos a la subjetividad del propio yo de los individuos. En el área de la sexología resulta importante separar este aspecto de los conductuales y de los de opiniones y actitudes, aún cuando estos últimos son eminentemente subjetivos.

Sin embargo este tipo de investigaciones resulta esencialmente valioso en algunos casos como es el de transexualismo, donde es necesario reconocer la identidad de género no concordante y diferenciarla de algun

trastorno psíquico, por lo que la investigación en este campo ha permitido desarrollar esquemas y bases para su manejo.

Por otro lado la prueba de perfiles de personalidad de Taylor Johnson, que se aplica a las parejas, homo y heterosexuales que consultan para terapias de disfunciones sexuales, es autoaplicable y aborda 180 temas de autopercepción, mostrando así 9 perfiles de personalidad, lo interesante de esta prueba es que los individuos contesten describiendo su propia interpretación de la subjetividad de la pareja" (Morrison, 1983)

Otro tipo de investigación todavía incipiente, pero de gran importancia es el referente a las fantasías sexuales predominantes o preferidas, como lo mencionan los recientes escritos de Money y Col., señalando la importancia que las fantasías tienen para el estudio de diversas facetas de la sexualidad encontrándose esto en las actitudes de la gente al cuestionarles algunos aspectos.

## ENCUESTA DE OPINIONES Y ACTITUDES.

Hoy en día existe la tendencia a equiparar actitudes con opiniones, en donde la actitud implica una acción, una conducta, mientras que la opinión no la implica necesariamente, por lo que la evaluación de unas y otras es diametralmente diferente y el investigador debe estar conciente de esos aspectos para que se investigue lo que se quiera investigar y proceder a comunicarlo, pues las actitudes cumplen varias funciones: como son las de contribuir a un ajuste del individuo, como defensa del yo, expresión de valores y medio de adquisición de valores y

organización aunque se piensa que las opiniones modulan o rigen las conductas, no son pocas las ocasiones en que las conductas modulan o crean las opiniones.

Finalmente otro aspecto que suele confundirse es que con gran frecuencia se confunden opiniones y actitudes con el conocimiento objetivo.

## I N V E S T I G A C I O N   E D U C A T I V A .

En nuestros días se empieza a reconocer la necesidad de proporcionar a la juventud una educación formal de la sexualidad, pero para hablar de un proceso educativo, éste debe de incidir sobre tres áreas:

- a) proporcionar conocimientos (nivel cognoscitivo).
- b) conformar actitudes y valores (nivel afectivo)
- c) y dotar de habilidades (nivel operacional).

En el caso de la educación de la sexualidad resulta indispensable manejar la información y las actitudes y valores con el máximo de objetividad, por lo que es un hecho que en muchos problemas referentes a la educación sexual, el punto de vista de expertos depende a menudo, en gran medida de enfoques ideológicos, filosóficos y morales de su conocimiento profesional.

Ya que obviamente si se desea evaluar una educación sexual, se debe contar con un marco teórico y filosófico básico que permita contrastar una educación de la sexualidad adecuada, de una que no lo es. Por lo que es indispensable establecer criterios. Alvarez, (1983) propone:

- Que el individuo obtenga información objetiva, clara y veraz acerca de la sexualidad humana.
- No basa sus actitudes en miedo, ignorancia y prejuicios.
- Ejerce plenamente su sexualidad de manera integral racional, placentera y responsable.
- Respeta profundamente las creencias, ideas y sentimientos de los demás.
- Ha dado flexibilidad a los papeles sexuales estereotipados prevalentes en la sociedad.
- Establecer relaciones con los demás, basadas en el respeto mutuo y carentes de patrones no igualitarios y sexistas.
- Mantiene actualizada su información sexual.

Aunque no es factible conocer la eficacia de un procedimiento educativo si no se establecen los instrumentos de evaluación de los resultados de éste en forma objetiva, y la forma más objetiva es la de lograr determinar el cambio que el proceso educativo ha producido en sus tres áreas: cognoscitivo, afectiva y operacional.

Por todo lo anterior es indispensable reflexionar, ser honesto en la planeación, desarrollo e información, ya que se considera que el conocimiento que se tenga acerca de la sexualidad es básico para la sexualidad del ser humano. } 8

Así como de suma importancia son las dimensiones conductual y cultural que se relacionan con la sexualidad y que aportan características individuales hacia los individuos como son: } 8

## D I M E N S I O N C U L T U R A L .

A menudo las cuestiones relacionadas con el sexo tienen un carácter polémico y se reinterpretan en función de los respectivos esquemas de valores. Pero con frecuencia la controversia guarda relación con la época, el lugar y las circunstancias. El concepto de lo "moral" y de lo "justo" o "correcto" varía en cada cultura y de un siglo a otro. Muchos de los aspectos morales inherentes al sexo se vinculan a determinadas tradiciones religiosas, pero la religión no tiene el monopolio de la moralidad. Tan "morales" son los individuos no apegados a firmes creencias religiosas, pero la religión no tiene el monopolio de la moralidad, como aquellos otros cuyos principios se supeditan a los postulados de un credo religioso (Masters y Johnson, 1986).

## D I M E N S I O N C O N D U C T U A L .

En lo que respecta a lo conductual se debe evitar enjuiciar el comportamiento sexual de los demás a partir de principios morales propios y experiencias personales ya que con frecuencia la gente tiende a plantearse la sexualidad de manera categórica, entre lo que es "normal" y lo que se antoja "anormal". En general, lo "normal" coincide con nuestro comportamiento, mientras que se considera "anormal" la conducta ajena, y los actos que parecen diferentes o inusitados.

## ESTUDIOS EN MEXICO SOBRE SEXUALIDAD.

La conducta sexual de los seres humanos está directamente vinculada con diversos factores socio-económicos y culturales, de alguna manera, una disfunción sexual es una forma de expresión sexual la cual, está estrechamente ligada a factores socio-económicos y culturales.

De hecho, a partir de que Masters y Johnson (1982) integraron y sistematizaron diversas técnicas aisladas como la de Semans, se creó la Terapia Sexual. Posteriormente Kaplan (1974), incluyó aspectos dinámicos y psicoterapéuticos que fueron marginados por los primeros autores y surge lo que ella llama "La nueva terapia sexual" (Masters y Johnson, 1986)

Así puede considerarse que si bien de hecho la terapia conductual y la terapia del aprendizaje son los pilares que sustentan la terapia sexual, otras teorías han brindado importantes aportes tanto conceptuales como técnicos.

Tal es el caso de Kaplan (1979), quien considera que el elemento fundamental de la Terapia Sexual, son las experiencias psicoterapia. Y es en este punto donde radica una de sus más importantes aportaciones. Ahora bien como lo dice Hogan (1968), las experiencias sexuales estructuradas

pueden variar en función de tres aspectos como lo señala Alvarez (1983):

- 1.- El tipo de participación de la experiencia.
- 2.- El método utilizado para desvanecer la ansiedad.
- 3.- El que las experiencias estén o no graduadas.

Ahora bien, el tipo de participación, a su vez se puede dividir en tres niveles como son:

- 1.- Participación física (las experiencias las practica el sujeto con una pareja).
- 2.- Participación a través de la imaginación y la fantasía.
- 3.- Participación vicariante, por medio de la actividad de otras personas (por medio de películas o cintas de video).

Y los métodos suelen ser de cuatro tipos:

- 1.- El factor de discriminación de ansiedad inherente a la propia experiencia sexual.
- 2.- Condicionamiento progresivo a la relajación.
- 3.- Agentes químicos.
- 4.- Relajación inducida hipnóticamente.

Por otra parte las diversas técnicas y procedimientos que suelen utilizarse comunmente en terapia de disfunciones sexuales son: masturbación, técnicas cognitivoatencionales; en las que el paciente es instruido en la necesidad de concentrarse en sus propias sensaciones en lugar de

preocuparse por controlar o desempeñar adecuadamente la función sexual; los procedimientos de pausa y de comprensión, los procedimientos grupales, las técnicas para el incremento de la comunicación, la terapia marital, el proporcionar información, el condicionamiento asrtivo, la co-terapia y el tratamiento de la pareja.

Posteriormente O'Connor (1978), realizó una evaluación global de los resultados obtenidos en la terapia de las disfunciones sexuales en Estados Unidos, dividiendo los porcentajes de resultados satisfactorios en hombres y mujeres como se observa en la tabla 1.

Pudiendo pensar en función de los resultados, que en esencia, la técnica de Masters y Johnson, es la que mejores resultados da y la que peores resultados obtiene es la conductista.

Sin embargo, esto presenta algunos de los problemas que tiene hoy en día la evaluación correcta de los resultados de la terapia sexual, como son:

- A) Una falta de concordancia en las entidades diagnósticas e incluso muchas veces en la nomenclatura.
- B) Los diferentes grados de capacitación y orientación adquirida por los terapeutas.
- C) Las diferencias en las características de los pacientes y en la selección de los mismos, ya sea programada o libre.

- D) Los diferentes parámetros utilizados para definir el éxito o el fracaso y finalmente.
- E) Los problemas existentes para el seguimiento adecuado de los pacientes.

El proceso para la atención de la salud sexual de una persona, pareja, grupo o comunidad implica una serie de pasos que pueden agruparse en tres fases.

La **fase 1**, está fuera del control del sexólogo terapeuta, es un proceso que se da sólo en el paciente y consta de tres niveles, el 1o. consiste en que el paciente se percate de que tiene una disfunción; el 2o. es aceptarlo y el 3o. el de buscar ayuda.

En la **fase 2**; debe establecerse en primer lugar una empatía que permita una comunicación adecuada, esto permitirá la elaboración de la historia natural de la disfunción; así como la detección de la psicofisiología de la misma.

Establecido el diagnóstico integral resulta imperativo considerar las necesidades que aquí requieren de la sensibilidad del terapeuta ante diversos factores culturales, religiosos, sociales, económicos y educativos.

Los elementos anteriores darán lugar al diseño de la estrategia que es la **fase 3**, y que abarca la comprensión del proceso, aceptación del mismo y colaboración en él, y esto sólo puede lograrse si los pasos anteriores han sido sólidos, es decir, mediante una cabal comprensión de la problemática y si

se logra una comunicación adecuada entre paciente-terapeuta logrando así el proceso terapéutico.

Por lo anterior se puede concluir que muchos de los procedimientos terapéuticos que se conocen hasta la fecha, parecen ser preferentemente eficaces para pacientes que tienen un nivel educativo razonablemente bueno y que además provienen de estratos altos de la sociedad. Es decir, que en alguna forma, la posibilidad de disfrutar la salud sexual, se está limitando a aquellos que tienen alto nivel socio-económico y mayor escolaridad, por lo que todo el mundo debe conocer y reconocer su propia sexualidad y la de otros, como otro medio para incrementar sus relaciones interpersonales y como una fuente de desarrollo personal y de placer (Morrison, 1986).

2

P E R S P E C T I V A S

C L I N I C A S D E L A

S E X U A L I D A D .

Los temas de sexo vedados por padres y abuelos, tienden a tratarse con la verdad, los jóvenes claman información sobre relaciones sexuales, enfermedades transmisibles, la píldora anticonceptiva, etc.

Sin embargo, las costumbres y la religión mismas, han hecho prohibitivo platicar sobre ciertos temas que de todas formas en la actualidad se divulgan por medio del cine revistas y la televisión, pero en muchos casos sin la orientación y la comprensión debidas.

El hablar de sexo no debe interpretarse como una película pornográfica o un espectáculo de strip-tease, sexo se es desde que se nace hombre o mujer, niño o niña, pero las manifestaciones de la sexualidad son diferentes de acuerdo con las distintas etapas de la vida.

Ya que los problemas del trascendental paso de la pubertad a la adolescencia, los caracteres sexuales secundarios; la masturbación como

parte de la función sexual y otros temas de interés e importancia insospechada para el niño que evoluciona a joven es importante.

El tema es tan amplio que incluso abarca la preparación para el matrimonio y la consecuente felicidad conyugal y educación de los hijos, tan necesaria hoy en día.

Así pues, es importante el proporcionar un conjunto de normas que permitan lograr una autodeterminación y vivir la propia sexualidad de una manera positiva y creadora, de acuerdo con la época, edad, cultura y sociedad en que se desenvuelve cada persona.

Ya que el problema de la reproducción desordenada es, sin lugar a duda, uno de los más graves que existen actualmente en varios países del mundo, por lo que se formaron los programas de planificación familiar, y que en sus inicios estaban enfocados principalmente a la mujer, y no tenían proyección hacia el hombre y la comunidad, y mucho menos hacia la adolescencia, como parte una educación sexual.

Aunque debido a la confusión de términos, es necesario aclarar la diferencia entre planificación familiar y control de la natalidad; el control de la natalidad implica medidas cuantitativas, es decir, el control del número de la población. Generalmente, el gobierno de un país, dicta medidas y acciones algunas veces coercitivas, y otras utilizando incentivos para lograr estos objetivos. En los programas de control de la natalidad se incluyen todos los métodos anticonceptivos, inclusive el aborto legalizado.

En cambio, la planificación familiar es libre, voluntaria, cualitativa, y el aborto no se considera dentro de la metodología para controlar la fecundidad. A lo que actualmente la política del programa de planificación familiar, finca sus bases en el derecho de decidir el número de hijos que se

deseen tener además de hacer hincapié en el propiciar la salud materno infantil, la paternidad responsable sin ubicar la responsabilidad de ejercer este derecho sólo en la mujer, permitiendo una mejor realización personal de ésta, estableciendo la responsabilidad compartida con su pareja (Mcroy, 1985).

**IZT.**

Ahora bien, pensando en algunos adolescentes experimentan curiosidad que los lleve a tener relaciones sexuales, es indispensable y de vital importancia que conozcan la salud reproductiva, de los métodos anticonceptivos y su eficacia. En caso de que no se decidan a hacerlo, es una información que les servirá en el futuro. Por lo que no se puede evitar la necesidad sentida por los jóvenes de una educación de la sexualidad que les permita integrar y desarrollar su personalidad, que les prepare para la vida actual, y que les proporcione una guía adecuada dentro de nuestra sociedad.

A lo que en este capítulo, se hablará acerca de la anticoncepción, disfunciones sexuales y enfermedades transmisibles.



U.N.A.M. CAMPUS

ANTICONCEPCION.

La historia de los anticonceptivos se remota a milenios atrás, siendo los más antiguos los anticonceptivos intraúterinos utilizados en animales como los camellos hembras para evitar que se embarazaran durante su travesía por el desierto. Por otra parte, los métodos locales también fueron empleados, citándose como ejemplo, la materia fecal del cocodrilo colocada en la vulva y vagina de la mujer durante la cópula; la goma arábiga por sus propiedades espermicidas es base para la elaboración de métodos locales (Tellez, 1985).

En el siglo XIX, los dispositivos intraúterinos usados en mujeres fueron populares, tanto para fines anticonceptivos como para tratamientos ginecológicos. Los principios en que se basan los métodos citados, y otros, se encuentran descritos en los papiros egipcios y que son los textos más antiguos que se conocen.

Los avances de la medicina han ido perfeccionando lentamente estas técnicas a través del tiempo, sin embargo, no fue sino hasta la década de los sesentas, de esta siglo cuando se lograron avances notables en el desarrollo de la tableta anticonceptiva y el dispositivo intraúterino.

Hoy en día, la metodología anticonceptiva es el medio utilizado por las parejas e individuos para lograr el control de su fertilidad. Resulta difícil tratar el tema solo desde el punto de vista médico-biológico, pues en la aceptación, uso y continuidad de uso de cualquier método intervienen, entremezclados, además de los biológicos, factores sociales, éticos.

religiosos, económicos, etc.

En este sentido, cabe mencionar que ningún método está exento de efectos colaterales, ni existe un ideal aplicable a todas las parejas, por lo que en la selección de cualquiera se tienen que considerar, las diversas necesidades del individuo, como pueden ser: salud, paridad, edad, religión, comportamiento sexual, etc.

Ultimamente en los países desarrollados han tomado gran auge los métodos permanentes, los cuales se han simplificado mediante diversas técnicas que facilitan su realización en poco tiempo y con una permanencia hospitalaria mínima.

Hasta hace relativamente poco tiempo, los productos anticonceptivos no podían exponerse ni venderse en determinados estados, y los métodos de planificación familiar no eran muy seguros. Si bien, las cosas han cambiado mucho desde entonces, la gente tiene que escoger ahora entre un gran número de productos anticonceptivos y numerosos métodos de control de la natalidad, cada uno de ellos con sus ventajas e inconvenientes.

La decisión de utilizar anticonceptivos y la elección del método dependen fundamentalmente de dos condicionamientos prácticos como son: La operatividad (eficacia) y los peligros que entrañan para la salud (seguridad), pues la elección del método depende también, en determinados casos de factores tales como: el costo, la posibilidad de hacerse de él anticonceptivo sin receta, las preferencias estéticas y a veces, incluso, de la facilidad de ocultación del artilugio o las píldoras escogidas (Masters y Johnson, 1982).

Ya que se dispone de una gran variedad de métodos anticonceptivos clasificados por sus características en dos grandes grupos: temporales y

permanentes.

Los temporales: son aquellos que la pareja usa por un tiempo determinado para regular su fecundidad; son los naturales, locales, hormonales, e intraúterinos.

Y Los permanentes; son técnicas quirúrgicas que tienen como finalidad la interrupción definida de la capacidad de reproducción en el hombre y la mujer, a esto corresponden la vasectomía y la oclusión tubaria (salpingoclasia). Los cuales se describirán más adelante, empezando por su clasificación.

### CLASIFICACION.

<u>TEMPORALES</u>	<u>Naturales</u>	<u>ritmo</u> <u>coito interrumpido</u> <u>lactancia materna</u>
	<u>Locales</u>	<u>preservativo o condón</u> <u>diafragma</u> <u>espermicidas</u> { <u>espumas</u> <u>óvulos vaginales</u>
	<u>Hormonales</u>	<u>orales</u> <u>inyectables</u>
	<u>Dispositivos intraúterinos</u>	<u>Asa de lipps</u> <u>"T" de cobre</u> <u>"7" de cobre</u>

PERMANENTES

Vasectomia

Saipingoclasia

Los naturales:son aquellos que no requieren ningún agente extraño o sustancia química que impida la concepción y entre ellos se encuentran, RITMO, COITO INTERRUPTO Y LACTANCIA MATERNA.

### R I T M O .

El ritmo o abstinencia sexual programada, consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles, estos métodos de control de natalidad son los únicos que aprueba la iglesia católica, que los contraponen a los métodos "artificiales", entre ellos se encuentran: el calendario, la temperatura y el moco cervical.

### C A L E N D A R I O .

La forma de calcular el período fértil a través del calendario, consiste en llevar un registro de la duración de los últimos ocho ciclos para determinar los días posibles de ovulación.

Se marca en un calendario los diez primeros días del ciclo menstrual, tomando como primer día del ciclo el inicio del sangrado. Durante estos días pueden haber relaciones sexuales sin posibilidades de embarazarse.

Los siguientes diez días son considerados fértiles o de mayor riesgo

porque ocurre la ovulación, para prevenir el embarazo se deben evitar las relaciones sexuales.

Durante los últimos diez días, nuevamente podran tener relaciones sexuales sin mayor riesgo.

Aunque este método deberá ser conocido y manejado por la pareja para su mayor efectividad, y no es conveniente para aquellas mujeres cuyo ciclo es irregular.

### T E M P E R A T U R A .

Consiste en descubrir el momento de la ovulación por el aumento de la temperatura corporal basal, que se presenta inmediatamente después de la ovulación.

Para conocer el periodo de la ovulación a través de este medio, la mujer debe tomarse la temperatura diariamente durante ocho meses, en el momento de despertarse, antes de iniciar cualquier actividad o movimiento, ya que el menor desplazamiento es suficiente para aumentarla algunas décimas de grado y falsea la curva, como ocurre en caso de un resfriado o un dolor de muelas.

Hay que tomar la temperatura por vía rectal únicamente, todas las mañanas a la misma hora. El día probable de la ovulación será el día en que se inicie el aumento de la temperatura.

El método adopta entonces el ritmo siguiente: autoriza las relaciones sexuales a partir del tercer día después del momento supuesto de la ovulación y tres días antes de la próxima ovulación.

Ahora bien, este método en principio se funda sobre la prohibición de

toda relación sexual durante el período ovulatorio, determinado por una curva de temperatura. Pues se sabe, que desde el principio de las reglas hasta el día de la ovulación, los ovarios segregan una sola hormona, los estrógenos. En la segunda parte del ciclo, producen al mismo tiempo, otra hormona, la progesteróna, esta tiene la propiedad de elevar la temperatura base algunas décimas de grado, tal fenómeno permite situar de manera bastante precisa el momento de la ovulación. La curva de temperatura matinal muestra en general valores inferiores a 37°, desde el primer día de las reglas hasta el momento de la ovulación y a una temperatura superior o igual a 37°, desde la ovulación hasta el primer día de las reglas siguientes (Elia, 1984).

A continuación se ejemplifican algunas temperaturas.

Como se observa en la figura 1.- Leyendo estas gráficas, se comprende fácilmente que si bien el método es aceptable en el ejemplo No. 3 y en todo caso en el No. 1, es muy riguroso en el caso No. 2 .

## MOCO CERVICAL.

Consiste en observar las características del moco cervical y detectar las diferencias que presenta dependiendo de la fase del ciclo en que se encuentre.

El comienzo del período de fecundidad viene determinado por la secreción de un moco blanquecino o turbio, y pegajoso en la vagina. Uno o dos días antes de la ovulación aumenta la producción de moco, el cual se torna claro, filamentosos y muy parecido a la clara de huevo. Se estima que el coito vuelve a ser "seguro" a los cuatro días de la secreción de moco

claro, cuando éste vuelve a ser viscoso y obscuro.

#### VENTAJAS DE LOS METODOS DE RITMO.

- No se requiere de equipo especial.
- No ocasiona gastos.
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo.
- La eficacia de estas técnicas, si es rigurosamente aplicada, supera el 90%.
- No requiere control médico o paramédico.
- Forma parte de los escasos métodos anticonceptivos permitidos por la iglesia.

#### DESVENTAJAS E INCONVENIENTES.

- Abstinencia sexual durante varios días consecutivos.
- Su práctica requiere de autodominio y un alto nivel de motivación.
- No se recomienda en mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- Se requiere de un adiestramiento específico.
- Un porcentaje de errores, aunque relativamente pequeño, es aun demasiado importante.
- La exigencia cotidiana del método se hace pesada.
- En algunos casos se producen disfunciones sexuales, debido a que el requisito de la continencia coital produce presiones inusuales para realizar la cópula en los días "seguros", al margen de si los componentes de la pareja sienten o no deseos de hacerlo. En ocasiones, el miedo a quedar embarazada puede crear disfunciones sexuales (Masters y Johnson, 1982).

## COITO INTERRUMPIDO.

Consiste en que el hombre retire rápidamente el pene de la vagina de su pareja, cuando nota que va a producirse la eyaculación. Esto tiene como finalidad evitar la entrada de los espermatozoides al conducto vaginal y así impedir el encuentro con el óvulo.

### VENTAJAS DEL COITO INTERRUMPIDO.

- No requiere de un equipo especial.
- No representa los efectos colaterales, que pueden ocasionar otros métodos más complicados.
- No requiere supervisión médica ni implica gastos económicos.
- Puede utilizarse en todo momento y no modifica el funcionamiento fisiológico del organismo masculino o femenino.

### DESVENTAJAS E INCONVENIENTES.

- Las estadísticas revelan una media de 30% de fallas.
- El hombre controla mal su eyaculación, se escapan del meato secreciones genitales imperceptibles, que a menudo contienen espermatozoides suficientes para realizar una fecundación.
- Después de la eyaculación continua habiendo espermatozoides suficientes en el conducto urinario. Si la pareja tiene rápidamente una nueva relación, éstos penetran en la vagina y con toda libertad remontarán las vías genitales de la mujer.
- Con este método, el hombre experimenta una gran frustración: debe hacer un esfuerzo de voluntad considerable en el mismo momento en que alcanza

el paroxismo de excitación. En lugar de terminarse en la plenitud y la satisfacción del placer, el acto sexual acaba con una impresión de restricción de tensión intensa y de quietud.

- La mujer siente igualmente una frustración, no percibe las sacudidas del esperma en su vagina y se encuentra bruscamente sola en el momento en que todos sus sentidos la llevan hacia una función carnal absoluta. Y sobre todo no puede ocultar su angustia por la idea de que su compañero no sea bastante "rápido"; pues de todos modos el error del método concierne principalmente a ella (Elia, 1984).

### LACTANCIA MATERNA.

El amamantamiento ha sido considerado como un método anticonceptivo debido a que la inhibición de la ovulación permite tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, durante un periodo cuya terminación no puede precisarse con exactitud.

La inhibición de la ovulación y el retraso de la menstruación se deben a la acción de una hormona llamada prolectina, la cual evita la producción de las hormonas que intervienen en la maduración del óvulo.

### VENTAJAS.

- + No se requiere de un equipo especial.
- + No ocasiona gastos.
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo.

### DESVENTAJAS E INCONVENIENTES.

- Bajo índice de efectividad.

## CONFIABILIDAD DE LOS METODOS NATURALES.

Las causas del fracaso pueden ser múltiples; en el caso del método del ritmo, resulta difícil precisar los días de la ovulación debido a la irregularidad en los ciclos menstruales, y a la dificultad en detectar los días de la ovulación. Además la práctica de este método se dificulta por la poca disponibilidad a la abstinencia sexual.

Respecto a la detección de la ovulación a través de la temperatura, se puede ver interferida por cualquier infección o gripe; errores en la lectura del termómetro; ingestión de bebidas alcohólicas, etc. Con respecto al moco, resulta difícil que cualquier persona pueda distinguir las diferentes características que presenta en cada fase del ciclo; y por otro lado, una mujer con leucorrea o flujo va a extraer un moco totalmente alterado que no permite distinguir su consistencia real.

En cuanto al coito interrumpido puede presentar fracasos debido a que el fluido que se emite antes de la eyaculación puede contener espermatozoides que fecunden al óvulo; y por otro lado, existe el peligro de eyacular en la vulva y que los espermatozoides asciendan a la vagina. Además su efectividad disminuye por la dificultad en el control de la eyaculación.

La lactancia por su parte, no constituye un método anticonceptivo seguro debido a que resulta muy difícil de terminar el momento en que se inicia la ovulación.

Muchas mujeres esperan tomar anticonceptivos a partir del primer sangrado menstrual, ignoran que la ovulación se puede presentar antes y por lo tanto embarazarse.

En lo referente a los LOCALES.

Son aquellos que requieren de agentes mecánicos o sustancias químicas con la finalidad de impedir que los espermatozoides alcancen la cavidad uterina y fecunden al óvulo; entre ellos se encuentran : el preservativo, el diafragma y los espermicidas (jaleas, espumas y óvulos vaginales).

### P R E S E R V A T I V O O C O N D O N .

Es el único método masculino reversible actualmente, disponible, eficaz, económico y extremadamente práctico. También llamado condón, goma, funda, etc; es una delgada funda de goma o tejido intestinal de cordero que se ciñe apretadamente al pene. En la actualidad es el único método de control de natalidad efectivo de que dispone el varón, con exclusión de la intervención quirúrgica; y no precisa receta médica. Por lo general los condones se presentan enrollados en paquetes de plástico o metalizados y los hay en muy diversas clases, algunos están lubricados, otros son de color y los hay de texturas y prominencias que en teoría estimulan más a la mujer durante el movimiento coital.

### M O D O D E E M P L E O .

Se coloca en el pene erecto antes del coito, constituyendo así un depósito del semen eyaculando evitando que se vierta en la vagina, hay que poner atención en cogerlo con la yema de los dedos; las uñas podrían debilitar su textura, exponiéndolo así a la ruptura.

Si se utiliza un preservativo seco, hay que lubricarlo interiormente y sobre todo exteriormente con vaselina o una crema especial que se expide en las farmacias (Masters y Johnson, 1956).

Después de la eyaculación hay que sujetar el final del condón para evitar que se salga y el esperma se derrame en la vagina.

#### V E N T A J A S .

- Evita la transmisión de enfermedades por contacto sexual.
- No requiere receta médica.
- Es de bajo costo.
- Promueve la participación masculina en la planificación familiar.
- Ligero y nada embarazoso, se mete en el bolsillo y se puede disponer de él en todo momento.
- Se puede comprar en todos los países del mundo.

#### D E S V E N T A J A S E I N C O N V E N I E N T E S .

- Algunos hombres refieren que disminuye la sensibilidad en él durante el contacto sexual.
- Algunas mujeres se lamentan de no sentir la salida del esperma caliente sobre su cuello y en su vagina. sin embargo, experimentan normalmente el ritmo de las sacudidas musculares del pene en el momento de la eyaculación.
- Una mujer puede experimentar una gran inquietud al no dominar personalmente el fenómeno de la reproducción.

## E F I C A C I A .

- Es un método eficaz de un 80 a 90% cuando se usa adecuadamente; llevando rigurosamente estos tres pasos:
  - a) colocarlo antes de cada penetración.
  - b) manipularlo con gestos suaves, evitando las uñas, para no debilitar la textura.
  - c) retirarse inmediatamente después de la eyaculación, a fin de no dejarlo "flotar" en la vagina.

El porcentaje de embarazos por año en parejas que utilizan el condón es inferior a 5 por cada 100 parejas. Además, si los condones se utilizan siempre en conjunto con un espermicida vaginal, el grado de efectividad es aún mayor (Telles, 1986).

## D I A F R A G M A .

Es un dispositivo de goma en forma de cúpula, con un borde flexible. Después de aplicar un gel o crema espermicida dentro de la concavidad de la cúpula y en torno al borde interno flexible.

## MODO DE EMPLEO .

Para su aplicación requiere que el médico determine la medida adecuada a la vagina de la usuaria. Se introduce y ajusta en la vagina cubriendo el cuello uterino para evitar el acceso de los espermatozoides a la cavidad uterina.



## E F I C A C I A .

- Es un método eficaz de un 80 a 90% cuando se usa adecuadamente; llevando rigurosamente estos tres pasos:
  - a) colocarlo antes de cada penetración.
  - b) manipularlo con gestos suaves, evitando las uñas, para no debilitar la textura.
  - c) retirarse inmediatamente después de la eyaculación, a fin de no dejarlo "flotar" en la vagina.

El porcentaje de embarazos por año en parejas que utilizan el condón es inferior a 5 por cada 100 parejas. Además, si los condones se utilizan siempre en conjunto con un espermicida vaginal, el grado de efectividad es aún mayor (Telles, 1986).

## D I A F R A G M A .

Es un dispositivo de goma en forma de cúpula, con un borde flexible. Después de aplicar un gel o crema espermicida dentro de la concavidad de la cúpula y en torno al borde interno flexible.

## M O D O D E E M P L E O .

Para su aplicación requiere que el médico determine la medida adecuada a la vagina de la usuaria. Se introduce y ajusta en la vagina cubriendo el cuello uterino para evitar el acceso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

**Falta página**

**N° 53**

La solución a este problema es evidente : elegir un modelo de diámetro reducido, siendo suficiente algunos milímetros.

- La eventualidad de provocar una infección vaginal si el diafragma no esta limpio.
- No deben utilizar diafragma aquellas mujeres que padecen trastornos pélvicos que afectan a la vagina y al cérvix, ni aquellas a las que no les gusta tocarse los genitales.
- El hombre puede experimentar reacciones alérgicas ; también en este caso la responsabilidad cae en el espermicida más que en el caucho.
- Si se conserva demasiado tiempo, puede desencadenar infecciones de la vagina o del cuello.

#### E F I C A C I A .

- Presenta una eficacia próxima a la de los otros medios de un 97 a 98% ; si el método es empleado correctamente.
- El índice de fallos según la mayoría de los estudios realizados, oscila entre 6 y 20 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan este método durante un año.
- Otro factor que puede influir en la eficacia del método es el hecho de que a veces el diafragma se mueve de sitio durante el acto sexual, bien porque no esta bien colocado, o bien porque no es de la talla adecuada o por la expansión de la vagina y las contracciones del útero durante la excitación sexual, o bien cuando el hombre inserta y saca el pene de la vagina varias veces.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La solución a este problema es evidente : elegir un modelo de diámetro reducido, siendo suficiente algunos milímetros.

- La eventualidad de provocar una infección vaginal si el diafragma no está limpio.
- No deben utilizar diafragma aquellas mujeres que padecen trastornos pélvicos que afectan a la vagina y al cérvix, ni aquellas a las que no les gusta tocarse los genitales.
- El hombre puede experimentar reacciones alérgicas ; también en este caso la responsabilidad cae en el espermicida más que en el caucho.
- Si se conserva demasiado tiempo, puede desencadenar infecciones de la vagina o del cuello.

#### E F I C A C I A .

- Presenta una eficacia próxima a la de los otros medios de un 97 a 98% ; si el método es empleado correctamente.
- El índice de fallos según la mayoría de los estudios realizados, oscila entre 6 y 20 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan este método durante un año.
- Otro factor que puede influir en la eficacia del método es el hecho de que a veces el diafragma se mueve de sitio durante el acto sexual, bien porque no está bien colocado, o bien porque no es de la talla adecuada o por la expansión de la vagina y las contracciones del útero durante la excitación sexual, o bien cuando el hombre inserta y saca el pene de la vagina varias veces.

## E S P E R M I C I D A S .

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito y que tienen como finalidad producir la muerte de los espermatozoides depositados después de la eyaculación en el fondo de la vagina.

No es necesaria la receta médica y se pueden adquirir en farmacias o centros de planificación familiar.

Tienen doble acción; por un lado, el producto químico que contiene, mata el espermatozoide; en segundo lugar, la emulsión que contienen la sustancia activa, forma una barrera que bloquea la abertura del cérvix.

Entre ellos se encuentran : espumas, jaleas ó gel, cremas, tabletas y óvulos vaginales.

## E S P U M A S .

Es un producto químico envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte que gracias a un aplicador de plástico que se adapta a la bomba, tienen la ventaja de no necesitar ningún plazo de espera. La eficacia es inmediata y dura entre media hora y una hora.

## M O D O D E E M P L E O .

El aplicador con la espuma, se coloca en la vagina profundamente cinco minutos antes de la relación sexual. Una vez colocada, la mujer deberá acostarse para evitar que escurra la espuma. No debe realizarse lavados vaginales hasta que pasen seis u ocho horas después de la relación porque el mismo lavado puede arrastrar la espuma dejando paso a los

espermatozoides.

### J A L E A S O G E L .

En general, se expanden en tubos y vienen acompañados de un aplicador vaginal. La dosis útil se obtiene por simple presión. Según las marcas, el plazo de espera antes de la eyaculación varía entre dos y tres minutos y la eficacia entre quince minutos y una hora después de la colocación.

### C R E M A S .

(Insolubles en agua), acondicionadas también en tubos, se colocan igualmente con la ayuda de un aplicador. También la particularidad de no disolverse, quedándose en el fondo de la vagina en el lugar preciso, donde han sido inyectadas. También aquí la eficacia empieza dos o tres minutos después de la colocación y dura seguidamente entre diez minutos y una hora.

### T A B L E T A S E F E R V E S C E N T E S .

Se colocan con la mano; hay que esperar entre diez y quince minutos para obtener una protección máxima, que durará alrededor de una hora.

### O V U L O S .

Algunos se introducen con la mano, otros con la ayuda de un dispositivo especial. Requieren un tiempo de espera un poco más largo (10 ó 15 min. después de la aplicación) y aseguran una buena protección (de 20

### V E N T A J A S .

- De fácil aplicación.
- De bajo costo.
- Su introducción puede formar parte del juego amoroso.
- Pueden utilizarse en todas las edades de la vida sexual, desde la pubertad hasta la menopausia.
- Todos los estudios estadísticos realizados actualmente lo demuestran; si ocurriese un embarazo, el niño se desarrollaría totalmente normal.
- Bueno para las mujeres que no desean una anticoncepción total, sino solamente un distanciamiento de los nacimientos.

### D E S V E N T A J A S E I N C O N V E N I E N T E S .

- El plazo de espera (entre 3 y 30 min.), en posición horizontal, tiempo pensable para la buena difusión del producto, desanima sin duda a numerosas parejas en sus empresas amorosas.
  - En caso de relaciones repetidas, hay que hacer una nueva aplicación de espermicida. Esta interrupción puede romper el ritmo amoroso.
  - Muchas mujeres no aceptan el lavado vaginal después de 8 horas, ya que lo consideran una falta de higiene.
- En cuanto a las intolerancias, especialmente las irritaciones de la vagina o del pene, son poco frecuentes y ceden espontáneamente cuando se deja de aplicar el producto.

## E F I C A C I A .

La eficacia varía considerablemente entre 99 y 60% al año-mujer. En caso, el nivel cultural y la motivación profunda de las mujeres que practican esta anticoncepción intervienen de manera muy importante.

Estos errores se evitarían notablemente si se respetaran algunas reglas como son :

- A) Seguir correctamente los consejos de utilización válidos para el método en general.
- B) Y los que conciernen más particularmente a cada producto (tiempo de difusión, introducción de un óvulo después de cada relación).
- C) Introducir sistemáticamente en cada relación el espermicida en el fondo vaginal.
- D) Y respetar los plazos de espera : el poder de difusión y de barrera del excipiente dependen de ellos.
- E) Y en combinación con el condón, o el diafragma dan un índice de confiabilidad del 90 al 97%, usándolos adecuadamente.

## H O R M O N A L E S .

Los métodos hormonales son preparaciones elaboradas a base de hormonas sintéticas que, administradas regularmente por vía oral o intramuscular, son capaces de modificar y bloquear la función reproductiva en forma temporal.

Su mecanismo de acción consiste principalmente en actuar sobre algunas hormonas para inhibir la ovulación; también modifican la

consistencia del moco cervical formandolo más espeso de modo que actua como barrera para impedir el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, así mismo produce cambios en las características del endometrio de tal manera que obstaculiza la nidación del huevo (Monroy, 1985).

Actualmente existe una gran variedad de anticonceptivos hormonales que tienen como base estrógenos y progesteróna, los cuales pueden administrarse por vía oral o intramuscular, dentro de los cuales se encuentran :

### HORMONALES ORALES ; PILDORAS O PASTILLAS

Se presentan bajo la forma de un comprimido compuesto en general de las hormonas de hormonas, estrógenos y progesteróna. En la actualidad se utilizan dos clases de anticonceptivos orales, las llamadas píldoras combinadas, que contienen un estrógeno y una sustancia sintética llamada "progesteno", y las minipíldoras, que contienen una dosis muy baja de progesteno. El cual inhibe la regeneración del revestimiento uterino, dificultando con ello la implantación del óvulo, y además, espesa el moco cervical, con lo que disminuye las posibilidades de que el esperma pueda abrirse camino.

#### MODO DE EMPLEO.

Se toman a diario durante 21 días, a contar desde el quinto día del ciclo menstrual (es decir, cuatro días despues del inicio de la regla). Algunas marcas de píldoras llevan en la caja siete comprimidos inactivos (por lo general de distinto color), que se ingieren a diario hasta completar el ciclo, mientras que en otras clases de píldoras la mujer debe

acordarse de reanudar la ingestión al cabo de una semana.

En el supuesto de que la mujer olvide tomar la píldora, es preciso que al día siguiente consuma dos. La minipíldora, ha de tomarse todos los días, incluso durante la menstruación.

#### V E N T A J A S .

- Son de bajo costo.
- Son fáciles de usar.
- No interfiere durante la relación sexual.
- Regulariza el ciclo menstrual.
- Reduce el síndrome de tensión pre-menstrual.

#### D E S V E N T A J A S .

- Puede provocar molestias temporales al inicio de su uso, como dolor de cabeza, náuseas o vómito.
- Puede provocar aumento de peso, manchas en la cara, sangrado intermenstrual y también emocional.
- Su uso requiere receta y control médico.
- Olvidar tomarlas.
- No todas las personas pueden utilizarlas.

#### C O N T R A I N D I C A C I O N E S .

Está contraindicado en mujeres que presenten alguno de los siguientes padecimientos :

- Trastornos vasculares (várices).

- En enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades del hígado.
- Enfermedades cancerinas.
- Diabétes.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- A. ma.
- Durante el periodo de lactancia.

### HORMONALES INYECTABLES.

Son sustancias que se administran a través de inyecciones intramusculares y que se presentan en ampollitas cuya efectividad dura uno o dos ó tres meses.

### MODO DE EMPLEO.

La primera dosis debe aplicarse dentro de los primeros 5 días de iniciada la menstruación; las dosis subsecuentes se aplicarán cada 30, 60 o 90 días de acuerdo a lo prescrito por el médico.

Para alcanzar una máxima protección durante las dos primeras semanas debiera utilizarse algún método local.

### VENTAJAS.

- Las mismas que en los hormonales orales.

## DESVENTAJAS.

- Su uso requiere receta médica y control médico.
- Una vez suspendidas las inyecciones, la capacidad para embarazarse se recupera más lentamente que con los hormonales orales.
- Los periodos pre-menstruales son más prolongados.
- El sangrado menstrual se puede aumentar por un periodo de 2 a 3 meses después de suspender las inyecciones.
- Presenta molestias temporales similares a las de los hormonales orales.
- No todas las personas pueden utilizarlos.

## CONTRAINDICACIONES.

Las mismas que los hormonales orales.

## E F E C T I V I D A D .

Los métodos hormonales (orales o inyectables) presentan un 99% de efectividad siempre que sean utilizados adecuadamente.

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

El dispositivo (DIU), es un aparato de plástico y cobre que se coloca dentro del útero. Su presentación varia, en cuanto a forma y tamaño, los dispositivos más utilizados en nuestro país son la "T" de cobre y el Asa de Lipps (Telles, 1985).

## MODO DE EMPLEO.

El DIU. debe ser insertado dentro del útero por un médico, enfermera u otra persona entrenada para ello. Se debe plicar durante el periodo menstrual, después de un parto o un aborto, siempre y cuando no hayan existido complicaciones; cuando se trata de cesárea, se recomienda dejar pasar un periodo de 6 a 8 semanas de acuerdo al criterio del médico.

La razón por la cual se aconseja insertar el DIU durante el periodo menstrual, es que el canal cervical se encuentra más permeable que en cualquier otro momento durante el ciclo.

Una vez colocado el DIU, se debe acudir a revisiones médicas periódicas a los 45 días, 6 meses y 1 año posteriormente.

El mecanismo exacto por el cual el DIU evita el embarazo, permanece desconocido. Se piensa que en el útero humano, como un cuerpo extraño, provoca una reacción inflamatoria que podría absorber o consumir al espermatozoide o al huevo; así como constituir un medio inadecuado para la nidación. También provoca un aumento en los movimientos de las vellosidades de las trompas uterinas, siendo más rápido el transporte del óvulo al útero. De esta manera el tiempo durante el cual el óvulo está expuesto para ser fecundado, disminuye y además en caso de que fuera fecundado el óvulo, el huevo al llegar al endometrio no encontrará las condiciones adecuadas para la nidación (Tellez, 1985).

## V E N T A J A S .

- No presenta toxicidad.
- No afecta la fertilidad posterior a su extracción.

- No afecta la lactancia.
- Su efecto es de largo plazo.
- No interfiere durante la relación sexual.
- Es de fácil colocación por personal previamente adiestrado.

#### DESVENTAJAS.

- Provoca mayor cantidad de sangrado durante la menstruación.
- En los primeros meses puede provocar sangrado intermenstrual.
- En algunas mujeres aumenta el flujo vaginal.
- Provoca ligero dolor en el abdomen.

#### CONTRAINDICACIONES.

Este método está contraindicado en mujeres que presenten alguno de los siguientes padecimientos :

- inflamación pélvica.
- hemorragias intensas.
- sangrado intermenstrual.
- cancer o tumores uterinos.
- malformaciones del útero.
- enfermedad cardíaca.
- incapacidad fisiológica de la mujer para retenerlo.
- cuello uterino estrecho.
- anemia severa.
- alteraciones de la coagulación.

## E F E C T I V I D A D .

Este método presenta de un 98 a un 99% de efectividad.

## M E T O D O S P E R M A N E N T E S .

Dentro de los métodos permanentes, se pueden encontrar dos, los cuales son para el hombre, la vasectomía y para la mujer la oclusión tubaria o salpingoclasia.

## V A S E C T O M I A .

Es un procedimiento quirúrgico sencillo en el que se seccionan los conductos deferentes, para impedir el paso de los espermatozoides, de esta manera, el líquido eyaculado no es capaz de fecundar.

## I N D I C A C I O N E S .

Debido a que la vasectomía es fundamentalmente irreversible, este método debe ser utilizado cuando la pareja ha satisfecho el número de hijos que se desea tener.

Aunque se recomienda también cuando un nuevo embarazo pone en peligro la vida de la madre; cuando la mujer ha rebasado los 35 años, debido a una mayor probabilidad de embarazo de alto riesgo y de malformaciones congénitas del niño.

## V E N T A J A S .

- mayor tranquilidad al realizar el contacto sexual.
- no afecta de ninguna manera la salud, fuerza o masculinidad del hombre.
- la operación es simple e inofensiva.
- evita con mayor seguridad tener hijos no deseados.

## D E S V E N T A J A S .

Es recomendable usar un método temporal durante las primeras 15 eyaculaciones, después de la operación, hasta que el exámen del líquido eyaculado resulte negativo.

## E F E C T I V I D A D .

Se considera el método más seguro, con una efectividad casi del 100%

## O C L U S I O N T U B A R I A .

En la mujer es un procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar y ligar las trompas uterinas para impedir el paso del óvulo hacia el útero; al quedar obstruido el paso, ovulo y espermatozoide no se pueden poner en contacto y no hay posibilidad de fecundación.

## I N D I C A C I O N E S .

Debe ser utilizada cuando la pareja ha satisfecho el número de hijos

que desea tener.

Cuando está en peligro la vida de la madre.

#### V E N T A J A S .

- mayor tranquilidad al realizar el contacto sexual.
- evita con mayor seguridad tener hijos no deseados.
- no afecta la fecundidad.

#### D E S V E N T A J A S .

Molestias posteriores a la cirugía que retrasan la incorporación inmediata a las actividades cotidianas.

#### E F E C T I V I D A D .

Se considera el método más seguro con una efectividad de casi el 100%.

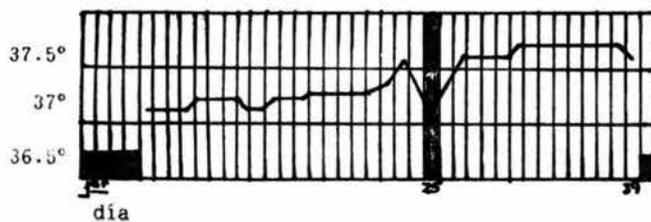
## GRAFICA DE LAS TEMPERATURAS.

1er. Ciclo normal

10 días autorizados sobre 28



2do. Ciclo largo

10 días  
autorizados  
sobre 29

3er. Ciclo corto

10 días autorizados  
sobre 23

## FIGURA 1.

Leyendo estas gráficas, se comprende fácilmente que si bien el método es aceptable en el ejemplo No. 3 y en todo caso en el No. 1, es muy riguroso en el caso No. 2.

## ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

Es el nombre que se les da a las enfermedades que se adquieren principalmente por contacto sexual, anteriormente se les denominaban enfermedades venereas del latin venereus "pertenecientes a Venus, la diosa del amor"(Tellez, 1985).

Dichas enfermedades tienen tal recrudescencia actualmente que no es posible ignorarlas, por este motivo han sido consideradas tradicionalmente como "enfermedades vergonzosas".

Afectan tanto a adolescentes como a personas mayores; esto es debido a varias razones como por ejemplo; en un matrimonio el hombre se puede sentir insatisfecho sexualmente con su pareja y él buscando saciar su satisfacción en otra persona como resultado, adquiere una enfermedad o bien porque en algunos casos es el resultado de trascendentes pasos de restricción o abstinencia sexual requerida por el médico para curar algún mal en la esposa (Todjman,1984).

Por otra parte, un número cada vez más elevado de adolescentes,aproximadamente un 10% contrae hoy las enfermedades transmitidas sexualmente y se ve enfrentado a angustiosos problemas.

Hace algunos años la organización mundial de la salud invocaba,como causa del aumento de tales enfermedades en los adolescentes, diferentes factores com

la ignorancia del significado de la sexualidad y el abuso de las prácticas sexuales en el adolescente.

el ocaso de la fé religiosa.

la emancipación de la mujer.

- la desaparición de la disciplina familiar.
- la importancia concedida a la sexualidad en los libros, los films y la televisión.
- las pubertades precoces, y
- la prostitución. (Tordjman, 1984).

Así también la liberación de las conductas sexuales, el desarrollo de la homosexualidad, pero al mismo tiempo, la falta de información el conocimiento de los peligros que representan las enfermedades transmitidas sexualmente y la falta de prevención.

Otro factor importante es la contracepción, al cual acusan de contribuir a que las relaciones sexuales sean más precoces y frecuentes entre los adolescentes, los cuales a causa de su inmadurez rehusan reconocer la posibilidad de contraer una enfermedad transmitida sexualmente y aún más la de difundirla. Ello multiplica las dificultades de prevención y aumenta la necesidad de una información precisa y directa.

Para lo cual a continuación se mencionarán algunas enfermedades transmitidas sexualmente empezando con :

## S I F I L I S .

Es una enfermedad que afecta a todo el organismo, de evolución crónica, causada por un microorganismo llamado "Treponema pallidum", el cual penetra generalmente al cuerpo humano a través de la piel después de un contacto sexual infectante, viaja por la sangre y afecta piel, mucosas, huesos, sistema nervioso central y sistema cardiovascular.

Clásicamente se manifestaba por un chancre y por ganglios satélites.

Tras una incubación de 21 días, este chancro se presentaba como una erosión superficial, regular, lisa, cuyos tres caracteres esenciales eran el endurecimiento apergaminado, la indolencia y el hecho de que habitualmente se localizaba en la región genital. La aparición de ganglios en la ingle cinco días más tarde, el mayor de los cuales llegaba a alcanzar el tamaño de un huevo de paloma, servía para diagnosticar, con todo rigor, que se trataba de sífilis (Tordjman, 1984).

Sin embargo, el diagnóstico no puede basarse sólo en una presunción clínica, ya que hoy en día el chancro responde cada vez menos a una descripción clásica. Puede ser doloroso, suave, irregular, parecerse a una simple vesícula de herpes, estar recubierto de una costra u ocultarse en el edema de un prepucio inflamado. Puede alojarse, sobre todo, a distancia de los órganos genitales, a nivel del ano, de los labios, de la lengua, de las amígdalas (Tellez, 1985).

Esta enfermedad conocida en el mundo desde hace varios siglos sufrió una disminución en su frecuencia muy importante con el descubrimiento de la penicilina, lo que trajo un lapso de gran optimismo que llevó a la idea, de que prácticamente desaparecerían; pero desgraciadamente esto no sucedió, en los últimos años, los índices de presentación de esta enfermedad han aumentado importantemente.

Actualmente a la sífilis se le clasifica en SIFILIS TEMPRANA Y SIFILIS TARDIA; en donde en la sífilis temprana incluye un estadio primario que incluye al chancro; un estadio secundario incluye lesiones de piel y mucosas antes conocido como secundarismo y un estadio terciario en donde se encuentra un período de latencia y en donde puede haber una o varias recaídas.

En la sífilis tardía; de 2 años en adelante después de haber contraído la enfermedad. Algunos autores subdividen éste periodo en sífilis tardía benigna con afección a piel y huesos y sífilis tardía maligna con daño al sistema cardiovascular y sistema nervioso central (Tellez, 1985).

Esta enfermedad puede transmitirse también por transfusión sanguínea con treponemas y en el embarazo la afección del niño por vía transplacentaria.

Cuando no existe tratamiento, se entra en el periodo secundario, por definición el más contagioso, pues en 45 días después de la aparición del chancro aparecen otras lesiones : roséola, placas mucosas, ganglios difusos, todos ellos plegados de treponemas.

De hecho estas manifestaciones secundarias son discretas y atípicas ya que pueden disimular cualquier enfermedad de la piel y así se habla apresuradamente de erupciones alérgicas, sobre todo en la mujer, en la que con frecuencia, el chancro no se hace visible, es así como es indispensable que en la presencia de cualquier manifestación cutánea sospechosa, se practiquen exámenes serológicos, que constituyen la aplicación en lo que a sífilis se refiere, esos exámenes son indispensables por dos razones, permiten la confirmación de un diagnóstico solamente evocado por el examen clínico, y asimismo vigilar a largo plazo la evolución de la enfermedad a partir del momento en que se empieza el tratamiento.

Pero por desgracia no es la única enfermedad sino que existen otras como es el caso de la Gonorrea o Elenorragia, de la que se hablará a continuación.

## GONORREA O BLENORRAGIA.

Es una infección transmitida casi exclusivamente por contacto sexual. la bacteria que causa la gonorrea, es la llamada gonococo o neisseria gonorrea, es una de las más sensibles a los cambios de temperatura, por lo que fuera del cuerpo humano ( u otro medio ó ambiente húmedo ) el gonococo muere en unos cuantos segundos. La única forma en que el gonococo puede sobrevivir a la transferencia de una persona a otra es durante el contacto físico muy directo, como en el caso de la cópula, coito anal ó relación orogenital.

Las bacterias pasan desde las membranas mucosas de la boca o de los órganos sexuales de la persona infectada, a las membranas expuestas de la persona no infectada, produciendo los síntomas primarios alrededor del 3ero. al 90avo. día después del contacto infectante : en el hombre aparece la salida de un( escurrimiento de pus a través del orificio del pene, este flujo es amarillo verdoso, mal oliente y por lo regular aparece por la mañana ) antes de la salida de la orina de la primera micción del día por la acumulación de esta secreción en la uretra del pene durante la noche. El enfermo siente( dolor y ardor al orinar, la orina es turbia por la pus y a veces contiene sangre ) (Morrison, 1986, pag. 93).

Es así como la infección puede difundirse a las vías genitoúrinarias pudiendo afectar la próstata, vesículas seminales, la vejiga y los riñones; con la posibilidad de estrechar los conductos eyaculadores obstruyendo el paso de los espermatozoides y provocando así esterilidad.

Ahora bien, en la mujer las molestias no siguen un patrón definido

como en el hombre, por tanto muchas mujeres afectadas tienen tan pocos síntomas o pasan desapercibidos éstos, que no buscan ayuda médica y se convierten en fuertes infectantes.

Cuando se presenta la infección puede ocasionar ardor o dolor al orinar o bien orina turbia; en la mayoría de los casos la afección es en el canal vaginal con flujo amarillo verdoso, mal oliente en ocasiones con rasgos de sangre y provoca escasa comezón. Si esta enfermedad no es tratada a tiempo y debidamente, se puede formar un tejido cicatrizal y obstruir las trompas, provocando esto esterilidad en la mujer ( Tellez, 1985 ).

Por otra parte, si la mujer encinta que padece blenorragia, aguda o crónica, no tratada, da a luz, el hijo puede ser contaminado en el curso del parto, en el momento de su paso por la vagina y puede adquirir una conjuntivitis aguda que le provoque la ceguera.

En los dos sexos la gonorrea puede propagarse a través del torrente circulatorio a otros órganos, originando infección e inflamación de las articulaciones (artritis gonocócica), el corazón (endocarditis gonococcica) o la envoltura del cerebro (meningitis gonococcica) ( Masters y Johnson, 1985 ).

En el año de 1963, se indicaba en estudios realizados la incidencia de las enfermedades venereas, en este año se revisó la información suministrada por todos los médicos para buscar detalles, en donde se indicaba la edad de los pacientes afectados a lo que a continuación se cita la tabla 1; en donde se muestran las edades de los pacientes con sífilis primaria o secundaria o con gonorrea, extraídos del Informe Anual del "Chief Medical Officer of the Ministry of Health", año 1963; del Reino Unido (Bynner, Lewis, Massie, 1976).

T A B L A 1

EDAD	SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA				GONORREA			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 16 años.	1	-	1	1	46	-	179	22
Entre 16 y 17 años.	16	2	20	11	389	2	617	8
Entre 18 y 19 años.	45	5	21	12	1484	6	1264	17
Entre 20 y 24 años.	237	26	61	35	7450	31	2603	35
A partir de los 25 años.	626	67	71	41	14732	61	2783	38
TOTAL	925	100	174	100	24101	100	7446	100

Nota: Grupos de edad de pacientes aquejados de Sífilis y Gonorrea.

Esta tabla nos muestra que 62 muchachos de 19 años o menos, tenían Sífilis y 1,919 gonorrea, considerando estas cifras y el número total de muchachos del país con edades comprendidas entre 15 y 19 años se podría calcular que uno de cada 1600 adolescentes contraerón una enfermedad venerea.

En las muchachas de 19 años y menores la incidencia era más alta, 42 muchachas tuvieron sífilis y 2.060 Gonorrea, es así como se calcula que entre las chicas de 15 y 19 años estaban afectadas aproximadamente una de cada 1000.

Por otra parte, en un estudio realizado en Estados Unidos, la incidencia de la enfermedad creció enormemente y hasta 1980, mostraba proporciones de epidemia, como se muestra en la figura 1. Ya que todos los años se informa de más de un millón de casos, y lo más seguro es que esta cifra no represente más de un 25% del número real de casos.

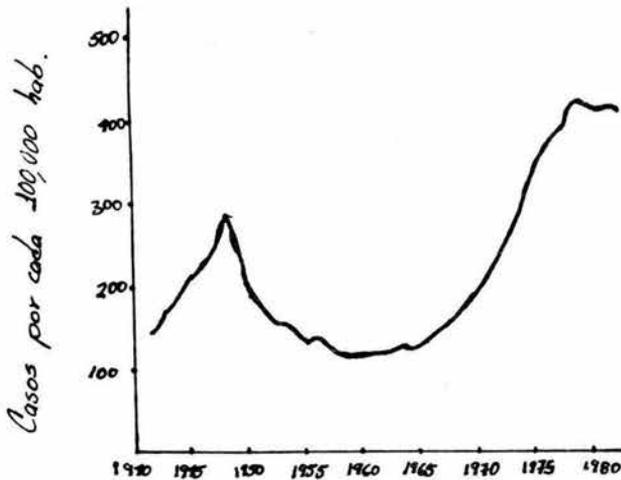


Fig. 1.- Incidencia anual de gonorrea entre ciudadanos norteamericanos.

Fuente: De los centros para la prevención y control de las enfermedades.

( Citado en Masters y Johnson, 1985; pag. 620 ).

## TRICOMONIASIS.

Es una infección causada por un protozoario llamado trichomona vaginal, el cual tiene ciertas características que le dan ciertas propiedades de resistir el medio ambiente por lo cual la transmisión no únicamente puede realizarse por contacto sexual, sino también puede contraerse la enfermedad en baños públicos, albercas o al usar ropa íntima contaminada.

Es un parásito que ocasiona pérdidas muy líquidas, espumosas y aireadas, los síntomas son más manifiestos en la mujer que presenta un flujo vaginal en general abundante, de consistencia cremosa, amarillo verdoso, espumoso y con un olor característico y desagradable que provoca comezón por lo que la vulva y vagina están enrojecidas e inflamadas.

En el hombre puede estar sin molestias o puede haber discreta molestia al orinar junto con la salida de una secreción amarillenta antes de iniciar la salida de orina.

Y no hay posibilidad de curarla más que en la medida que los dos miembros de la pareja sean tratados conjuntamente, debe efectuarse el diagnóstico con los síntomas y confirmarse con examen de laboratorio para dar el tratamiento con metronidazol ( Rodin, Goldmeier; 1976 ).

A continuación se hablará de:

## HERPES GENITAL.

El nombre le fué atribuido por vez primera por los médicos de la antigua Grecia a partir de la palabra herpein (extenderse, ponerse una

cosa sobre otra), debido al aspecto característico que ofrece la erupción o el salpullido que produce.

Es un padecimiento causado por un virus caracterizado por un período de latencia y ataques repetidos con lesiones recientes, localizadas en el área genital. La enfermedad se transmite exclusivamente por contacto sexual. "El contacto directo con los órganos genitales infectados puede llevar al contagio a través de la cópula, el frotamiento de los propios genitales con los de la pareja, el contacto bucogenital, el coito anal o el contacto oral-anal, además las zonas de la piel normalmente protegidas pueden infectarse por causa de un corte, una roncha o una llaga, de forma que también es posible la infección de los dedos, muslos y otras partes del cuerpo" (Masters y Johnson, 1985).

Las lesiones aparecen usualmente alrededor de la semana del contacto infectante apareciendo primero una sensación ardorosa en el sitio de la penetración de los gérmenes y posteriormente unas pequeñas vesículas (bolsitas de agua) rodeadas de tejido enrojecido e inflamado. Luego, las vesículas pueden romperse convirtiéndose en pequeñas ulceraciones húmedas muy dolorosas y con frecuencia los ganglios inguinales crecen y se vuelven dolorosos al tacto; puede haber dolor de cabeza, fiebre y las lesiones pueden durar de 2 a 4 semanas.

En lo que respecta al hombre, las ampollas o vesículas aparecen sobre todo en el pene, pero también pueden hacerlo en la uretra o el recto. En cuanto a la mujer, las vesículas surgen en los labios vaginales, pero también en el cérvix o la región del ano (Tellez, 1985).

Aunque las lesiones se pueden curar espontáneamente, en algunos casos las lesiones reaparecen, ya que siguen viviendo en estado latente

cerca de la base de la médula espinal, a veces son repetidos por estrés emocional, la enfermedad, la exposición excesiva al sol, el cansancio físico o los climas extremos o bien sobrevienen sin ningún motivo.

Por suerte, muchos afectados de herpes ven que los ataques repetidos tienden a desaparecer al cabo de unos años. No existe un tratamiento específico para esta enfermedad por lo que se dá únicamente medicamento para controlar el dolor y la comezón.

### CANDIDIASIS O MONILIASIS.

Es una infección usualmente vaginal provocada por un hongo que en la mayoría de los casos es "Cándida Albicans". Esta enfermedad no es exclusivamente de transmisión sexual, su aparición puede ser favorecida por factores que alteran el equilibrio de la flora bacteriana normal que habita regularmente en la mujer sana y que puede ser : el tratamiento reciente con antibióticos, el uso continuo de duchas vaginales, en las mujeres embarazadas, en las mujeres que toman anticonceptivos hormonales, en las diabéticas, etc. IZT.

Los síntomas que produce esta enfermedad son : comezón intensa, irritación, enrojecimiento e inflamación de la vulva y vagina, flujo vaginal blanco, lechoso y grumoso. El diagnóstico se hace con los síntomas y con la identificación del hongo en el laboratorio y el tratamiento será con antimicóticos locales y sistémicos (Tordjman, 1984).

### LADILLAS.

Los piojos púbicos o ladillas son parásitos que invaden la región



del pubis, aunque por lo común las ladillas se transmiten por contacto sexual, también cabe el contagio inadvertido al utilizar sábanas, toallas o ropa infestada por un portador. Los piojos anidan en el vello púbico y necesitan succionar sangre por lo menos dos veces al día. Los huevos que depositan los piojos hembra se consolidan en las raíces del vello púbico y no pueden ser eliminados restregándose con agua.

Los piojos se eliminan con hexacloruro de benceno gamma, que se vende en forma de crema, loción o shampoo. Ahora bien, las ladillas una vez separadas del cuerpo humano solo viven 24 horas. los huevos que van a parar a las sabanas o la ropa resisten 6 días.

Por este motivo con objeto de evitar la reinfestación, es prescriptivo cambiar la ropa de cama y mudarse de ropa.

#### GRANULOMA INGUINAL.

Es un padecimiento causado por un germen llamado *Donovanian granulomatis*, la lesión se inicia entre 8 y 80 días después del contagio y la lesión primaria es una pequeña úlcera que se extiende por largos tramos que pueden llegar a abarcar todo el pubis, muslos, glúteos y en general tejidos vecinos a la región genital pudiendo llegar a producir grave destrucción de los genitales externos.

El diagnóstico se da por la identificación de los cuerpos de Donovan dentro de las células, y el tratamiento se da a base de tetraciclinas, eritromicinas o estreptomycinina.

#### CHANRO BLANDO O CHANCROIDE.

Es una infección producida por una bacteria llamada *hemophilus*

ducreyí. Después de 3 ó 5 días de la relación sexual infectante aparecen varias lesiones en el sitio de entrada de la lesión "chancros múltiples" que se ulceran rápidamente y son muy dolorosas y generalmente se acompaña de inflamación de los ganglios inguinales.

Su riesgo mayor es confundirlo con lesiones sifilíticas y dar un tratamiento inadecuado; habiendo hecho el diagnóstico el tratamiento será a base de sulfas o tetraciclinas.

### LINFOGRANULOMA Y VENEREO.

Es una infección producida por una bacteria (bedsonia) se caracteriza por una inflamación importante de los ganglios inguinales y de toda la región perineal que se presenta aproximadamente a las 3 o 4 semanas después del contacto, esta inflamación es dolorosa en ocasiones supura y sangra, y a veces también los trayectos de la cadena linfática de alrededor del ano se endurecen, impidiendo la defecación.

El diagnóstico se hace con pruebas de laboratorio específicas para la enfermedad y el tratamiento se hace con tetraciclina, eritromicina o sulfas.

### S I D A.

Es la más reciente y temible enfermedad de transmisión sexual que ha conmocionado a la opinión pública, fué detectada por vez primera en 1981; conocida en la actualidad con el acrónimo SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), esta asoladora enfermedad se caracteriza por la destrucción del sistema inmunitario que protege al organismo de las infecciones.

Poco tiempo después fueron apareciendo un número mayor de casos y hasta los reportes de agosto de 1983, se encontraron 1700 casos la mayor parte de Estados Unidos, en varios países de Europa, Africa, Haití, etc. El común denominador que se ha encontrado en estos pacientes es una afección completa a todo el sistema inmunitario lo cual los hace presa fácil de cualquier tipo de infección oportunista.

Según los Centros de Control Epidemiológico, hasta el 10. de Marzo de 1984 se habían comunicado en los Estados Unidos 3,646 casos de SIDA, más otros cientos de casos en más de 30 países, indicando estos datos que cada seis meses se duplica el número de personas afectadas.

De los primeros 1000 casos de SIDA detectados en los E. U., el 73% corresponde a varones adultos homosexuales (hombres y mujeres), el 5% a hombres originarios de Haití (solo unos pocos reconocieron que eran homosexuales o bisexuales) y alrededor del 1% a hemofílicos. En conjunto, el 94% de afectados eran hombres y de ellos la mitad entre 30 y 40 años (Masters y Johnson, 1985).

Ya que inicialmente se pensó que este padecimiento afectaba únicamente a homosexuales jóvenes promiscuos y que usaban sustancias como nitritos inhalados. Es cierto que el grupo mayormente afectado 70-80% de los casos reportados de SIDA, es población homosexual y bisexual; pero se ha descubierto que el padecimiento se ha encontrado en heterosexuales drogadictos, en hijos de madres drogadictas, en hemofílicos que recibían transfusiones de donadores que después presentaron SIDA, en un grupo de haitianos inmigrados a los E.U., que no eran homosexuales o drogadictos y en hijos de mujeres haitianas. Recientemente también se pudo precisar que las mujeres compañeras de los afectados del SIDA, pueden tener el

padecimiento ó el cuadro clínico atenuado (pre-sida).

Uno de los rasgos más importantes e inquietantes del SIDA es que el periodo de incubación, desde la exposición al virus hasta el desarrollo de la enfermedad o aparición de los síntomas, puede ser de hasta 12 a 18 meses. Lo más probable es que durante este lapso el individuo que incuba el virus puede ya contagiar a otros (Morrison, 1986).

En la actualidad los estudios e investigaciones se orientan a evaluar las pruebas y análisis para la detección temprana del SIDA, una de estas pruebas consiste en la medición en el laboratorio de una sustancia llamada interferón alfa-acidolabil, pero hasta el momento no se sabe a ciencia cierta cual es el grado de exactitud de esta verificación.

En lo referente a los síntomas no hay un cuadro sintomático válido para todos los casos de SIDA; los principales síntomas apreciados son : pérdida progresiva de peso sin razón aparente, fiebre resistente (acompañada a veces por sudoraciones nocturnas), hinchazón de los nódulos linfáticos y manchas de un rojo púrpura y del tamaño de una moneda en la piel.

Cuando aparecen los síntomas permanecen inalterables por espacio de meses o dan lugar rápidamente a una o más infecciones "oportunistas" es decir, aquellas que se producen cuando el sistema inmunológico se halla comprometido. Entre dichas infecciones figuran una forma inusual de neumonía causada por pneumocytis carinii, infecciones fungidas, tuberculosis y diversas clases de herpes. Aunque en ocasiones el tratamiento logra contener estas graves infecciones, lo normal es que sobrevengan una tras otra, hasta que la víctima termina por sucumbir debido al menoscabo irreversible de su sistema inmunológico. A temor de

lo que se sabe hasta el momento, parece que el SIDA resulta mortal al cabo de 2 o 3 años. sí bien, cabe la posibilidad de que al principio sólo se detectan los casos más graves y que existan otras manifestaciones leves que no tengan irremisiblemente un desenlace fatal.

Hasta el momento no cuenta con el tratamiento ni la prevención específica; es considerado un problema de salud pública mundial, que requiere de atención multidisciplinaria, donde el núcleo familiar juega un papel preponderante (Argumedo, 1991; Vol. 1 No. 3 ).

Ya que la mayoría de los enfermos presentan trastornos conductuales de ansiedad, angustia, temores, culpabilidad e ideas suicidas que empeoran el padecimiento y deterioran su calidad de vida.

## DISFUNCIONES SEXUALES.

Al igual que sucede con otros procesos fisiológicos, cuando la función sexual discurre normalmente, se acepta como presupuesto básico que tiene que ser así y apenas se piensa en ello. Pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, puede convertirse en fuente de ansiedad, angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales.

Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas, pueden ser entre otras, los mitos y tabúes prevaecientes y factores referentes a la educación recibida.

Es así como las anomalías en el comportamiento sexual son algo extremadamente frecuente, tanto en el hombre como en la mujer.

Por lo que a continuación se habla acerca de las disfunciones sexuales existentes tanto en el hombre como en la mujer dando características y síntomas de cada disfunción empezando con los del hombre.

## TRASTORNOS SEXUALES DEL HOMBRE.

Para la mayoría de los hombres de casi todas las colectividades, la suficiencia sexual se considera como un patrón con el que se mide la calidad del individuo como persona. Quien no funciona en el "plano sexual" a menudo se siente avergonzado, aturdido o deprimido frente a la

situación que considera una remora que pone entre dicho su virilidad (Gayou, 1986).

El individuo que sufre una disfunción sexual puede cambiar su conducta, haciendo frente a su problema, inventándose excusas, como por ejemplo; culpar de su trastorno a su esposa o compañera.

A continuación se mencionaran las distintas clases de trastornos sexuales que se dan en el hombre.

### TRANSTORNO DE LA ERECCION (IMPOTENCIA)

Son frecuentes en el adolescente y responden por lo general a una inexperiencia y a una excesiva vulnerabilidad a las emociones. Más de una vez, la literatura ha descrito a este adolescente como tímido, poco seguro de su virilidad, roído por las dudas acerca de sus resultados y que no sabe aún que la erección no está sometida al control de la voluntad.

El se puede mostrar orgulloso de sus mañanas triunfantes de una erección sin fallo alguno cuando se masturba, pero le invade el pánico tan pronto como se aproxima a una compañera por primera vez. Cuanto más quiere menos puede, y los fracasos se acentúan su sentimiento de humillación y acrecentan su angustia ante cada nueva tentativa y a veces para evitarse semejante incomodidad, prefiere refugiarse en la abstinencia prolongada.

Esta disfunción está clasificada en primaria: cuando nunca ha tenido una erección suficiente para lograr penetración y secundaria cuando se ha logrado penetración en el pasado pero actualmente no se puede y también

en selectiva, cuando se consigue la erección y penetración con determinado compañero sexual pero no con otros (Tellez, 1985).

Las dificultades de la erección pueden sobrevenir a cualquier edad y pueden revestir muy distintas formas, la ausencia total de erección es poco frecuente, solo como secuela de ciertas enfermedades orgánicas.

Sí el individuo no se toma con calma tales incidentes y se muestra muy preocupado por el fallo y la imposibilidad de responder físicamente del modo adecuado se expone a preparar el terreno de fomentar el surgimiento de complicaciones en relaciones sexuales posteriores ya que se preocupa por su capacidad o incapacidad para funcionar normalmente.

### EYACULACION PRECOZ.

Masters, denomino eyaculador precoz a todo hombre que al no poder diferir suficientemente su eyaculación no permite a su compañera el acceso al orgasmo al menos una de cada dos veces. Pero esta definición peca por el hecho de que el tiempo necesario para que una mujer alcance el orgasmo varía considerablemente de una persona a otra.

Y por desgracia, la eyaculación sobreviene prematuramente causando una frustración en la compañera y conduce, a corto o largo plazo a un deterioro del clima afectivo en la pareja.

Existe suficiente evidencia de que los procesos de aprendizaje juegan un papel primordial en esta disfunción, la historia clásica de la etiología, es la del joven que tiene sus primeras oportunidades de realización de coito bajo presión ya sea por parte de la prostituta con la que ha acudido o por el riesgo de ser sorprendido (Morrison, 1976).

Se han invocado causas infecciosas pero no existe evidencia que lo

prueba, asimismo se considera que ciertos conflictos pueden contribuir a agravar la disfunción.

El tratamiento consiste en hacer que el sujeto sea conciente lo más pronto posible de esas sensaciones premonitorias. La eficacia del tratamiento preconizado por Masters es excelente, dado que se sitúa en el orden del 90% sin embargo, implica la participación activa de una compañera que se halle motivada (Tordjman, 1984).

### INHIBICION DE LA EYACULACION Y EYACULACION RETARDADA .

La ausencia de la eyaculación, va ligada con frecuencia, a una educación familiar religiosa o represiva. Se observa también en el adolescente deprimido, en los fumadores de marihuana o en los adictos a ciertos "tranquilizantes" y un sentimiento de miedo y culpabilidad se incrustan en él.

Consiste en la incapacidad de eyacular dentro de la vagina, a pesar de tener una erección firme y de haber alcanzado cuotas relativamente altas de excitación sexual. Esta es una disfunción infrecuente que suele darse en los varones de menos de 35 años y se divide en primaria y secundaria; la **primaria** es; cuando nunca ha sido capaz de eyacular en la vagina y la **secundaria**; se refiere a los hombres que han perdido la capacidad de eyacular dentro de la vagina o que lo hacen de tarde en tarde, después de unos antecedentes normales de eyaculación coital (Masters y Johnson, 1985).

En contadas ocasiones la inhibición de la eyaculación puede tener un carácter situacional, es decir, que se produce con una pareja, pero no

con otra.

Por otra parte a la eyaculación retardada se le puede considerar como el extremo opuesto de la eyaculación precoz. En este supuesto, si bien finalmente se logra la eyaculación en la vagina, ello requiere largo tiempo y esfuerzos prolongados en la estimulación coital, a la vez que la excitación sexual es a veces en extremo tardía.

### COITO DOLOROSO.

Esto se refiere a la presencia de dolor en el coito, existen dos clases de dispareunia, la artificial que se produce al comienzo de la relación y que puede ser orgánica y la dispareunia profunda que es más tardía y que puede obedecer a múltiples causas.

En el varón puede imputarse a diversos problemas orgánicos, si bien los factores psicosociales motivan al menos la mitad de estas alteraciones. Las causas orgánicas más probables son la inflamación del pene, el prepucio, los testículos, la uretra y la próstata.

## TRASTORNOS SEXUALES DE LA MUJER.

Las mujeres empezaron a mostrar más conciencia de la realidad de las disfunciones sexuales. La mujer que se ve así misma como "incapaz de responder" de un modo u otro, a menudo se siente desconcertada, confusa y deprimida como les ocurre a los hombres.

También ella trata de salir al paso de sus perturbaciones mediante la evitación y la invención de excusas o esmerándose en la relación sexual, y todo con objeto de hallar la técnica "adecuada" que le permita liberar su impotencia sexual.

A continuación se citan las distintas formas de los trastornos sexuales femeninos.

### VAGINISMO.

El vaginismo es la presencia de espasmo, involuntario de la musculatura que rodea el introito vaginal. La mujer con vaginismo, no necesariamente tiene falla en los demás eventos del ciclo de la respuesta, es decir, puede ser capaz de lubricar y alcanzar orgasmo mediante estímulos sexuales que no incluyen la penetración.

Puede afectar a mujeres de cualquier edad y la gravedad del reflejo varía mucho según la persona. En casos extremos, el vaginismo puede ser tan aparatoso que la abertura vaginal se cierra por completo impidiendo no solo la realización del coito, sino la mera inserción de un dedo (Tellez, 1985).

## ANORGASMI A .

Como en el caso de muchos trastornos sexuales, se distinguen varias clases de anorgasmia como son :

**ANORGASMI A PRIMARIA.**- Se refiere a las mujeres que nunca han tenido un orgasmo.

**ANORGASMI A SECUNDARIA.**-Son las mujeres que durante una época fueron orgásmicas, pero que luego dejaron de serlo.

**ANORGASMI A SITUACIONAL.**-Alude a las mujeres que son orgásmicas o fueron en una o dos relaciones, pero solo bajo ciertas situaciones.

**ANORGASMI A FORTUITA.**-Hace referencia a las mujeres que han experimentado orgasmos en diferentes tipos de actividad sexual, pero de forma infrecuente (Masters y Johnson, 1985).

Es así como el hecho de no tener orgasmos puede suscitar el miedo al desempeño sexual y situar a la mujer en el papel de espectadora, sofocando su capacidad de respuesta sexual y también conlleva a menudo a una disminución de la autoestima, fomenta la depresión y da lugar a una sensación de inutilidad.

## ORGASMO RÁPIDO .

El orgasmo rápido ha sido ignorado por los sexólogos, ya que se trata de un hecho raro, pues sólo presentan pocas mujeres.

El problema de ellas radica en que, una vez alcanzado el orgasmo, pierden interés, o poco menos en la actividad sexual, y a menudo la encuentran físicamente incómoda.

En cuanto al marido o compañero de una mujer de orgasmo rápido,

también suele verlo desde una óptica positiva, ya que tiene una pareja que responde muy bien a la estimulación o se siente orgulloso de su técnica amorosa.

## COITO DOLOROSO.

Esta alteración, se da a cualquier edad aparece al principio de la cópula, en el lapso intermedio del coito o después del mismo. El dolor reviste la forma de un ardor, dolor cortante, quemadura o contracción; puede ser externo, en el interior de la vagina o en el fondo de la región pélvica en el abdomen.

La dispareunia menoscaba el goce sexual del individuo y puede alterar la excitación sexual y el orgasmo. El miedo al dolor hace que la mujer se ponga en tensión y decrezca su placer sexual. En muchos casos, la mujer puede evitar la actividad coital o abstenerse de todo tipo de contacto sexual. En cuanto a los maridos o compañeros de las mujeres con dispareunia pueden mostrarse muy comprensivos y sensibles a lo que aquella experimenta o comportarse con resentimiento y exigencias a pesar del malestar de su cónyuge o compañera (Monroy, 1984).

3

DESARROLLO

DE LA

SEXUALIDAD.

Los aspectos biológicos que configuran el hecho de nacer hombre o mujer forman vital importancia con los factores psicológicos y sociales que empiezan a influir en el momento del nacimiento y que sigue haciéndolo por el resto de su vida. "La identidad del género es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su importancia y pertenencia al sexo masculino y femenino. El rol o papel de género, en cambio, es la expresión de la masculinidad o feminidad de un individuo a tenor de las reglas establecidas por la sociedad" (Masters, Johnson y Kolodny, 1987 pag. 239).

La formación de la identidad de género se inicia al principio de la niñez y repercute de muy distintas maneras en el desarrollo sexual como se aprecia en las siguientes teorías del aprendizaje sexual.

TEORIAS DEL APRENDIZAJE: Sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio-ambientales a los que el niño se haya expuesto. En los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. El niño aprende a copiar la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es cierto que los padres tratan de forma distinta a los niños y a las niñas, desde el momento del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol del género (Kagan, 1976; Petersen, 1980).

TEORIA COGNITIVO-EVOLUTIVA. - Según este punto de vista el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (Kohlberg, 1966) los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género equivalente a una estimulación no menos estereotipada del mundo en general. De la misma forma que un niño de tres años puede pensar que hay una persona dentro del aparato de televisión, es propenso a creer que basta con ponerse una peluca y unas faldas para que un hombre se "transforme" en mujer. A veces, cuando se pregunta a una niña de esa edad que quiere ser de mayor, contesta que "un papá". Hasta los cinco o seis años no comprenden los niños que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género. Una vez asentada esta convicción el niño comprende, mediante la observación y la imitación, que hay determinadas conductas que convienen mejor a uno u otro sexo. Contrariamente a la teoría del aprendizaje, la doctrina cognitivo-formacional, sostiene que el niño copia el

comportamiento de los adultos no tanto para obtener recompensa como para lograr una identidad propia (Kaplan y Sedney, 1980).

TEORIA DE LA INTERACCION BIOSOCIAL.- Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Se discute en qué medida la programación prenatal condiciona la formación del género. Milton Diamond cree que las hormonas que actúan en la etapa fetal originan en el cerebro diferencias de orden sexual y que estas diferencias son condicionantes decisivos de la conducta posterior del individuo (Diamond, 1977).

En conjunto la tesis biosocial pone de manifiesto que en el proceso global de desenvolvimiento sexual existen determinados períodos críticos. De la misma manera que se habla de un periodo crítico relativo a la acción de los andrógenos sobre el feto. Money sostiene que se da también un periodo crítico respecto a la formación de la identidad género. El y sus colaboradores han observado que antes de los tres años, la mayoría de los niños han consolidado su identidad de género "medular" o "básica", es decir, que han sentado las bases de su identidad y tienen una conciencia primaria de pertenecer al sexo masculino o femenino. Al parecer, a partir de este momento se hacen del todo imposibles las tentativas de cambiar la orientación sexual del niño debido a las dificultades psicológicas que ello comporta.

En la actualidad carece de sentido pensar que la maduración sexual

está rígidamente controlada por la "naturaleza" (biología) o por la "crianza" (aprendizaje). Los procesos biológicos no acontecen en un vacío cultural, ni el aprendizaje opera sin el auxilio del mecanismo cerebral. Si bien son precisas nuevas investigaciones para esclarecer los pormenores del proceso, esto indica que la teoría de la interacción biosocial es la que proporciona una perspectiva más de todas las fases del desarrollo sexual.

## L A I N F A N C I A S E X U A L .

El proceso de maduración sexual involucra tanto aspectos anatómicos y fisiológicos como psicosociales. Sin embargo se sabe más de los primeros "El desarrollo psicosocial permanece aún como un enigma y se discute la influencia de los impulsos inherentes al individuo contra los que ha super impuesto la cultura en la que vive, es decir, si se trata de características innatas o si son aprendidas a lo largo de su vida" (Monroy, 1985).

Debido a que no es posible saber que le pasaría a un infante, desde el punto de vista de desarrollo psicosexual se debe ser cauto en el manejo de las interpretaciones.

Al nacer, un niño no tiene una clara conciencia de sí mismo, es decir, aún no posee vía diferenciación ni una integración de su yo. A través de su inteligencia sensoriomotriz, va percibiendo al mundo que lo circunda. De la actitud de sus padres y de quienes lo rodean, él niño irá desarrollando un propio concepto de sí mismo y de su sexualidad. A partir de los tres años la curiosidad sexual del niño se manifiesta continuamente, espía, pregunta, copia actitudes del sexo contrario, muestra gran interés hacia su propio cuerpo y el de los demás. Sus juegos, entre ellos los sexuales son prueba reluciente de lo anterior. La exploración de su cuerpo lleva al niño a descubrir que ciertas partes de él, le producen sensaciones placenteras, así aparece la "masturbación infantil". En el varoncito es un hecho más notorio debido a su constitución física; sin embargo, también se presenta en las niñas. La masturbación en esta edad es diferente a la que se presenta en la adolescencia o vida

adulta. No causa ningún daño físico o mental y ayuda a conocer e integrar su auto-imagen.

Entre los tres y los seis años, aparece un periodo en que los niños presentan rivalidad con el padre del mismo sexo y muestran especial preferencia, por el otro. En esta etapa de su vida, el niño se identifica con su padre (o figura sustitutiva) del mismo sexo, es decir, incorporar pautas de conducta características, motivos e intereses tanto de él como de la imagen que la pareja tenga de el otro.

Lo que se inicia como una simple imitación del modelo paterno, se va convirtiendo en rasgos de personalidad del pequeño. De este modo aprende su rol o papel sexual y siente la satisfacción o no de su identidad femenina o masculina

Esta edad se caracteriza por preguntas más específicas con respecto a la sexualidad a partir de los 6 años la integración del yo es mucho más compleja y el pensamiento concreto. El niño de esta edad hace una clara diferenciación entre niños y niñas. Los primeros discriminan a los segundos y viceversa. Se forman grupos de amigos del mismo sexo y no se admite que nadie del otro sexo irrumpa en ellas (isofilia). En tales grupos el niño adopta claramente su papel, ya sea femenino o masculino, y quienes lo rodean favorecen su desarrollo pues al participar en un grupo, el menor acepta las normas que los demás establecen, actúa de acuerdo a lo que se espera de él y ve reflejado en los demás muchas de sus características sexuales, lo que afianza su identidad de género. A lo largo de esta etapa se observa ya un pensamiento de tipo lógico y concreto por lo que el niño en forma paulatina, muestra curiosidades específicas acerca del crecimiento y desarrollo intrauterino; las diferencias anatómicas y

fisiológicas entre niños y niñas, hombres y mujeres; el papel de los padres en la reproducción, el porqué de los nacimientos múltiples, malformaciones congénitas, nacimientos prematuros, abortos y algunos tópicos sociales como la prostitución y la planificación familiar.

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

## LA SEXUALIDAD INFANTIL.

Antes de la obra de Freud y de los primeros sexólogos de comienzos de siglo, se estimaba que la sexualidad infantil o no existía o era un tema proscrito en virtud de los peligros que comportaba y de su índole pecaminosa (Sullliway, 1979). Estas opiniones antagónicas aún subsisten, pero por lo menos en la actualidad hay padres más tolerantes que ven en ello un hecho natural. En cambio, otros no aceptan de buen agrado que sus hijos manifiesten cualquier tipo de interés o de comportamiento sexual. Creen que puede considerarse como una anomalía; otros no saben como encararse con la cuestión, y un tercer grupo, en fin, padece en propia carne los efectos de disfunciones sexuales.

El conocimiento de las pautas clásicas de desarrollo sexual durante la niñez hará que los padres (o los que vayan a serlo algún día), ayuden a sus hijos a aceptar la sexualidad sin traumas ni precipitaciones.

## LA SEXUALIDAD EN EL LACTANTE Y LA PRIMERA INFANCIA.

La ultrasonografía, ha facilitado indicios de que, por espacio de varios meses antes del nacimiento, el feto masculino tiene erecciones reflejas (Masters, 1980; Calderone, 1983). Muchos recién nacidos varones tienen así mismo erecciones a los pocos minutos del parto, a menudo antes de que se haya procedido a cortar el condón umbilical. Igualmente, los recién nacidos tienen lubricación vaginal y erección clitorica en el

transcurso de las primeras 24 horas (Langfeldt,1981),de modo que es evidente que los reflejos sexuales se producen ya desde el momento mismo del nacimiento y probablemente en la fase de gestación.

Una fase importante de la sexualidad del bebé se asienta en la placentera intimidad entre los padres y el pequeño,a través de los mismos,caricias y abrazos (Higham,1980). Este lazo entre los padres y la criatura empieza al dar a luz la madre y se prolonga en el curso de operaciones tales como la lactancia,el baño,el vestir del pequeño y otras actividades que refuerzan este vínculo. Un bebé que carezca de intimidad paterna y de afecto puede experimentar más tarde problemas para establecer una relación afectiva estrecha con otras personas,o, en un terreno más especulativo,para sentirse a gusto con su sexualidad (Harlow y Harlow,1962;Ainsworth,1962;Trauce,Kennell y Klaus,1977;Money,1980). Citado en Masters y Jonhson,1987.

Los niños de muy corta edad responden de forma muy espontánea con señales de excitación sexual a los múltiples focos de sensaciones físicas. Por ejemplo,es común que los bebés varones tengan erecciones mientras la madre los amamanta. Algunos padres se sienten alarmados ante estos detalles y temen que pueda ser indicio de anomalías o perversiones precoces,pero lo cierto es que la cálida y blanda proximidad del cuerpo de la madre y el intenso estímulo neurológico que comporta la succión (en los labios confluyen abundantes determinaciones nerviosas sensoriales),se conjugan para enviar mensajes al cerebro,que son interpretados como placenteros y que activan los reflejos sexuales. También en las niñas lactantes sobreviene la lubricación vaginal,lo que indica que esta pauta no se limita a uno de los sexos (aunque la erección del pene es más

visible y, por ello más fácil de apreciar). Signos similares de activación de los reflejos sexuales suelen presentarse al bañar al bebé, espolvorearlo, cambiarle los pañales o cuando los padres retozan con él. No obstante, como cita Martinson (1981 pag.26), es importante darse cuenta de que: El niño es demasiado pequeño para ser consciente de este contacto, por lo que no puede decirse que se produzca un despertar erótico socio-sexual. La reacción de los padres al observar estos reflejos sexuales forma parte del incipiente aprendizaje sexual del niño. Aquellos progenitores que se muestran sorprendidos o que reprueban el hecho son propensos a reaccionar de una manera que traducirá sus sentimientos negativos al pequeño, en tanto que los padres que reaccionan con tranquilidad transfieren al niño un mensaje de aceptación relativo al sexo. En un padre observador, los lactantes niños o niñas, empiezan a tocarse o frotarse los genitales, tan pronto como son capaces de ejercer la obligada coordinación motora. Kinsey y col. dieron cuenta de que en ocasiones, estos toques originaban orgasmos en niños que todavía no habían cumplido el año (citado en Masters y Johnson, 1987. pag.246).

Si bien los bebés no pueden responder por ellos mismos, parece que las pruebas disponibles abonan esta última teoría. Kaplan (1977), apunta que los lactantes "Dan muestras de alboroso 'cuando se les estimulan los genitales'" Bakwin indica que los bebés se muestran muy contrariados cuando se intenta interrumpirlos, durante la masturbación, y añade que la autoestimulación acaece muchas veces al día (Bakwin, 1974, pag.204).

En el tercero o cuarto mes de vida, la estimulación de los genitales va acompañada de sonrisas y retozos (Martinson, 1980). Al cumplir el año el juego con los genitales es un rasgo común cuando el bebé está desnudo o se

le baña. Estos tocamientos se dan con más frecuencia en los pequeños criados en el seno de una familia que en los niños de los departamentos de puericultura (Spitz,1949),lo que da a entender que el vínculo de los padres con el hijo desempeña un papel de primer orden en el desarrollo ulterior de la sexualidad.

## LA SEXUALIDAD EN LA PRIMERA NIÑEZ DE 2 A 5 AÑOS .

A los dos años, la mayoría de los niños han dado los primeros pasos y balbuceos y han establecido un perfil de su identidad sexual, masculino o femenino. Hay una incuestionable curiosidad hacia las partes del cuerpo y la mayoría de los pequeños descubren (si aún no lo han hecho) que la estimulación genital produce sensaciones placenteras. Primero el juego con los genitales acaece en solitario, pero más tarde resurge en juegos como "enseñame los tuyos y yo te mostraré los míos", o bien en los pasatiempos de "doctores" y "enfermeras". Además de frotarse el pene o el clitoris manualmente, hay niños que se estimulan restregándose con una muñeca, una almohada, una manta o cualquier otro objeto.

Las conversaciones con niños y niñas de tres años prueban que conocen muy bien el goce sensual que procura la estimulación genital, si bien ellos no aluden a estas sensaciones con las palabras "erótico" o "sexual" (conceptos que aún el niño no puede comprender).

Poco más o menos por esa misma época, los niños también cobran conciencia de cuando los padres desapruaban sus tocamientos; a veces se desconciertan cuando éstos les dicen que se fijen en su cuerpo, pero con exclusión de los órganos genitales. Si bien es conveniente que los padres eduquen a sus hijos dentro de las pautas socialmente aceptables (por ejemplo, decir al niño que no debe exhibir o jugar con sus genitales en público), hay algunos progenitores que frustan todo contacto de jugueteo sexual diciendo "eso no se hace" o "no te toques ahí abajo" o bien sin que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## LA SEXUALIDAD EN LA PRIMERA NIÑEZ DE 2 A 5 AÑOS.

A los dos años, la mayoría de los niños han dado los primeros pasos y balbuceos y han establecido un perfil de su identidad sexual, masculino o femenino. Hay una incuestionable curiosidad hacia las partes del cuerpo y la mayoría de los pequeños descubren (si aún no lo han hecho) que la estimulación genital produce sensaciones placenteras. Primero el juego con los genitales acaece en solitario, pero más tarde resurge en juegos como "enseñame los tuyos y yo te mostraré los míos", o bien en los pasatiempos de "doctores" y "enfermeras". Además de frotarse el pene o el clítoris manualmente, hay niños que se estimulan restregándose con una muñeca, una almohada, una manta o cualquier otro objeto.

Las conversaciones con niños y niñas de tres años prueban que conocen muy bien el goce sensual que procura la estimulación genital, si bien ellos no aluden a estas sensaciones con las palabras "erótico" o "sexual" (conceptos que aún el niño no puede comprender).

Poco más o menos por esa misma época, los niños también cobran conciencia de cuando los padres desaprueban sus tocamientos; a veces se desconciertan cuando éstos les dicen que se fijen en su cuerpo, pero con exclusión de los órganos genitales. Si bien es conveniente que los padres eduquen a sus hijos dentro de las pautas socialmente aceptables (por ejemplo, decir al niño que no debe exhibir o jugar con sus genitales en público), hay algunos progenitores que frustan todo contacto de jugueteo sexual diciendo "eso no se hace" o "no te toques ahí abajo" o bien sin que

medien palabras,haciendo sencillamente la mano del pequeño y apartándola de los genitales. El negativo impacto de estas constricciones puede constituir,a la larga,la causa primera de una disfunción sexual (Masters y Jonhson,1970;Calderone,1978;Money,1980). Esta actitud acaba de asentarse en virtud de la presunción,por parte de muchos niños y niñas,de que sus genitales son "sucios",a temor de los juicios,que captan de los mayores cuando se les enseña a controlar los esfinteres. La insistencia en la higiene cuando el pequeño acude al aseo (límpiase con cuidado y lávate las manos cuando hayas terminado),propicia el ánimo del niño a evaluar la función genital de forma negativa,por más que la pretensión de los padres de que cuide la higiene sea una preocupación legítima.

En nuestra sociedad,a los 4 años la mayoría de los niños empieza a preguntar de donde vienen los bebés y como acontece el nacimiento (Martinson,1980). Hay padres que responden con naturalidad mientras que otros se muestran ostensiblemente incómodos y muy reticentes a discutir el tema y proporcionar al pequeño un mínimo de información. Los niños saben muy bien lo que no gusta a "papi"o a "mami"o sea que pueden reaccionar no formulando este tipo de preguntas o atosigándoseles para ver como salen del trance.

A los 4 años,el niño suele tener una idea abstrusa y un tanto quimérica de lo que es el sexo. A menudo aceptan la explicación de la cigüeña,sin entrar en más interpelaciones,o,en el supuesto de que se les ofrezca un cuadro más ajustado a la realidad,lo interpretan a "su" manera. Así es corriente que muchos niños o niñas de esa edad se tomen al pie de la letra la explicación de que el niño sale de un huevo de la madre,equiparándolo a los que se venden en las pollerías y tiendas de ultramarinos. Esta interpretación de los temas sexuales refleja la visión

concreta y literal que el pequeño de 4 años tiene del mundo y de la vida en general.

A los 5 años, edad en que la mayoría de niños acuden a la escuela de párvulos, la oportunidad de relacionarse con amiguitos de la misma edad en un medio organizado, facilita el recato y los juguetes sexuales son menos frecuentes (Martinson, 1980). A esa edad los niños disfrutan con el aprendizaje de términos alusivos a las partes del cuerpo que nunca habían utilizado, a la vez que empiezan a contar bromas sobre el sexo y las funciones genitales, casi siempre después de haberlas oído en boca de un niño un poco mayor. El pequeño de 5 años quizá no comprenda el sentido de la broma, pero ríe con ganas (a veces la parte que no tiene gracia) para disimular su ignorancia. Tal como observa Money (1980), siempre que el niño no obtiene una información directa y franca sobre el tema sexual, las chanzas se convierten, tanto para las niñas como para los niños, en la principal fuente de educación sexual. Puesto que incluso los niños pequeños aprenden rápidamente a distinguir entre un chiste o una broma "decente" o "verde", se crea la actitud de que el sexo es una cosa poco decorosa.

También a esa edad los niños empiezan a formarse ideas sobre el sexo basadas en la observación de las efusiones entre sus padres, como puede ser el ver a mamá y a papá abrazándose y besuqueándose con evidente pasión, lo que es un excelente indicador de los placeres que conlleva la intimidad física y afectiva. Por otro lado, tener unos padres que se están peleando constantemente, u oír como uno dice al otro "no me toques" puede surtir el efecto contrario y deformar la idea que tenga el niño de la intimidad.

## LA SEXUALIDAD DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR.

Por lo general los niños de 6 y 7 años tienen ya un conocimiento cabal de las diferencias anatómicas fundamentales entre ambos sexos y por lo general muestran un notable recato en lo que concierne a la exposición de las partes del cuerpo. No cabe duda de que la actitud y las costumbres de los padres en cuanto a exhibirse desnudos por la casa repercuten en la timidez del niño, pero al mismo tiempo lo más seguro es que la natural curiosidad del pequeño salga a relucir en juegos como "el hospital" o el de "estar en casa", que facilitan la exploración sexual. Estos pasatiempos pueden suponer simplemente la inspección ocular de los respectivos genitales o conlleva tocamientos, besos, frotación y la inserción de objetos en el recto o en la vagina.

La experimentación sexual comprende iniciativas tanto con niños del mismo sexo como del sexo opuesto. Uno de los objetivos que se persiguen es el de averiguar cosas como: ¿soy muy diferente de otros niños como yo? y ¿cuanta es la diferencia entre yo y las personas del sexo contrario?. Otra de las finalidades que busca el niño es tantear lo prohibido para ver que ocurre, quien descubre algo especial, cuál es la reacción de los demás, comprobar como se sale del paso, etc. Estos dos componentes guardan estrecha relación, ya que aprender con base en lo que se tiene prohibido es siempre más interesante que averiguar las cosas por medios más fáciles y asequibles.

En una encuesta llevada a cabo entre niños y adolescentes de 4 a 14 años, el 35% de las muchachas y el 52% de los chicos confesaron haber

participado en recreos de tipo homosexual (Elias y Gebhard,1964;citado en Masters y Jonhson,1987). En una encuesta más reciente,los padres de niños comprendidos entre 6 y 7 años informaron de que el 76% de sus hijas y el 83% de sus hijos habian tomado parte en alguna forma de entrenamiento sexual,y que más que la mitad de las veces estos juegos eran con el hermano o la hermana (Kolodny,1980). Para explicar este porcentaje relativamente bajo de individuos que recordaban haber practicado juegos eróticos en su niñez se han aducido diversas teorías,entre las que merece citarse la del sexólogo austriaco Ernest Borneman "Según éste la pubertad suele ir acompañada de una forma de amnesia (el bloqueo de la recordación) en lo tocante a las situaciones sexuales anteriores. Borneman sugiere que esta amnesia selectiva quizás explique porqué tantos padres se muestran conmocionados cuando descubren que sus hijos pequeños se recrean con diversas efusiones sexuales,y es que los adultos no recuerdan eventos parecidos en su vida,aun cuando probablemente también pasaron por experiencias de este tipo,si bien no existen por el momento pruebas aportadas por otros investigadores en apoyo de las tesis del sexólogo austriaco,sus conjeturas no dejan de merecer atenta consideración (Masters y Jonhson,1987 pag. 252).

En circunstancias normales,estos pasatiempos sexuales en que se enzarzan los niños no resultan nocivos y cabe presumir que desempeñan un papel psicosocial importante en su evolución (Jensen,1979;Money,1980). No obstante la reacción hostil de los padres puede generar traumas psicológicos. Cuando se descubre a los niños solazándose en efusiones sexuales,en solitario o en compañía, la reacción negativa de los progenitores es captada de inmediato por el pequeño,aunque no entienda las

razones que la motivan. Desde el punto de vista del niño, el juego no es más que un juego, pero para el padre o la madre que descubre a su hijo masturbándose o empeñado en pasatiempos sexuales colectivos, lo que sus ojos ven es sexo con mayúsculas. Si el padre o la madre reaccionan con sombríos vaticinios o amenazas de que proseguir esta mala conducta acarreará al niño consecuencias horribles, se corre el riesgo de atemorizarle en exceso. El progenito que dice eso es indecente, sucio, se expone a que el chiquillo o la chiquilla adopten una actitud patológica hacia el sexo, semilla de futuros problemas que se manifestaran en la fase adulta y ello porque el niño ha interpretado las admoniciones al pie de la letra.

Para cuando el niño cumple los 8 o 9 años no cabe ya la menor duda de que es consciente del componente erótico que conllevan esos juegos, y ya no es exacto afirmar que únicamente se trata de un pasatiempo espontáneo. La excitación sexual no puede considerarse como una mera consecuencia incidental de estas actividades intencionadas, sino que se trata de un efecto buscado conscientemente. Ese enardecimiento erótico puede ir acompañado de fantasías sexuales, y hasta llegan a darse casos de enamoramiento (Gadpaille, 1975; Tennou, 1979; Money, 1980). Por lo general estos contactos enseñan al niño a relacionarse con los demás y tienen importantes repercusiones en su ulterior ajuste psicosexual en la etapa adulta (Broderick, 1968; Gadpaille, 1975; Martinson, 1976; Money, 1980).

## PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.

La pubertad es el periodo de la vida humana, entre la infancia y la juventud, durante el cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, adquiriéndose la capacidad de procrear. La edad de la aparición de la pubertad varía según: las razas, el sexo, las situaciones hereditarias, condiciones del hábitat, etc.

Por tanto la pubertad se considera como el momento en la vida del individuo en que las glándulas sexuales empiezan a adquirir madurez, desarrollándose amplia, anatómica y fisiológicamente los órganos sexuales y aparecen los denominados caracteres sexuales secundarios. Se extiende durante un lapso aproximado de cinco a seis años. En la mujer si inicia y termina dos años antes que los varones; los cambios físicos se refieren a las transformaciones corporales internas y externas, ocasionados por acción de las hormonas (Manual de contenidos, 1976).

La pubertad está, caracterizada por un crecimiento corporal acelerado, la hormona gonadotrópica estimula las glándulas sexuales o gónadas para que aumenten su actividad y elaboren sus propias hormonas, las cuales provocan cambios sexuales. Las hormonas masculinas se producen en los testículos y las hormonas femeninas en los ovarios, esta producción y regulación es elemental para el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

El periodo normal de aparición de la pubertad tiene límites amplios y en la actualidad, se acepta a la edad de 9 años como "límite normal" inferior y la edad de 17 años como "límite normal superior".

La pubertad que ocurra antes de los nueve años es considerada pubertad

precoz y en el caso que a lo 17 años no se haya desarrollado la pubertad se denomina pubertad retardada.

### CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS.

En la pubertad hay dos tipos generales de cambios; en primer lugar los genitales surgen cambios estructurales, en segundo lugar se dan modificaciones corporales notables conocidas como caracteres sexuales secundarios; la aparición de estos caracteres sigue una secuencia que tiene variantes en cuanto al tiempo de su presentación y a su magnitud.

En las mujeres, la primera evidencia de pubertad la constituye el cambio que ocurre en las glándulas mamarias, que aumentan de tamaño al mismo tiempo que los pezones comienzan a proyectarse hacia el exterior.

Conforme continúa el crecimiento en tamaño y sensibilidad del tejido mamario, el contorno del cuerpo femenino va redondeándose gradualmente y la pelvis se ensancha. Mientras la estructura pélvica se dilata, se desarrolla y aumenta la grasa sobre muslos y cadera.

Al mismo tiempo, aparece vello suave en el pubis y labios mayores, que luego engruesa, se hace más oscuro. Posteriormente aparece el vello axilar. Aproximadamente dos años después que los senos comienzan a desarrollarse, aparece la menstruación. La menarquía es el inicio de la función menstrual en la niña, que indica que su cuerpo está preparándose para el proceso de la reproducción. Posteriormente aparece el acné y la voz cambia con un ligero descenso en el timbre. Simultáneamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo la maduración y desarrollo del aparato sexual hasta alcanzar la plenitud de sus funciones.

Es importante recordar que existe una variación considerable en la

**Falta página**

**N° 113**

a la pubertad aparecen entre los 16 y 17 años son: la aparición del vello facial, el corporal y el acné.

Todos los cambios que se han descrito sorprenden al adolescente, sea muchacho o muchacha. Se dan cuenta de que ya no son como antes, pero no saben qué está pasando. Están confundidos, desorientados y esto lo expresan de forma muy diferente según su propia personalidad, el medio ambiente en que viven y la relación que tengan con sus padres.

El impulso sexual y el interés en estas actividades es más intenso, pero puesto que en cualquier sociedad el impulso sexual se encausa de acuerdo con normas y valores, pueden entrar en situaciones de conflicto y tensiones que se canalizan en alguna forma dentro del ámbito familiar y social.

#### 4 LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

El periodo de la adolescencia, que comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar solo algunos. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirigir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas

clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos sufrimiento y desconcierto.

Por otro lado la adolescencia también es una etapa de hallazgo y ecosisión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia no es únicamente un periodo de turbulencia y agitación, como quieren las concepciones tradicionales, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Offer y Offer, 1975). La naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.

### ASPECTOS PSICOSEXUALES DE LA ADOLESCENCIA .

Los sueños y las fantasías sexuales, se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación (Hass, 1979). Según los resultados de un estudio sobre el tema, tan solo el 7% de chicas y el 11% de chicos, todos ellos adolescentes, que se entregaban a la masturbación, nunca tuvieron fantasías, y alrededor de la mitad dieron cuenta de que mientras se masturbaban recurrían casi todo el tiempo a fantasías eróticas (Sorenson, 1973). Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realiza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a

ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre, con el ensayo de cualquier otra actividad) y en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante.

Cada una de estas funciones de la fantasía es una proyección de la forma en que la mayoría de los individuos utilizarán las imágenes mentales sobre el sexo durante el estado adulto. Ello hace que la experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercuta decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

"A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma edad (Masters y Johnson, 1987; pag. 259).

Los adolescentes buscan la mutua compañía para procurarse apoyo y guía, mientras albergan el propósito de enmendar los errores de otras generaciones. Sin embargo, no tardan en darse cuenta de que los individuos que forman parte de su grupo de edad tienen unas aspiraciones, controles sociales y normas de conducta propios; así por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

"Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales y, al mismo tiempo, son un reflejo de las subculturas étnicas y económicas en el seno de cada comunidad" (Masters y

Jonhson,1987).

Puede que en un grupo el código de conducta sexual sea muy conservador, que se valore en gran medida la virginidad y que casi toda la actividad sexual se reduzca al ámbito de una relación "significativa", es decir, que tenga sentido. Si las mujeres no se atienen a este código, se cargarán con una "reputación" que puede empañar su futuro y que las convertirá en presas de los chicos que buscan un ligue fácil. Por el contrario, en otro grupo el sexo se considera como símbolo de prestigio: La antinomia entre los individuos "no iniciados" y "los que están en el asunto". Esta prioridad suele inducir a los componentes del grupo a participar en la actividad sexual con objeto de sentirse aceptados. Se ha dicho que está empezando a surgir una nueva tiranía impuesta por los valores sexuales; se espera que los adolescentes, en el seno de su grupo de edad, que adquieran una temprana experiencia sexual y los que no se ajustan a esa exigencia son tenidos por "anticuados", inmaduros o puritanos (Sarrel y Sarrel, 1979; Chilman, 1979).

Las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras o amores románticos (Jessor y Jessor, 1975; Reiss, 1980).

4

FISILOGIA Y  
ANATOMIA DE LOS  
ORGANOS  
GENITALES.

La anatomía, es el estudio de las distintas estructuras del cuerpo y la fisiología se refiere a sus funciones. Por lo que dentro de los órganos sexuales es tratado dentro de contenidos de Orientación familiar, ya que permite una mayor comprensión de los aspectos biológicos y de funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos y este conocimiento es importante para el desarrollo psicosexual del individuo, por lo que a continuación se hablará de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

## 5 ORGANOS SEXUALES MASCULINOS.

Para su estudio los órganos sexuales masculinos se dividen en externos e internos. Los externos son; el pene y los testículos y los órganos sexuales internos son; los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, la próstata, las glándulas bulbouretrales y la uretra.

### P E N E .

El pene es un órgano medio y único que tiene su origen en el tubérculo urogenital y se halla situado bajo el abdomen y el pubis. En reposo, se mantiene colgante y flácido; por lo general su longitud es la misma del escroto, es decir, de 9 a 11 cms; medidos desde la terminación del pubis hasta su extremidad inferior; su diámetro es de unos 30 mm; aproximadamente; en estado de reposo sus dimensiones son muy variables, según los individuos y cambian también considerablemente en la fase de erección.

Está formado básicamente por 3 cilindros paralelos de tejido esponjoso envueltos en gruesas capas esponjosas (ver fig. 1). El cuerpo cilíndrico de la parte inferior del pene se llama cuerpo esponjoso. La uretra (conducto por el que pasan la orina y el semen), discurre por el centro del cuerpo esponjoso hasta la punta del pene, a través de la abertura urinaria (meato uretral). Los 3 cuerpos están formados por un

tejido irregular de aspecto esponjoso punteado con pequeños vasos sanguíneos, que se llenan de sangre y se hinchan durante la excitación sexual, lo que provoca el endurecimiento y la erección del pene (Masters y Johnson, 1985).

Los cuerpos cavernosos terminan cerca de la extremidad inferior, en el punto donde el cuerpo esponjoso aumenta de volumen a expensas de su cara anterior y forma la parte terminal del pene, el bálano.

El bálano tiene la forma de un cono aplanado de delante a atrás, más desarrollado por delante, el meato está ligeramente situado hacia atrás. El bálano o glande está separado del resto del pene por un reborde no muy pronunciado.

El pene está recubierto por una piel fina y sensible, de coloración semejante a la coloración cutánea general. A través de ella se transparentan venas sinuosas; la piel del pene forma en la base del glande un pliegue, el prepucio, que en estado de reposo o flaccidez cubre totalmente el bálano.

El prepucio es elástico y está sujeto a la parte inferior del glande por un ligamento que recibe el nombre de frenillo. Si se practica una ligera tracción sobre el prepucio, éste se retrae y deja totalmente al descubierto el glande (Verdoux, 1984).

En ocasiones, el prepucio carece de elasticidad o es demasiado estrecho, por lo que no permite la total salida del glande. Es lo que se conoce con el nombre de fimosis y puede exigir una intervención quirúrgica, fácil y rápida, la circuncisión. Con ella se le da al prepucio su elasticidad normal, necesaria para la higiene (puede existir

en efecto, una secreción blanquecina en la base del glande).

Por otra parte esta intervención quirúrgica es necesaria para la vida sexual, porque en el curso de la erección de los cuerpos cavernoso y esponjoso, el glande debe salir a la superficie mientras que el prepucio ha de replegarse completamente.

## E L E S C R O T O .

El escroto es una bolsa muscular, suave y de paredes finas, que cuelga debajo del pene y que alberga los testículos.

La piel del escroto es delgada, sensible de coloración más o menos oscura, a veces ligeramente morena y esta recubierta por una pilosidad por lo general poco abundante. Esta piel se halla surcada por finos pliegues horizontales que desaparecen en la línea intermedia de las caras anterior y posterior y forman una línea vertical, vestigio de la conjunción de los dos pliegues genitales donde el cuerpo esponjoso aumenta de volumen a expensas de su cara anterior y forma la parte terminal del pene, el bálano.

La pared del escroto está formada, bajo la piel, de tejido conjuntivo laxo, atravesado por finas capas musculares verticales, el crémaster. El interior está tapizado por una fina membrana serosa, la vaginal, análoga al peritoneo y del mismo origen que éste. La cavidad escrotal está dividida en dos bolsas de desigual profundidad, ya que la izquierda desciende más abajo que la derecha. Por término medio, la altura del

escroto es de unos 100mm. pero varia según los individuos,y puede disminuir por la contracción del cremáster bajo la acción del frío o en el curso de las relaciones sexuales. La altura del escroto aumenta con la edad.

En cada bolsa escrotal se encuentran el testículo y sus anexos,el testículo izquierdo se halla algo más bajo que el derecho (ver fig.4).

Cuando hace calor,el escroto se distiende y entonces los testículos cuelgan más separados del cuerpo. Estos reflejos del escroto contribuyen a controlar y mantener la temperatura natural de los testículos,función de gran importancia puesto que el calor o el frío afectan a la producción de espermatozoides (que acaece en los testículos). En respuesta al frío,el escroto eleva los testículos y los aproxima al cuerpo para mantenerlos más calientes. Por el contrario cuando hace demasiado calor,el escroto se afloja y los testículos se distancian del cuerpo,proporcionando una mayor superficie de piel para contrarrestar el calor. El encogimiento o contracción del escroto durante el acto sexual,o al efectuar ejercicio físico,es posiblemente un reflejo protector que aminora el riesgo de daño a los testículos (Tellez,1985).

## LOS TESTÍCULOS.

Los testículos (las gónadas del varón) son un par de bolas que suelen albergarse en el escroto. Tienen aproximadamente el mismo tamaño (por término medio,5cm. de largo por 2 de grueso y 3 de ancho),si bien un testículo cuelga normalmente un poco más que el otro. Casi siempre es

el del lado izquierdo, pero en los zurdos suele ocurrir al revés. Es un detalle anatómico que no tiene relevancia, pero si uno de los testículos es mucho mayor o menor que el otro pueden surgir complicaciones médicas y es preciso acudir a un especialista.

Los testículos son muy sensibles al tacto o a la presión. Hay hombres que encuentran excitante el roce, la caricia o la presión suave de los testículos durante el acto sexual, pero muchos se sienten incómodos si les tocan esta parte de los genitales (ver fig. 3).

Los testículos tienen dos funciones bien diferenciadas; producir hormonas y producir espermatozoides. Las células que segregan hormonas, sobre todo la testosterona, que regula el desarrollo sexual masculino y desempeña un papel destacado en el interés y la función sexual; se denominan células de Leydig. La producción de espermatozoides se produce en los túbulos seminíferos, unos tubitos estrechamente unidos en espirales microscópicas y que en conjunto miden casi 500m. de longitud (Morrison, P. 1986).

El proceso global de producción de esperma abarca 60 días. A diferencia de las mujeres, que no generan nuevos óvulos a partir del nacimiento, el varón produce espermatozoides ininterrumpidamente desde la pubertad; miles de millones cada año.

## LOS EPIDIDIMOS Y LOS VASOS DEFERENTES

El epidídimo; que corona el testículo como una cimera, procede del canal de Wolff y está formado por el aplotamiento de los conductos seminales. Su espesa cabeza cubre el polo superior del testículo y sigue

a lo largo del borde posterior hasta llegar al polo superior del testículo, donde su terminación se prolonga directamente por un canalillo muy fino y muy largo, el conducto deferente, que comienza a la altura del polo inferior del testículo y sigue luego un complejo trayecto (ver fig.2).

En la primera parte de su trayecto es intraescrotal. Con el epidídimo, forma los anexos del testículo. Remonta verticalmente por detrás del testículo, a lo largo del epidídimo, y luego se separa del primer órgano a la altura del polo superior de éste, y se dirige oblicuamente, hacia arriba y hacia adentro, hasta el conducto inguinal, en el que penetra tras haber pasado más allá del púbis.

Durante este trayecto por encima del testículo, es acompañado por las arterias y las venas epidídimo-testiculares, con las cuales forma el cordón del que parece estar suspendido el testículo. Las venas del cordón son a menudo muy voluminosas. Este cordón es fácilmente perceptible bajo la piel, delante del púbis, en la parte superior del escroto; en esta zona puede llegarse hasta él con facilidad para efectuar la ligadura de los conductos deferentes. El conducto deferente se reconoce por su aspecto muy particular. En efecto, es firme porque sus paredes son de mayor grosor que el diámetro de su orificio.

Este conducto es de color blanco azulado y su longitud total alcanza de 35 a 45cm., tras atravesar el conducto inguinal, el conducto deferente llega a la cavidad abdominal, penetra, por debajo del peritoneo, en la pelvis menor, se dirige hacia abajo y atrás, a lo largo de la cara lateral de la vejiga y luego, a la altura de la cara posterior de

esté órgano, se interna decididamente hacia abajo, se ensancha de modo considerable y forma la ampolla deferente, cuya pared es más delgada que la del propio conducto deferente y cuya anchura es de unos 75mm. En este punto, el conducto deferente confluye con una bolsa alargada, la vesícula seminal, de 50 a 100mm. de longitud y de 30mm. de espesor.

### LA PROSTATA Y ORGANOS AUXILIARES.

La próstata, es un órgano que atraviesa, los conductos eyaculadores, es una glándula que rodea el sector inicial de la uretra, a la manera de una sortija con el sello en la parte posterior. Tiene la forma de una castaña con la extremidad estrecha hacia abajo; es grisásea, lisa y elástica, y mide 30mm. de longitud, 40 de anchura y 25 de espesor. Sus dimensiones varían con la edad; un exceso en el aumento de volumen puede disminuir el calibre de la uretra y dificultar la micción, con lo que se produce un adenoma prostático (ver fig. 2).

La próstata secreta un líquido que se vierte en la uretra por medio de los numerosos canales prostáticos.

Las ampollas deferentes y las vasículas seminales son los depósitos del líquido espermático que contiene los espermatozoides diluidos en el líquido prostático.

La próstata segrega una sustancia transparente que constituye aproximadamente el 30% del fluido seminal, el líquido que expulsa el pene durante la eyaculación. El 70% restante proviene de las vesículas

seminales.

En promedio, cada eyaculación contiene de 3 a 5mm. (una cucharadita de café) de semen (fluido seminal más esperma) varía mucho, pues depende en parte de la frecuencia con que se eyacule, se considera normal un puntaje de 40 a 120 millones de mm. Esto significa que en una sola eyaculación puede haber de 120 a 500 millones de espermatozoides y aun después de una vasectomía, aunque ya no existen espermatozoides, la cantidad del flujo eyaculado permanece inalterable (Masters y Johnson, 1985).

## U R E T R A .

La uretra, en el hombre constituye la parte terminal de las vías escretorias genitales (ver fig. 4).

Exactamente debajo de la próstata se encuentran dos pequeñas glándulas de Cowper, que secretan en la uretra algunas gotas de un líquido alcalino que neutraliza la acidez normal de la orina. Tras haber atravesado, verticalmente y de arriba a abajo, la próstata y después de recibir los conductos eyaculadores y los canales prostáticos, la uretra se dirige hacia adelante y arriba, por debajo del pubis. En esta zona se encuentra rodeada por un órgano eréctil, llamado cuerpo esponjoso, cuya parte posterior, más hinchada, recibe el nombre de bulbo de la uretra.

Esta parte de la uretra, o uretra fija, mide de 60 a 70 mm. y termina bajo el pubis. A continuación, la uretra penetra en el pene y lo recorre en toda su extensión. Esta es la llamada uretra móvil.

## V E S I C U L A S   S E M I N A L E S .

En una imagen posterior a la vejiga pueden verse las dos ampollas deferentes situadas en posición vertical y flaqueadas hacia el exterior por las dos vesículas seminales (ver fig. 2).

El conducto deferente, tras haber recibido la vesícula seminal, toma para cada uno de sus lados el nombre de conducto eyaculador. Los conductos eyaculadores se dirigen el uno hacia el otro, hacia adentro y hacia adelante, atraviesan una glándula intermedia y única, la próstata, y ambos desembocan en la uretra, exactamente debajo del cuello de la vejiga. A partir de este punto, las vías excretorias urinarias y genitales se confunden.

## P E C H O S .

Los pechos del varón tienen pezón y areola, pero muy poco tejido glandular o relleno adiposo subyacente. Por norma, son menos sensibles al tacto y a la presión que los pezones y areolas de la mujer adulta. No obstante, hay hombres que se sienten excitados cuando su compañera les acaricia con la mano o les lame con la lengua los pechos y pezones, otros no experimentan placer alguno.

Así también, la boca, la lengua, los labios, muslos, nalgas, ano y piel son otras partes del cuerpo que a menudo intervienen en la actividad sexual y que pueden ser fuente de excitación erótica.

## 6 ORGANOS SEXUALES FEMENINOS.

En el caso de los órganos sexuales femeninos, la anatomía sexual comprende los órganos reproductores y las partes del cuerpo que, en potencia, son focos de placer erótico. El adecuado conocimiento de la anatomía sexual puede ayudar a distinguir entre la realidad y el mito y desembocar en un mejor conocimiento de uno mismo y de la pareja sexual, así mismo se empieza hablando de:

### L A V U L V A .

Los órganos sexuales externos de la mujer, conocidos como la vulva (con el significado de "cubierta" o "envoltura"); están constituidos por el monte de venus, los labios y el perineo (ver fig. 1), de los cuales se hablara.

### M O N T E P U B I C O .

Es una zona situada sobre el hueso púbico que consiste en una especie de almohadilla de tejido adiposo cubierto por la piel y el vello púbico. Dado que esta región posee numerosas terminaciones nerviosas, el tacto, la presión, o ambas cosas conjuntamente promueven la excitación sexual.

### L A B I O S E X T E R N O S O L A B I O S M A Y O R E S .

Son pliegues de piel que recubren una gran cantidad de tejido

graso y una fina capa de musculo liso. En torno a los labios externos crece el vello púbico, y en ellos se encuentran profusamente distribuidas glándulas sudoríparas y sebáceas y terminaciones nerviosas.

Cuando la mujer no se halla en estado de estimulación sexual, por lo general, los labios externos se superponen en el centro, lo que proporciona una protección automática de la abertura uretral (urinaria) y el vestíbulo de la vagina.

### LABIOS INTERNOS O LABIOS MENORES.

Son como pétalos curvilíneos, poseen un centro o núcleo de tejido esponjoso con abundancia de pequeños vasos sanguíneos y sin células grasas. La piel que cubre los labios internos no presenta vellosidad, pero tiene innumerables terminaciones de nervios sensoriales (de sensibilidad especial). Los labios internos se juntan justo por encima del clítoris, formando un pliegue de piel denominado capuchón clitorideo, a veces se alude a esta parte de labios internos como prepucio femenino.

### E L C L I T O R I S .

Es una de las partes más sensibles de los genitales femeninos, se localiza justo por debajo del punto de unión superior de los labios

internos. La única parte que se aprecia a la vista es la cabeza o glándula clitorídea, que tiene el aspecto de un botoncito reluciente, esta cabeza o glándula puede verse si se separa con suavidad empujando hacia arriba la piel o capuchón que recubre el clitoris.

A menudo se considera el clitoris como un pene en pequeño, pero ésta es una apreciación discriminatoria para la mujer y además errónea. El clitoris no posee función reproductora ni urinaria y por lo común cuando se lo estimula no se alarga como el pene, aunque el aflujo de sangre lo agranda. No obstante, desde el punto de vista embriológico, el clitoris y el pene derivan de los mismos tejidos.

El tamaño y la apariencia del clitoris varían mucho según las mujeres, pero no hay pruebas de que un clitoris de mayor tamaño procure más excitación sexual y muy pocas veces la masturbación origina el agrandamiento de este órgano.

## P E R I N E O .

Es la región de la piel exenta de vello que se extiende desde la parte inferior de los labios hasta el ano (la abertura para evacuar los intestinos). A menudo esta parte es también sensible al tacto, la presión y la temperatura, y puede constituir un vehículo de excitación sexual.

## E L H I M E N .

La abertura de la vagina se halla cubierta por una fina membrana

llamada himen, y que se sepa el himen no tiene ninguna función biológica y presenta siempre una o mas perforaciones que permiten la salida del flujo menstrual cuando la mujer alcanza la pubertad. Por regla general, el himen se extiende por una parte, no toda de la abertura vaginal y es de diversas formas, tamaños y grosores.

En el pasado historico era importante que la mujer tuviera el himen intacto llegado el momento de contraer matrimonio, pues constituia una prueba de su virginidad, hoy en día esta deficiencia puede ser subsanada con una sencilla intervención quirúrgica.

## V A G I N A .

Es un organo muscular interno que está inclinado hacia arriba formando un ángulo de  $45^\circ$ , orientado en diagonal hacia la parte más estrecha de la espalda, cuando la mujer no se halla sexualmente estimulada, las paredes vaginales contactan entre si. En una mujer que nunca a dado a luz, la pared anterior tiene por término medio 8cm. de longitud, en tanto que la pared frontal mide aproximadamente 6cm. (ver fig. 3).

El funcionamiento de la vagina supone un espacio potencial que, como en el caso de un globo, puede cambiar de forma y de tamaño. Se contrae o expande, se amolda para permitir el paso del bebé durante el parto y ajusta su tamaño de modo que ciña comodamente un dedo.

En su interior la vagina está revestida de una superficie semejante a la del interior de la boca. Esta mucosa es la que causa la lubricación vaginal. En este órgano no hay glándulas secretoras, pero si abundancia de vasos sanguíneos. También hay que notar que tiene en

proporción un número reducido de terminaciones nerviosas salvo en la parte cercana a la abertura vestibular. Como resultado de ello, los dos tercios internos de la vagina son relativamente insensibles al tacto y al dolor.

## E L U T E R O

El útero o matriz, es un órgano muscular que forma una cavidad y que tiene la forma de una pera invertida, un poco aplanada desde la parte anterior a la posterior. Mide unos 7.5cm. de largo por 5 de ancho, desde el ángulo anatómico, el útero contiene 3 capas o envolturas especiales (ver fig. 2).

La capa interna (endometrio) y el componente muscular del útero (miometrio) tienen funciones aisladas y diferenciadas. El revestimiento interior o endometrio cambia y se desarrolla al compás del ciclo menstrual y en él se implanta el óvulo fertilizado al comienzo del embarazo.

La capa muscular o miometrio es la que se contrae y ayuda a salir al niño del útero. Ambas facetas de la función uterina se hallan reguladas por unas sustancias químicas llamadas hormonas, que también tienen un papel destacado en el crecimiento o dilatación del útero durante el embarazo. El útero cuelga dentro de la pelvis gracias a 6 ligamentos.

El ángulo del útero en relación con la vagina varía según las mujeres; por lo general es relativamente perpendicular al eje del conducto vaginal, pero en el 25 por 100 de los casos el útero esta

inclinado hacia atrás, y en un 10 por 100 de las mujeres se inclina más adelante de lo normal. Cuando el útero permanece rígido, en posición fija, a causa de una inflamación o tejido cicatrizal, puede originar dolor durante la actividad sexual y requerir una intervención quirúrgica.

### T R O M P A S   D E   F A L O P I O .

Las trompas de falopio u oviductos, arrancan de los lados de la parte superior del útero y tienen 10 cm. de largo. Los extremos más alejados de las trompas de falopio tienen forma de embudo y sus bordes forman una especie de flecos llamados fimbrias que se ciernen muy cerca de los ovarios. Las paredes interiores de las trompas están constituidas por largos y finos pliegues de tejido cubiertos por estructuras parecidas a los cabellos y llamadas cilias. Las trompas recogen los óvulos expulsados por los ovarios contiguos y en su interior se produce el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide (ver fig. 1).

### L O S   O V A R I O S .

Los ovarios o gónadas femeninas, son estructuras en pareja situadas una a cada lado del útero. Su tamaño es el de una almendra sin cáscara (unos 3cm. de longitud por 2 de ancho y 1.5 de espesor), y se mantienen inmovilizados gracias al tejido conjuntivo sujeto al ligamento amplio del útero.

Los ovarios tienen dos funciones bien diferenciadas: la **producción** de hormonas (estrógeno y progesteróna fundamentalmente) y la **maduración** y expulsión de los óvulos.

128  
SECCION DE PERFIL DE LA PELVIS  
MASCULINA .

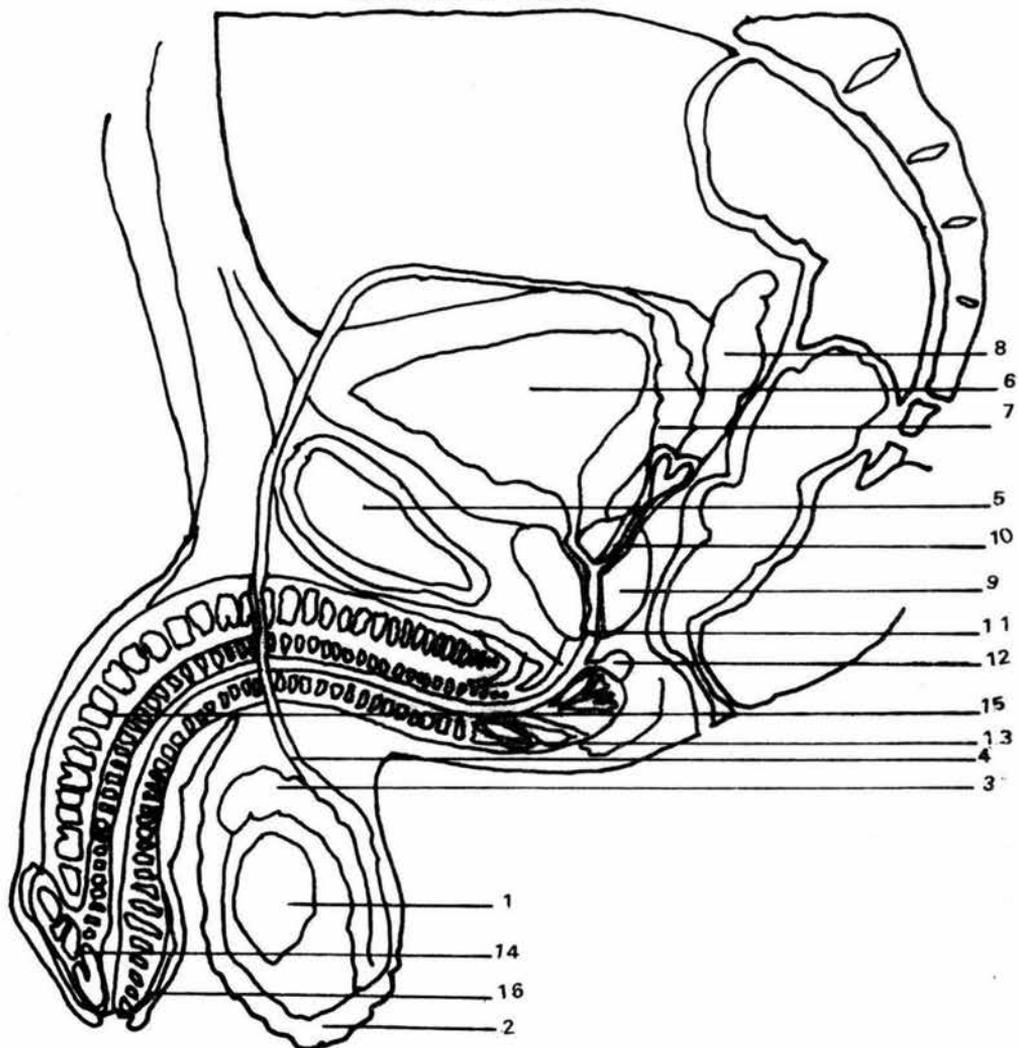


FIGURA . - 1

## SECCION DE PERFIL DE LA PELVIS MASCULINA.

El testículo izquierdo (1), situado en la cavidad escrotal (2), se halla rematado por el epidídimo (3), que se prolonga por el conducto deferente (4). En su trayecto, el conducto deferente izquierdo pasa por delante del pubis (5), penetra en la pelvis, contornea la vejiga (6), se dilata formando la ampolla deferente (7) y, tras haber confluído con la vesícula seminal (8), atraviesa, ya con el nombre de canal eyaculador (10), la próstata (9), para desembocar en la uretra (11), junto a su conducto homólogo, el derecho. Bajo la próstata, las dos glándulas de Cowper, de las que en este dibujo solo se observa la izquierda (12), se abren en la uretra.

La uretra se encuentra en el interior del cuerpo esponjoso (13), que constituye la parte posterior del pene y el glande (14). Los dos cuerpos cavernosos (15), forman la parte anterior del pene. El prepucio (16), recubre el glande.

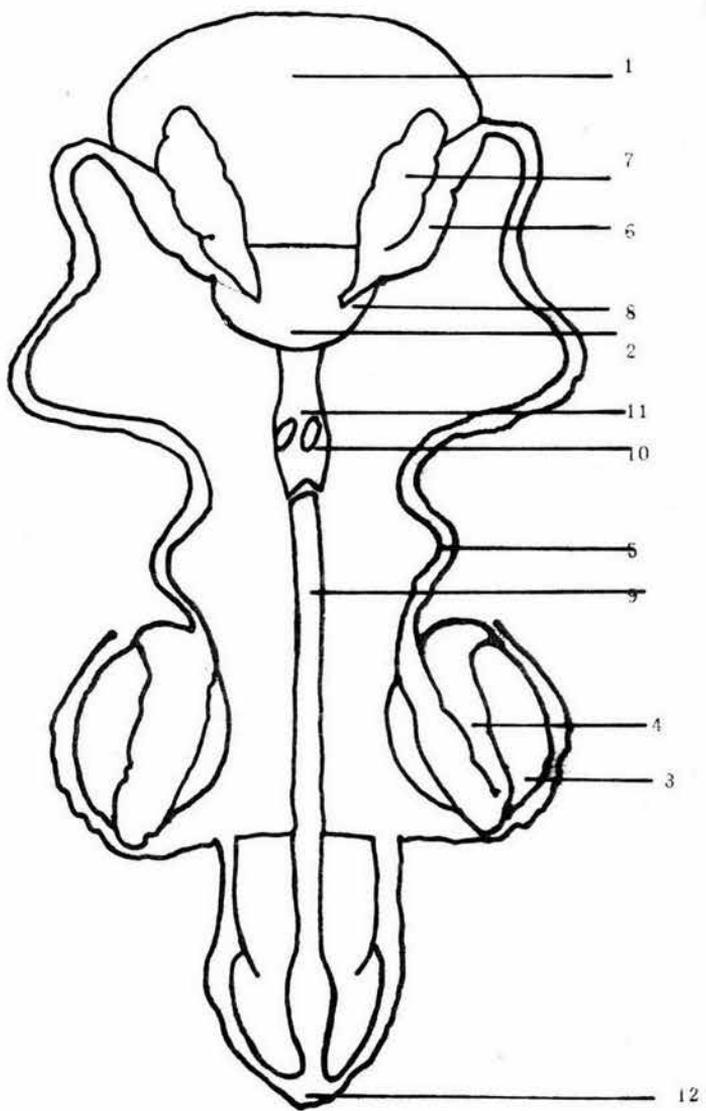
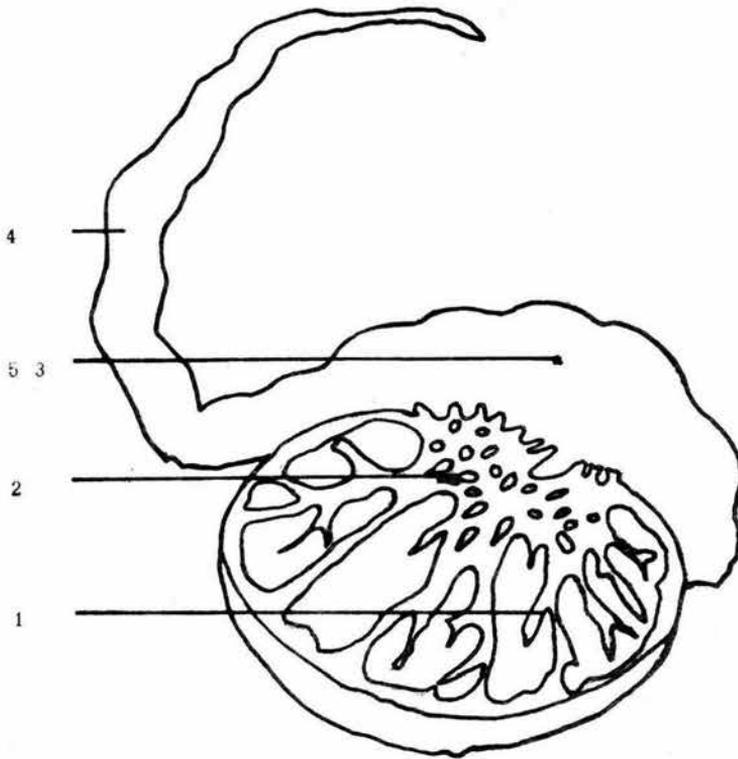


FIG: 2 VISTA POSTERIOR DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS.

## VISTA POSTERIOR DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS.

- 1.- Vejiga vista desde la parte posterior.
- 2.- Próstata.
- 3.- Testículos.
- 4.- Epidídimo.
- 5.- Conducto deferente, que arranca de detrás del testículo.
- 6.- Ampolla deferente, formada por la extremidad del conducto deferente y situada detrás de la vejiga.
- 7.- Vesículas seminales. Hacia el interior confluyen con las ampollas deferentes y forman los conductos eyaculadores.
- 8.- Conductos eyaculadores. Atravisan la próstata y desembocan en la uretra.
- 9.- Uretra. Recorre el pene y desemboca al exterior por el meato.
- 10.- Glándulas de Cowper, están situadas en la parte trasera de la próstata, bajo la uretra y se abren al bulbo uretral.
- 11.- Bulbo uretral.
- 12.- Meato uretral.



SECCION DEL TESTICULO Y DE SUS ANEXOS .

- 1.- TESTICULO.
- 2.- CONDUCTOS SEMINIFEROS.
- 3.- EPIDIDIMO.
- 4.- CANAL DEFERENTE, QUE PENETRA EN LA PELVIS.

FIG: 3

## APARATO GENITAL DEL HOMBRE.

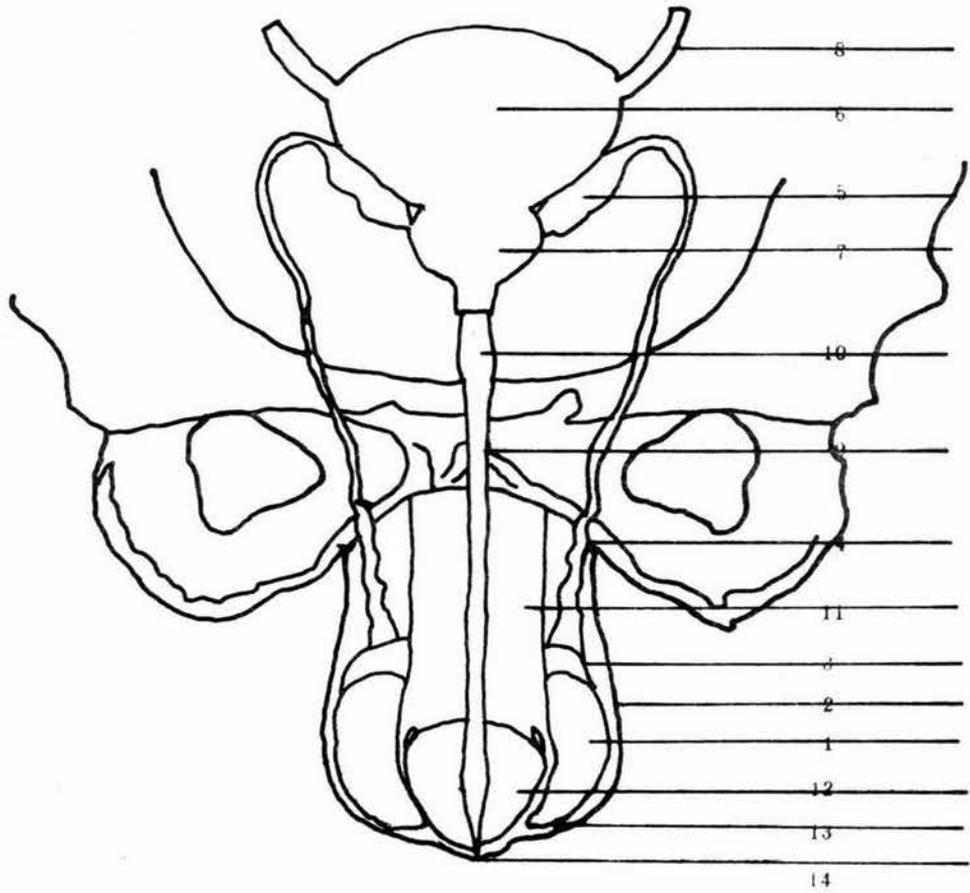


FIG: 4

## APARATO GENITAL DEL HOMBRE.

Los órganos sexuales internos y externos aparecen vistos de frente y situados con arreglo a su relación con la pelvis ósea, los dos testículos (1), alojados en el escroto (2), se hallan coronados por los epidídimos (3).

Tras ellos, los conductos deferentes (4), que se dirigen hacia arriba y pasan por delante del pubis, se dilatan, forman las ampollas deferentes (5) y confluyen detrás de la próstata (7). La vejiga recibe los uréteres derecho e izquierdo (8).

Bajo la próstata se encuentra la uretra (9), cuya fracción inicial se halla dilatada y forma el bulbo uretral (10). La uretra recorre de arriba a abajo el pene (11), hasta llegar al glande (12), recubierto por el prepucio (13), y termina en el meato (14).

SECCION LONGITUDINAL Y MEDIA DE LA  
PELVIS MENOR FEMENINA.

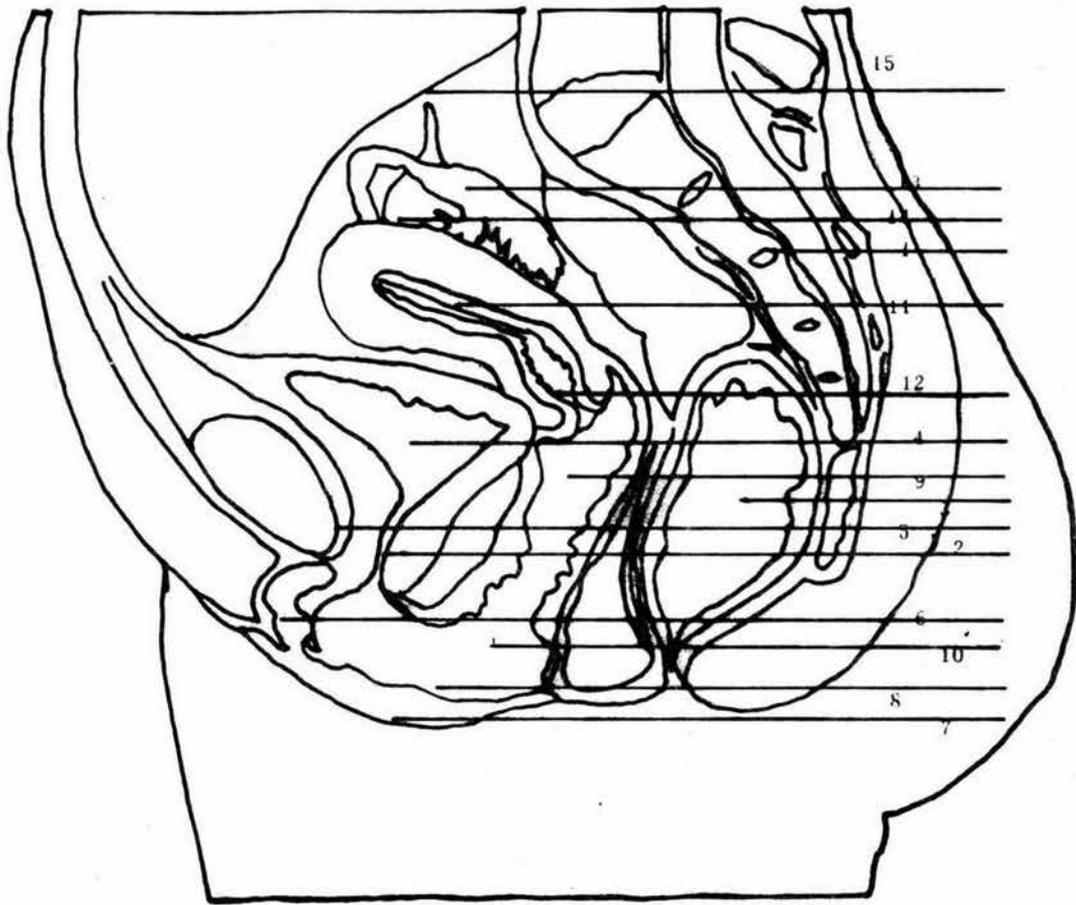
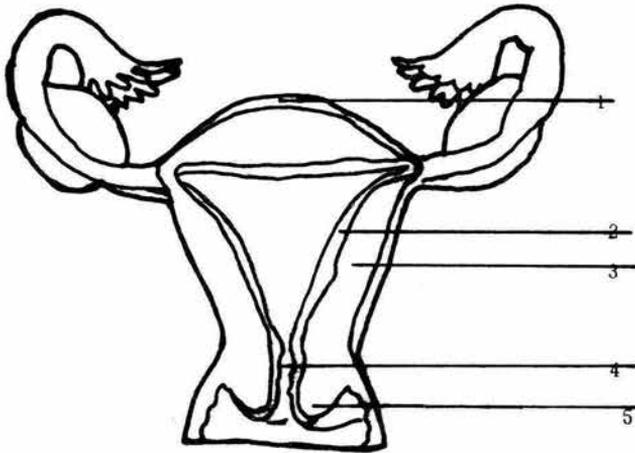


FIG: 1

## SECCION LONGITUDINAL Y MEDIA DE LA PELVIS MENOR FEMENINA.

- 1.- Sacro.
- 2.- Uretra.
- 3.- Recto.
- 4.- Vejiga.
- 5.- Pubis.
- 6.- Clitoris. Esta situado bajo el pubis y es en el punto más delantero de la vulva.
- 7.- Labios mayores.
- 8.- Labios menores, que junto con los anteriores limitan lateralmente la vulva.
- 9.- Vagina.
- 10.- Orificio himeneal. En el vestíbulo de la vulva desembocan la uretra y la vagina.
- 11.- Utero. Recostado hacia adelante y sobre la vejiga, aunque algunas veces presenta cierta inclinación hacia atrás.
- 12.- Cuello del útero, que penetra en la vagina.
- 13.- Trompa.
- 14.- Ovario.
- 15.- Peritoneo, que forma el techo de la pequeña pelvis y el piso de la cavidad abdominal.

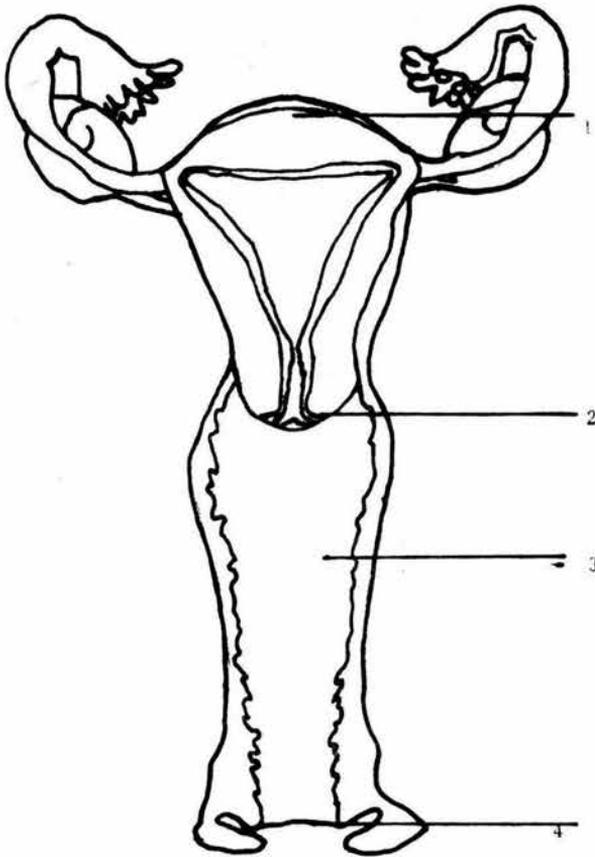
## EL UTERO.



Su parte superior, o cuerpo es ancha y comprende una cavidad triangular tapizada por una mucosa: el endometrio. Las paredes gruesas están constituidas por músculos o miometrio. La parte baja y estrecha del útero forma el cuello. La mucosa que tapiza el conducto cervical es irregular y rica en glándulas.

- 1.- CUERPO DEL UTERO.
- 2.- ENDOMETRIO.
- 3.- MUSCULOS DEL CUERPO UTERINO.
- 4.- CONDUCTO CERVICAL.
- 5.- CUELLO DEL UTERO.

FIG: 2

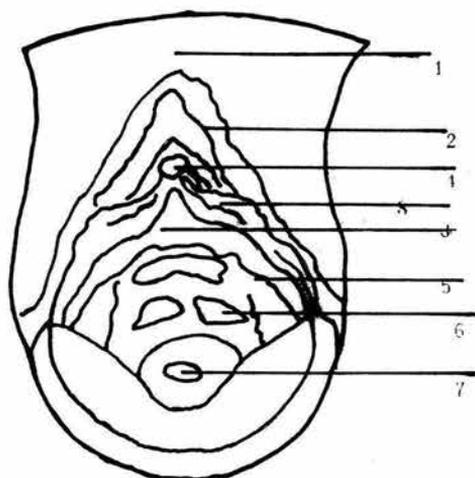


### LA VAGINA.

Es un conducto achatado de delante a atrás, con una mucosa fina y plisada. En su parte superior aparece el cuello del útero. Por abajo la vagina se abre a la vulva por el orificio himeneal.

- 1.- FONDO DEL UTERO.
- 2.- CUELLO DEL UTERO.
- 3.- MUCOSA VAGINAL.
- 4.- ORIFICIO HIMENEAL.

FIG: 3



L A V U L V A .

- 1.- MONTE DE VENUS.
- 2.- LABIOS MAYORES.
- 3.- LABIOS MENORES, QUE FORMAN EN SU PARTE DELANTERA UN CAPUCHON QUE RODEA EL CLITORIS.
- 4.- CLITORIS.
- 5.- MEATO URINARIO.
- 6.- BORDES DEL ORIFICIO HIMENEAL, MUY ENSANCHADO Y DISTENDIDO.
- 7.- MUCOSA VAGINAL.
- 8.- CUELLO DEL UTERO, ATRAVESADO EN SU PARTE CENTRAL POR EL ORIFICIO.

FIG: 4

5

R E S P U E S T A

S E X U A L

H U M A N A .

Masters y Johnson en 1966 publicaron su libro "La Respuesta Sexual Humana", que es el resultado de los estudios realizados en el lapso de una década. En ellos se analizan las respuestas fisiológicas ante estímulos sexuales.

Todos los seres humanos estamos sometidos a una serie de estímulos que proceden de nuestro medio ambiente externo o bien que se originan en nuestro interior. Muchos de estos estímulos de significación alguna para nosotros como personas, razón por la cual no generan respuestas específicas. Otros por el contrario son capaces no sólo de generar respuestas de nuestro organismo, sino que además, pueden precipitar respuestas en nuestro estado anímico haciéndolo variar; esto es, provocan cambios orgánicos y del estado de ánimo. (MASTERS & JOHNSON 1966)

Se considera como eficaz a todo estímulo capaz de producir una respuesta dada. Así, por ejemplo, un alimento apetitoso puede ser un estímulo eficaz para producir salivación y secreciones del estómago.

La erección del pene en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer son formas de respuesta ante estímulos visuales, olfatorios, auditivos, táctiles o bien, pensamientos creados por la fantasía del sujeto, a los que llamamos estímulos sexuales efectivos, ya que provocan respuestas muy específicas en los órganos sexuales del ser humano.

Los estímulos sexuales eficaces de ninguna manera son universales, y el que provoca una respuesta ( o sea erección o lubricación ) en un sujeto, tal vez no la causa en otro.

Las respuestas generadas por un estímulo sexual eficaz tienen por objeto el poner al sujeto en condiciones biológicas y psicológicas óptimas para la unión física. Es fácil comprender como la erección del pene y la lubricación de la vagina contribuyen a la consumación de la unión sexual o coito, pero también conviene recordar como frente al estímulo sexual eficaz, al ánimo del individuo se modifica, generándose una sensación de tensión creciente que se expresa mediante aumento del tono muscular. Esta sensación particular tiende a hacerse cada vez más intensa si el estímulo persiste y el individuo experimenta la necesidad de resolver esta tensión a medida que ésta se incrementa. La sensación de tensión interna se descarga a través de una respuesta fisiológica que consiste predominantemente en contracciones de los músculos que rodean el área genital y que se presentan cada ocho décimas de segundo. En el varón suele coincidir con la eyaculación de semen al exterior.

Todos estos fenómenos se inician con la presencia de un estímulo eficaz, y las conocemos en conjunto como Respuesta Sexual Humana.

Masters y Johnsn han dividido para su estudio a la respuesta sexual humana en cuatro fases : excitación, meseta, orgasmo y

resolución. Este esquema resulta útil para correlacionar los distintos fenómenos fisiológicos concomitantes a cada una de las fases, que se suceden en distintas partes del organismo; sin embargo, los fenómenos fisiológicos de cada una de las fases no necesariamente se suceden, y lo que tal vez sea más importante, en ocasiones no coinciden con percepciones subjetivas del individuo.

### EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL.

Antes de la década de 1960, se sabía relativamente muy poco sobre la forma en que responde el cuerpo a la excitación sexual. Los especialistas no se llegaron a convencer de que, como aseguraba Kinsey, algunas mujeres experimentan más de un orgasmo a la vez (Pomeroy, 1966), y se creía que la lubricación vaginal era debida a las glándulas del cervix y a las de Bartolino. Se desconocía por completo el mecanismo que regula la erección y la eyaculación. Por decoro, la respuesta sexual se investiga en los animales, no en el ser humano. En aquel contexto se dieron a conocer los resultados de una investigación de la fisiología sexual basada en la observación directa en el laboratorio de más de 10,000 secuencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres (Masters y Johnson, 1966). Los hallazgos de dicho estudio denotaban que la respuesta sexual humana podía describirse como un ciclo de cuatro fases : excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estadios responden a distintos niveles de excitación sexual y se refieren a las respuestas características del individuo durante el desempeño sexual. Aunque a efectos descriptivos es conveniente utilizar el modelo del ciclo, teniendo

presente que las diversas fases se definen arbitrariamente. Pues no siempre están claramente diferenciadas entre sí y pueden experimentar grandes variaciones, tanto en el caso de un mismo individuo examinado en distintos momentos, como en la relación de pareja. Recordando que los procesos fisiológicos inherentes a la respuesta sexual no son meros movimientos mecánicos aislados de los pensamientos y sensaciones, sino que se integran en la participación e identidad sexual de la persona como un todo.

Sin embargo, por regla general el ciclo de la respuesta sexual se atiene a una pauta de progresión estable, los rasgos esquemáticos simplificados de dicha respuesta varían notablemente, a veces la excitación es rápida y desemboca prístamente en el orgasmo. En otras ocasiones, la excitación va creciendo durante un periodo de horas (por ejemplo; a lo largo de una cena íntima en un marco adecuado); en tal caso el resto del ciclo puede parecer corto en comparación con esta fase. Aún así el estadio de meseta no siempre lleva al orgasmo, ya que los altos niveles de excitación propios de esta fase pueden disiparse y un individuo puede retroceder a la fase de excitación. Además, si cesa la estimulación sexual, la persona retornará posiblemente a un estado normal.

Durante la respuesta sexual del ser humano se dan dos reacciones fisiológicas básicas : la primera es la vasoconstricción, que se supone es un aumento del volúmen de sangre concentrada en los tejidos corporales de los genitales y los senos de la mujer. La segunda es el aumento de la tensión neuromuscular o miotonía. En este caso la tensión no alude a un estado físico negativo (como el de "sentirse tenso"), sino a una acumulación de energía en los nervios y músculos. La miotonía no solo

acontece en la región genital, sino que se produce en todo el cuerpo en respuesta a la activación sexual.

Si bien existen algunas diferencias entre la respuesta sexual del hombre y la mujer, hay coincidencia en múltiples aspectos. Asimismo, la fisiología de la respuesta sexual es idéntica en los heterosexuales y los homosexuales (Masters y Johnson, 1979).

En ocasiones se tiende a asimilar la rapidez, amplitud e intensidad de las respuestas sexuales (tales como la erección, la lubricación vaginal, las contracciones musculares durante el orgasmo), con la gratificación que un individuo experimenta con su destreza, dependiendo esto de la propia perspectiva y de la satisfacción personal del individuo.

A continuación se describen las fases a que hacen mención Masters y Johnson :

### EXCITACION FEMENINA.

Ante un estímulo sexual eficaz de naturaleza física o psíquica, se produce la llamada fase de excitación. Características primordiales de ella son la lubricación en la mujer y la erección del pene en el hombre. Ambos fenómenos se suceden como consecuencia de la congestión con sangre, que se produce en el área genital de ambos sexos. A nivel genital, se suceden diversas alteraciones, que son las siguientes:

En los labios mayores de la mujer se producen distintos cambios en la nulípara (que no ha tenido partos) en comparación con la múltipara. En la primera se observa un aplanamiento, separación y elevación de los labios, en cambio en la segunda, se observa principalmente aumento de diámetro. Por su parte los labios menores en ambas muestran engrosamiento y

expansión.

La vagina en un lapso de 10 a 30 segundos a partir de la estimulación efectiva, muestra debido a la vasocongestión, un cambio de color consistente principalmente en obscurecimiento. La lubricación se produce, según Masters y Johnson, por un mecanismo de dilatación de los plexos venosos vaginales que produce una trasudación.

La respuesta vaginal a la excitación es predominantemente en los dos tercios internos de la misma. Al aumentar la tensión, el útero se verticaliza provocando que el cuello uterino se eleve. Lo que causa una expansión bulbosa del fondo de la vagina.

El clítoris muestra un aumento de volúmen, equivalente a la reacción de tumescencia en el glande, el aumento de diámetro del cuerpo por la vasocongestión y en 10 por 100 de los casos sufre elongación.

Las glándulas mamarias aumentan de tamaño, hay tumescencia de la areola y erección de los pezones.

### M E S E T A F E M E N I N A .

La fase de meseta bien puede considerarse como una fase de transición en la que la excitación se consolida y que es a la vez el preámbulo de la fase de orgasmo o mioclónica.

La duración de esta fase es de extrema variedad y dependerá de la intensidad y continuidad de la estimulación, combinada con diversos factores subjetivos que conllevan al logro de la liberación de la tensión sexual almacenada.

La verticalización del cuerpo uterino llega a su punto máximo en esta fase; unido este fenómeno a la desviación del cuello uterino y la

dilatación vaginal, se produce el efecto de un espacio cerrado, en el fondo de la vagina, descrito por Masters y Johnson como "tienda de campaña".

En términos generales los músculos que participan en los movimientos coitales aumentan la frecuencia de sus contracciones al final de la fase de meseta, conforme se avecina el orgasmo.

Se presenta taquicardia durante la fase tardía de la meseta y durante la fase de orgasmo. Masters y Johnson han registrado frecuencias cardiacas desde 110 hasta 180 por minuto y señalan estos autores que la frecuencia cardiaca se correlaciona con la intensidad del orgasmo preferentemente en la mujer. Así mismo en la mujer, las taquicardias más intensas, se han encontrado en la masturbación y no en el coito.

### ORGASMO FEMENINO.

La fase de orgasmo puede concebirse como una fase liberadora, tanto de tensión como de vasocongestión, la que se produce primordialmente mediante contracciones de carácter mioclónico que se producen con una frecuencia de 0.8 segundos.

Esta es la esencia fisiológica del fenómeno a nivel genital. En ninguna forma constituye la totalidad del fenómeno dado que, en especial el orgasmo, consta de componentes subjetivos (psicológicos y sociales) que bien pudieran tener mayor trascendencia e importancia que los fisiológicos.

Sin embargo, fieles al método de presentación de la respuesta sexual humana en este texto, destaquemos el fenómeno sobresaliente de esta fase : las contracciones musculares mioclónicas.



## RESOLUCION FEMENINA.

La fase de resolución consiste, en términos generales, en la involución de los fenómenos presentes en las fases anteriores, lo que lleva al retorno a las condiciones basales. Un fenómeno característico de esta fase es la aparición de una fina capa de sudoración generalizada en todo el cuerpo.

## EXCITACION MASCULINA.

Al igual que en la mujer, el fenómeno predominante en el hombre es también la vasocongestión cuyo resultado principal es la erección del pene.

Puede describirse en cuanto a tiempo una cierta mayor rapidez en la curva de excitación del hombre que de la mujer, lo cual, en parte, puede explicar la falta de acoplamiento frecuente en muchas parejas heterosexuales.

## FASE DE MESETA EN EL VARON.

En esta fase, al igual que en la mujer, si el estímulo sexual efectivo continúa, las tensiones sexuales se intensifican y llegan al punto extremo a partir del cual el individuo pasa al orgasmo.

Masters y Johnson hablan en esta fase de un incremento de tamaño de los testículos hasta de 50 por 100; esto debe cuestionarse en función de que el tejido que rodea a los testículos (albugínea) es de carácter

fibroso, por lo que no permite elongaciones.

### FASE ORGASMICA DEL VARON.

Ya se ha mencionado que aun cuando Masters y Johnson, han equiparado la eyaculación con el orgasmo en el hombre, éstos son diferenciables. Hablaremos, por tanto, en primer lugar de la eyaculación. El sustrato fisiológico de la eyaculación es la expulsión del semen a la uretra prostática y el paso de este líquido bajo presión por la uretra peneana hasta el meato uretral.

Masters y Johnson, dividen el proceso eyaculatorio en dos etapas fisiológicas. La primera consiste en la expulsión del sustrato del semen desde los órganos accesorios (conductos eferentes, epidídimo, vesículas seminales, próstata) hasta la uretra prostática. La segunda es la progresión del líquido seminal desde la porción prostática de la uretra hasta su salida por el meato uretral. La primera fase es la causante de la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

### FASE DE RESOLUCION DEL VARON.

Al igual que en la mujer se trata de una fase de involución o retorno a las condiciones basales.

El pene puede sufrir detumescencia en dos fases; primero rápida y después lenta. En algunos casos la detumescencia no aparece y tarda en desaparecer sin conocerse bien hasta la fecha este proceso.

El escroto pierde su apariencia congestiva. Este proceso también

puede retardarse; en cuanto a los testículos, Masters y Johnson hablan de pérdida del incremento de tamaño debido a la vasocongestión.

La rapidez o lentitud de la evolución pudiera tener relación directa con la duración de la fase de meseta.

## MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

En cuanto a la neurofisiología de la respuesta sexual, la gran mayoría de los estudios, tanto en animales como en humanos han sido realizados en individuos de sexo masculino.

De ahí que la información existente casi se circunscribe a la neurofisiología de la erección y de la eyaculación. La erección es considerada como un fenómeno reflejo en el que la voluntad tiene poco que ver, al igual que el reflejo de la salivación (cuando se hace agua la boca).

Los tipos de estímulos que suelen producir la erección pueden considerarse de dos clases, los psicógenos y los reflejos. Entre los primeros se mencionan estímulos auditivos, visuales, olfatorios, fantasías, etc.

Del tipo de los segundos son leve roce del pene (exteroceptivos) o estímulos del recto a la vagina urinaria (interoceptivos). Frecuentemente las erecciones se producen por la acción cinérgica tanto de estímulos exteroceptivos como interoceptivos.

Los centros inferiores de la erección se encuentran en los segmentos sacrales de la médula espinal, específicamente S-2, S-3 y S-4, habiéndose denominado a las ramas parasimpáticas que emergen de estos segmentos como

nervios erigentes o erectores (erigente del latín erección). Estas son las mismas raíces nerviosas medulares que dan inervación parasimpática al músculo detrusor de la vejiga, así como al colon distal y al recto. Por tanto, las raíces nerviosas de estos mismos segmentos sacros conducen los impulsos parasimpáticos de la defecación, micción y erección. Sin embargo, esto no quiere decir que las vías sean las mismas puesto que clínicamente se ha observado en casos de lesiones parciales de médula, con nervios pélvicos intactos, una disociación de la alteración entre estas tres funciones.

Por otro lado, una observación interesante ha sido que la destrucción bilateral de los nervios pudendos suprime la respuesta eréctil refleja, por lo que se les considera la vía aferente.

6

ACTITUDES PSICOLÓGICAS

DEL ADOLESCENTE.

## Actitudes psicológicas del adolescente

El niño y el adolescente en crecimiento revelan su individualidad por la forma característica en que avanzan de una a otra etapa del proceso de maduración, pues el crecimiento es el proceso de formación de patrones por el cual se lleva a cabo progresivamente la mutua adecuación entre organismo y medio. Existiendo así diferencias individuales en la humanidad misma. Durante la infancia muchas de estas diferencias son sutiles y fáciles de confundir; pero aun entonces presentan un notable alcance. En la adolescencia son tantas y tan evidentes, que desafían toda descripción, teniendo así la oportunidad de observar la forma en que el adolescente abre y desarrolla su individualidad a medida que avanza de una etapa a otra del proceso de maduración observando así sus características evolutivas.

Ocupandose principalmente de los rasgos y tendencias concretas de la conducta y de los detallados gradientes del crecimiento que, a través de una sucesión de patrones se relacionan con la madurez psicológica de los adolescentes, pues el individuo en desarrollo tiende a aproximarse a este patrón sucesivo, pero también tiende a alejarse del mismo, a poner en relieve sus características individuales de ritmo y estilo de desarrollo, aún en las manifestaciones más típicas de la conducta.

Gran parte de las conductas que se asocian comúnmente con el hecho de pertenecer al sexo masculino o al femenino son por lo menos en su manifestación exterior; la cultura, las costumbres y las expectativas, como así también las sutiles presiones de los padres, compañeros de la misma edad y de la sociedad en general. Pero la temprana aparición y la persistencia ulterior de muchas diferencias sexuales indican que los rasgos observados responden a una base constitucional y que los alicientes y prohibiciones de la cultura no tienden tanto a engendrarlas como a reforzarlos. Lo que la sociedad fija es la forma de expresión de dichos rasgos; pero sus fuentes yacen en una zona más profunda del organismo.

Las niñas por ejemplo; generalmente maduran antes que los varones en su desarrollo físico total y también se adelantan en lo referente al interés en el sexo opuesto. A las niñas les interesa más la persona, las relaciones sociales; a los varones les interesa la realidad objetiva, la mecánica, la ciencia, la ingeniería y los deportes.

A las niñas generalmente les gustan más las actividades y entretenimientos hogareños, a los varones les gusta más la calle, esta diferencia se pone claramente de manifiesto en las lecturas preferidas; los varones eligen revistas de deportes y ciencia, y las niñas, las de modas y romances. En toda edad manifiestan una mayor preocupación por el

casamiento que los varones y se ocupan de forma más deliberada de los rasgos personales del esposo en potencia.

Parecen tener un tipo de mentalidad "típicamente femenino", aparte del grado de mentalidad, que las hace más sensibles a los problemas morales y personales.

Existen multitud de rasgos compuestos y estos varían de un individuo a otro, globalmente los varones y niñas afrontan la mayoría de las etapas evolutivas de manera altamente comparable. Pero en general, las niñas son ligeramente más precoces que los varones, especialmente en el crecimiento físico y en el desarrollo social; aunque también en muchas áreas, y cambian de acuerdo a las edades de las que se habla a continuación:

Durante el décimo año la espiral metafórica que simboliza el crecimiento da un giro algo pausado hacia la remota madurez adulta. En este un año de consumación a la vez que de transición; es un interludio amable, relativamente libre de tensiones, en que el organismo asimila, consolida y equilibra los recursos alcanzados. En consecuencia un representante clásico de los 10 años encerrará tanto los rasgos específicos como los genéricos de la infancia. Apenas si se vislumbran en él las tensiones de épocas posteriores de la adolescencia. De manera franca, sin conciencia de sí mismo, tiende a aceptar la vida y el mundo tal como es, con espíritu libre y de fácil reciprocidad. Es una edad de oro del equilibrio evolutivo, y es una etapa transitoria donde no siempre permanece la calma.

Los cambios cotidianos en su gran mayoría pasan inadvertidos, a veces pueden ocurrir, sin embargo virajes repentinos y dramáticos. A su debido tiempo se hace perceptible un adelanto de la madurez en el comportamiento, las actividades, las emociones e ideas; bienes que hasta entonces habían sido estimados profundamente, son dejados a un lado, se observa una amplitud cada vez más grande de los gustos e intereses, que se deja sentir en las relaciones interpersonales en el hogar y en la escuela y de manera más privada en el yo interior creciente del niño.

Los varones de 10 años expresan cándidamente aunque sin vehemencia o bien desinterés, o bien un desagrado activo hacia las niñas. Un misógino expresa lacónicamente "no me gustan las niñas punto". Otro arrogándose la representación de sus camaradas, resume moderadamente "nosotros no

podemos ver a las "chicas" (Gessell, et. al. 1957).

Las niñas de edad comparable a la de los varones exclaman con acento ligeramente distinto: "Ah, a nosotros no nos gustan los varones, son unos groseros" (tiran el pelo, empujan, se conducen torpemente, corren detrás de una, tiran de pan en las fiestas, etc.). Otros se muestran más suaves "A nosotras no nos gustan los varones todavía".

Pese a que no se observa aquí un verdadero antagonismo entre los sexos, en los juegos colectivos y en las danzas folklóricas suelen separarse voluntariamente; los varones de un grupo y las niñas de otro.

Las niñas de diez años parecen hallarse en un mismo nivel que los varones en cuanto a tamaño y madurez sexual. Pero a diferencia de éstos, la mayoría de las niñas muestran en el periodo comprendido entre los 10 y los 11 años, los primeros signos ligeros pero inconfundibles de la proximidad de la adolescencia. Debido, en parte, a su desarrollo sexual (y social) más rápido, las niñas son mucho más conscientes del sexo que los varones, aunque menos francas.

Muestran una tendencia menor a hacer "cuentos verdes" referentes a las cuestiones sexuales o al proceso fisiológico de eliminación. Tienen la suficiente conciencia como para tomarse reticentes cuando hablan del sexo, aún con sus padres.

Las niñas se muestran confundidas con más frecuencia que los varones cuando se les proporciona información sexual.

Muchas parecen olvidarse repentinamente de los conocimientos adquiridos en edades anteriores. Pero en cambio, les interesa de sobremanera conseguir libros sobre cuestiones sexuales y sobre el nacimiento. Tienden a ocultar esos libros, pero posteriormente confiesan

que los han leído una cantidad de veces.

En consecuencia con los varones la consciencia sexual no aventaja en mucho a la madurez física, hace muy pocas preguntas y en esos casos lo más probable es que se trate de una pregunta fuera de lugar y formulado en momentos inoportunos. Pero si bien la información sexual es tomada en suma displicencia, a la mayoría de los niños les interesan los libros de fácil lectura sobre la gestación, el crecimiento y el nacimiento de los seres humanos. Muchos varones tienen noticias ya de las relaciones sexuales y gran número se entera de ello a los 10 años.

Les interesa el papel desempeñado por el padre y reconocen la posibilidad de que ellos mismos lleguen a ser padres algún día. Un reducido número de niños se muestran más consciente de esos problemas. Son aquellos que cierran la puerta cuando se bañan. O que no quieren vestirse delante de la madre o de una hermana, lo cual no les impide espiar a éstos siempre que pueden. Generalmente estos niños son los mismos que empiezan a incorporar a su vocabulario palabras lunfardas y las malas palabras habituales referentes al sexo y las funciones de eliminación. Y son menos aún los varones que muestran una fuerte atracción por alguna niña. Frecuentemente se vé a estas parejas tomadas de la mano.

## LOS ONCE AÑOS.

La vida emocional de once años presenta frecuentes picos de gran intensidad. En poquísimo tiempo puede ser víctima de un fuerte ataque de cólera, esta sujeto a estallidos de risa y a estados de ánimo variables.

Los distintos humores vienen y se van en ráfagas y algunas veces obedeciendo a un ritmo cotidiano: soñoliento y gruñon a la mañana y alegre y vivaz a la tarde; pero otras veces alteran días buenos con días sombríos. El mal humor puede aparecer cuando hay demasiado quehacer y poco tiempo para jugar o para dormir. Sus emociones se levantan con rápidos crecendos su voz también sube con premura, pues a veces llega a gritar con tal intensidad que obliga a los demás a alzar la voz en forma equivalente; frecuentemente se lo ve atravesar las habitaciones como un tromba, profiriendo amenazas; estos exabruptos exigen una mano firme y habilidosa. Si se los encara con demasiada sensibilidad o indulgencia pueden provocar constante irritación. Estos tipos de conducta reflejan concretamente la inmadurez de las nuevas evoluciones emocionales que actualmente pasan por las etapas iniciales, ya que después de todo hay una indudable inocencia e ingenuidad en todas las reacciones emocionales de la mayor parte de los niños de once años.

En franco contraste con los varones de once años, que parecen formar un grupo relativamente uniforme en su estructura física, las niñas presentan marcadas variaciones individuales, especialmente cuando se comparan los extremos de las niñas más delgadas con las más gorditas. En su desarrollo sexual se observan extremos semejantes. Algunas no presentan el menor rastro de desarrollo sexual, reteniendo las formas menos diferenciadas de la infancia, en tanto que un número reducido de niñas físicamente más adelantadas, ya muestran entonces contornos redondeados, y el funcionamiento fisiológico característico de la adolescencia.

Si antes de esta edad puede suceder que no se haya alcanzado aún un

conocimiento claro de la menstruación, ahora es muy difícil que esto ocurra, probablemente debido a su inminencia. Las niñas no demuestran tanto interés como los varones por los cuentos "verdes" o la observación de la cópula entre animales. En su lugar, les interesa conocer más a fondo las relaciones humanas, aunque empiezan a tornarse reticentes en las conversaciones con sus madres al respecto.

Es importante cuidar que no adquieran ideas erróneas; los varones de once años configuran en su desarrollo físico un grupo más uniforme que el de las niñas debido a que son muy pocos los que presentan signos exteriores de maduración sexual. Muchos niños no revelan mayores deseos de discutir los problemas sexuales con sus padres. O bien pueden no formular ninguna pregunta, o bien hacerlas en el momento menos inoportuno, poniendo así de manifiesto su inmadurez.

El comportamiento de los animales estimula mucho más el interés sexual de los varones que el de las niñas. A los varones les interesa comparar los órganos de los animales con los de los seres humanos. Cuando comienzan a comprender el desarrollo embrionario y el nacimiento de un niño sintetizan su actitud con la palabra "asombroso". Al igual que las niñas, muestran interés por saber como "siembra el padre la semilla en la madre", si bien a algunas puede resultarles difícil comprenderlo. En este sentido, el conocimiento y la observación de la vida animal puede serles útiles. Peor todavía puede sorprenderles que la reproducción animal y en esta etapa de su evolución mental es probable que tanto los varones como las niñas piensen que es "asqueroso".

Y sin embargo, sorprende comprobar que algunos niños de 11 años comienzan ya a comprender la diferencia entre el nivel animal y el humano.

Se dan cuenta de que el matrimonio es también una institución, pero que no es necesario casarse para tener un hijo. Algunos varones se vuelven más conscientes de las niñas como mujeres. Son más conscientes del aspecto físico de las niñas y pueden observar la forma en que caminan o en que se contonean, los varones reaccionan ante una niña bonita, muestran curiosidad acerca de las causas por que las niñas a veces no se bañan.

Como en todas las edades, los varones muestran mayor tendencia que las niñas a contar cuentos "verdes", y a utilizar palabras especiales para referirse al sexo o a las funciones excretoras.

## LOS DOCE AÑOS.

Los doce años traen cambios favorables, el niño se vuelve menos insistente, más razonable, más compañero de los suyos. La vida se desenvuelve con mayor plácidez tanto para los niños como para los adultos.

A través del solo proceso del crecimiento, ayudado por el hogar y la escuela, donde adquiere una nueva visión de sí mismo y de sus compañeros, ya sean o no de su misma edad, así mismo un niño de doce años resulta una excelente compañía para conversar. A los doce años el niño es tan inestable que fluctúa por momentos entre los dos extremos: del espíritu de colaboración adulto a los caprichos infantiles.

Las fiestas mixtas de varones y niñas suelen ser proyectadas con enorme entusiasmo pero muchas veces no terminan del todo bien.

Se puede también considerar el nivel cronológico de los doce años como un período que normalmente beneficia la integración de la personalidad, los

rasgos fundamentales de razonabilidad, tolerancia y humor promueven los contrapesos necesarios en la organización de la conducta, existen otros cuatro rasgos íntimamente relacionados con aquellos, que tienden hacia el mismo fin integrativo: el entusiasmo, la iniciativa, la empatía y el conocimiento.

El de los doce años, presenta un rasgo especial que lo caracteriza dentro del ciclo de desarrollo humano, pues trae a la existencia un conjunto de rasgos de conducta que anticipa claramente la madurez del adulto. El niño de doce años no es un adulto en miniatura, tampoco es una copia pero encierra en sí modos de pensar, de sentir y de actuar, que prefiguran nítidamente la mentalidad madura. Su nueva visión de las cosas, involucra una "capacidad de maduración" a la vez que descubre las líneas fundamentales del crecimiento mental que se proyectan hacia el futuro.

Así mismo su propia cultura modela los patrones exteriores de conducta, pero las tendencias internas proceden del crecimiento innato, emergen de fuerzas instintivas, no con violencia, pero sí con seguridad. Estos factores hacen que el niño comience a experimentar distintos sentimientos con respecto a su propio ser, reorientando sus relaciones interpersonales y encuentra natural comportarse de modo más maduro.

Doce es la edad en que el término medio de las niñas comienza a avanzar decididamente hacia la forma y funciones de la mujer joven. Por lo común, es éste el período de crecimiento adolescente más rápido, tanto en altura como en peso.

Si doce, ya sea varón o niña, ha desarrollado aptitudes y sentimientos sanos con respecto al sexo, ello le permitira pasar sin dificultades a las etapas siguientes del desarrollo. En esta edad necesitan ayuda para saber

lo que está sucediendo; pero también necesita descubrir su propio camino.

La mayoría de los individuos (en nuestra cultura) pasan por una etapa perfectamente natural cuando consideran sanas todas las cuestiones sexuales.

En los varones de doce años existe un crecimiento físico con un margen de diferencia más amplio que a los 10 ó 11 años, actualmente se acentúan los puntos externos haciéndose mayor la diferencia entre los más o menos adelantados, el grupo de adelantados se halla mucho más avanzado, en tanto que el grupo menos activo casi no muestra ningún cambio desde los 11 años. El grupo a mitad de camino presenta ahora, sin embargo, indicios definidos de uno u otro tipo del comienzo de la pubertad. A los niños les comienza a interesar el sexo más que antes, a ellos les interesa relativamente menos la actividad sexual de los adultos, importándoles más sus propias actividades sexuales. Por lo general ya tiene noticias de la eyaculación, aunque sin haberla experimentado. Y comienza a darse cuenta en forma más cabal de que la actividad sexual ocurre con plena independencia a la reproducción.

En la mayoría de los casos, es casi inevitable cierto interés por las niñas, si bien puede tratarse de un sentimiento tan pasajero como repentino. A esta edad les gusta más asistir a reuniones sociales, como las fiestas o bailes escolares. En estas ocasiones demuestra un cuidado inusitado en el vestido, y la excitación provocada por aquellos puede durar hasta dos días después de celebradas. Los pocos que se enamoran son curiosamente francos en la expresión de sus sentimientos, telefoneando a discreción y escribiendo sus inclinaciones afectivas en libros al alcance de todos. Pero en general, lo que más les gusta es la actividad colectiva

y no se atrevería a tratar de besar a una niña, salvo en el caso de aquellos juegos en que su ritual así lo impone, y preferiblemente, cuando las luces están apagadas.

El sexo es realmente interesante para ellos, y ya no tiende tanto como antes a ver en él una cosa sucia. Le gusta enterarse y enterarse bien, lo cual no le impide llegar a veces a conclusiones erróneas, y así puede creer que una "niña" es un "marica", o que es un "pederasto" es un hombre "loco" por las mujeres. A los varones les gustaría en grado sano disponer de una persona con quien poder conversar libremente, satisfaciendo la manera simple y directa toda su curiosidad. Al parecer, prefiere casi siempre obtener esta información de un amigo o de cualquier otra fuente más o menos ajena a la esfera familiar; por francos y comprensivos que sean los padres, difícilmente llegan a inspirarle la suficiente confianza para hablar con ellos de esos problemas.

Cuando le falta una fuente de este tipo, doce se procura su información en otra parte; lectura de revistas, diarios y diccionarios en los artículos dedicados a las palabras sexuales; o bien la adquieren ( y junto con la acertada ) la errónea de sus compañeros.

### LOS TRECE AÑOS.

A esta edad son bastante complejos porque la adolescencia se halla ya beneficiada y comienzan a emerger múltiples y nuevos factores de la conducta, algunos se tornan manifiestos, pero otros permanecen en la oscuridad, porque trece ( durante el curso de un año ) no siempre se muestra abierto y comunicativo. En el hogar suele versele callado, dedicado a pensar y soñar. En la escuela se observan otros aspectos

completamente diferentes de su conducta. Responde con interés a las asignaturas y estudios escolares. Demuestra una gran capacidad para adquirir conocimientos por medio de la lectura, la audición y la visión.

Pese a algunos altibajos de su humor, es capaz de adaptarse y digno de confianza. Puede demostrar incluso, una sorprendente habilidad y espíritu de protección para ayudar a cuidar a un hermanito en edad pre-escolar. Tiene un fuerte sentido del deber. A veces hasta parece demasiado escrupuloso, así lo acosan una gran cantidad de preocupaciones privadas, suele hacer críticas minuciosas de sus padres, éstos a su vez se quedan perplejos y desconcertados por su reiterada tendencia, a retraerse del círculo familiar, quizá los padres, se preocupen innecesariamente, temiendo que el niño se aleje de ellos. Muchos de los males de la adolescencia suelen ser síntomas perfectamente normales del proceso evolutivo y conducen al niño a un mayor conocimiento de sí mismo.

Un niño de trece años, puede sumarse al grupo familiar para contemplar un programa vespertino de televisión, el espectáculo le interesa pero en medio del programa su rostro adquiere repentinamente una expresión grave y ausente. Entonces se levanta sin ceremonias, y sin decir una sola palabra, se marcha a su habitación para meditar, y rumiar sus pensamientos. No es posible meditar en su mundo de sueños, pero estos no son interminables; además, por su propia iniciativa y responsabilidad no tarda en lanzarse a un asalto concentrado sobre sus deberes. En cierto modo, tanto le preocupan los asuntos internos como los externos.

Esta conducta no significa que el adolescente trate de retraerse de la realidad sino, por el contrario, que hurga más hondo en ella, revolviéndolo todo en su pensamiento. Esta conducta interiorizante es un serio problema para él, si tratará de escapar de la realidad, tendería más

a los modos de conducta evasivos y distraídos o bien a la franca oposición. Sus reflexiones, son polifacéticas involucran elecciones, deseos, ideas, ambiciones y pueden conducir a decisiones provisorias y potenciales en esfera de conducta moral. Estas meditaciones dictan de ser ociosas, pues representan el esfuerzo del adolescente para alcanzar un yo más maduro.

A esta edad, varones y niñas por igual suelen eludir las relaciones confidenciales íntimas con sus padres, con algún embarazo, un varón se atreve a insinuar que no le gusta que su padre le pase el brazo por los hombros, el sentido crítico de las niñas suele agudizarse con respecto a su madre "por su propio bien".

No es fácil resumir el significado evolutivo de los 13 años en una fórmula simple. En este un año de complejas transiciones que involucran a un tiempo, cuerpo, mente y personalidad. Frecuentemente las transiciones se producen sin aviso o conocimiento previos el adolescente debe sentirse salir al encuentro lo mejor que puede sin ayuda alguna de la cultura que lo rodea.

En el plano sexual para los niños, es un periodo de continua maduración, también suele eludir a los varones porque estos se muestran a veces demasiado directos en su trato cuando sienten interés por las niñas. Pueden desear arribar a un nuevo tema, de conversación, pero no saben exactamente de que hablar y es probable que recurran a algún tema escolar. Los varones tienden a mirar fijamente a las niñas y a éstas suele resultarles sumamente difícil suavizar la torpe intensidad masculina con su pequeña charla femenina.

## LOS CATORCE AÑOS.

A esta edad, el clima emocional sufre diversos cambios evolutivos. La timidez, la susceptibilidad y las escrupulosas extravagancias, dan paso a una vigorosa y robusta expresividad, aunque el grado y los patrones de transformación varían por supuesto, de acuerdo con la individualidad básica de cada uno; los nuevos rasgos de madurez son síntomas del movimiento de avance con mayor plenitud, adquiriendo un equilibrio más estable en medio de las demás personalidades, a esta edad comienza a sentirse que es él mismo; posee una seguridad en sí mismo, pese a las presiones de su energía creciente, tiende a mostrarse amistoso y extrovertido en sus relaciones interpersonales, tanto en la casa como fuera de ella. Adopta una actitud mucho más madura hacia los adultos en general y hacia su familia en particular. Actualmente utiliza la palabra familia con más libertad y empieza a concebirla como institución.

Las desavenencias son menos tirantes y persistentes; existe un mayor respeto y confianza mutuos, basados en una mayor comprensión, en esta edad desarrolla cada vez más facultad de percibir lo que sienten los demás y de verse a sí mismo como lo ven los otros. En el marco de una familia norteamericana puede hacer entrar en juego, incluso, su creciente sentido del humor y cuando encuentra tolerancia y comprensión en los padres es probable que aventura más de una broma, con los hermanitos menores se lleva bien; en realidad, si tienen cinco años o menos, les gusta cuidarlos, juega con ellos, incluso hacerles regalos. Con los de once ya no es tan amable, pero por lo general sus dificultades las resuelve en el plano verbal, mediante la discusión y el altercado. La mayoría de los

padres siente que esta edad debe tratar mejor a sus hermanos menores también, que debe procurar mejorar su conducta. En las familias con tres o más hijos, es mucho lo que se pretende de los jóvenes de 14 años, lo cual no sugiere que ha alcanzado un nivel superior de madurez y responsabilidad.

Las diferencias temperamentales y sexuales se hacen cada vez más evidentes. Están llenos de vida, rebosan de energía, exuberancia y expansividad. Es tan optimista con respecto a sus propias posibilidades y al mundo en general que a veces se espanta con sus propias ideas o empresas; en ocasiones es víctima de curiosos enredos provenientes de la multitud de intereses e impulsos en que se embarca.

El niño de 14 años ocupa una cuna de madurez intermedia, entre la escuela elemental y la secundaria. Visto con la perspectiva evolutiva, se halla en vías de "superar" decididamente las limitaciones de los grados inferiores. Su maduración mental avanza rápidamente preparándolo para las clases superiores. Pero en esta temprana fase de transición puede no hallarse todavía en condiciones favorables para satisfacer las exigencias y la competencia de un colegio secundario, grande y severo.

## LOS QUINCE AÑOS.

Quince es, "indiferentes" y habla con voz suave, en lugar del exuberante vozarrón del año anterior, sus energías de expansión son tan magras que a veces se lo cree perezoso o por lo menos cansado. Demuestra un menor interés por los alimentos incluyendo las golosinas. Produce también cierta impresión de apatía. Esta impresión, sin embargo, puede ser muy bien errónea, pues la aparente apatía se halla estrechamente relacionada con una reposada y reflexiva preocupación por sus estados

anímicos íntimos.

Los estados de ánimo grises de Quince años, más reposados, forman parte por consiguiente, de la economía del desarrollo de la personalidad. Estos estados anímicos no son tan intensos y penetrantes como los del nivel correspondiente a los trece años; lejos de ello, tienen un carácter más templado y mejor modulado.

Los rasgos de madurez de este período puede enfocarse desde tres puntos de vista distintos, de los cuales ya se ha analizado el primero: 1) Una creciente conciencia y perceptividad del yo. 2) Un naciente espíritu de independencia. 3) Lealtad y adaptación a los grupos del hogar, del colegio y de la comunidad.

A los catorce años, el adolescente a comenzado a concebir cordialmente a la familia como una institución que tiene cierto derecho de exigirle su servicio, y cooperación.

Los quince años no traen consigo ningún cambio nuevo o dramático en el aspecto físico de la mayoría de los niños, pues el mayor número de las características físicas de madurez ya han hecho su aparición en épocas anteriores. Parecen traer en cambio la conclusión definitiva de ciertos rasgos del crecimiento iniciados tiempo atrás.

Los varones se hallan en vías de desplazarse hacia patrones más estables de actividad sexual y los factores de estímulo comienzan a canalizarse. Así, se observa una menor sensibilidad a los estímulos laterales no específicos. En tanto que en épocas anteriores una erección podía ser causada por una excitación de tipo no erótico-miedo ó cólera, o por el propio movimiento casual de las piernas, al moverse en la silla, actualmente estos estímulos no suelen encontrar repercusión en el sujeto.

178

Sin embargo, las actividades más específicas, como el baile, comienzan a despertar respuestas sexuales.

## L O S   D I E C I S E I S   A Ñ O S .

El adolescente de dieciseis años no tiene más que pararse en puntas de pie, prácticamente para ver el horizonte de la edad adulta. La propia sociedad le recuerda su reconocimiento, a esta creciente madurez a través de diversas normas, costumbres y leyes, la actitud de los padres, profesores y preceptores sufre modificaciones sutiles cuando éstos advierten la creciente madurez del joven.

Es más tolerante con todo el mundo en general. Tiende a aceptar la vida tal como la encuentra. En caso de llegar la visita inesperada, puede sorprender a su familia por la cordialidad desplegada y la desenvoltura casi adulta con la que recibe, atenuando la posible tirantez del momento.

La edad de dieciseis años, casi hace un culto de su interés por la gente, echando las bases de múltiples amistades. Esto vale tanto para el sexo femenino como para el masculino, hay una gran camaradería sobre una base totalmente ajena al romance.

Los varones cultivan la amistad con otros varones, principalmente sobre la base de un interés común en determinadas actividades, ya sean de carácter deportivo o intelectual. En su mayoría tienen amistades de larga "vida", pero no suelen cultivarlas intensamente. La mayoría de los jóvenes informan que tienen millones de amigas. A veces la amistad entre dos mujeres es tan intensa que llega a fastidiar a las familias involucradas.

Las relaciones padre-hijo y padre-hija muestran una mayor comprensión mutua. Las relaciones con los hermanos varían en grados de compatibilidad,

pero en general son satisfactorias. A esta edad, les gusta reirse. Las burlas recíprocas con los hermanos retienen probablemente cierto valor funcional, tanto para el burlador como para el burlado.

En lo que a esta edad se refiere (16 años), es una suerte que este pasando ahora por una fase favorable del desarrollo, a la vez como individuo y como miembro de la cultura contemporánea. Sus rasgos de madurez se hallan mejor equilibrados y contrapesados que en el nivel cronológico anterior.

La impresión de lozanía y redondez causada a esta edad (15 años), puede disminuir ligeramente y algunos jóvenes pueden rebajar efectivamente de peso a esta edad. Pero el aspecto de una chica de 16 años parece ser algo más definido.

Los varones que en épocas anteriores habían demostrado interés por el sexo femenino revelan ahora in interés mayor aún, y a algunos les atraen menos, ahora, los estímulos más periféricos del tipo pornográfico. Pero algunos a quienes les resulta difícil controlar sus impulsos sexuales y se masturban con frecuencia, buscan estímulos eróticos en fotografías de mujeres desnudas y leen copiosamente novelas eróticas (dejando dobladas las esquinas de determinadas páginas). Muchos parecen hallar una creciente fuente de estímulo en los movimientos rítmicos, como los de la música, la danza, etc.; y los sueños diurnos parecen haberse convertido en una fuente todavía más potente de excitación que un año antes.

Es así como la variabilidad responsiva de la sexualidad infantil, desde un primer momento se ve influida y restringida por la sociedad, sus diversas instituciones y las actitudes de los sujetos con quienes se interactúa ( Moonroy, 1985 ).

Ahora bien, independientemente de la presión social que ejercen quienes le rodean, imponiéndole los caracteres de papel funcional, el individuo actúa, se mueve, y se manifiesta. Es un ser que se enfrenta a un nuevo universo de estímulos que cambian y se suceden a gran velocidad exigiendo respuestas.

Sin embargo, antes de penetrar en una posible identificación de conductas y acciones con la sexualidad, cabe recordar el grado de desarrollo biológico con el que nacemos los seres humanos ( Leif, 1979 ).

Aunque quizá; lo prudente es no negar sexualidad y tampoco imponer fronteras entre lo sexual y lo no sexual. Pues el individuo como una unidad de vida de gran complejidad actúa como un conjunto sin suspender ninguna de sus funciones ni manifestando un estado de inactividad; en un momento dado, respecto a la sexualidad.

Pues, el proceso de educación está determinado por las transmisiones verbales y no verbales ( por ejemplo: actitudes, acciones, reacciones ). Y así como se educa en aspectos generales al niño y al adolescente, el aspecto sexual no debe ser descuidado ni en el hogar ni en la escuela.

Es así que al querer interpretar la evolución de la sexualidad únicamente vista desde un ángulo, es como asimilar la música en función exclusiva de las ondas acústicas, la información es objetiva, pero a la vez incompleta, por lo que es importante saber acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales ( Masters y Johnson, 1985 ).

Ya que inciden en la configuración sexual durante la niñez y la adolescencia, formando parte de su personalidad

“Los factores biológicos; son comunes a toda la especie humana y están representadas por el sexo, es decir, por las características

anatómicas y funcionales que permiten distinguir a los hombres de las mujeres y cuya unión permite la reproducción.

Dentro de los factores psicológicos abarcan al comportamiento del individuo relacionado con el sexo al que pertenece, a su edad y cultura; por ello no es posible separar las características biológicas de las psicológicas y sociales.

Es así como en los factores psicológicos, están ligados cuatro aspectos básicos como son:

- + **El sexo de asignación;** que es la "etiqueta" que identifica al producto inmediatamente después de nacer de acuerdo con la apariencia de sus genitales externos y a partir de esta designación sexual se empezará a tratar al recién nacido de una manera determinada, favoreciendo la adquisición de conductas masculinas o femeninas.
- + **Identidad de género;** es la convivencia de pertenecer a un sexo o al otro, es el poder decir "soy hombre" o "soy mujer" y sentir, pensar y comportarse como tal.
- + **El papel sexual;** está compuesto por el comportamiento que asume una persona para indicar a los demás y así misma que es un ser masculino o femenino.
- + **Finalmente la orientación sexual;** que se refiere a la atracción o preferencia para elegir pareja sexual. Esta orientación está relacionada con la educación sexual que recibe el individuo pero no está totalmente definida por ella, y puede causar graves problemas de personalidad cuando la sociedad no acepta a los individuos que se orientan en forma diferente a lo establecido por las normas del grupo social.

Y por último los factores sociales; que es cuando los seres humanos se reúnen formando grupos, por medio de los cuales satisfacen sus necesidades y dentro de los cuales su comportamiento, incluyendo el sexual, está regulado a través de manifestaciones culturales como los valores, las normas, las creencias, etc. (PASAF, DIF. 1986 ).

Es así como se está ante un ser sexuado, que permite observar conductas sexuales concretas y sin embargo, aquellos que le rodean manifiestan ante él conductas y concepciones sexuales. Aunque no es posible negar el hecho de que esas reacciones y actitudes hacia la sexualidad conforman un complejo rompecabezas en el que algunas piezas son respuestas referidas básicamente al aspecto sexual y otras reflejan la reacción motivada por conductas sociales, que se dan en función de la respuesta de los demás ( Benedetti, M. 1986 ).

Por tanto es indispensable señalar la importancia que tiene hablar de sexualidad en la pre-adolescencia y adolescencia. A lo que a continuación se habla del comportamiento del pre-adolescente y del adolescente.

## COMPORTAMIENTO DEL PRE-ADOLESCENTE.

La pubertad es una larga etapa de progresiva madurez sexual. Etimológicamente, el término nace de la palabra que designa los pelos del pubis. Por tanto; la pubertad aparecería propiamente cuando naciera ese mechón púbico, que se encuentra en el niño, pero en realidad, se entiende por pubertad el período durante el cual se forma la madurez sexual (Leif, 1979).

Tomando en cuenta algunos factores que pueden intervenir para provocar la aparición de la pubertad; se ha dicho que la pubertad es más precoz entre los pueblos meridionales que entre los nórdicos, siendo la causa de esta precocidad el clima cálido, el sol y la luz. Sin embargo, existen poblados africanos en los cuales la pubertad no aparece antes de los 16 años, aunque en realidad esto es una excepción, ya que no resulta raro ver en Africa y en Oriente como la primera menstruación tiene lugar entre los 9 y los 10 años, y resulta curioso observar que esta precocidad no tiene efecto en los muchachos, a los cuales parecen no afectar las influencias climatológicas o solares.

El hecho de que la pubertad se presente a una u otra edad, ponga de manifiesto cambios fisicofisiológicos, influyendo en lo social y en un enriquecimiento de la responsividad sexual, no significa que una puerta se haya cerrado y se penetre en un ámbito nuevo y desconocido.

Sino que la mayoría de los pre-adolescentes experimentan una viva emoción cuando adquiere conciencia de la transformación de su cuerpo. El cambio al que asisten los desconcierta, sin duda porque atestigua el

repentino funcionamiento de la "fábrica" hormonal, pero sobre todo porque los conduce a entablar nuevas relaciones con su propio cuerpo y, en consecuencia, a modificar sus relaciones con los demás.

A esto es a lo que se le llama la crisis de la pubertad, la cual gira en torno a dos problemas fundamentales como son:

- El problema del cuerpo y el problema sexual (Tordjman 1984).

En el problema del cuerpo, todo estriba en la aceptación de su "Esquema corporal", es decir, necesitan adaptarse a esa nueva imagen de sí mismos que le devuelve el espejo, a fin de aceptar su propio cuerpo y sentirse bien consigo mismo.

Pero les cuesta habituarse a ese nuevo cuerpo que repentinamente ha crecido y cambiado, que los incomoda y los vuelve torpes, al mismo tiempo los signos que atestiguan la evidencia de su despertar a la sexualidad no son siempre aceptados por ellos sin un cierto malestar.

Los pelos pubianos y las axilas, el volumen de los senos, la barba incipiente y las erecciones difíciles de disimular polarizan su incomodidad y sus preocupaciones. Todas estas modificaciones los sumergen en alternancias de humor, de exaltación y de melancolía, que están siempre teñidas de ansiedad (Coleman, 1985).

El hecho de que los niños prepúberes centren su curiosidad en el embarazo, el parto y las malformaciones del recién nacido no es un modo alguno fortuito; se debe, más bien, a que viven la pubertad como un nuevo nacimiento que les hace temer todo lo relacionado con el alumbramiento.

Ahora bien la crisis de la pubertad se articula también alrededor del problema sexual. A partir de esta etapa, el cuerpo se modifica, la diferenciación sexual entre muchachas y muchachos se acentúa en el plano

de las formas, de los volúmenes y de la apariencia exterior. Pero las emociones y los sentimientos experimentan también una permanente efervescencia, el adolescente pasa de la alegría de amor, al aburrimiento de la culpabilidad al miedo, del entusiasmo a la depresión (Gayou, 1986).

Sobre todo al cobrar conciencia de esos accesos volcánicos, efectivos y corporales y al dudar de su actitud para agrandar, el joven o la joven captan las posibles anomalías que podrían comprometer su vida sexual.

Todos los problemas relativos al cuerpo y que son motivo de inquietud pertenecen a la esfera sexual. Ya se trate de la estatura, del cambio de voz o de los granos que cubren el rostro, los verdaderos temores conciernen, ante todo a los órganos genitales y a sus diferentes funciones como: la erección, la eyaculación, las emisiones nocturnas, la menstruación y el acto sexual, propiamente dicho.

Los cambios que se acaban de citar ejercen sin duda un profundo efecto en el individuo. El cuerpo se modifica radicalmente en su tamaño y forma y no es de sorprenderse muchos púberes experimenten un periodo de torpeza mientras intentan adaptarse a tales cambios.

El cuerpo también transforma su funcionamiento y deben asimilarse nuevas experiencias corporales, que en ocasiones son preocupantes, como el primer periodo de una muchacha o las poluciones nocturnas de un chico, quizá lo más importante de todo, es el efecto de tales cambios que tienen en la formación de su identidad (Monroy, 1985).

Ya que incluso en los jóvenes mejor adaptados, los intensos cambios corporales afectan profundamente a estos aspectos de la identidad y suponen un considerable reto para la adaptación. Resultando lamentable que muchos adultos, habiendo olvidado por completo gran parte de su propia

angustia de la pubertad, tengan solo una vaga conciencia del impacto psicológico que traen consigo estos cambios.

Ahora bien, por otro lado, mientras no medie agresión o coerción, no es probable que los episodios aislados de prácticas sexuales en la niñez constituyan anormalidades, no es muy positivo que los padres reaccionen con alarma u hostilidad ante los escarceos sexuales de sus hijos, ni que les inflijan castigos por ello. Seguramente es mucho más efectivo un enfoque realista de la situación que conlleve comprensión y una educación sexual adaptada a la edad del niño, que las amenazas y los gustos teatrales (Masters y Johnson, 1985).

Ya que la educación consiste en la transmisión de las pautas culturales de los hábitos, de las ideas, de los conocimientos de un determinado grupo social, por lo tanto todo individuo recibe este tipo de educación en el transcurso de su vida.

Pues aunque se requiera o no hablar de sexualidad al niño, se le están enviando mensajes alusivos diariamente a través de las conductas, las reacciones y los sentimientos de los adultos. El proceso de la educación de la sexualidad es paulatino y continuo, cuya parte de información consciente es mínima, en relación con la información inconsciente que a cada momento se proporciona y esta determinando las conductas sexuales de los niños y los jóvenes. Así el impulso sexual del ser humano no se despierta repentinamente en la pubertad, sino que se desarrolla a lo largo de su vida, cambiando gradualmente de una forma a otra, progresando de un grado a otro, hasta llegar a la vida sexual adulta.

Es así como la educación de la sexualidad es un proceso que se inicia

desde los primeros meses de vida por medio de un aprendizaje indirecto obteniendo de los adultos, por tanto, los padres son los primeros responsables de la educación de la sexualidad.

Esto se realiza observando, las reacciones de la pareja, sus actitudes con respecto a la exploración corporal del hijo y cuando establece el control de esfínteres ( cuando el niño aprende a avisar a ir al baño ), la aceptación del sexo del hijo, las respuestas a las preguntas e inquietudes del niño a saber más acerca de sí mismo y del medio que lo rodea, y las actitudes que acompañan a esas respuestas, se habilidad de dar y expresar amor entre ellos mismos y hacia el hijo; por esto es importante que los padres reconozcan que todos estos factores influyan en la integración de la sexualidad de sus hijos.

El propósito fundamental de la educación sexual en los niños es formar individuos que desarrollen integralmente como seres sexuales ya que la vida sexual de las personas se aprecia por el resultado de su comportamiento, por lo que hace y dice, por lo que actúa y expresa, más que por sus órganos sexuales.

## COMPORTAMIENTO DEL ADOLESCENTE.

La etapa de la adolescencia, es una materia de estudio altamente discutida y polémica, ya que entre otras cosas da lugar al planteamiento de un cuestionario importante, como es el hecho de definir si el adolescente es aún un niño, o ya debe ser considerado como adulto, esta situación se presenta en forma más o menos compleja en función del evento al cual se enfrenta el joven legal, judicial, social, etc., puesto que dependiendo de esto, podrá tomar decisiones, tendrá obligaciones, etc. ( Cadena, 1980 ).

Es el paso de la niñez a la vida adulta y constituye solo una fase del crecimiento total del individuo, este proceso tarda algunos años y se presenta a diferentes edades, de acuerdo al sexo, el clima, la cultura, la herencia, la alimentación, etc. La adolescencia es en realidad un acontecimiento sociopsicológico que está determinado por la cultura; social porque el individuo evoluciona de ser niño dependiente a ser un adulto autosuficiente; psicológico, porque tiene que hacer nuevos ajustes que distingue la conducta infantil de su conducta adulta (Monroy, 1985). En suma, la adolescencia es un período de transición, no solo por razones biológicas sino a causa de presiones y demandas que la cultura aplica sobre el individuo en desarrollo.

Normalmente el adolescente afirma su personalidad mediante actitudes dirigidas ante todo contra el medio familiar ya que para probar su independencia adopta simultáneamente las opiniones contrarias a las de los padres, se nega a dejarse guiar en la elección de amigos, de lectura, de diversiones, etc., difiere de las opiniones de sus padres y trata de

imponer las suyas, quiere vivir su vida y dejar de lado las experiencias de los demás. Su vida secreta, su correspondencia y las largas conversaciones con sus amigos lo alejan progresivamente de la familia.

Cuando en el adolescente aparece el sentido crítico y el mundo exterior se abre en toda su amplitud y los padres dejan de ser considerados todo-poderosos, aparecen nuevos modelos de identificación, por ejemplo, el grupo en el cual por ciertas necesidades el adolescente busca convivir.

En la vida cotidiana cada vez se rompen más patrones y normas que hasta entonces habían podido ser parcialmente controladas, pues aunque la gente sigue conservando ciertas costumbres, como ir a la iglesia, los jóvenes acudir a las universidades, cada vez hay menos y menos reglas y reglamentos para normar el comportamiento social. Ni la iglesia, ni la escuela, ni el hogar tienen autoridad absoluta para manejar el comportamiento del individuo o de grupos humanos (Leshan, 1975).

De esta manera, la sociedad en general y la familia en particular, juegan un papel trascendente en la formación del adolescente y en su inmersión en la sociedad misma, notándose que, dependiendo de como se desenvuelva al interior de su familia, será la manera de presentarse y desarrollarse en su sociedad, aceptando y adaptándose a las normas que ese grupo social le marca, o bien revelándose indiscriminadamente en todo lo que procede del adulto.

Esta posición ambivalente de la sociedad influye en el joven creándole la crisis de identidad, resumiendo esta en la formación del YO - SOY - YO , para lo cual debe quedar bien definido el NO - YO , es decir, no debe haber ninguna duda de su sexualidad sea hombre o mujer, ya que el

adolescente necesita saber quien es y que quiere, esto es que quiere saber si aún es niño o es adulto, pues se encuentra con un sin número de alternativas, se enfrenta a la presión social, a la competencia necesaria para poder subsistir en un sistema capitalista. Todo esto da origen a una ideología propia de los adolescentes que condicionan su comportamiento, dándose por lo tanto, características distintas a las del resto de las personas, es por esto, que se habla de una sub-cultura de la adolescencia.

El acercamiento hacia el otro sexo se inicia generalmente de una manera discreta; tratando de llamar la atención mutuamente de una manera gastándose bromas, exhibiendo sus habilidades y atractivo físico, etc. Estos intentos de aproximación mantienen un caracter más o menos lúdico por un tiempo pero proporcionan al adolescente experiencias que lo conducen a una mayor madurez.

Las relaciones de noviazgo son importantes en esta etapa pues el adolescente encuentra con quien compartir su tiempo, decisiones, actividades, intereses, problemas, etc.

En este tipo de relaciones prevalece tanto el afecto como el amor, y una manera de expresarlo es la proximidad física, pues se sabe que esas relaciones afectuosas llevan consigo el deseo de tocar, de estrechar, de juntar los cuerpos, de contacto físico, ésto es cierto en todas las relaciones heterosexuales a lo largo de la vida en todas las edades y tanto en el hombre como en la mujer (Masters y Johnson, 1985).

A través de estas actividades heterosexuales, el adolescente va a conocer el sexo diferente y así va a desarrollar su capacidad de amar; su vida va a ser más rica en sentimientos. En un principio es posible que

idealice su enamoramiento, por tratarse normalmente de alguien que no ha de hacer realidad sus sentimientos; poco a poco hace sus contactos más reales con personas menos idealizadas y a la vez más accesibles física y emocionalmente. La importancia que esto tiene para el adolescente es que amplía sus canales de comunicación, busca experiencias propias, pone a prueba su identidad personal, amén de encontrar alivio a las presiones externas (Monroy y Col., 1985).

Sin embargo, la actitud frente a la sexualidad varía considerablemente de una época a otra, de un país a otro, y de una edad a otra.

A principios del presente siglo se inculcaba a los jóvenes ciertos principios concernientes a las relaciones sexuales, las cuales no se toleraban sino a través del matrimonio y se encontraban justificadas por la preocupación de procrear. En la actualidad se admite, que el placer sexual representa uno de los derechos fundamentales del hombre y de la mujer, aunque las modalidades de acceso a dicho placer varían enormemente de un sujeto a otro.

Así, hay quienes sostienen que todo comportamiento sexual es válido y sano, siempre que no cause ningún perjuicio físico o moral a los demás. En el otro polo se hallan los que continúan aferrados al principio de que la sexualidad no puede desarrollarse más que en el seno del matrimonio, y entre estos dos extremos, todos los matices son, sin duda, posibles.

También la actitud frente a la sexualidad varía, en muy amplia medida en función de la edad, pues entre los 11 y los 16 años, el adolescente, en nuestra civilización lleva a cabo el aprendizaje de una cierta mutación de sus ideas y de sus concepciones morales frente a dicho problema. El

adolescente de 16 años es más tolerante que el de 12 frente a la masturbación, las relaciones sexuales antes del matrimonio, la edad mínima del primer contacto sexual, la virginidad, la fidelidad o las uniones pre-matrimoniales.

Hacia los 11 o 12 años, la actitud con respecto a tales problemas está sujeta a una moral que preconiza la procreación en el matrimonio. Los jóvenes apenas púberes alimentan las mayores reservas en lo que atañe a las relaciones sexuales del adolescente.

Por el contrario, a partir de los 15 o los 16 años se observa una verdadera reorganización, por no decir revolución, de la moral sexual, que evoluciona de las "normas" tradicionales hacia una expresión infinitamente más permisiva. Este período de cinco años resulta decisivo para la modificación de las actitudes frente a la sexualidad. El adolescente se aleja cada vez más de los edictos y de las prohibiciones promulgadas por la autoridad familiar, para establecer su nueva actitud en concepciones personales o en principios filosóficos. Es cierto que, para el sujeto de 11 años, el acto sexual sigue siendo aún una abstracción lejana, mientras que para el adolescente de 16 a 17 años, expuesto a contactos físicos repetidos, representa una realidad inmediata (Coleman, 1985).

La mayoría de adolescentes adopta una actitud de tolerancia con respecto a la sexualidad, con excepción de la sexualidad forzada (la violación) y las conductas incestuosas. No obstante, dicha tolerancia, de la que hacen gala frente a los demás, se torna menos evidente cuando se trata de la propia sexualidad.

Por madurez entienden, la actitud para anudar relaciones sexuales con los demás, la actitud para pensar y actuar de una manera autónoma, así

como la de poder vivir solos e independientes de sus padres.

Muchos muchachos y muchachas no se consideran preparados para sostener relaciones sexuales, ello se debe a que tienen otras preocupaciones a las que conceden prioridad. Lo que necesitan es aceptar su nueva imagen corporal, aprovechar y afrontar la relación con los demás, asegurar su desarrollo personal y sacar adelante sus estudios.

Son numerosos los que temen que una actividad sexual a esta edad perjudica la salud, y especialmente el crecimiento.

A causa de su vulnerabilidad a las emociones, tienen a presiones en cuanto a su realización sexual, temeroso de no estar a la altura aunque piensen en ellos sin cesar y vivan en un campo erotizado, pero están más preocupados por entrar en comunicación con el otro sexo que por tener una relación sexual.

7  
ACTITUDES DEL  
ADOLESCENTE  
FRENTE A LA  
SEXUALIDAD.

## Actitudes del adolescente frente a la sexualidad:

Por tradición, los preparativos para la pubertad, en las sociedades son inadecuadas. Toda cultura proporciona algún mecanismo de tensión por medio del cual un individuo puede hacer a un lado su papel de niño y empezar a concebirse y a ser visto por los demás en su nuevo papel de adulto. En alguna sociedad, dichas tradiciones están constituidas por el periodo prolongado de la adolescencia; en muchas culturas, sin embargo, el logro de la madurez reproductiva (la pubertad), es el signo de la condición total del adulto. Los investigadores comúnmente denominan "rito de la pubertad" a esta transición oficial, que por naturaleza es breve.

Los antropólogos han descrito los ritos de la pubertad de muchas culturas diferentes. En las niñas la primera menstruación suele ser el signo habitual de legibilidad. A menudo, el rito implica una reclusión de semanas o meses y algunas veces años; en ellas suele incluirse una dieta específica, actitudes especiales y hasta castigos corporales, mutilación genital o tatuaje del cuerpo, teniendo esto como objetivo el prepararla

para asumir el papel de mujer casada y hacerla atractiva, según la forma específica importante en esa cultura (cicatrices en el rostro, dientes limados, vestidos y lanzas especiales). Durante su reclusión, la niña recibirá instrucción frecuente en las técnicas de la seducción, las relaciones sexuales, las reglas sociales que debe respetar durante los períodos menstruales subsecuentes; como concebir o evitar la concepción y también instrucciones sobre el matrimonio y el cuidado del hogar, la reclusión concluirá con una celebración durante la cual la niña será presentada a la comunidad en su nuevo papel.

En los ritos de pubertad para los muchachos generalmente éstos deben alejarse de la comunidad. Los jóvenes no presentan una señal visible de estarse acercando a la madurez reproductiva, comparable con la menarquía, y diversas culturas seleccionan diferentes características para indicar que el joven ya se encuentra en la pubertad, como el cambio de voz, la aparición del vello facial, la primera eyaculación, etc; y en algunas culturas éstos son sujetos de dolorosas operaciones quirúrgicas (la circuncisión o corte del prepucio es común para simular la menstruación), les hacen tatuajes, así mismo, se les enseñan las técnicas sexuales. Así en otras culturas se les enseñan actividades particulares de los hombres como ritos religiosos, rituales artísticos, guerra o cacería.

En las sociedades industrializadas sobreviven algunos de estos ritos de la pubertad, como son el permitir que beban por primera vez o llevarlos a que tengan su primer experiencia sexual, sustituyendo ésto a la transición hacia la vida adulta.

Como podemos apreciar, la instrucción sexual específica en muchos rituales primitivos, tendrá un efecto importante en las expectativas

sexuales de una persona joven. En algunas culturas conforme el adolescente pasa por la etapa de la vida familiar a la vida independiente. Gran parte de la popularidad y éxito social alcanzado se relaciona con el desarrollo de la pubertad observable. Todos poseemos ciertos conocimientos de la sexualidad gracias a nuestra experiencia personal, es lo que se emplea como base de comparación en la evaluación de la información obtenida, aún cuando algunos estudios desdeñan el empleo de la experiencia personal como un instrumento para la maduración de la "verdad objetiva".

Hay culturas que consideran que la experimentación y las actividades sexuales ilimitadas, durante la adolescencia, son importantes y saludables, las razones pueden ser, que el adolescente necesita ensayar con muchos de sus compañeros a fin de elegir inteligentemente a su cónyuge, que la práctica le será útil al casarse; o que las relaciones sexuales frecuentes de algunos menores son necesarias para la fertilidad posterior (Cohen, 1967, Sexualidad humana, 1972).

Sin embargo, en otras culturas la mayoría de la gente piensa que un interés demasiado grande en la sexualidad es nocivo, y establecen límites para los adolescentes. Se piensa que demasiado sexo causa daño físico, pero generalmente se cree que lo perjudicial surge en el aspecto psicológico. Algunas personas piensan que la experimentación temprana hace "vulgar" a la persona y que con el tiempo no gozará de emoción sexual por lo que esta conducta se verá truncada. Otros piensan que la inmadurez psicológica de los adolescentes puede dar como resultado el desprecio a las emociones de su pareja, la falta de interés por el control natal, y el impedimento de una futura y adecuada elección sobre su pareja

(Cohen,1967;Sexualidad humana,1972).

En base a lo mencionado se han llevado estudios que demuestran que en las culturas donde los niños tienen cierta libertad para la experimentación y el desarrollo gradual de la experiencia en las actividades y las sensaciones sexuales, la adolescencia constituye un periodo de incremento en la frecuencia de tales actividades. Pero, en las sociedades en donde no se habla del sexo durante la niñez y la exploración está oficialmente prohibida; las sensaciones físicas de los adolescentes provocan un nuevo y urgente interés. Los adultos que no pueden tratar esos temas con sus hijos pueden entorpecer su búsqueda de información, obligando así al adolescente a aprender las semiverdades y los mitos de la época, con base a la información que obtienen de sus compañeros (Clanton, G. y Smith, 1977. Los adolescentes y la rebelión sexual, 1986).

Y ocasionando que los adolescentes muestren actitudes diferentes o distorsionadas en lo relacionado a la sexualidad, así mismo, se ha definido la palabra actitud como la disposición de ánimo manifestada exteriormente. También se ha definido como la aceptación del mundo común en el que vivimos formado por cosas, bienes, valores, ideales y personas tal como existen, según Husser (1977).

En lo referente a la adolescencia se ha definido como la serie de respuestas ante ciertas circunstancias específicas. Esta definición se basa en el interés de averiguar como responde el adolescente ante circunstancias como besar, acariciar y tener relaciones sexuales con personas que apenas conocen (por las que no se siente afecto); personas con las que se tuvieron relación de noviazgo y personas con las que se estuviera casado. Es importante aclarar que la actitud frente a la

sexualidad varia considerablemente de una epoca a otra, de un país a otro y de una edad a otra.

A principios del presente siglo se inculcaba a los jóvenes ciertos principios concernientes a las relaciones sexuales, las cuales no eran bien vistas si no se llevaba a cabo a través del matrimonio justificándolo como el vínculo para la procreación. Actualmente se admite, por lo general, que el placer sexual representa uno de los derechos fundamentales del hombre y de la mujer, aunque las modalidades de acceso a dicho placer varían de una persona a otra. Como se mencionó anteriormente hay culturas o personas que sostienen que todo comportamiento sexual es válido y sano, siempre y cuando no cause ningún daño físico o moral a quienes le rodean. Por otro lado hay quienes opinan en forma totalmente opuesta y se aferran al principio de que la sexualidad no debe realizarse si no se desarrolla en el seno del matrimonio.

La actitud frente a la sexualidad varia también según los países, por ejemplo, Finlandia y Noruega experimentan un retraso de diez años en el plano de la liberación sexual en relación con Dinamarca, en donde existe la mayor libertad sexual, el aborto libre y la pornografía, encontrándose instruidos desde hace años, sin embargo, aun cuando son muy "libres" todavía la gente tiene muchas dudas respecto a su sexualidad, esto lo demostró un sexólogo Danés que realizó un estudio sobre las dudas de adolescentes sobre sexualidad, encontrando que se pregunta si la masturbación tiene acciones nocivas sobre el tamaño del pene; si la masturbación lleva a embotar y a no sentir placer erótico; o que si la masturbación ocasiona debilidad y torpeza intelectual. Los adolescentes en nuestra civilización llevan a cabo cambios de sus ideas basadas en el aprendizaje que reciben

de todos los medios de comunicación a que tienen acceso, así se observa que el adolescente de 16 años es más tolerante que el de 12 frente a la masturbación, las relaciones sexuales antes del matrimonio, la edad mínima del primer contacto sexual, la virginidad, la fidelidad o las uniones prematrimoniales.

Hacia los 11 ó 12 años, la actitud con respecto a tales problemas está sujeta a una moral que se ve alterada a los 15 ó 16 años ya que para entonces ha llevado a cabo una organización de ideas. El período de 5 años resulta decisivo para la modificación de las actitudes frente a la sexualidad. El adolescente conforme mayor edad tiene se va alejando de las prohibiciones y establece actitudes en base a una línea personal o en principios filosóficos. Como se ha mencionado la actitud de un sujeto de 11 años respecto a el acto sexual es aun abstracto y lejano, mientras que para un adolescente de 16 a 18 años que ha tenido contactos físicos continuos o repetidos le representa una rivalidad el sexo, es por esto que las actitudes varían dependiendo de la edad, experiencia y aparición de la pubertad. Según Kinsey (1948) cita, que los individuos cuya pubertad se les ha presentado a los 11 años tienen más actividad sexual en su vida adulta, que los jóvenes que su pubertad se presenta a más edad. Esta diferencia de manifiesta entre los 16 y los 20 años y persiste a los 40 años de edad en que el 20% de los sujetos, cuya pubertad ha sido precoz, demuestran una actividad sexual más importante.

Son esas actitudes de los adolescentes de 11 a 16 años a los que se enfoca el presente estudio dado que constituye un dato sociológico nuevo que hay que tomar en cuenta.

La mayoría de los adolescentes adopta una actitud de tolerancia respecto a la sexualidad, con excepción de la sexualidad forzada (la

violación) y las conductas incestuosas. No obstante, dicha tolerancia, de la que hacen gala frente a los demás, se torna menos evidente cuando se trata de la propia sexualidad. En encuestas realizadas a adolescentes se encontró que más de la mitad de los adolescentes interrogados sobre la cuestión, han afirmado que no se consideraban preparados ni lo suficientemente maduros para tener relaciones sexuales. Por madurez, entienden la actitud para establecer una relación sexual con los demás, la actitud para pensar y actuar de manera autónoma, así como la de poder vivir solos e independientes de sus padres.

Si muchos muchachos y muchachas no se consideran preparados para sostener relaciones sexuales activas, se debe a que tienen otras preocupaciones a las que conceden prioridad. Lo que necesitan es aceptar su nueva imagen corporal, aprovechar y afrontar la relación con los demás, asegurar su desarrollo personal y sacar sus estudios adelante.

Son muchos los que temen que una actitud sexual a esta edad perjudica la salud, y especialmente el crecimiento, sin embargo, otros adolescentes consideran que la privación de relaciones sexuales, si es prolongado perjudica su equilibrio (Le Shan. Los adolescentes y la revolución sexual, 1986).

La masturbación en adolescentes sigue siendo la actividad sexual más común y ésta en cualquier edad puede (producir) proporcionar sensación de capacidad y una experiencia placentera.

El adolescente debido a la capacidad mental recién desarrollada, es capaz de experimentar fantasías sexuales durante la masturbación ya sea concentrándose en un episodio erótico, romántico, en una fotografía, etc. Esta capacidad de excitación a voluntad es quizá una capacidad humana

única y la experiencia al desarrollo constituye una contra orden provocando un sentimiento de culpa y cuando éste es constante puede llevar a la depresión, a la autoaversión o a la autocatalogación de la persona como un ser inmaduro o perverso (Smith, 1980).

En la adolescencia la actividad sexual a menudo se lleva a cabo por razones de origen personal; por ejemplo, el deseo de que los compañeros lo consideren maduro, capaz, importante y atractivo; de demostrar la propia suficiencia como hombre o mujer, para hacer más sólida una relación con otra persona; de desquitarse de los padres, de ser abrazado u acariciado, de pertenecer a un grupo cuyos miembros insisten en las actividades sexuales, de demostrar a los padres que su hija es normal y popular, etc. Los retos importantes para la sexualidad de los adolescentes son: Experimentar confianza y sentimientos positivos, respecto al propio cuerpo y de su capacidad, para ejercer atracción, ampliar el lado mental del sexo y desarrollar la capacidad de intimar de los compañeros (Sherfey, 1966. Sexualidad humana, 1980).

## A C T I T U D E S D E L O S P A D R E S

Por lo general, los padres reprueban las relaciones sexuales en la adolescencia, al tiempo que atribuyen las libertades e influencias externas, pues señalan que la sociedad se encuentra impregnada de erotismo y dirigida por el dinero, que cubre de desnudos paredes y proyecta filmaciones pornográficas en las pantallas y que el joven expuesto a la tentación no pueda más que ceder a ello. Al mismo tiempo cuando el adolescente tiende a adaptar su conducta a lo que le sugieren, por todas

partes, los padres deploran semejante conducta, sino es que las reprimen. Sin embargo, cuando el adolescente tiene 17 o 18 años los padres extrañan y se inquietan de que aun no se haya llevado a cabo la relación sexual. Esta inquietud de los padres sólo es dirigida hacia los varones ya que para las mujeres aún a esa edad no se les permite la relación sexual.

Esas presiones divergentes, con frecuencia represivas, pero en ocasiones estimulantes dejan ver que existe un problema sexual mal resuelto en la sociedad y esto explica que actualmente los jóvenes se han enfrentado a los mismos problemas que los jóvenes de años atrás en el plano sexual (Store, 1983).

Actualmente existen aún en muchas sociedades padres que tienen dificultades para superar su pasado cargado de prejuicios. Para muchos de ellos, el sexo está ligado a la noción de pecado y a partir de que, reducen la sexualidad a una experiencia física que genera la pérdida del sentido crítico y la del respeto a otro. En consecuencia, denuncian el ensayo prenupcial como una solución falsa que revela más debilidad que fuerza y que en todo caso, tropieza contra el obstáculo del niño no previsto y contra los prejuicios de una sociedad. No obstante en la actualidad los padres están obligados a modificar su concepción ya que no se trata de emitir juicios valorativos tan tajantes y poco matizados como antes, sino de aprender a ver la sexualidad desde otra perspectiva.

Generalmente son los adultos quienes crean conflictos en los adolescentes ya que le señalan con frecuencia las reglas morales (nociones del bien y del mal), preocupándolo continuamente con sus actos. La obsesión del pecado, los sentimientos de vergüenza y de culpabilidad continúan. Es importante ya que los padres en general, los que educan

tengan conciencia de todo lo que provocan a los jóvenes, el limitarlos a la experiencia sexual, ya que de no ser así deben idear más formas para tener un control ya que las existentes hasta ahora como: segregación sexual en el trabajo, en la escuela, en los juegos, el servicio de gente que los vigila, amenaza de castigos, provocan que los adolescentes tengan fantasías sobre las características sexuales que se observan como los senos, curvas, agrandamiento de genitales; muchos de los adolescentes, se interesan por conseguir información sobre el sexo leyendo libros secretamente, y a la vez que en público se presentan en forma refinada y falta de interés por temas sexuales. Los adolescentes suelen demostrar su preocupación por estos temas a través de su comportamiento, sobre su desarrollo físico, su curiosidad por conocer a sus compañeros y los sitios que visitan, así como las actitudes que realizan (Leonorettiefer, 1980).

S

I N V E S T I G A C I O N .

**M E T O D O .**

**SUJETOS:** Participarán 85 adolescentes; de 11 a 16 años de edad, (42 hombres y 43 mujeres), de clase media provenientes de la escuela primaria "Lic. Ponciano Arriaga" y de la escuela secundaria diurna No. 1 "Ezequiel A. Chávez."

**ESCENARIO:** Salón de clases.

**INSTRUMENTO DE MEDICION:** Entrevista estructurada, la cual se apoyará en los siguientes rubros:

- Datos demográficos.
- Actividades recreativas, relaciones sociales, familiares, fuentes de información, importancia y educación sexual.
- Comportamiento sexual ( actitudes e información ).
- Conocimiento y uso de anticonceptivos.
- Conocimiento de enfermedades venereas.

**MATERIALES:** Grabadora

Entrevista estructurada (la cual se ocupaba como guía).

Cassettes.

Para esta investigación se requirió de hacer entrevistas dirigidas a adolescentes de edades mencionadas; estando estructurada en tres partes las cuales constituirían:

**INFORMACION:** Acerca de los siguientes conceptos: sexo, sexualidad, menstruación, masturbación, orgasmo, precocidad, anticonceptivos y enfermedades venereas ( ver glosario ).

En lo relacionado a anticonceptivos se les preguntaba si conocían, lo que eran o para que servían; en caso de contestar afirmativo; se les preguntaba cuales conocían y cuál era el más eficaz y si ya habían usado alguno.

En enfermedades venereas, la pregunta era cómo se adquirían, cuáles conocían y cómo se podía evitar tener dicha enfermedad.

La segunda parte de la entrevista consistía en evaluar la ACTITUD que los adolescentes tienen con respecto a la sexualidad. Para evaluar la actitud, estuvo formada por matrimonio, virginidad, relaciones pre-maritales y noviazgo. En donde se les pedía su opinión con respecto a la actitud que ellos tomarían ó bien que significaba para ellos el matrimonio, si era indispensable o no para tener relaciones sexuales con su pareja.

Si la virginidad, era o es indispensable para ellos; como ven a la mujer que ya no es virgen, y para ellas como mujeres que significa la virginidad.

Dentro de las relaciones pre-maritales, que harían ó cómo lo tomarían si llegaran a estar en una situación similar, o bien que opinan de las personas que lo hacen.

Y en lo relacionado a noviazgo la actitud se evaluaba por medio de saber como trataba o era tratada por su novio (a), que clase de noviazgo llevan.

Para analizar esta parte de la entrevista, optamos por tomar tres rubros; los cuales son:

**CONSERVADOR:** Se tomaba cuando la actitud de los adolescentes era en que para ellos todas las decisiones u opiniones tenían que estar dentro del marco que tenían marcado o bien se los habían inculcado desde pequeños y que para ellos es importante preservar ó abstenerse de hacer conductas innapropiadas o que pueden verse mal ante la sociedad.

**MODERADO:** Que consiste en que la actitud de los adolescentes varía en torno a que ellos no son muy estrictos en el aspecto moral; por ejemplo, a ellos no les afecta el que otras personas tengan o no relaciones sexuales antes del matrimonio, pero tampoco los asusta, aunque ellos no lo harían si no están a gusto con su propia decisión.

Y lo **LIBERAL**, se tomaba cuando los adolescentes mostraban en sus respuestas una actitud de "yo hago esto porque quiero", es todo lo contrario a conservador, ya que aquí, en sus respuestas ellos se mostraban muy abiertos y sobre todo para ellos no existe ningún que dirán, solo el que ellos se sintieran bien consigo mismos y con su pareja.

La tercera parte de la entrevista consistía en las conductas que mostraban los adolescentes con respecto a sexualidad, la cual se pudo apreciar por medio de su comportamiento con su pareja (novio (a)). Tomando esto primeramente por medio de:

Caricias, las cuales se dividieron en tres que son: caricias prohibidas; las que se diferenciaban cuando los adolescentes en el trato con su novio (a), tenían caricias por debajo de la ropa.

En caricias normales se enmarcan las de cara, brazos, manos, espalda, etc.

Y en caricias atrevidas se tomaban las que los adolescentes tienen por encima de la ropa, pero en partes como los pechos.

En esta parte también entran los BESOS, los cuales eran tomados; los que se daban en boca, cuello u oreja y que ellos también recibían en dichas partes. Así mismo entraron los ABRAZOS, los que estaban diferenciados en dos que son: normales y apretados.

EL ESCARCEO, se tomó cuando por ambas partes hay caricias, por debajo de la ropa y que puede llegar a ser en una habitación u otra parte pero sin llegar a el coito.

Finalmente se tomó a los adolescentes y se les preguntó que harían si supieran que embarazaron a su novia.

Siendo así todo lo anterior la conformación de la guía del cuestionario, pero que era apta para ver si se encontraban algunas otras cosas de nuestro interés.

Los resultados que a continuación se presentan, muestran el tipo de información que tienen los adolescentes y su comportamiento sexual. En cuanto a la información se evaluó el conocimiento sobre menstruación, masturbación, orgasmo, precocidad, anticonceptivos, enfermedades venereas y medios de comunicación; Actitudes (matrimonio, relaciones pre-maritales, virginidad y noviazgo), conductas: besos, caricias, abrazos, escarceo, embarazo en el noviazgo y relaciones sexuales.

La siguiente descripción se hará haciendo una comparación entre sexo y edad.

#### INFORMACION.

Se puede observar como lo muestra la figura 1A,B Y C, que en lo referente a sexo, sexualidad y menstruación la información que tienen los adolescentes es similar entre hombres y mujeres, únicamente hay una menor información en lo referente a sexualidad en las respuestas del sexo femenino y que se observa más marcado a la edad de 11 años.

En lo referente a masturbación, orgasmo y precocidad, están mejor informados los hombres que las mujeres en masturbación y orgasmo, pues el nivel de sus respuestas correctas es más alto que el de las mujeres, ya que ellas a la edad de 11 y 14 años no tienen una concepción clara de lo que es el orgasmo (ver figs. 2-A y 2-B), y en lo relacionado a precocidad se observa como lo muestra la figura 2-C, que las respuestas son similares en ambos sexos y edades.

En lo relacionado a la anticoncepción lo que contestaron a que

anticonceptivo conocían y cuál era el más eficaz; el más conocido y eficaz para ellos es el condón, siguiéndole pastillas e inyecciones, el DIU u otro aparato, jaleas u otros y del que menos conocen es la ligadura o vasectomía y tales respuestas son semejantes para ambos sexos y edades (ver figs. 3-A, B, y C y 4-A, B, y C).

Siguiendo con información se les preguntó lo relacionado a enfermedades venereas que ellos conocían y se obtuvo que de la que tienen más información es del Sida, siguiéndole el chancro u otros y estas respuestas son iguales para ambos sexos y edades.

No así en lo relacionado a Sífilis, Gonorrea y Herpes, que es aquí donde se presenta una marcada diferencia de información en los hombres. Las mujeres tienen un nivel muy bajo de información en lo referente a estas enfermedades y que se puede observar en las figuras 5-A, B, y C y 6-A, B, y C, estando más marcado en las edades de 11, 12 y 14 años.

Por otro lado la información que ellos reportan, dicen que proviene la mayor parte de Amigos, mostrando más alto el índice los hombres que las mujeres, únicamente a la edad de 14 años las mujeres incrementan y los hombres tienen un ligero decremento.

Después le siguen los padres, en donde aquí es más alto el nivel de información en las mujeres que en los hombres, respecto a los medios de comunicación, los hombres son los que se informan por medio de revistas o documentales, sucediendo lo contrario en las mujeres, ya que ellos prefieren obtener la información por medio de la escuela y finalmente se dejan guiar u orientar por el doctor o los hermanos; como se puede ver en las figs. 7-A, B y C y 8-A, B, y C).

Poniendo como énfasis que la información que ellos tienen a pesar de que en algunas ocasiones las mujeres tienen más información y en algunas los hombres no deja de ser deficiente todavía, ya que ninguno de ellos llega a más del 50% de respuestas correctas.

### ACTITUDES.

Con respecto a actitudes se evaluaron hacia el matrimonio, las relaciones pre-maritales, la virginidad y el noviazgo; categorizando las respuestas como Conservador, Moderado y Liberal (ver método).

Primeramente con respecto al matrimonio como se muestra en la figura 9, los chicos de 11 años tienen una actitud conservadora a diferencia de las chicas, éstas muestran una actitud variada entre moderada y conservadora.

A los 12 y 14 años se observa que las chicas sólo tienen actitudes moderadas y conservadoras (ver fig. 9), haciendo contraste con los chicos pues ellos a esta edad ya muestran actitudes liberales.

Y en lo referente a 13, 15 y 16 años se encuentra que tanto los hombres como las mujeres tienen actitudes moderadas, conservadoras y liberales con respecto al matrimonio.

En relaciones pre-maritales se observa como lo muestra la fig. 10, que los chicos de 11 y 12 años tienen una actitud más conservadora con respecto a las chicas de la misma edad, pues ellos muestran actitudes conservadoras y liberales.

A la edad de 13 años los chicos muestran una actitud altamente conservadora, aunque ya hay algunos que tienen actitudes liberales a

diferencia de las chicas pues ellas a esta edad muestran actitudes tanto moderadas como conservadoras.

A la edad de 14, 15 y 16 años se encuentra que tanto los hombres como las mujeres ya tienen una actitud más definida en torno a lo liberal, aunque todavía hay algunos que muestran una actitud un tanto moderada, siendo así que ya son muy pocos los adolescentes de ambos sexos que muestran una actitud conservadora con respecto a tener relaciones pre-maritales a esta edad.

Refiriéndonos a la virginidad, como lo muestra la fig. 11; en los hombres a la edad de 11 años son los únicos que tienen una actitud altamente conservadora y poco liberal; sin embargo, en las chicas de la misma edad se encuentra una actitud moderada.

A diferencia de las chicas de 12 y 14 años que tienen actitudes todavía conservadoras y contrastando así con los chicos de la misma edad, ya que ellos presentan una actitud tanto moderada como conservadora y liberal.

Y en las edades de 13, 15 y 16 años, las adolescentes muestran ya una actitud altamente liberal y que se ve más marcada a la edad de 15 años, en los hombres de la misma edad se observa que ellos tienen una actitud liberal, pero que todavía hay algunos que conservan actitudes tanto moderadas como conservadoras.

Ahora bien, en Noviazgo encontramos que a la edad de 11 años en los chicos llevan un tipo de noviazgo, tanto moderado como conservador, a diferencia de las chicas, pues ellas a esta edad llevan un tipo de relación conservadora.

Así mismo a la edad de 12 años, las chicas todavía tienen una

actitud conservadora en su noviazgo, igualmente en los chicos de la misma edad.

Sin embargo, a la edad de 13 y 14 años las chicas cambian considerablemente a una actitud moderada, ahora en los chicos de 13 años sus actitudes varían en torno a tener un tipo de noviazgo tanto moderado, conservador o liberal, pero en los 14 años su actitud cambia considerablemente a liberal.

En los 15 y 16 años, tanto los hombres como las mujeres optan por tener una relación de noviazgo de tipo liberal, aunque todavía hay algunos chicos de 16 años que llevan un tipo de noviazgo moderado (ver fig. 12).

## CONDUCTAS.

Dentro de las conductas que presentan los adolescentes en lo relacionado a sexualidad, se tomará el comportamiento que tienen en una relación de noviazgo, empezando por caricias hasta llegar a relaciones sexuales.

En caricias se clasifican en tres categorías: prohibidas, normales y atrevidas, a lo que tenemos que en las edades de 11, 12 y 13 años de ambos sexos, la conducta que presentan son caricias normales, aunque ya hay algunos que presentan caricias prohibidas, sobre todo a la edad de 13 años en los hombres y en las mujeres de esta edad algunas presentan ya caricias atrevidas.

A la edad de 14 años, las mujeres llevan a cabo caricias normales, a diferencia de los hombres de la misma edad, pues éstos varían en torno a tener caricias tanto prohibidas, normales y atrevidas.

Y en las edades de 15 y 16 años, tanto hombres como mujeres llevan un comportamiento variable dentro de las tres categorías como se observa en la fig. 13

Posteriormente se habla del lugar del cuerpo donde reciben besos y que también hay tres categorías como son: boca, cuello y todo.

Empezando por los 11 y 12 años, en donde en las mujeres por lo general reciben besos en la boca, aunque las mujeres de 12 reciben también en el cuello y que presentan conductas similares a los hombres tanto de 11 como de 12 años.

En los hombres de 13, 14, 15 y 16 años, se observa que ellos reciben besos dentro de las tres categorías, aunque la mayor parte es en la boca y cuello; a diferencia de ellos, las mujeres de 13 años reciben besos únicamente en la boca, las de 14 años reciben besos en la boca y cuello, al igual que las chicas de 15 años; y las de 16 años, ya reciben besos dentro de las tres categorías, aunque la mayoría en la boca, como se observa en la fig. 14

Ahora, donde les gusta besar clasificando el cuerpo en boca, cuello y oreja.

En las edades de 11 años, tanto en hombres como en mujeres prefieren besar en la boca a su pareja, aunque también besan cuello y oreja; presentando estas conductas los hombres y las mujeres de 12 años.

A la edad de 13 años, los hombres a diferencia de los de 11 y 12, prefiere besar en la boca y oreja y las mujeres sólo en la boca.

Al igual que los de 14, tanto hombres como mujeres, la mayoría prefiere sólo besar en la boca a su pareja.

Las mujeres de 15 años, prefieren besar en la boca y cuello, a diferencia de los hombres, ya que ellos besan en las tres categorías. Así mismo, los hombres y las mujeres de 16 años, besan en las tres categorías y la mayor parte en la boca y cuello, como se observa en la fig. 15

En los abrazos se clasifican, en dos categorías como son normales y apretados.

A la edad de 11 años en las mujeres, sólo presentan abrazos normales a diferencia de los hombres de esta edad, ya que ellos tienen abrazos normales, pero la mayoría son abrazos apretados.

En las edades de 12 y 13 años, se encuentra que tanto hombres como mujeres tienen abrazos tanto normales como apretados en una relación de noviazgo.

A la edad de 14 años, las mujeres reportan que sólo tienen abrazos normales, a diferencia de los hombres de esta edad, ya ellos tienen abrazos de las dos categorías.

En los 15 y 16 años tanto hombres como mujeres, reciben abrazos de las dos categorías, únicamente a la edad de 15 años, las mujeres sólo reciben abrazos normales y algunas pocas abrazos apretados, como se puede observar en las figs. 16-A y B

En una relación de noviazgo en su comportamiento entra también el escarceo (ver método), que es de lo que se habla a continuación.

A la edad de 11 años los hombres sí presentan escarceo en su relación de noviazgo a diferencia de las mujeres de esta edad.

Y sucediendo lo contrario en la edad de 12 años, ya que aquí los

los hombres, son los que no presentan escarceo a diferencia de las mujeres, ya que ellas si lo presentan.

De los 13 a los 16 años los hombres reportan presentar escarceo en su relación de noviazgo y las mujeres también, únicamente a la edad de 14 años no la presentan, esto se puede observar en la fig. 17

En lo relacionado a embarazo en el noviazgo; los muchacho tenían tres categorías a contestar como son: Se casarían, vivirían en unión libre ó huirían.

De lo que se obtuvo que a la edad de 11 años, la mayoría huiría, siguiéndole que se casarían y muy pocos vivirían en unión libre.

En las edades de 13 y 14 años la mayoría igualmente huiría y solo algunos vivirían en unión libre.

Y en los 15 y 16 años es muy variable su comportamiento dentro de las tres categorías como se observa en la fig. 19

Finalmente se hablará de si han o no tenido relaciones sexuales. De lo que se obtiene que a los 12, 15 y 16 años, tanto hombres como mujeres ya han tenido relaciones sexuales.

A diferencia de los de 11, 13 y 14 años, ya que ellos, únicamente los hombres son los que han experimentado una relación sexual, como se observa en la fig. 18 y las mujeres no.

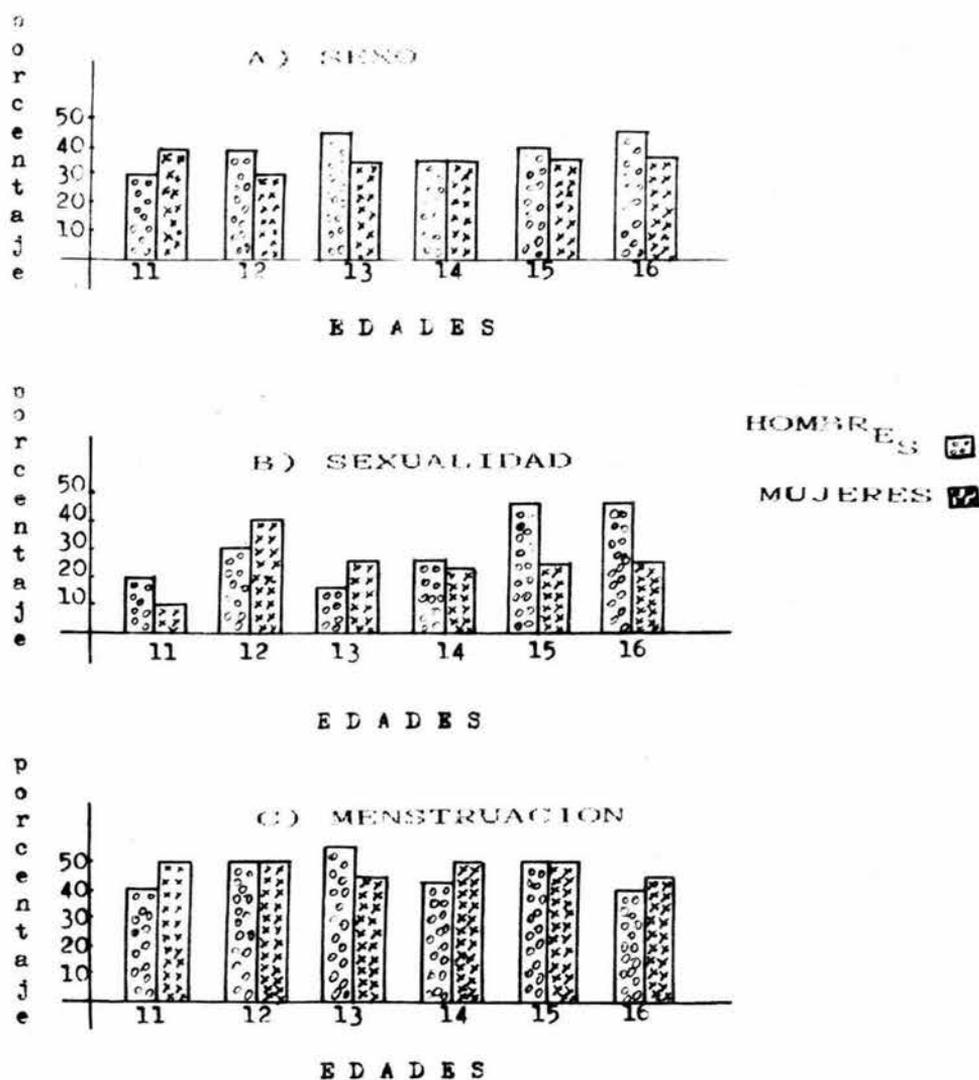


Fig. 1. Porcentaje de respuestas correctas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

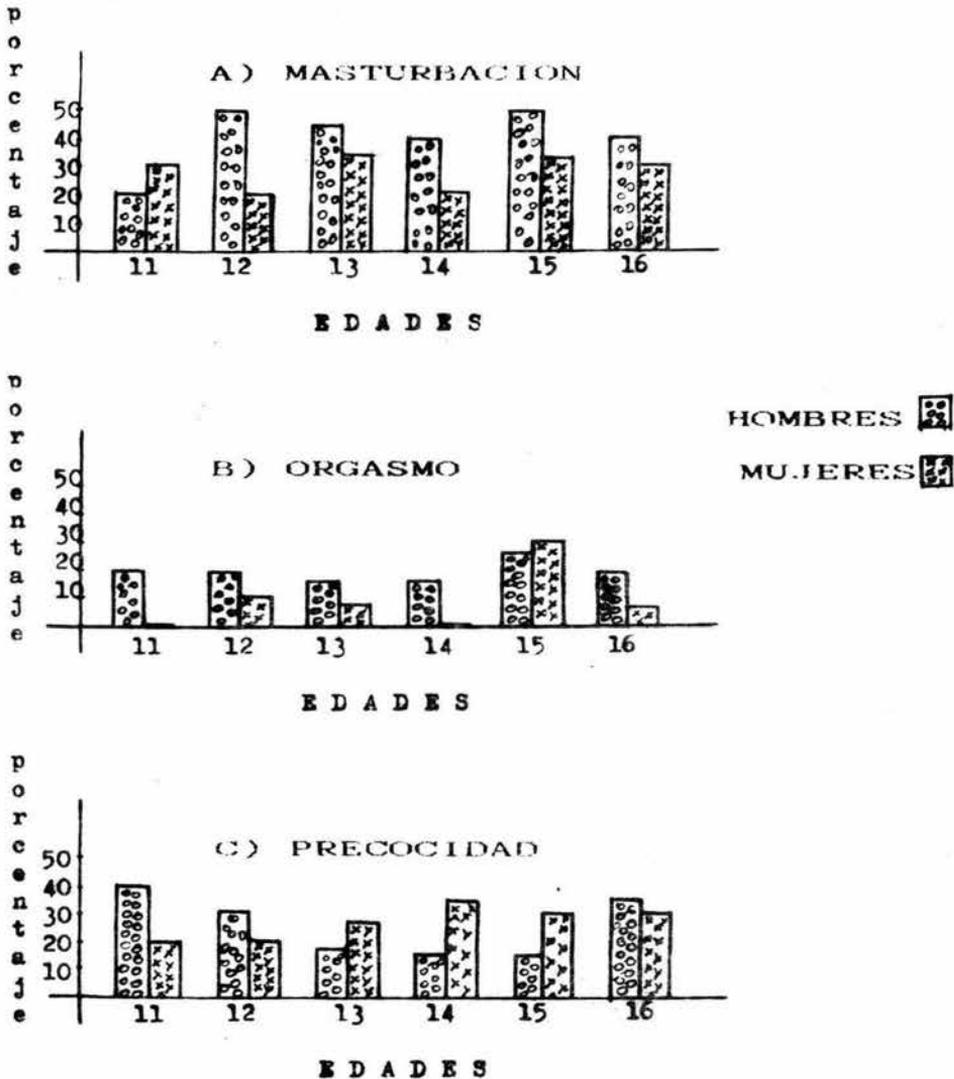


Fig. 2 Porcentaje de respuestas correctas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

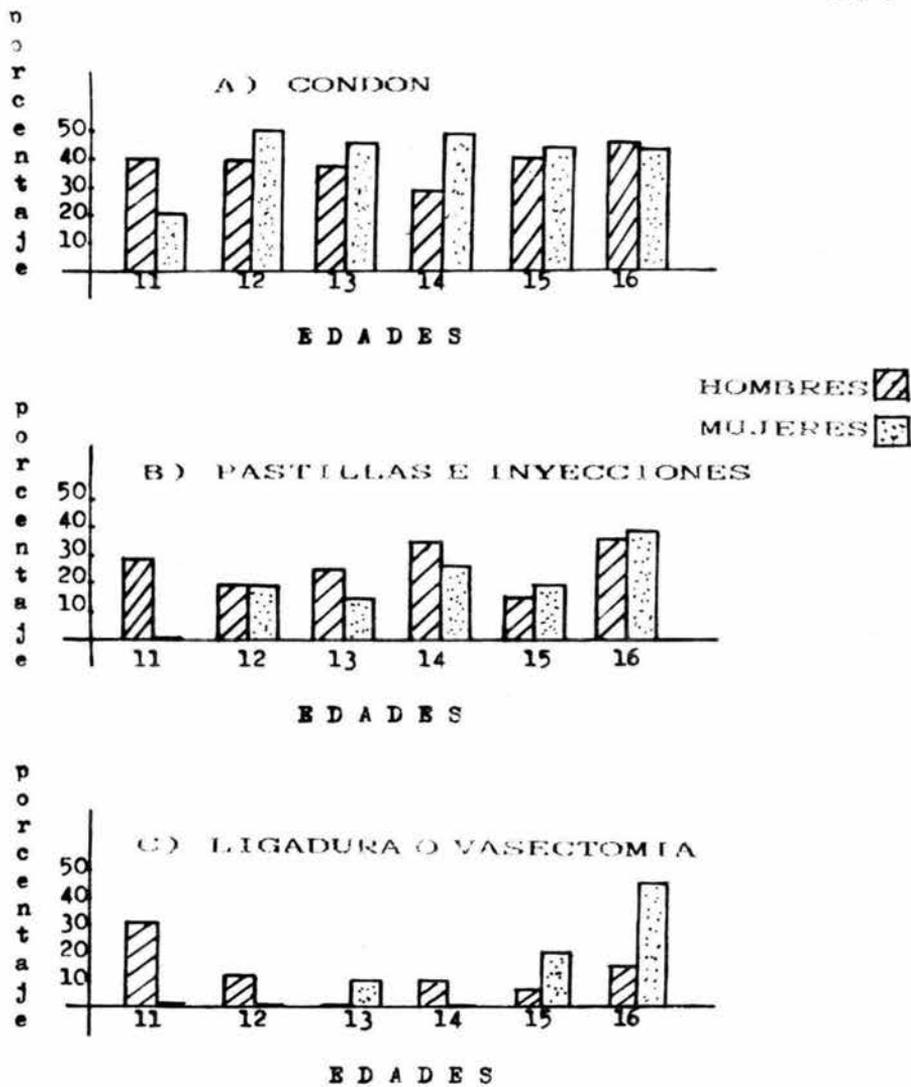


Fig. 4. Porcentaje de respuestas correctas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

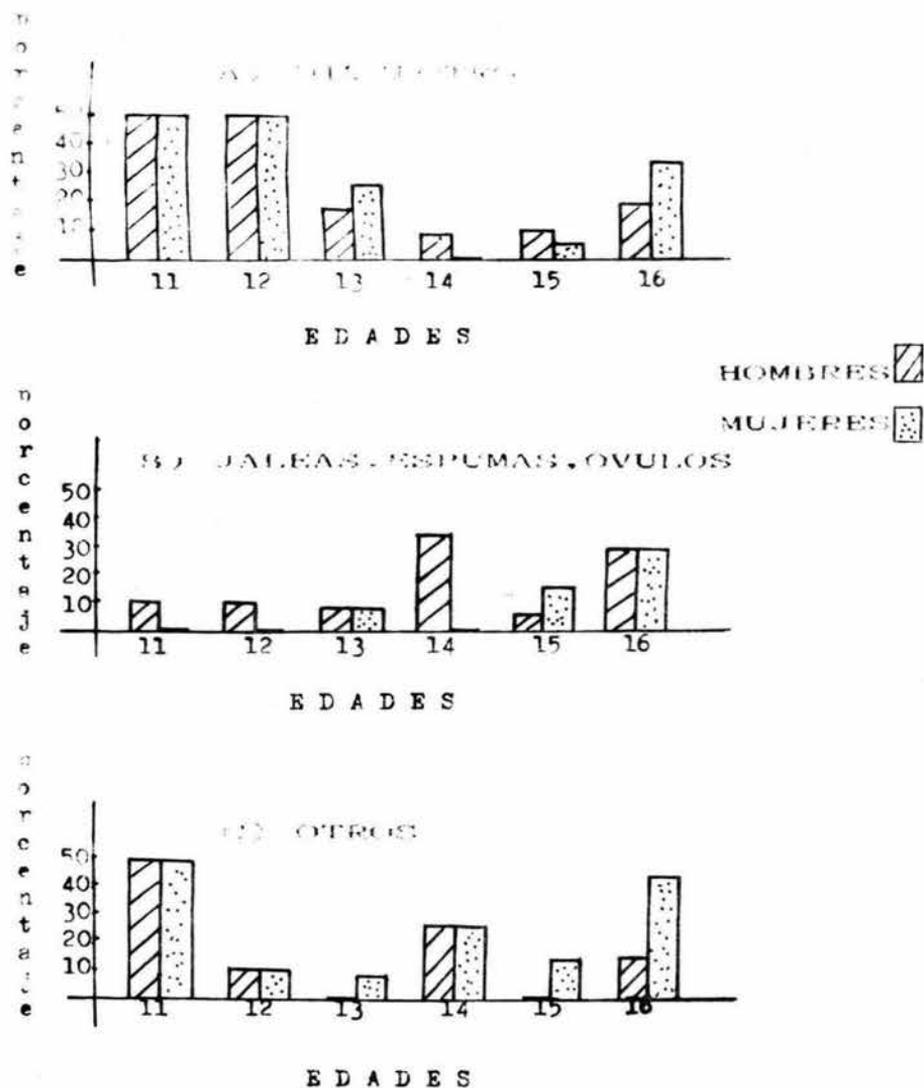


FIG. 4. Porcentaje de respuestas correctas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

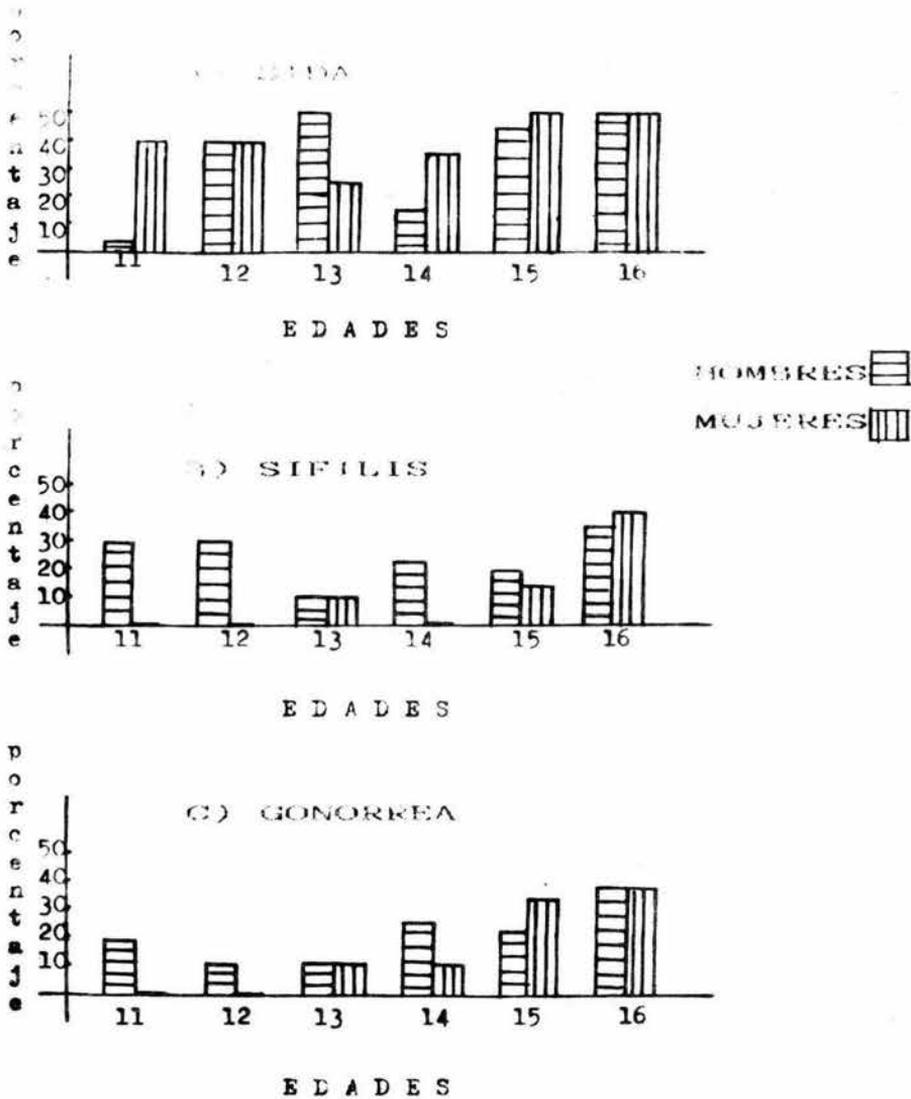


Fig. 5. Porcentaje de respuestas positivas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

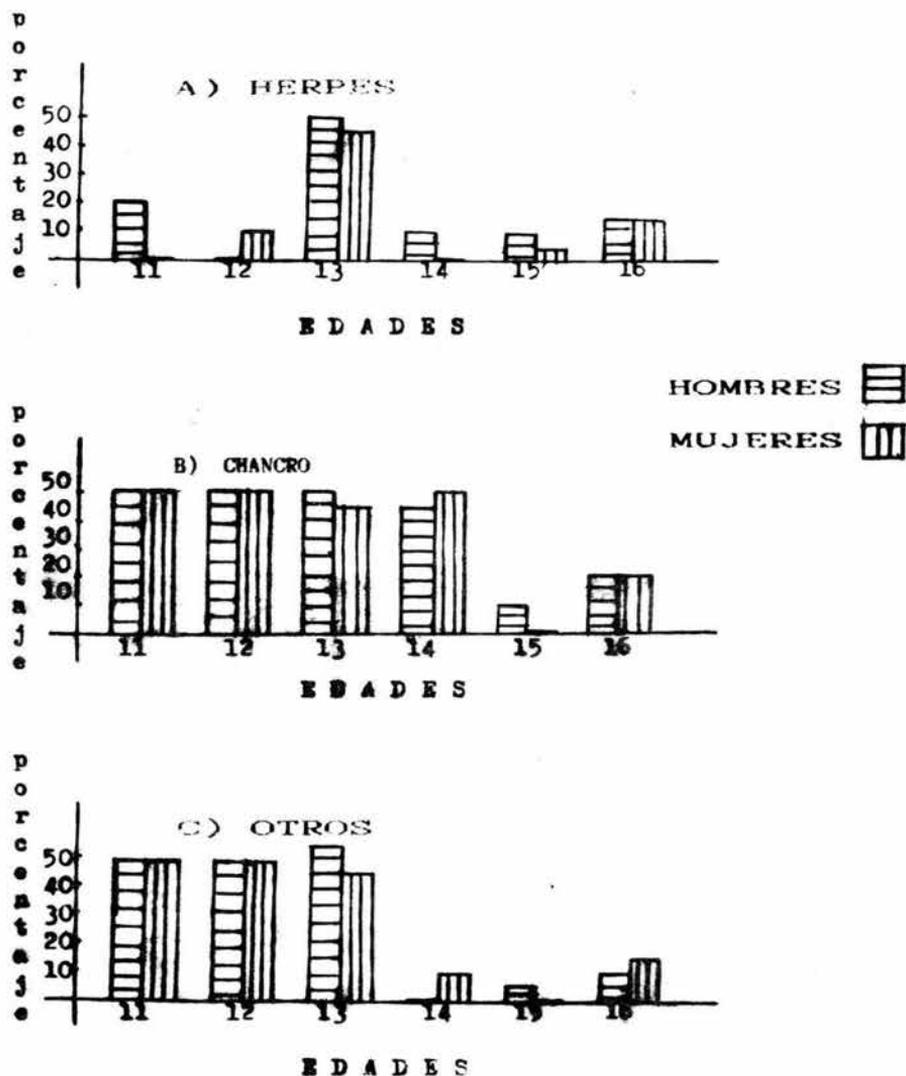


Fig. 6. Porcentaje de respuestas correctas en relación al sexo y edad de los adolescentes.

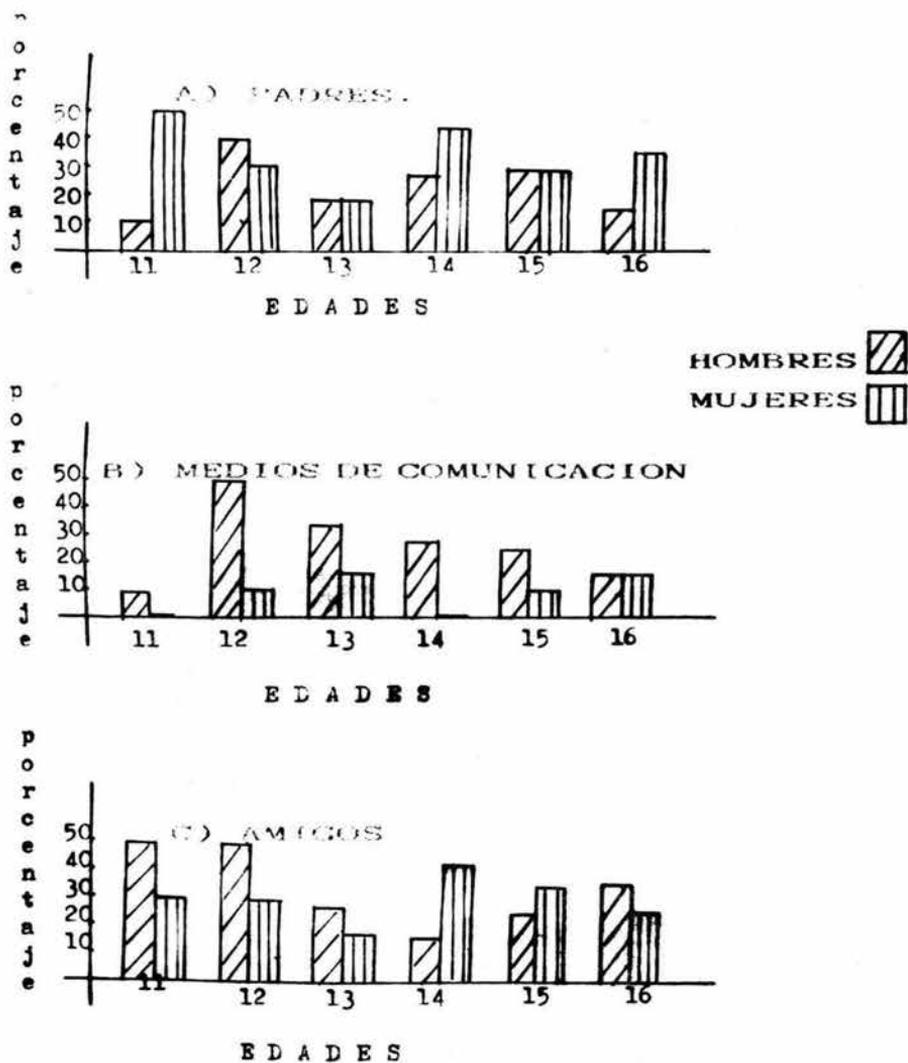


Fig. 7. Porcentaje de medios de información en relación al sexo y edad de los adolescentes.

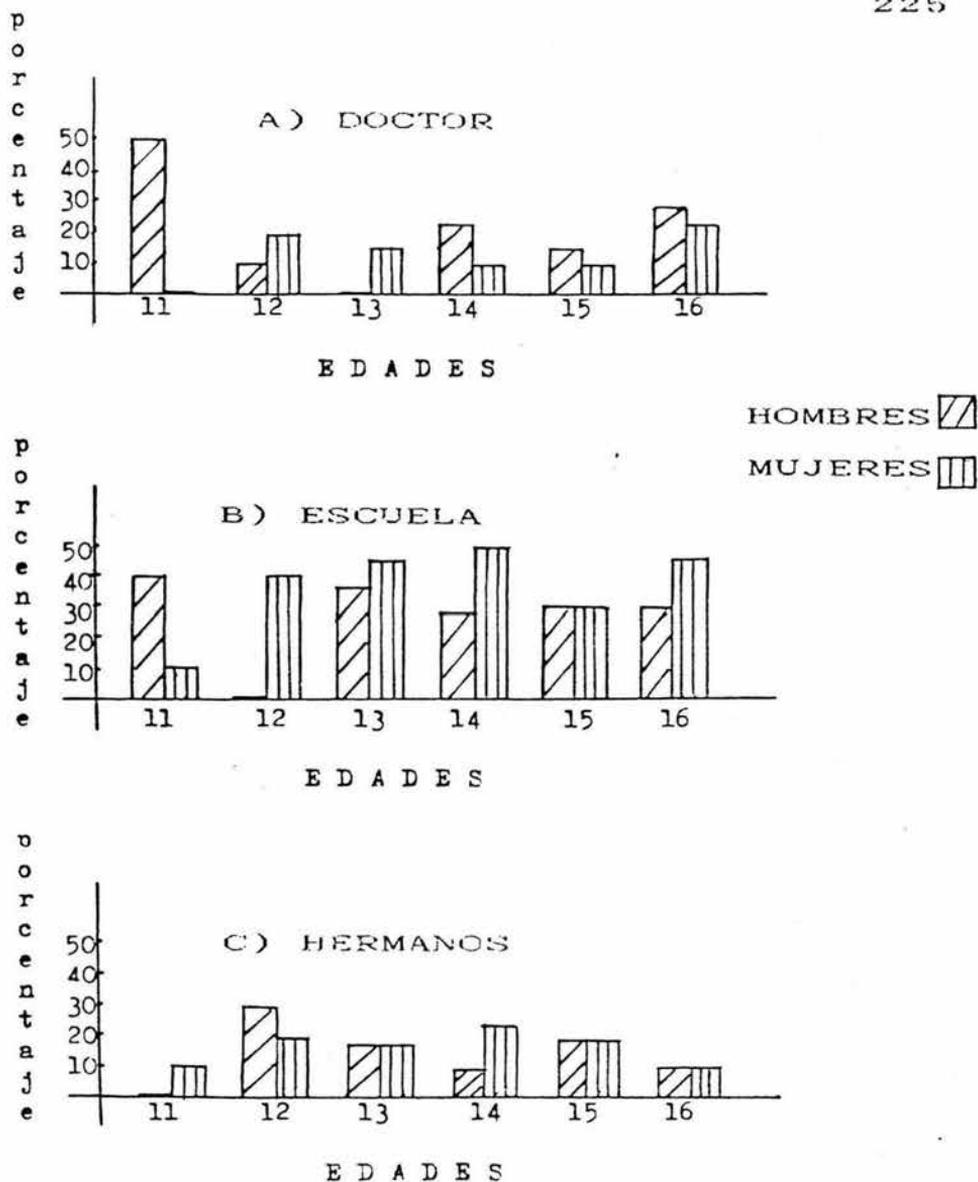


Fig. S. Porcentaje de medios de información en relación al sexo y edad de los adolescentes.

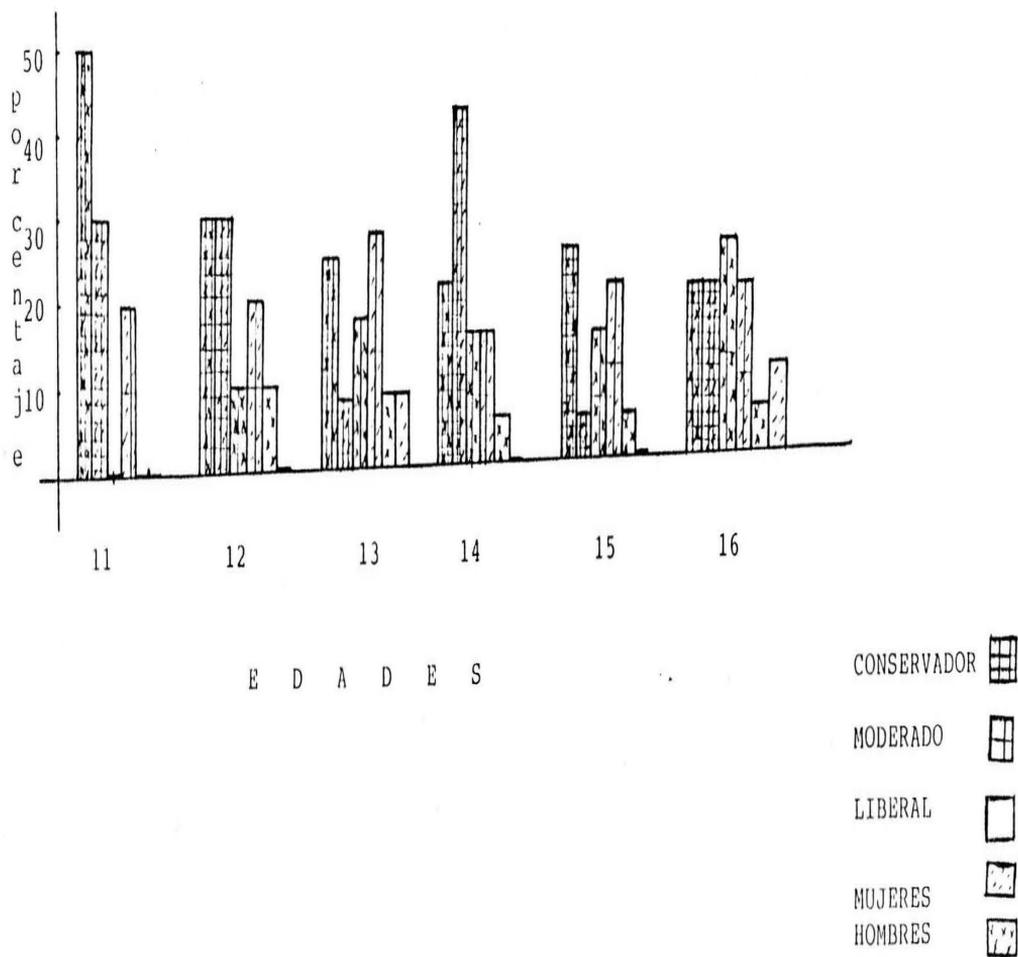


Fig. 9 Actitud de los adolescentes ante el matrimonio en relacion al sexo y edad

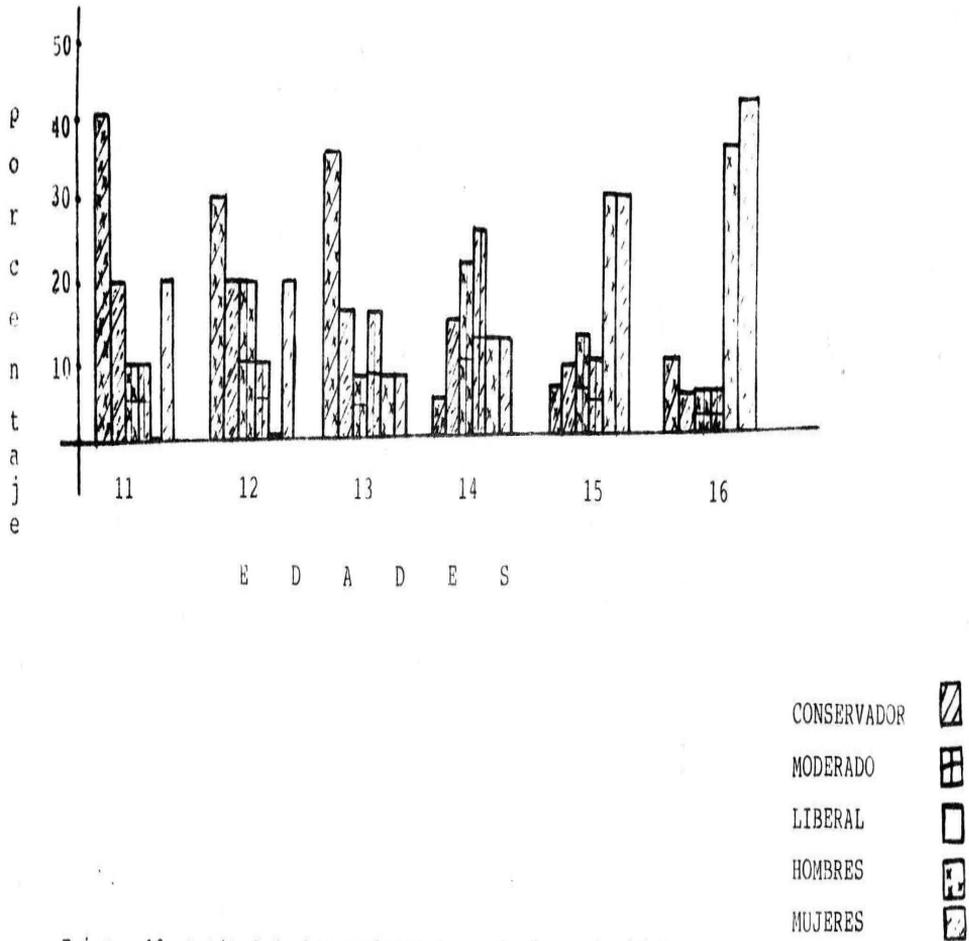


Fig . 10 Actitud de los adolescentes ante las relaciones pre-maritales en relación al sexo y edad

227

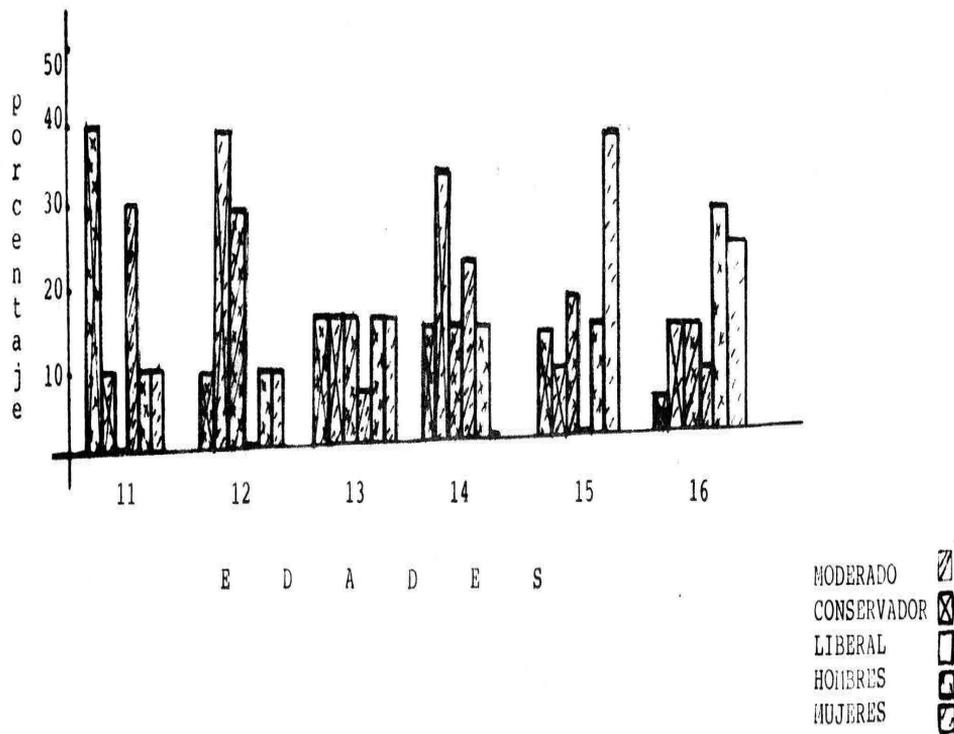


Fig. 11 Actitud de los adolescentes ante la virginidad en relación al sexo y edad

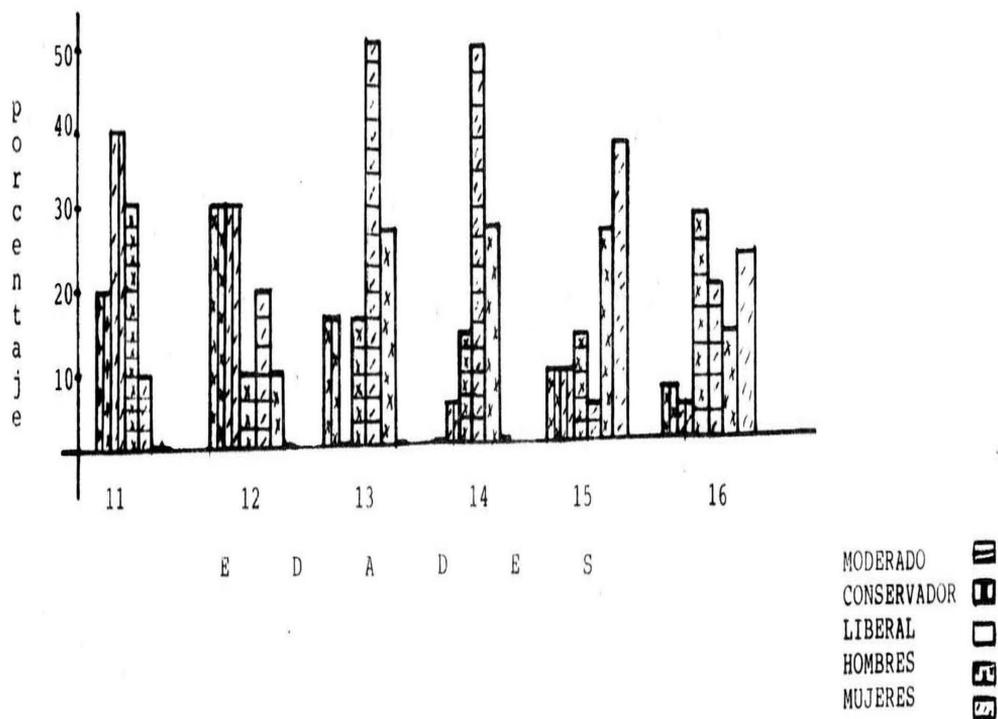


Fig. 12 Actitud de los adolescentes ante el noviazgo en relación al sexo y edad.

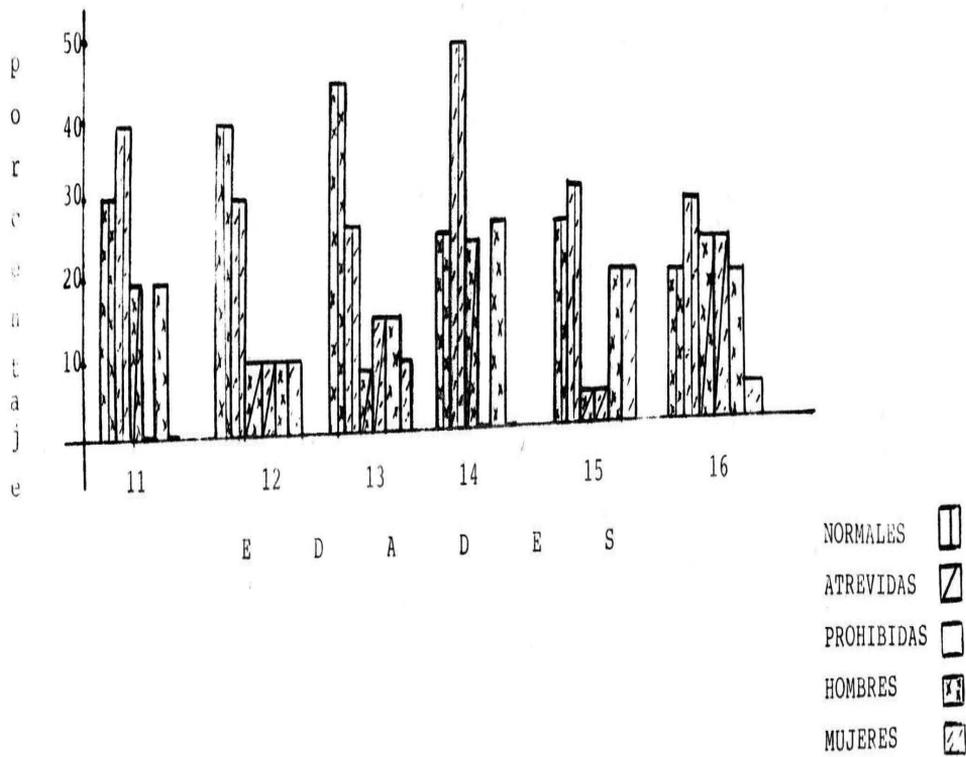


Fig. 13 Caricias de los adolescentes en su noviazgo en relación al sexo y edad.

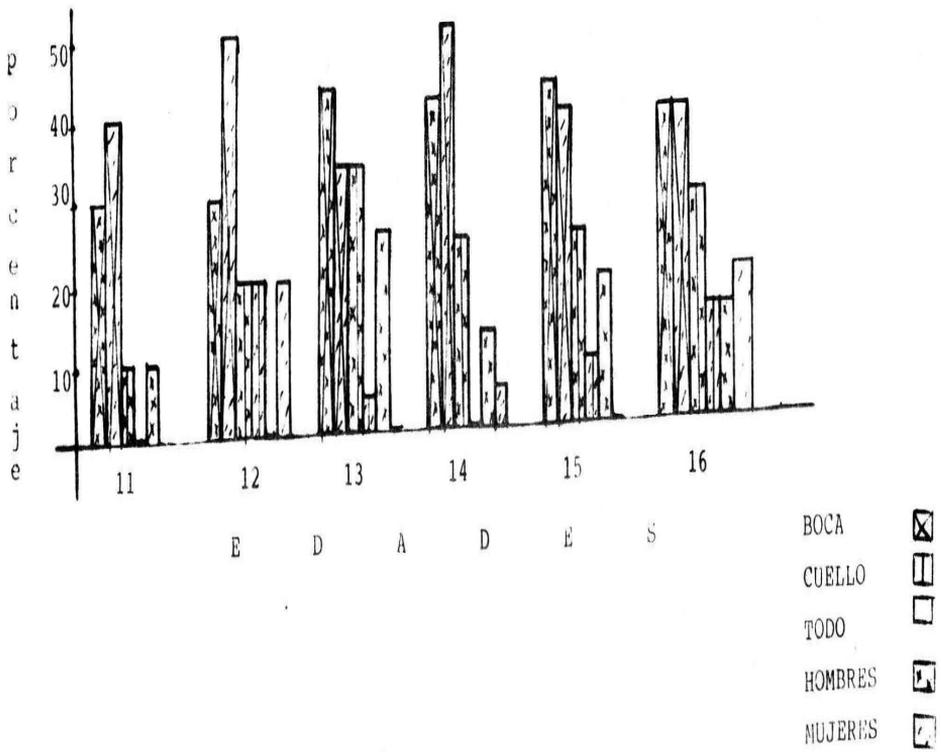


Fig. 14 Besos que les dan a los adolescentes durante el noviazgo en relación al sexo y edad.

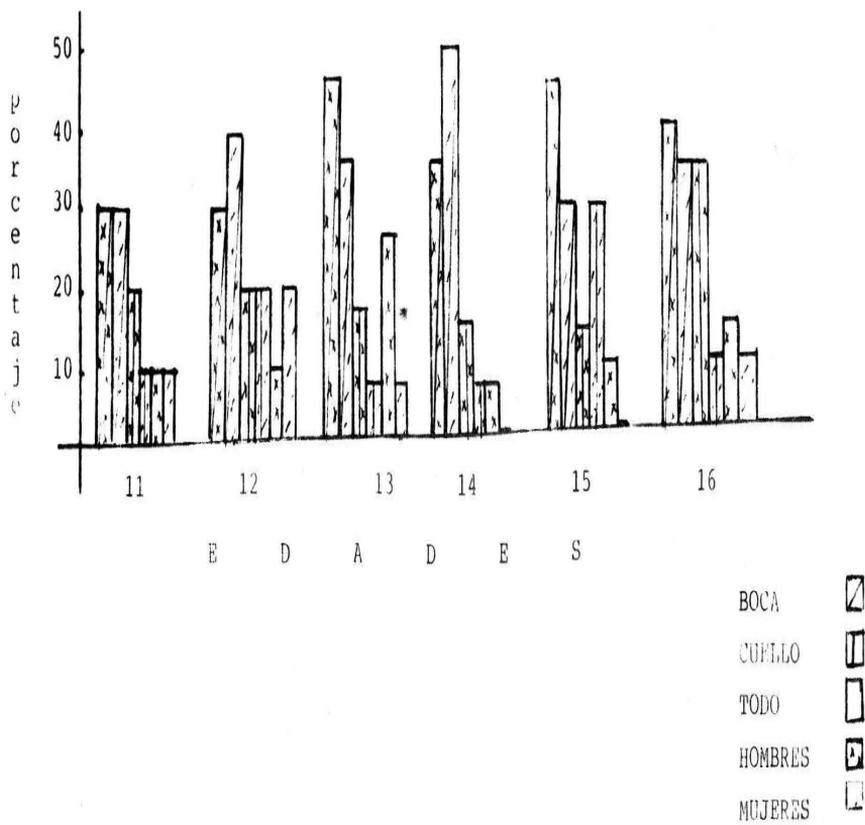


Fig. 15 Besos que dan los adolescentes durante el noviazgo en relación al sexo y edad.

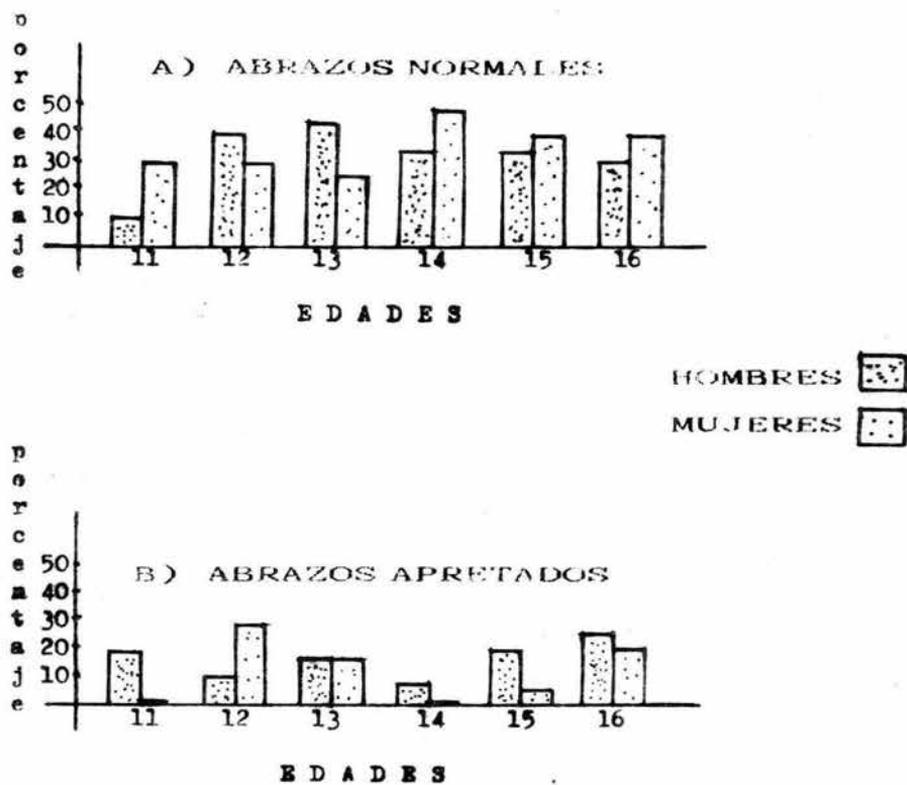


Fig. 16 Conducta de los adolescentes en la relación de noviazgo en relación al sexo y edad.

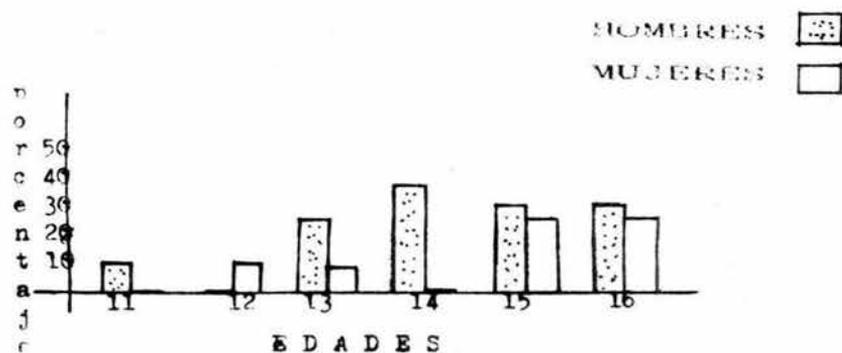


Fig. 17 Porcentaje de los adolescentes que han tenido la conducta de **escarceo**.

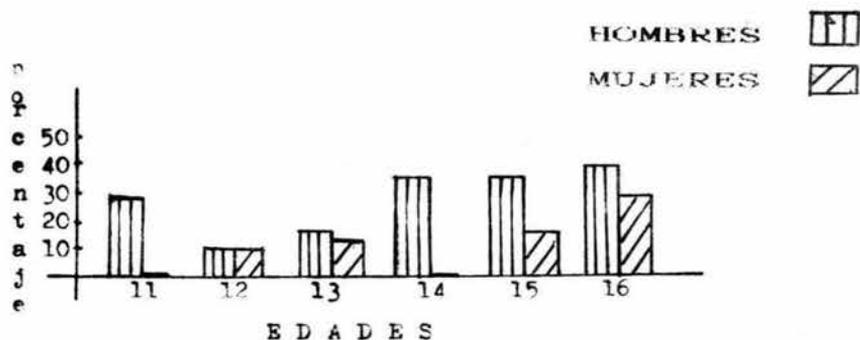
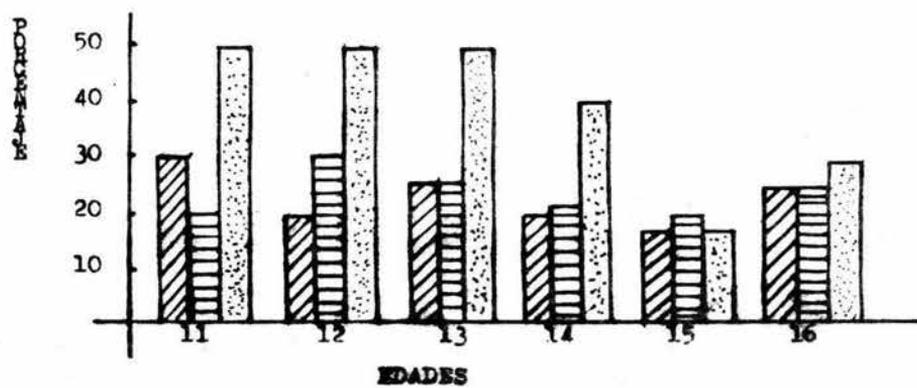


Fig. 18 Porcentaje de los adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales.



CASARIAN   
 UNION LIBRE   
 HUIRIAN 

**Fig. 19** Actitud de los adolescentes ante el embarazo de la novia en relación a la edad.

## D I S C U S S I O N .

El propósito de este trabajo ha sido el de examinar la actitud que tienen los adolescentes con respecto a la sexualidad, tomando como punto de partida la pubertad y posteriormente la adolescencia.

La pubertad que es el periodo de la vida humana entre la infancia y la juventud, durante el cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, adquiriéndose la capacidad de procrear. Y el periodo de adolescencia que comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas.

Y precisamente por los cambios que suceden de una etapa a otra nos avocamos a trabajar con púberes y adolescentes, ya que pensamos que durante ese cambio se da la identidad sexual del adolescente.

Se trabajó primeramente en todo lo relacionado a Información, en donde se pudo observar que al preguntarles a los adolescentes; ellos se mostraban algo apenados al contestar, sobre todo las chicas de 11 años, ellas se mostraban hasta sorprendidas.

Algo que llamó nuestra atención fué que al preguntarles si sabían lo que era sexo y sexualidad, había chicos y chicas que contestaban que era lo mismo, aunque otros hacían mención a que sexo era tener relaciones sexuales y sexualidad "cuando se es hombre o mujer", la cual era una respuesta equivocada.

Ahora bien, en orgasmo; encontramos que las chicas de 11 y 14 años son las que no tienen ni idea de lo que es, en comparación con las de otras edades, esto nos llamó la atención en la edad de 14 años, pues hay algunas chicas que ya han tenido relaciones sexuales y sin embargo, dicen no saber lo que es el orgasmo, por lo que pensamos que más que no

saberlo, les da pena, no saben como describirlo, o bien no quieren decirlo.

Referente a anticonceptivos, pudimos darnos cuenta que a comparación de estudios anteriores como los hechos por CORA (1984-1986), cuando estudiaban las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos en adolescentes, encontraron que practicaban la actividad sexual y no utilizaban anticonceptivos. A lo que hoy en día, los muchachos o muchachas que tienen relaciones sexuales se preocupan por los anticonceptivos para evitar un embarazo.

Ya que si en 1984 y 1986 como lo menciona CORA; si había un 40% de los adolescentes que practicaban las relaciones sexuales, en nuestros días se puede decir que si no es el 100%, si lo es el 80% de los adolescentes que practicar relaciones sexuales y que todos ellos conocen y saben como funcionan los anticonceptivos aunque algo curioso en ellos es que para la mayoría el más eficaz y cómodo y sobre todo que no interrumpe el "rito amoroso" es el condón, el cual es el más usual en dichos adolescentes, quizá por su costo y fácil manejo.

Aunque no hay que dejar de hacer mención a las chicas que dicen que toman pastillas o bien usar cremas y óvulos.

Siendo que ellos dicen usar los anticonceptivos, más que para evitar un embarazo (porque pueden abortar en caso de no estar de acuerdo con él) lo usan para evitar contraer una enfermedad, ya que ellos están enterados de las enfermedades que pueden contraer, y sobre todo les da miedo contraer el Sida, pues afirman que es una enfermedad muy triste por la forma en que acaba la persona y conociendo que hay otras como es el caso

de Sífilis, Gonorrea y otras.

Aquí podemos observar lo que dice Tordjman, 1984; expone en lo relacionado a adquirir enfermedades venereas en adolescentes, ya que él cita que tales enfermedades eran obtenidas por:

- \* La ignorancia del significado de la sexualidad y el abuso de las prácticas sexuales en la adolescencia.
- \* El ocaso de la fé religiosa.
- \* La desaparición de la disciplina familiar.
- \* La importancia concedida a la sexualidad, en los libros, los films y la t.v.
- \* Las pubertades precoces, y
- \* La prostitución.

Siendo que hoy en día, únicamente esto depende de cada adolescente ya que ellos son los únicos que mandan en tener o no una relación sexual y sobre todo el de "protegerse" con algún anticonceptivo, ya que aquí no hay falta de ignorancia, pues en libros, periódicos, revistas, etc; encuentran información sobre los anticonceptivos.

Pues en la actualidad se admite, por lo general que el placer sexual representa uno de los derechos fundamentales del hombre y de la mujer, aunque las modalidades de acceso a dicho placer varían de un sujeto a otro (Tordjman, 1981).

Dentro de las actitudes se tomaban como conservador, moderado y liberal con respecto a matrimonio, virginidad, noviazgo y relaciones premaritales.

En donde se encontró que la mayoría de los adolescentes ya no tienen

actitudes conservadoras y siendo ésto más marcado en las edades de 15 y 16 años, sobre todo en las relaciones pre-maritales y matrimonio.

Por lo que respecta a virginidad, ellos consideran que es sólo un mito, pues la mujer vale por lo que es y como es; algunos dicen que ellos si llegaran a enamorarse demasiado de alguna chica y luego se dieran cuenta que ya no es virgen, aun así, se casarían con ella o bien simplemente vivirían en unión libre, pero sin prejuicios, pues para ellos lo más importante es la relación que tienen y cómo se lleven.

Y en lo relacionado a noviazgo, se encuentra que los adolescentes ya tienen actitudes más liberales con respecto a sus conductas, sobre todo en caricias, pues ellos dicen que es la manera en que mejor conocen y hay ocasiones en que llegan al escarceo; siendo ésto lo que más agrada y siente satisfecho al adolescente.

Es así, como es importante tener una educación formal con respecto a la sexualidad como lo menciona Monroy (1985), donde afirma que tiene que ser directa e indirectamente y estar relacionado con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón de sistemas de valores relativo a la sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

El cual debe de incidir sobre tres áreas como lo menciona Alvarez, 1983.

- \* Proporcionar conocimientos (nivel cognoscitivo).
- \* Conformer actitudes y valores (nivel afectivo).
- \* Y dotar de habilidades (nivel operacional).

Ya que probablemente la tarea más importante del adolescente (hombre

y mujer) es la búsqueda de identidad, la cual puede darse de muchas formas; por el desarrollo de los propios valores, del orgullo de las propias realizaciones y de las relaciones cercanas con los compañeros.

Pues las relaciones entre los jóvenes y sus progenitores no son siempre fáciles. A menudo los adolescentes experimentan conflicto entre su deseo de independencia de sus padres y al darse cuenta de la forma en que dependen de ellos. Ya que algunos tienen problemas relacionados en que no pueden hablar libremente con sus padres sobre temas sexuales.

Masters y Jonhson (1987), señalan que los jóvenes están altamente influidos por su grupo de iguales o compañeros. Se identifican fuertemente con otros en este grupo y tienden a hacer lo que hace el grupo. A esta edad los jóvenes se identifican con otros jóvenes de su misma edad, más que con otras personas de su misma raza, religión, comunidad o sexo.

Ellos se consideran así mismos, como más idealistas, menos materialistas, más saludables con respecto a su sexualidad y más capaces de entender la amistad y las cosas importantes de la vida, en comparación con los miembros de generaciones mayores.

Aunque las experiencias sexuales del adolescente tienen repercusión sobre su identidad en formación; por lo que concluimos que la información que ellos poseen desde pequeños es de vital importancia, para su comportamiento y sobre todo para su identidad.

Pues las actitudes que actualmente predominan con respecto a la sexualidad, son mucho más liberales que en el pasado. La mayor parte de los hombres jóvenes no pierden respeto por las mujeres que han tenido relaciones sexuales antes del matrimonio y la mayor parte de los jóvenes

de ambos sexos aprueban el hecho de vivir juntos antes de casarse. Y aun ahora los muchachos tienden a ser sexualmente más activos.

Pero pese a todas las dificultades relacionadas con la posibilidad de establecer una identidad personal, sexual y social; la adolescencia es por lo general, una transición interesante, fascinante y positiva hacia la edad adulta.

GLOSARIO.

**ABORTO.-** Provocar de modo expreso la interrupción del embarazo.

**ABSTINENCIA SEXUAL.-** Privarse de tener relaciones sexuales con su pareja ya sea por orden médica o por conveniencia.

**ACERVO.-** Haber en común, conjunto de valores culturales.

**ADOLESCENCIA.-** Período de transición en el desarrollo entre la infancia y la juventud; se extiende generalmente entre los 12 y 17 años en la mujer y los 13 y 20 años en el varón. Se caracteriza por una progresiva diferenciación sexual. En este período el pigmento del pelo se oscurece y el de los ojos tiende a aclararse y se desarrollan los caracteres secundarios. Desde el punto de vista Psicológico, la adolescencia es el período más delicado del desarrollo, estando acompañada de particulares afecciones espirituales, emocionales, intelectuales, morales, etc. El adolescente pasa de una visión egocéntrica del mundo a otra más objetiva; por otra parte, descubre sus posibilidades y para realizarlas se siente inclinado a imponer sus propias tendencias y a hacerse independiente moral y materialmente de la familia. En la adolescencia se va formando también la inteligencia abstracta aunque su juicio resulta todavía sumario, no tiene el sentido de lo relativo y toma posiciones exágeradas. La adolescencia es el período más indicado para establecer las bases para una auténtica y madura conducta moral y para un desarrollo religioso, consciente y personal. En el aspecto social se presenta también con frecuencia el conflicto con el orden social existente al que teme, rechaza y en el fondo admira y que le gustaría verse admitido como uno más.

**ACTITUD.-** Desde el punto de vista psicosocial, es la predisposición permanente de un individuo a reaccionar en un sentido, sea cual fuere la situación. Se habla también de actitud para caracterizar una constante del comportamiento, agresividad, optimismo, etc.

**ANTICONCEPCION.-** Es el medio utilizado por las parejas e individuos para lograr el control de la fertilidad.

**AUTOESTIMULACION.-** Cuando uno mismo es capaz de provocarse reacciones y el origen del estímulo puede ser interno ó externo.

**BISEXUAL.-** En sentido psicológico son impulsos sexuales dirigidos a ambos sexos.

**COMPORTAMIENTO.-** Conducta, manera de portarse, las reacciones pueden ser muy variadas o bien consisten en meras respuestas automáticas a estímulos externos (reflejos) o pueden estar influenciados por diversos factores (inconsciente, educación, experiencia, libertad personal).

**DISFUNCIONES SEXUALES.-** Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas, pueden ser entre otras, los mitos y tabúes prevaescentes, y factores referentes a la educación recibida.

**ENFERMEDADES VENEREAS.-** Es el nombre que se les da a las enfermedades que se adquieren principalmente por contacto sexual y afecta tanto a adolescentes como a personas mayores.

**EXCITACION.-** En general, es la respuesta del organismo a un estímulo. El individuo excitado tiende a una actividad descontrolada y a un exceso de palabrería. El caso típico es el de la exaltación general de la embriaguez y también el de las crisis maniaco-depresivas.

**GONADAS.-** Glándulas sexuales que presentan dos formas anatomofisiológicas y denominaciones, en el hombre (testículos) y en la mujer (ovarios).

**HETEROSEXUAL.-** Es aquel que se siente atraído por personas del sexo opuesto.

**HOMOSEXUALIDAD.-** En circunstancias especiales, principalmente infancia y pubertad, ciertas vivencias de carácter conflictivo pueden acarrear la desviación hacia personas del mismo sexo. La homosexualidad es tan frecuente en la mujer como en el varón si bien en aquélla puede pasar más desapercibida socialmente debido al carácter íntimo que suelen revestir las relaciones femeninas en la mayoría de las culturas. La práctica homosexual más frecuente es la mutua masturbación; en el coito anal, uno de los miembros de la pareja adopta la disposición materna-pasiva-femenina y el otro la paterna-activa-masculina.

**IMITACION.-** El aprendizaje del niño se hace a base de imitación, imita los gestos, el lenguaje, primero instintivamente y luego intencionadamente. La imitación es uno de los principales resortes de los comportamientos de las personas sumergidas en muchedumbres.

**IMPOTENCIA.-** Incapacidad del hombre para realizar el acto sexual a pesar de que lo desea, porque su pene no adquiere la necesaria erección que le permita penetrar en la vagina de la mujer; esta incapacidad reviste varios grados desde la impotencia absoluta, con falta total de erección, hasta la impotencia relativa que permite la erección y una cierta penetración, pero no el orgasmo, ni la eyaculación; tres pueden ser sus causas una emotividad no controlada; que motiva impotencia temporal en tanto que se apacigua, un problema neurótico que tiene su origen en un problema de castración o de culpabilidad, una debilidad orgánica congénita o debida a la edad.

**MASTURBACION.-** Es la búsqueda del placer sexual mediante la excitación mecánica de los órganos genitales. En los últimos años se ve a la masturbación como una etapa transitoria de autoerotismo que coincide con el pugante desarrollo sexual de la pubertad, y en vez de atacarla se recomienda que el niño o adolescente se ocupe en otras actividades.

**MENARQUIA.-** Primera menstruación o regla de la joven, la fecha de la menstruación depende del clima (antes en los países más cálidos), del medio, de la raza y de la constitución.

**MENSTRUACION.-** Sangrado femenino cada 28 días.

**ORIENTACION SEXUAL.-** Dar a los individuos una visión de la sexualidad en el plano formal para evitar disfunciones posteriores o conductas equivocadas.

- ORGASMO.-** Momento de plenitud del acto sexual que en el hombre se manifiesta por la eyaculación y en la mujer por una serie de contracciones rítmicas del útero y de la vagina en forma de espasmos, acompañadas de alteraciones en el pulso, ritmo respiratorio y tensión arterial.
- PAROXISMO.-** Extrema intensidad de una enfermedad, exáltación extrema de los efectos y pasiones.
- PSICOTERAPEUTAS.-** Interviene en la curación de los trastornos caracteriales, neuróticos o psicósomáticos y pone en juego tanto su personalidad como su saber, pues debe despertar en el enfermo confianza y receptividad.
- PUBERTAD.-** Etapa biológica caracterizada por el desarrollo de las funciones genitales y por la aparición de los caracteres sexuales secundarios (pilosidad, cambio de voz, etc). La pubertad es una fase de transición en la que las pulsiones sexuales se afirman en su orientación definitiva, por lo que resulta una etapa muy importante para la formación de una efectividad adulta armónica.
- SEXO.-** Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.
- SEXUALIDAD.-** Tras un período de latencia, la sexualidad surge potente en la pubertad, ya con relación hacia el otro sexo. En este caso se pueden dar fijaciones en diversos estadios que dan lugar a desviaciones de la sexualidad como consecuencia de neurósisis más o menos pronunciadas.
- VIOLACION.-** Crimen cometido por el hombre que abusa por la violencia de una mujer o de una doncella.

BIBLIOGRAFIA.

- AMES (1987) "El adolescente de 10 a 16 años" En Paidós Psicología Evolutiva. Barcelona-Buenos Aires.
- ARELLANO M. O. (1990) Actitudes del adolescente ante la conducta sexual. México:D.F.
- ARGUMEDO, ARAGON Y ESCORBARTAPIA. El sida, reto social.
- BRODERICK B. (1972) "Comportamiento Sexual en pre-adolescentes" En Reiss, I. Hacia una sexualidad racional. Barcelona:Fontanella.
- \* CADENA B.F. (1990) "Actitud de los adolescentes ante la sexualidad" Tesis Profesional:Iztacala.
- COLEMAN J.C. (1985) "Psicología de la adolescencia" La sexualidad del adolescente. Moruta.
- X CLANTON G. Y SMITH. (1986) Los adolescentes y la revolución sexual. México,D.F.
- X COHEN (1972) Sexualidad humana. México.
- COHEN, J.et. al. Enciclopedia de la vida sexual (De la fisiología a la psicología). Barcelona:Argos Vergara. (1984)
- CORA (1984) Encuesta sobre información sexual y reproductiva en jóvenes. México:CORA-AMIPEN.
- EYSENCK Y WILSON (1981) Psicología del sexo, Barcelona:Herden
- GAGNON, J. (1980) Sexualidad y cultura. México:Pax-Mex.
- GIRALDO, N. (1983) Explorando las sexualidades humanas. México:Trillas.
- HORNOCKS, J. (1984) Psicología de la adolescencia. México:Trillas.
- X HURLOCK, E.B. (1979) Desarrollo psicológico del niño. México:McGrantill.
- LEIF, J. (1979) Textos de psicología del niño al adolescente. Madrid:Narce.
- LERHMAN, N. (1978) Las técnicas sexuales de Masters y Jonhson. Barcelona:Gedisa.

- X LESHAN, E. (1975) Los adolescentes y la revolución sexual. Pax-Mex.
- MASTERS Y J. (1987) La sexualidad humana. Barcelona:Grijalbo.
- MASTERS Y JOHNSON (1985) La sexualidad humana. México:Grijalbo.
- MASTERS Y JOHNSON (1978) Incompatibilidad sexual humana. Intermédica.
- MCCARY, J.L. (1989) Sexualidad humana. México:Manual Moderno.
- MCCARY, J.L. (1982) Sexualidad Humana. México:Manual Moderno.
- MALDONADO V. (1979) Sexualidad e integración familiar. México.
- MORRISON S.E. Y PRICE U. M. (1986) Como orientar en conducta sexual.  
Pax-Mex.
- MORTON A.S. Y STICKLEY (1985) Nuestra sexualidad. Pax-Mex.
- X MONROY, V.A. (1985) Salud, sexualidad y adolescencia. México:CORA.
- MONROY, V.A. (1977) La educación de la sexualidad humana. México,D.F.
- MORTON, A. (1985) Como orientar en conducta sexual. Pax-Mex.
- MONDRAGON, F. (1987) La fecundidad en la adolescencia. México:AMIDEM.
- PAPALIA E.D. (1985) Desarrollo humano. McGraw-Hill
- PEPIN, J. (1975) La psicología de los adolescentes. Barcelona:Oikas-tau.
- REIK, T. (1966) Diferencias emocionales entre los sexos. Buenos Aires:Paidós.
- ROSAS, J. (1991) Planificación familiar. Bolletín del Centro Médico la Raza. Vol. 1 No. 3
- RUCK Y ZIMBARDO (1980) Psicología y Vida. México:Trillas.
- SHERE, H. (1978) "El informe de Hite" Estudio de la sexualidad femenina.  
Tribuna de Plaza & Janés:Sociología.
- TELLEZ, I. (1986) Programa de orientación sexual a adolescentes. Dir. de Prom. y Des. Social. Depto. de Educ. Asist. México:SEF.

TODJMAN, G. (1981) Realidades y problemas de la vida sexual.  
Barcelona:Argos Vergara.

DICCIONARIO DE LOS TERMINOS MEDICOS DE MEDICINA. (1981) Madrid:Ed. Norma.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA (1985) Barcelona:Orbis.