

280
2 es.



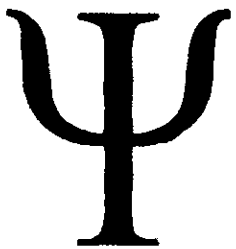
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA PARTICIPACION DE LA EDUCACION DE LA
SEXUALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA LA
PREVENCION DE PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA EUGENIA ZAleta ARIAS

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MA. OFELIA REYES NICOLAT



MEXICO, D. F.

1998.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

262802



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco los comentarios, sugerencias y aportaciones a este trabajo, al jurado:

Mtra. Olga Livier Bustos Romero

Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota

Lic. Ma. Ofelia Reyes Nicolat

Lic. Patricia Josefina Bedolla Miranda

Lic. Ma. Isabel Martínez Torres

Agradezco también a las integrantes del Programa de Sexualidad Humana: Selma González y Heddy Villaseñor, por las experiencias compartidas.

OUR FACES BELONG TO OUR BODIES

Our faces belong to our bodies.
Our faces belong to our lives.

Our faces are blunted.
Our bodies are stunted.
We cover our anger with smiles.

Our faces belong to our bodies
Our faces belong to our lives.

Our anger is changing our faces, our bodies.
Our anger is changing our lives.

Women who scrub have strong faces
Women who type have strong faces
Women with children have strong faces
Women who love have strong faces

Women who laugh have strong faces
Women who fight have strong faces
Women who cry have strong faces
Women who die have strong faces

Our love is changing our faces, our bodies.
Our love is changing our lives.

Our sisters are changing our faces, our bodies.
Our sisters are changing our lives.

Our anger is changing our faces, our bodies.
Our anger is changing our lives.

Our power is changing our faces, our bodies.
Our power is changing our lives.

Our struggle is changing our faces, our bodies.
Our struggle is changing our lives.

(The Boston Women's Health Book Collective, 1992)

| | |
|----------------|----------|
| RESUMEN | 1 |
|----------------|----------|

| | |
|---------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
|---------------------|----------|

| | |
|---|----------|
| CAPÍTULO I CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL ROL FEMENINO | 6 |
|---|----------|

| | |
|--|----|
| 1.1 CONCEPTO DE ROL | 6 |
| 1.2 HISTORIA DE LA SEXUALIDAD | 8 |
| 1.2.1 Griegos y Romanos | 8 |
| 1.2.2 Edad Media | 11 |
| 1.2.3 El Renacimiento | 15 |
| 1.2.4 Siglo XVIII y XIX. La mujer victoriana | 19 |
| 1.2.4. Finales del siglo XIX | 21 |
| 1.3. RELACIÓN DE LA HISTORIA DE LA SEXUALIDAD CON LA FORMACIÓN DEL ROL FEMENINO SÍMBOLOS QUE PARTICIPAN EN LA ASIGNACIÓN DE GÉNERO | 27 |
| 1.4. EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN SEXUAL | 29 |
| 1.5. INFLUENCIA CULTURAL EN LA FORMACIÓN DEL ROL | 31 |
| <u>1.6 CONCLUSIONES</u> | 35 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| CAPÍTULO II ESTUDIOS DE GÉNERO | 37 |
|---------------------------------------|-----------|

| | |
|---|----|
| 2.1. ANTECEDENTES | 37 |
| 2.1.1 La ilustración y la revolución francesa (siglos XVII y XVIII) | 37 |
| 2.1.2 La formulación del pensamiento social clásico (siglo XIX) | 38 |
| 2.1.3 Sufragismo y Ciencias Sociales (1880-1940) | 39 |
| 2.1.4 Fase clásica de la reflexión feminista (1940-1965) | 40 |
| 2.1.5 La reflexión del nuevo feminismo (1965-1979) | 41 |
| 2.1.6 Los estudios de género (años ochenta) | 42 |
| 2. 2. DIFERENCIA ENTRE SEXO Y GÉNERO | 43 |
| 2.3 EL CONCEPTO DE GÉNERO | 45 |
| 2.4. APORTACIONES DE LA CATEGORÍA DE GÉNERO | 50 |
| 2.5. SUBJETIVIDAD FEMENINA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD | 51 |
| <u>2.6. CONCLUSIONES</u> | 54 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO III SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 56 |
|---|-----------|

| | |
|---|----|
| 3.1 CONCEPTO DE SALUD | 56 |
| 3.2. LA SALUD INTEGRAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL, SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 57 |
| 3.2.1. Concepto de salud mental | 58 |
| 3.2.2. Concepto de Salud Sexual y Reproductiva | 60 |
| 3.3. ORIGEN DEL CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA | 64 |
| 3.4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | 68 |

| | |
|---|------------|
| 3.4.1. Contenido de los Derechos Reproductivos y Sexuales | 69 |
| 3.5. APLICACIÓN DE LA ÉTICA A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | 73 |
| 3.6. SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL Y FEMINIDAD | 75 |
| 3.6.1. Causas de morbinormalidad materna | 79 |
| <u>3.7 CONCLUSIONES</u> | 82 |
| CAPÍTULO IV EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD | 84 |
| 4.1. DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN | 84 |
| 4.2. DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD | 85 |
| 4.2.1. Características de la educación de la sexualidad | 86 |
| 4.3. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD | 88 |
| 4.4. LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD | 91 |
| 4.4.1. Infancia | 92 |
| ¿Qué educar en la infancia en el área de la sexualidad? | 94 |
| 4.4.2. Adolescencia | 97 |
| ¿Qué educar en la adolescencia en el área de la sexualidad? | 98 |
| 4.4.3. Edad adulta | 102 |
| ¿Qué educar en la etapa adulta en el área de la sexualidad? | 104 |
| 4.4.4. Tercera edad | 107 |
| ¿Qué educar en la tercera edad en el área de la sexualidad? | 108 |
| 4.5. ¿QUÉ ASPECTOS INFLUYEN EN LA EDUCACIÓN DE LAS MUJERES? | 110 |
| 4.6. GRUPOS DE REFLEXIÓN COMO UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA | 113 |
| 4.6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN | 116 |
| 4.7. ¿QUIÉNES EDUCAN EN SEXUALIDAD? | 122 |
| <u>4.8 CONCLUSIONES</u> | 124 |
| CONCLUSIONES | 126 |
| SUGERENCIAS Y LIMITACIONES | 130 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 132 |

RESUMEN

La educación es un elemento importante para el ser humano, pues le da la oportunidad de acceder a información que le permita mejorar el ambiente familiar, laboral, académico y personal.

El objetivo del trabajo es brindar una revisión teórica que proporcione datos sobre los aspectos del rol femenino vinculados a la salud sexual y reproductiva y con ello sustentar la importancia de la educación de la sexualidad como herramienta en la prevención de enfermedades o situaciones que desequilibren el bienestar físico, emocional y social de la mujer.

El objetivo se logró por medio de una revisión exhaustiva de la historia de la sexualidad enfocada a la construcción del rol femenino, teoría de género, salud sexual y reproductiva y educación de la sexualidad.

Dentro de la revisión histórica del rol femenino se observan varias ideas que van en detrimento de la mujer. Desde la época de Pláton hasta la Edad Media la construcción del rol femenino, está dirigida a la supuesta naturaleza femenina. Durante el Renacimiento las ideas de Aristóteles seguían teniendo gran peso en el estudio del cuerpo humano. Poco a poco se empiezan a hacer cambios paulatinos, muy pequeños pues aún en el siglo XIX se sustentaban mitos sobre la imagen de la mujer. Con el movimiento feminista para un cambio de la condición femenina, se empieza a cuestionar la "naturaleza" de dicha condición. Este movimiento abre un espacio para la reflexión y el cuestionamiento de roles implantados social y culturalmente. El surgimiento de la teoría de género se da gracias a la apertura de este espacio, comenzándose a poner en duda los papeles asignados a mujeres y hombres.

Todo este marco permite observar que la construcción de los roles femeninos no posibilitan a la mujer al conocimiento directo de sus necesidades ni a un desarrollo personal, sino que la orientan a ser un ser para otros, dejando a un lado sus propias necesidades, esto es, su salud que en este caso estaría

orientada a los aspectos sexuales y reproductivos. Por ello la importancia de crear programas adecuados de educación de la sexualidad que le permitan a la mujer revalorarse y construir nuevas actitudes que le posibiliten un cambio y crecimiento.

Por lo tanto, se enfocó a la educación de la sexualidad dentro del área de la prevención en salud sexual y reproductiva de la mujer. Esto es, proporcionar habilidades que permitan acceder a información que involucre aspectos del embarazo, parto y puerperio, también aquella información que permita el conocimiento del cuerpo y de su funcionamiento, así como el acceso a cuestionar los roles estereotipados, el cambio en la imagen corporal y a una mejora de la autoestima. El darle a la mujer un valor de sujeto.

Dentro de los lineamientos para tomarse en cuenta en una propuesta educativa se toman en cuenta seis conceptos (desarrollo humano, relaciones, habilidades personales, conducta sexual, salud sexual y sociedad y cultura) para trabajar con la educación de la sexualidad. Con estos conceptos se consideraría la totalidad del individuo, dando la oportunidad de crecimiento, de crítica y reformulación de valores y estilos de vida.

Con este trabajo se destaca la importancia de conocer cómo se fue construyendo la imagen de la mujer haciendo énfasis en un desconocimiento de su cuerpo y de su salud, por ello la necesidad de que existan programas que contemplen a la educación de la sexualidad aplicados al desarrollo humano.

INTRODUCCIÓN

En 1969, surge un grupo de mujeres que gracias a su necesidad de conocer más sobre ellas mismas descubren la importancia de tener información sobre su cuerpo. Su trabajo comienza en Boston dando origen a la publicación *Our bodies, Ourselves* (The Boston Women's Health Book Collective, 1992). Con este trabajo se abre un espacio creado por mujeres y para las mujeres, donde se permite el observar, cuestionar e indagar más sobre una parte importante de cada individuo: su cuerpo, lo que a su vez va a repercutir en su personalidad. Se permite hablar de problemas de salud con otras mujeres, de su sexualidad y de sus vidas. Empieza un camino para el diálogo a través de la ética, de los aspectos raciales, religiosos y de fronteras geográficas, se examina la salud desde una perspectiva que posibilite el cambio.

Aunque el objetivo explícito no haya sido la educación, es un antecedente importante en la educación de la sexualidad pues se habló sobre salud, anatomía, nutrición, sexualidad, control de la fertilidad, entre otros temas.

En México en 1908, médicos y otros profesionales de la salud, inspirados por el movimiento eugenésico, ofrecieron los primeros servicios de educación de la sexualidad, con la meta de evitar la "degeneración de la especie", previniendo las enfermedades de transmisión sexual, la mortalidad materno-infantil y brindando orientación sobre higiene menstrual (Rodríguez, G., Corona, E. y Pick, S, 1996).

También las primeras feministas participaron con propuestas donde se demandaba la atención de la salud de la mujer y el control natal, la crítica a la doble moral sexual, el problema de las madres solteras, la diferencia entre los sexos en el contrato matrimonial, el divorcio por voluntad y el reconocimiento de los hijos naturales.

En 1932 el Presidente Plutarco Eliás Calles, como resultado de las propuestas antes planteadas, realizó el primer proyecto de educación de la sexualidad (citado en Rodríguez, G., Corona, E. y Pick, S, 1996). Su objetivo era

que se impartiera a partir del tercer grado de primaria, el que no vio cumplido por la presión de algunas madres de familia.

Tiempo después (1965) se inaugura la Fundación para Estudios de Población (FEPAC), hoy Mexfam. En 1969 nace la Asociación Mexicana de Sexología y en 1972 se funda la Asociación Mexicana de Educación Sexual. Poco a poco van surgiendo diferentes asociaciones que se relacionan con la educación de la sexualidad. Como resultado de la infección por VIH en 1986 se funda el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), como una estrategia preventiva del gobierno. También en este año nace el Programa de Sexualidad Humana en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuya labor ha sido de suma importancia en la promoción de cuestiones relacionadas con la sexualidad.

En esta década surgen diferentes agrupaciones a lo largo de la república y en especial en el Distrito Federal, tal es el caso del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) y Salud Integral para la Mujer (SIPAM).

El trabajo en educación de la sexualidad se ha intensificado notablemente, lo que permite ver la apertura en este campo, aunque no hay que olvidar la existencia de grupos de extrema derecha que no obstante de que también trabajan en esta área, su enfoque es completamente diferente pues se siguen fomentando estereotipos, mitos y prejuicios. Por ello, el contenido de cualquier programa sobre educación de la sexualidad debe basarse en aspectos objetivos que fomenten el crecimiento y no el detrimento de las personas.

Por lo tanto, la importancia de este trabajo radica en analizar los aspectos relacionados con el rol y la salud sexual y reproductiva, basándose en lineamientos que tomen en cuenta los diferentes aspectos de la sexualidad - psicológicos, sociales, culturales, individuales- dentro de un programa de educación de la sexualidad que favorezca el autoconocimiento de cada mujer y hombre.

A continuación se expondrá un breve resumen de la temática de cada capítulo.

Dentro del primer capítulo se hace una revisión histórica del rol femenino, retomando de cada época qué idea preponderaba sobre la mujer y cómo estas concepciones van determinando al rol femenino. También se define el concepto de rol y se ve su importancia en la construcción de la subjetividad femenina.

En el segundo capítulo se describe cómo surge la teoría de género y la importancia de ésta en la conceptualización de los roles. Se señala también cómo la cultura y la biología se interrelacionan en la construcción de estos roles, por lo que no se puede hablar sobre la "naturaleza femenina".

Dentro del tercer capítulo se explican los conceptos de salud, salud sexual y reproductiva. La influencia de los roles repercute en algunas ocasiones de manera negativa de tal manera que se ve inhibida la capacidad de la mujer para tomar decisiones que ayuden a su salud. Se habla también de la importancia de conocer sobre los derechos sexuales y reproductivos y de llevarlos a cabo.

En el cuarto capítulo se hace el planteamiento de los lineamientos que debe contener un modelo de educación de la sexualidad, cuyas características posibilitarán a la mujer a un acceso a información objetiva, dándole la oportunidad de poder alcanzar un bienestar más completo.

Por último se hace un listado con las conclusiones que reafirman y dan otro giro a la educación de la sexualidad, pues se retoman aspectos no solo biológicos sino también sociales, culturales y psicológicos. Se señalan también algunas sugerencias y limitaciones.

CAPÍTULO I

CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL ROL FEMENINO

1.1 Concepto de rol

La determinación del rol femenino y masculino viene acompañada de preceptos culturales y biológicos. El cómo se vaya viviendo cada rol permite a la mujer y al hombre¹ formar una imagen y actuar de acuerdo a ésta. El rol se define "como el conjunto de expectativas sociales según las cuales el que ocupa una posición dada debe comportarse frente a los que ocupan otras posiciones. Los roles se convierten, en este caso, en otro conjunto de normas o roles compartidos en el espacio del comportamiento"². El concepto de rol fue introducido en las ciencias sociales en los años 20's por George H. Mead y los sociólogos de la Universidad de Chicago. Dado el uso del concepto del rol, éste ha sido objeto de diferentes interpretaciones y de definiciones ambiguas.

Así, entonces, los roles son conjunto de expectativas sociales determinadas a lo largo de la historia por preceptos biológicos y culturales. Marta Lamas (1986/1996) hace una referencia de los preceptos biológicos en relación con lo cultural. Ella señala que existen diferencias - inherentes/aprendidas- entre los sexos. Esto quiere decir que existen diferencias reales basadas en la fisiología y la biología de mujeres y hombres. Pero estas diferencias no justifican la subordinación de la mujer. Estas diferencias fisiológicas reales crecen al darse la participación de la cultura, "la anatomía se vuelve destino que marca y limita"³. Actualmente esta diferencia se empieza a cuestionar y comienzan a hacerse reestructuraciones a nivel ideológico (comienza una nueva conceptualización de los roles).

¹La categoría de hombre será utilizada a lo largo del texto como una categoría de género masculino no en su acepción de hombre igual a ser humano.

²Katchadourian, H. A. (1983) Human sexuality. A comparative and developmental perspective. (p. 36). (Héctor Livertella, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1979).

³Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría género. En M. Lamas El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. (p. 109). Programa Universitario de Estudios de Género. México: Porrúa. (Trabajo original publicado en 1986).

Así, la designación que se haga de una recién nacida/o define su ser y su actuar. La rotulación se convierte en el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará el núcleo de su identidad de género. El proceso de identificación comienza desde el momento del nacimiento. La familia de la/el bebé se ubicará de acuerdo al sexo, y será la encargada de reflejar a través de un discurso cultural, los estereotipos de la feminidad/masculinidad. Hasta los tres años es el momento en que la identidad de género está bien definida (Gianini, 1992).

Esto permite señalar que la/el bebé no tiene una influencia directa sobre lo que se espera que sea; esta decisión se dará posteriormente bajo esta rotulación que ya fue otorgada con anticipación. Toda la educación brindada por los padres vendrá dada bajo esta especificación de lo femenino y lo masculino. John Money (1957), (citado en Moreno-Jiménez, 1990), realizó estudios en bebés con anomalías sexuales congénitas en donde a algunos de estos bebés se les reasignó el género. Un ejemplo muy famoso es sobre dos niños gemelos, uno criado como hombre y el otro como mujer desde los 17 meses de edad. Este ejemplo muestra claramente la influencia cultural de los padres para educar a los bebés de acuerdo a su sexo. "El comportamiento de los padres se hizo diferente para los dos niños después de la reasignación. La madre descubrió divertida cómo orinaba su hijo en el patio, pero un comportamiento similar de parte de su hija era considerado indecente, el tipo de cosas que no hacen "las niñas buenas". La madre describió a su hija, cuando tenía cuatro años y medio, como coqueta y preocupada por su apariencia, mientras al hermano no le preocupaba parecer sucio"⁴.

El marco que envuelve a los roles de género viene dado por cuestiones culturales -construidas a partir de diferencias biológicas-, tornándose difícil discernir la participación de la cultura y la biología. Al avanzar en la información del presente capítulo se pretende conocer cuáles y/o cómo fueron desarrollándose los hechos históricos relacionados con lo cultural y biológico que dan pie a la formación de los roles.

⁴Katchadourian, op. cit. (p. 200).

Dentro de cada sociedad y cada cultura los roles femeninos y masculinos irán cambiando de acuerdo a los valores y la moral imperante en ese momento. Se verá la relación entre lo cultural, lo social y lo biológico en la construcción de estos roles. Es importante recalcar que aunque exista una diferencia en la categorización de los roles, su definición va a ser vista desde lo "natural", lo que dificultará el cuestionamiento de éstos.

1.2 Historia de la Sexualidad

1.2.1 Griegos y Romanos

El comienzo del estudio de la sexualidad y con ello el comienzo de su historia se suele ubicar en la aparición de la filosofía y la ciencia. En los orígenes de la medicina, es donde aparece la sexología. Por medio de la medicina se logró acercarse al estudio del ser humano, ya que esta ciencia inicia con la reflexión racional sobre la naturaleza del hombre; abandona los supuestos mágicos y religiosos que evitaban el cuestionamiento de lo observado y lo transmitido. Aristóteles fue uno de los filósofos que aportó a este campo. Sus ideas sobre la mujer y el hombre tienen gran peso dentro de la ciencia.

Según la metafísica de Aristóteles, todos los cuerpos se componían de materia y de forma; también el ser humano consecuentemente. Propio de la materia es la recepción de la forma y característico de la forma es transmitir la configuración de quien la emite. Desde esta concepción, Aristóteles considera que el macho "es el ser que engendra otro ser" y que la hembra es "el ser de quien sale el ser engendrado"⁵. La consecuencia de esta teoría es que la mujer queda relegada a ser receptáculo pasivo, tierra fértil que debe ser fecundada por el padre. La mujer viene asimilada a la tierra madre, divinidad de la fecundidad. Lo que antes de Aristóteles era creencia y mitología adquiere con él rango de ciencia: la mujer receptáculo de la acción del hombre.

Otra idea que mantiene Aristóteles sobre las mujeres es sobre el fluido que existe en ellas durante el coito placentero, pero lo reduce de una secreción local

⁵Moreno, J. B. (1990). La sexualidad humana: Estudio y perspectiva histórica. (p. 20). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

de mujer a una secreción que sería una característica de las mujeres de tez pálida y que no ocurriría en las de apariencia masculina.

Moreno-Jiménez (1990) menciona que Aristóteles, en su libro Historia de los animales mantenía que el feto de un hombre adquiriría vida el día cuadragésimo, y el de una mujer al nonagésimo día.

La aportación de los romanos en el área de la medicina fue menor pues no sobresalieron en el cultivo de esta ciencia. En las ciencias naturales sobresale la obra de Plinio el Viejo o Plinio Cayo Segundo, sus obras también están orientadas a una diferenciación de la mujer y el hombre, con un énfasis más positivo al hombre que hacia la mujer.

Plinio menciona: "la que trae varón tiene mejor color y parto, y siéntelo menear a partir del día 40. Todo es al contrario cuando trae hembras: un peso intolerable, una hinchazón de piernas y de la ingle izquierda y el movimiento de la criatura a partir del día 90"⁶. La idea anterior es muy similar a la expresada por los griegos.

También hace mención sobre las consecuencias que existen al haber contacto con la sangre menstrual:

"Estropéase el mosto, las mieses que tocan no granan, perecen los injertos, los renuevos de la huerta se abrasan y el fruto de los árboles donde ellas se sientan, se cae, el lustro de los espejos en los que se miran se empaña; los filos del hierro se embotan y el esplendor del marfil se obscurece. Muérense los panales; el cobre y el hierro luego se tornan en orín y de pestífero olor. Los perros gustándolo rabian y su mordedura es sin remedio"⁷.

Aristóteles construye un paralelismo entre la sangre femenina (y su alternativa después del alumbramiento, la leche) y el espermatozoides masculino: "la

⁶Moreno-Jimenez, op. cit. (p.23).

⁷Moreno-Jimenez, op. cit. (p. 23).

mujer es, por así decirlo, un varón estéril", "la mujer, es, por así decirlo, un varón mutilado; las menstruaciones son un esperma, pero un esperma impuro"⁸

El avance en la medicina es lento. Por medio del estudio de animales se hacía referencia al cuerpo femenino o masculino. Sorano en su obra *Gynaecia* describió la vagina de la mujer como "Una membrana nerviosa semejante a la del intestino grueso, muy espaciosa en el interior y más bien estrecha en el exterior, donde se efectúa el coito y los actos venéreos, se le llama vulgarly *connus*"⁹. Esta obra hasta la alta Edad Media, significó una referencia básica respecto a la descripción de los órganos genitales femeninos.

Galeno menciona que para él, el hígado es el lugar de nacimiento de las venas, donde se forma principalmente el esperma, además de formarse en los testículos. Mantenía la opinión de sus predecesores de que el embrión macho se gestaba en el lado derecho de la matriz, y la hembra en el lado izquierdo. Debido a la comunicación directa del hígado con la matriz, la parte derecha de la matriz estaría mejor irrigada y podría cuidar y alimentar mejor al embrión que se forme allí: al varón. Este sería, pues uno de los orígenes de la superioridad masculina sobre la mujer (citado en Moreno-Jimenez, 1990).

1.2.2. Edad Media¹⁰

En la Edad Media, el estudio de la menstruación tenía una clara relevancia. Una terminología común para referirse a ella era la flor de la mujer. Trótula, una célebre comadrona de Salerno, decía que: las menstruaciones se llaman comúnmente flores, pues de la misma manera que los árboles no producen frutos sin flores, así también las mujeres sin flores se ven privadas de su función de concebir.

La sangre menstrual recibía diferentes funciones, la primera y principal consistía en servir de nutriente al embrión una vez que se había cerrado el cuello

⁸Rousselle, A. (1989) *Porneia. De la maîtrise du corps à la privation sensorielle*. (p. 45). (Jorge Vigil, Trad.) Barcelona: Nova-Gráfik. (Trabajo original publicado en 1983).

⁹Moreno-Jimenez, op. cit. (p. 24).

de la matriz. La sangre menstrual alimentaría primero al embrión durante su época de gestación y, posteriormente, tras el parto, se transformaría en la leche que nutriría al infante. Tal como dice el Pantegni, la leche procede de una nueva coacción de la sangre menstrual que se produce en las mamas.

Esta procedencia de la leche explica las consecuencias que se atribuían a la vida sexual de la mujer durante el período de lactancia. Avicena sostenía que el coito, durante la época de amamantamiento, enturbiaba la sangre menstrual y alteraba el sabor y olor de la leche materna, y Galeno había propuesto que el mantenimiento de una vida sexual activa durante la lactancia podía generar peligrosas consecuencias para la salud del niño de pecho. Un nuevo embarazo durante este período podía traer graves consecuencias, o bien para el embrión que estaba formando o bien para el niño de pecho, ya que la sangre menstrual no podía cumplir ambas funciones.

Esta concepción cambia para dar origen al punto de vista negativo de la menstruación. El proceso de la menstruación fue una fuente intensa de interés y preocupación en la Edad Media. La idea general de la naturaleza de la menstruación se recoge en la obra *Anatomía Cophonis*. En esta obra, la matriz es considerada como la sentina a la que el cuerpo envía las superfluidades de todo el mes. La menstruación no sería sino la eliminación de todos los productos de desecho del organismo. Esta sería, pues, la explicación de la peligrosidad que desde Plinio, se atribuía a la sangre menstrual.

A los conocidos peligros enunciados por Plinio, la Edad Media añadió que si una mujer tenía un coito durante la regla, su descendencia sería pelirroja y podría contraer fácilmente la lepra.

Las creencias que acompañaban a la menstruación insistían en la peligrosidad de la mirada de la mujer durante este período. Tal como exponía Alberto Magno, fundado en la teoría de la visión aristotélica que suponía una emisión por el ojo, el vapor nocivo que exhalaba el ojo de una mujer con la regla podía afectar a todos los objetos situados a su alcance. La mirada de la mujer

¹⁰ Información tomada de Moreno-Jimenez, op. cit. (p.p. 27-46).

era comparada a la mirada del basilisco¹¹ que podía causar la muerte. Deterioro y enfermedad son las posibles consecuencias de la mirada de una mujer con la regla. La mujer se hace peligrosa debido a su misma fisiología y lleva en su cuerpo la clave de los peligros que provoca.

Alberto Magno en su libro *Sobre los secretos de las mujeres* (citado en Moreno-Jimenez) dice que las mujeres viudas y menopáusicas son todavía más peligrosas, ya que no pueden librarse de las superfluidades de su organismo. Una mujer sola, mayor y con escasas relaciones sociales no puede ser vista sino como un peligro. La historia de las brujas comienza, en parte, con las creencias acerca de la nocividad de la sangre menstrual de la mujer. La malignidad de la menstruación era no sólo una creencia popular, sino una convicción de la comunidad científica.

Este tipo de ideas eran de difícil conciliación con cuanto anteriormente se ha dicho sobre la alimentación del feto con la sangre menstrual; por ello autores como Tomás de Aquino proponían un tercer tipo de sangre, elaborado a partir de la anterior y que constituiría el elemento nutriente del embrión. En la España musulmana de mediados del siglo XII, Avenzoar propuso que existía un error debido a una mala traducción a la obra de Galeno (al referirse a la alimentación del embrión con sangre menstrual), y propuso que la idea original de Galeno era que la alimentación del embrión se efectuaba con sangre que bajaba a la vulva, y que Galeno denominaba menstrual.

Para los médicos de la edad media el objeto central de su interés era el funcionamiento masculino. Guillermo de Conches habla sobre tres factores necesarios para el coito: el calor que lleva al acto, el espíritu que proporciona la erección y el humor que lleva a la eyaculación. En el siglo XII se empieza a hablar del espíritu o ventosidad, que estaría presente en la erección y en la eyaculación como fuerza impelente del esperma.

¹¹Animal fabuloso que mataba con la mirada.

Comparada con el hombre, la mujer es considerada más ardiente y deseosa de la relación sexual, y ello a pesar de ser por constitución física más fría que el hombre.

La masturbación en el hombre preocupa y se relega al silencio porque supone la pérdida de un semen vital y valioso. En la mujer el semen no tiene la misma valía y, por lo tanto, su pérdida no merece atención sino más bien aprobación, ya que los humores femeninos, si se acumulan y no se evacúan, se convierten en almacenes de ponzoña peligrosa que deben ser eliminados, aunque sea por métodos considerados pecaminosos.

Ante los diferentes abscesos y ulceraciones que sufrían los enfermos, ante las enfermedades de transmisión sexual, el diagnóstico diferencial era incierto. El hecho de que en el hombre y la mujer la enfermedad se presentará de forma diferente, más clara en el hombre y más difícil de diagnosticar en sus primeras fases en la mujer, generó probablemente la idea de que la mujer era transmisora de la enfermedad, al mismo tiempo que estaba inmunizada contra ella. Entre diversos orígenes atribuidos a la lepra, considerada como altamente contagiosa, figuraban los de haber mantenido relaciones sexuales con una leprosa, o con una mujer durante su período de reglas, o que estuviera embarazada.

En cuanto al campo de la esterilidad Alberto Magno se reduce a comentar que los impedimentos para la concepción son varios, provenientes unas veces de la sequedad o frialdad de los órganos del cuerpo de la madre, y otras veces de excesiva grasa, por lo que la simiente del hombre no puede entrar en la mujer. Para él, toda la cuestión está en la parte de la mujer que participa en la concepción de una/un niña/o: por su parte, está seguro de su propia facultad reproductora. La sexualidad de la mujer es considerada y analizada desde la perspectiva del hombre, de sus necesidades y exigencias. La atención, en ciertos momentos predominantes a la sexualidad femenina no es sino una mejor manera de servir a la sexualidad del varón.

Se pensaba que las mujeres de senos pequeños y firmes, tez lozana y pilosidad adecuada se relacionaban con una buena capacidad sexual. El lado

opuesto se sitúa a la mujer fría, de pechos abundantes y tez pálida. Este último grupo de mujeres serían inhibidas, crédulas, difíciles para consumir el deseo y fáciles de quedar embarazadas. Tras de estos dos tipos de retratos parece dibujarse el perfil de la cortesana y de la madre de familia, apta una para el placer y la otra para la reproducción.

La mujer es vista bajo la doble perspectiva de la cortesana y de la madre de hijos. Fuera del matrimonio la mujer es el claro protagonista de la sexualidad. Es en ella quien domina sus secretos y sus técnicas, y por ello surge la proliferación del tipo de literatura que lleva genéricamente el título de Secretos de mujer y que se refiere a sus artes, trucos y sus secretas inclinaciones. Fuera del matrimonio, la mujer es un claro ejemplo de animal sexual, fácilmente llevado por sus inclinaciones difíciles de satisfacer y que pueden generar el miedo y la preocupación de los hombres. Fuera del matrimonio la mujer es el objeto del deseo y la fuente del miedo por sus artilugios. Dentro del matrimonio la mujer es la receptora del semen masculino, la tierra abonada para los propios hijos, el lugar de desfogue de los ardores del varón, pero no la compañera del juego amoroso. Demóstenes formula una especie de aforismo que se hizo célebre: "Las cortesanas existen para el placer; las concubinas, para los cuidados cotidianos; las esposas, para tener una descendencia legítima y una fiel guardiana del hogar"¹².

1.2.3. El Renacimiento¹³

Ya en el siglo XVI, Mondino de Luzzi, describe el himen como una membrana indicadora de la virginidad de la mujer. Esto hace referencia a la imagen que se iba formando sobre la mujer: recéptaculo para el semen, sin necesidad de placer y de alguien que necesitaba de una membrana para poder determinar su actividad sexual y con ello su valor.

¹²Foucault, M. (1996). *Histoire de la sexualité 2: L'usage des plaisirs*. (p. 46). (Martí Soler, Trad.). México: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1985).

¹³ Información tomada de Moreno-Jimenez, op. cit. (p.p. 47-56).

Al estudiar la anatomía humana causa una gran perplejidad descubrir la existencia del clitoris, pues para la descripción de los órganos sexuales femeninos empleaban vocabulario del aparato genital masculino; no se aceptaba fácilmente su existencia pues rompía con el esquema. Era un órgano superfluo en la geometría mental de la descripción de la anatomía genital. No es extraño, pues, que autores como Avicena y Albucasis, se referían a él como un saliente que entra en el terreno de la patología y que debía ser intervenido quirúrgicamente.

Esta perplejidad quizá tiene origen en que no eran los hombres quienes tenían acceso directo a la información sobre el cuerpo femenino, sino que venía dado por las mujeres que al autoevaluarse les permitía conocer su cuerpo; quedando delegado el hombre a esta tarea. Por ello tienen errores al tratar de explicar la anatomía femenina. Existe una ignorancia anatómica y fisiológica, a partir de esto se construye el razonamiento lógico médico; una ciencia masculina del cuerpo femenino integrando todos los datos positivos recopilados por una tradición oral femenina, una ciencia empírica pacientemente acumulada. Son las mujeres que han observado su propio cuerpo, y con una fina atención. Algunas de ellas adquirieron experiencia y fueron, de algún modo, las especialistas del barrio, de la aldea y de la casa. No reciben nombre específico: son comadronas que atienden todas las enfermedades de la mujer: son ellas las que han informado a los médicos antiguos.

El placer es tomado en cuenta para la satisfacción femenina, al concederle importancia en la concepción. Una vez más, no es su necesidad de la mujer a este satisfactor, sino el cumplimiento de un deber biológico: la concepción. Vicente de Beauvais expone el argumento de que las prostitutas al tener relaciones por dinero no experimentan placer y, por ello, no se quedan embarazadas. Sin placer no habría, pues, concepción, y como el placer acompaña a la emisión del fluido femenino, éste debe ser considerado un verdadero semen necesario para la concepción.

No se aceptaba la idea de la existencia de un flujo en la mujer que participe en la concepción. Desde la perspectiva aristotélica, las razones que se

esgrimen son de corte filosófico más que clínicas o naturales. Según los aristotélicos, admitir que un esperma femenino es capaz de configurar la materia sería tanto como admitir que la mujer puede concebir sola, que poseería un principio activo, su propio esperma, y un principio pasivo, la sangre menstrual. La idea tomaba partido de ciertas tradiciones, poco aceptadas, que exponían la posibilidad que la mujer quedase embarazada sin participación directa e inmediata del hombre.

En el renacimiento Leonardo da Vinci realizó la representación artística de la anatomía humana, especialmente del aparato genitourinario de la mujer. Fue el primero en representar el dibujo del útero como una sola cavidad y el primero en representar las diferencias entre la pelvis masculina y femenina. Su obra es rica en la estructura física de la anatomía pero pobre conceptualmente. Su contribución específica a la sexología reside en sus descripciones de la matriz, del proceso de generación y del parto. Su perspectiva ante los hechos es gráfica y no conceptual.

Personajes como Bernardino Montaña mencionaban que el calor de la mujer es menos poderoso que el del hombre, por lo cual ésta no pudo echar fuera de su vientre los órganos de la generación. Por las mismas razones, por dicha flaqueza del calor natural de las mujeres se produce en ellas más sangre de la que han de necesitar para su mantenimiento.

Ambroise Paré mantiene que el mejor momento para la concepción es después de las flores (hace alusión a la menstruación), pues entonces el cuello de la matriz estaría abierto y el cuerpo de la mujer limpio y preparado.

Luis Lobera de Ávila (siglo XVI) consideraba que un signo del embarazo de un hombre era tener el pecho derecho mas abultado y más morado el pezón del mismo lado.

Hasta la mitad del siglo XVII no se sabía sobre la generación, la fecundación y los estadios del desarrollo embrionario mucho más de lo que los griegos y árabes habían enseñado.

Los conocimientos sobre los procesos de la fecundación, magia y ciencia parecían compartir el mismo tipo de procedimientos. La idea dominante de la época era la que Aristóteles había impuesto, y Tomás de Aquino había bautizado teológicamente: el varón es el protagonista principal de la fecundación y el principio activo de la misma. La idea predominante era que del esperma emanaba una nube, una especie de aura seminal, un vapor que producía la mezcla del esperma femenino, pasivo, con el del varón, activo.

Venette en su libro "Pintura del amor conyugal" (siglo XVII) menciona lo siguiente:

"Pero como la mujer sea débil por su naturaleza, no se propone más que el deleite cuando se une a los hombres, y por eso dice Platón, que se le podría colocar en en rango de los animales irracionales, siendo su acción por sí misma una acción animal: y como el placer se oponga el dolor, que aborrece en extremo la naturaleza, la mujer solo mira el deleite como el único remedio a sus males. Finalmente tiene una razón tan natural como civil que la obliga a amar, por cuanto la naturaleza la ha hecho débil como tímida y por lo mismo se ve precisada a buscar en otro la fuerza que le falta para defenderse contra sus enemigos, y un apoyo para poderse contener en ocasiones. La sumisión que manifiesta en la acción amorosa, y la pequeñez de su estructura, muestran suficientemente que tiene necesidad del socorro y del apoyo de un hombre: a esto se agrega el ser muy ligera, y el no tener bastante prudencia para que pueda ser útil en algo; y así se la puede comparar a una veleta que se mueve a todos los vientos, y que sería arrancada por la tempestad si la varilla que la sostiene, no la contuviese"¹⁴.

Es clara la idea que existía sobre el papel de la mujer, así como Venette planteaba dicha información existen más autores como François Barbaro que menciona que es el varón el único que debe seguir su voluntad en la elección de pareja. Mientras que las mujeres de estatura pequeña, aunque tuvieran todas

¹⁴Moreno-Jimenez, op. cit. (p. 66).

las partes del cuerpo bien formadas, eran más propias del oficio de cortesanas que de mujeres casadas.

1.2.4. Siglo XVIII y XIX. La mujer victoriana

La pasión por tener hijos varones fue una característica del siglo XVIII y XIX. Una idea muy extendida era que toda relación sexual tenía que acabar en un hijo varón, pues la mujer era una imperfección de la naturaleza. Se hacían recomendaciones sobre la alimentación, el estado de ánimo y sobre algunas posiciones para efectuar las relaciones sexuales. Couteau (citado en Moreno-Jimenez, 1990), proponía que la posición de la madre fuera tal que el semen del padre sólo pudiera alcanzar al ovario correspondiente al sexo deseado (izquierdo para la mujer y derecho para el varón; idea expresada por Galeno).

Comienza a darse un debate entre los que eran partidarios del óvulo y del espermatozoide. Para los espermistas puros significaba que la función de la hembra no era otra que la de proporcionar el terreno apropiado para su desarrollo. La teoría mantenía que el hombre por sí sólo era quien producía la generación y la reproducción de la especie, mientras que la función de la mujer era de mantenimiento, antes y después del nacimiento.

Otra cuestión importante era la planificación. Con ello, la responsabilidad de los métodos anticonceptivos recayó principalmente sobre la mujer ya desde los primeros momentos de la historia. El cuerpo de la mujer ha sido el principal protagonista en el uso del aborto, utilizado en las culturas más primitivas, en el empleo de bebedizos, de tapones o irrigaciones vaginales. Aunque probablemente la naturaleza de la anatomía y de la relación sexual ha podido favorecer este desplazamiento hacia el cuerpo de la mujer, parece también difícil de rechazar que la imagen perceptiva y pasiva de la mujer ha propiciado este enfoque histórico al que no es ajeno la medicina.

En la génesis del victorianismo (1837) está presente el industrialismo y la revolución industrial que se desarrolla a partir del siglo XVIII y que produjo una diferenciación acentuada de los roles sexuales. Mientras los hombres pasaban a

ocuparse de las máquinas y de las fuerzas generales de la producción, la mujer quedaba relegada al ámbito doméstico y se esperaba de ella la pasividad emocional y sexual.

Según Acton (Citado en Moreno-Jiménez, 1990), a las mujeres no se les presenta ninguno de los problemas típicos de los varones. La mayoría de las mujeres no se sienten muy acicateadas por ningún tipo de sentimiento sexual. Acton expresa la idea de que las mujeres, a no ser que sean irremediamente depravadas, comparten hasta el matrimonio y después de éste la misma inocencia de los niños. El amor por el hogar, el interés por los niños y las tareas domésticas son sus campos de interés, de forma que la mayoría de las mujeres no se interesan por los desahogos amorosos. La mujer normal, la mujer virtuosa no descarta para sí la satisfacción sexual, sencillamente se somete a los abrazos de su esposo, pero preferiría verse libre de ellos. Cuando esto no es así, sería debido a una herencia genética defectuosa o a una mala educación. Como se ve, las mujeres explicitan su necesidad de satisfacción sexual en función de la reproducción. No invocan la necesidad de satisfacción en sí (Rousselle, A., 1983).

Con este tipo de descripción de la "mujer normal" se creaba la imagen de la mujer desexuada, madre de familia y se justificaba y legitimaba, en nombre de la moral médica, la imagen de la mujer victoriana que la sociedad estaba elaborando.

1.2.4. Finales del siglo XIX

A finales del siglo XIX entre 1880 y 1900, Marañón (citado en Moreno-Jimenez, 1990) postulaba la idea de que la mujer era, psicológicamente, "una hermana menor del varón", pues ello era necesario para el auge de las cualidades psicológicas y afectivas propicias para la maternidad. -hipersensibilidad, ternura, espíritu de sacrificio, atención exquisita a los problemas prácticos, tendencia conservadora-; y como su libido era poco intensa, y su erotismo embotado, debido a que la maternidad exige utilizarlos como simples medios de acceso para el fin reproductor, y no como objetivos terminales.

Marañón al exponer el desarrollo sexual de la mujer, considera que, si bien la maternidad no añade nada específico y fundamental a la feminidad, la maternidad es algo propio de la mujer sin la cual hay un profundo déficit en ella. Marañón parece por lo tanto pensar que la dimensión reproductiva de la mujer no solamente es algo exclusivo suyo, sino que además la define.

Henry Havelock Ellis (citado en Moreno-Jimenez, 1990) rompe con la idea predominante en su tiempo acerca de la sexualidad femenina. Rechaza la idea de que la sexualidad femenina sea una sexualidad menor y de escasa intensidad. Por el contrario insiste en que el deseo sexual de las mujeres no era menor que el del hombre, y que su capacidad de goce no era tampoco inferior. De esta mayor amplitud erógena del cuerpo de la mujer -mayor amplitud, en cuanto al punto de vista de él-, Ellis deducía la mayor importancia del sexo en la vida de la mujer, pero mantenía que su sexualidad era predominantemente pasiva, objeto de estimulación más que agente de ella. De esta pasividad sexual, Ellis extraía consecuencias acerca de una menor agresividad de la mujer en la vida social.

Al emplearse argumentos económicos en el desarrollo histórico del sentimiento del pudor, Ellis, desde esta perspectiva, menciona que el pudor sería también consecuencia de los derechos de propiedad, principalmente del marido respecto de la mujer, de tal manera que la mujer no pudiera exhibir lo que pertenece exclusivamente al marido. Constata cómo en algunos pueblos las mujeres casadas están vestidas y las solteras, aunque estén plenamente desarrolladas siguen desnudas. Al aplicarse este derecho de propiedad sobre las hijas, el pudor se extendió tanto sobre las solteras como las casadas, desarrollándose así el extendido sentimiento del pudor femenino. Asociadas a su capacidad reproductora la mujer llevaría consigo las cualidades maternas que le permitirían llevar a bien su tarea: sensibilidad, receptividad, instintos maternos, empatía, capacidad de dedicación, etc. Junto a estas ventajas que la capacitaban para su rol biológico, la capacidad reproductora llevaría consigo otro tipo de impedimentos, resultantes de aquellos, tales como los efectos debilitadores de la menstruación. La idea que tenía Acton sobre las cualidades maternas de una mujer, es muy similar a la expresada por Ellis casi un siglo después. Esto demuestra el atraso en el avance científico y sobre todo social. No

es raro que en esta época (1990) se escuchen comentarios parecidos sobre dicha capacidad.

La maternidad y la esfera de cualidades colindantes con ella definían, pues, la verdadera naturaleza de la mujer y de la feminidad. El rol principal de la mujer sería el de guardar el hogar y cuidar los niños, No es extraño que se considerase que el movimiento feminista había optado por una dirección equivocada al solicitar la igualdad de oportunidades para el hombre y la mujer en la industria.

A Finales del siglo XIX, se lucha por el reconocimiento de los derechos de la mujer. Aunque el movimiento se remontaba a los finales del siglo XVIII, su desarrollo había sido lento y con muchas dificultades. A pesar de que se consideraba un movimiento idealista, con pocas posibilidades de obtener lo que se proponía, el final de siglo vio como, en torno a él, se generaban no pocas disputas acerca de las diferencias entre los sexos y la psicología de la mujer. La corriente más importante mantenía que la mujer era por naturaleza inferior al hombre, tanto en lo que se refería a la fuerza física como a la intelectual y moral. En 1901 el psiquiatra alemán Moebius (citado en Moreno-Jimenez) había publicado Sobre la imbecilidad fisiológica de la mujer, colocándola a medio camino entre el niño y el hombre. La imagen de la mujer que reflejaba la obra de Moebius la situaba en una condición fuertemente dependiente de su biología, falta del suficiente autocontrol y lucidez mental, lo que en opinión de Moebius era una gran ventaja para el hombre, ya que de lo contrario resultaría sumamente peligrosa. La opinión no era exclusiva de Moebius, sino que más bien recogía un amplio consenso.

Los estudios de Sigmund Freud sobre sexualidad dan oportunidad de una apertura sobre el tema. Su contribución se da con la obra Tres ensayos para una teoría sexual¹⁵. Junto con Breuer, Freud comienza el estudio y tratamiento de la neurosis. Da a conocer que la etiología de la neurosis era de tipo sexual, creando así su teoría de la etiología sexual de la neurosis. A partir de 1896 Freud deja de

¹⁵ Freud, S. (1981). Obras completas. Tomo II. (Luis López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Barcelona: Biblioteca Nueva.

hablar del análisis psicológico y comienza a referirse al psicoanálisis como su propio método. En su trabajo *La herencia y la etiología de las neurosis*, Freud divide las neurosis en dos tipos, neurosis actuales y psiconeurosis. Las neurosis actuales tendrían su origen en la vida sexual actual del paciente y las psiconeurosis en la vida sexual infantil. A su vez las neurosis actuales se dividen en neurastenias, cuyo origen específico es la masturbación y neurosis de angustia, debidas a la estimulación sexual frustrada, especialmente al coito interrumpido.

A su vez las psiconeurosis las dividía en histeria y neurosis obsesiva. La histeria tendría su causa específica en el abuso sexual de un adulto sobre la/el niña/o y sufrido pasivamente, la neurosis obsesiva tendría el mismo origen, con la diferencia de que el niño jugaría un rol más activo. De esta forma Freud trataba de explicar la prevalencia de la histeria en las mujeres y de las obsesiones en los hombres.

Los estudios sobre la histeria fueron continuados y completados por sus estudios sobre los sueños. Freud publicó *La interpretación de los sueños* en 1900¹⁶.

En esta obra Freud trató de hacer evidente que el sueño es el cumplimiento de un deseo, es decir, el cumplimiento de un deseo sexual que no puede ser aceptado por la conciencia, y por ello se disfraza en formas aceptables y convenientes.

Freud al estudiar la sexualidad humana, da a conocer la bisexualidad inherente al ser humano "como si el individuo no fuera hombre o mujer, sino siempre ambas cosas sólo que alternativamente una más que otra"¹⁷. Plantea que la diferenciación entre masculino y femenino viene dado por una convención anatómica. La diferenciación que se hace no es de orden psicológico. Menciona que se puede pensar en caracterizar psicológicamente la feminidad por la preferencia de fines pasivos; pero esta preferencia no equivale a la pasividad,

¹⁶ Freud, S. (1985). *Die traumdeutung*. (López-Ballesteros, Trad.). (Trabajo original publicado en 1900).

¹⁷López, B. L. y Rey, A. R. (1988). *The essentials of psycho-analysis*. (p. 517). Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1983)

puesto que puede ser necesaria gran actividad para conseguir un fin pasivo. Aún no le queda claro el papel de la cultura en la formación del rol femenino pues menciona: "Lo que acaso sucede es que en la mujer, emana de su papel en la función sexual, una cierta preferencia por la actitud pasiva y los fines pasivos, lo que se extiende al resto de su vida mas o menos penetrantemente, según que tal prototipicidad de la vida sexual se restrinja o se amplifique. Pero a este respecto debemos guardarnos de estimar insuficientemente la influencia del orden social, que fuerza a las mujeres a situaciones pasivas. Todo esto pertenece aún muy oscuro"¹⁸. Plantea también la envidia del pene y el complejo de Edipo, como influencias importantes en la formación de la sexualidad femenina.

Ya en el siglo XX, los estudios que se realizan sobre la sexualidad tienen que ver con la respuesta sexual. Dichos estudios tienen un enfoque más objetivo. En la segunda mitad del siglo XX, Alfred Charles Kinsey (1968) inició el estudio metodológico de las conductas sexuales. Kinsey introdujo el método cuantitativo en la sexología, de forma que fue el primero que estudió la conducta sexual real de los sujetos.

La formación científica de Kinsey le llevó rápidamente a considerar los estudios que anteriormente se habían realizado sobre conducta sexual, como marcadamente insuficientes para un conocimiento objetivo de dicha conducta. Sus primeros estudios datan de 1938, y consistieron en un cuestionario breve, aplicado a una reducida muestra de 62 hombres y mujeres. La muestra pertenecía en su mayoría a personas vinculadas con la Universidad.

En 1939 Kinsey estudió a 671 sujetos, y llegó a la conclusión de que un estudio adecuado de la sexualidad humana debía de realizarse a través de métodos como la entrevista y el cuestionario. La labor emprendida le llevó en 1947 a la fundación del Institute for Sex Research que recibió el apoyo del Consejo Nacional para la Investigación Científica y de la Fundación Rockefeller. De esta investigación, en 1948 aparece El comportamiento sexual del hombre, y años más tarde el complementario El comportamiento sexual de la mujer.

¹⁸López, B. L. y Rey, A. R. op. cit. (p. 519).

Cuando aborda el tema de la sexualidad de la mujer considera que la clase social no tiene en ella repercusiones particulares, y en cuanto a la edad, considera que su influencia es menor que en el caso del hombre. Su idea es que los cambios que se efectúan en la mujer son mas graduales que en el caso del hombre.

La idea central que Kinsey mantiene sobre la sexualidad femenina es que se caracteriza por un menor grado de condicionabilidad, de forma que su nivel de excitación sexual depende menos de factores ambientales.

William H. Masters y Virginia Johnson (1967) iniciaron el estudio científico de las reacciones fisiológicas durante el coito y la excitación sexual. Existen trabajos anteriores a los realizados por Masters y Johnson, sin embargo sus descripciones no fueron tan completas como las expresadas por ellos.

El objetivo de las investigaciones emprendidas por Masters y Johnson era el de equiparar el estudio de la fisiología sexual a los estudios ya clásicos de la fisiología cardíaca o gastrointestinal. Para ello contaban con una sólida reputación en el ámbito de la ginecología y el apoyo inicial, por dos años, de la Universidad de Washington para respaldar y financiar un Instituto de Biología Reproductiva.

Masters y Johnson emprendieron el estudio de la fisiología sexual durante los años de 1954 a 1966. Su resultado principal fue encontrar que el ciclo sexual humano, en el hombre y en la mujer, tenía una estructura cíclica básicamente idéntica en todas las personas. Este ciclo sería independiente del modo de estimulación elegido y del tiempo en que cada persona tardaba en recorrerlo. Aunque las diferencias individuales existían, tenían un alcance menor y no suponían una alteración del ciclo básico.

La descripción de este ciclo, que comprende cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, no se expone en este trabajo, pero cabe mencionar que toda la serie de datos obtenidos permite romper con tradiciones y mitos transmitidos popularmente o, incluso, a través de la clase médica.

Los estudios de Masters y Johnson se oponían a la idea de Freud sobre la participación del clítoris en el orgasmo femenino. Para Freud el orgasmo maduro era el que se experimentaba a nivel vaginal, mientras que el orgasmo clitorídeo lo consideraba infantil. Sin embargo, para Masters y Johnson, el clítoris participaba en el orgasmo femenino, sin hacer divisiones sobre la madurez o inmadurez de éste. John Perry y Beverly Whipple (1983) descubren una zona a la que llaman punto de Gräfenberg, en honor del Doctor Ernst Gräfenberg, el cual al ser estimulado adecuadamente llevaba al orgasmo a las mujeres.

Estos hallazgos (Freud, Masters y Johnson y Perry y Whipple) dan la oportunidad de conocer que la sexualidad femenina es importante, ya no es solo la pasividad que se requería de ella, ahora se observa la importancia del cuerpo de la mujer para el placer de ella y no sólo del hombre. Los estudios realizados por Masters y Johnson y Perry y Whipple permiten ver la existencia de dos focos de excitación sexual, no solo la oportunidad de obtener placer vaginal sino también el redescubrir el cuerpo y notar la existencia e importancia en la obtención de placer por medio del clítoris y del punto G. Esto permite abrir otra perspectiva sobre el estudio de la mujer.

Esta perspectiva histórica permite conocer el desarrollo e investigación sobre la sexualidad. También ha ayudado a conocer el papel que se ha venido dando a la mujer y al varón y como éste tiene influencia en la formación de los roles.

1.3. Relación de la historia de la sexualidad con la formación del rol femenino

Símbolos que participan en la asignación de género

Como se menciona al principio del capítulo, desde el momento del nacimiento, las personas cercanas a la/el bebé, de acuerdo a su vivencia y formación, ya tienen una etiquetación que designará a este nuevo individuo. A los tres ó cuatro años, cuanto más lejos pueda llevarse el recuerdo, todo está ya cumplido en el destino ligado al sexo al cual pertenece un individuo, porque en ese periodo no hay lucha consciente contra la opresión.

A pesar de los factores hormonales y genéticos, la educación, que hace al individuo considerarse mujer o varón, es el elemento determinante en la identidad de género. Los resultados de las investigaciones realizadas entre jóvenes cuyo desarrollo sexual es defectuoso, dejan entrever que la identificación con uno u otro sexo, así como la adopción de un determinado rol de género, se efectúan esencialmente a través del aprendizaje (Broderick, Carlfred, 1972).

Existen costumbres populares cuyo objetivo es adivinar el sexo del niño por nacer. Algunas salen al paso de la cuestión y sugieren los medios más apropiados para concebir un varón: por ejemplo, acoplarse en el período de luna creciente, o en una noche de luna llena; yacer, durante la relación, sobre el lado derecho, etc. En algunas regiones se toma un puñado de trigo y se cuentan los granos: si da un número impar, será niño, si es par, será niña. En otras se introduce la punta de una tijera en el orificio de un cedazo, si gira a la derecha, será un niño, si a la izquierda una niña. El vientre de la madre hacia adelante durante el embarazo es señal de que nacerá un niño (clara alusión al falo), mientras que el vientre plano, distendido, redondo, indica que nacerá una niña. Si el vientre de la madre está más engrosado a la derecha, nacerá un niño, y así también si el seno derecho es más grande y el pie derecho más inquieto que el izquierdo. Si la gestante está de buen humor, nacerá un niño, si de mal humor y llora fácilmente, nacerá una niña; si se pone bonita será un niño, si se afea, una niña. Así también un embarazo difícil con piernas hinchadas, sensación de peso en las ingles, manchas sobre la piel, deja presagiar una prole femenina (Gianini, 1992).

Examinando los indicios que se han enumerado, existe una característica común: los que anuncian el nacimiento de un niño, son positivos; el número impar tiene algo de más, una unidad, respecto al número par; el buen humor, el buen color, la movilidad precoz del feto, la luna creciente, el vientre hacia adelante, etc. Numerosos presuntos indicios del nacimiento de un niño tienen que ver con el lado derecho del cuerpo, que es considerado como el más importante. Con la mano derecha se saluda, se acepta, se intima, se escribe, se trabaja y se come. Por el contrario, levantarse de la cama apoyándose con el pie izquierdo sobre el suelo, se tiene como de mala suerte. El adjetivo izquierdo

tiene un significado siniestro. El uso de la mano izquierda se tiene como una anomalía y aún hoy se hacen tentativas para corregir a los zurdos. Esto da pie a la siguiente pregunta: ¿Cuántas mujeres deben su nacimiento a la tentativa de tener el varón deseado?

Puesto que se quiere que los niños sean más vivos, más vitales con respecto a las niñas, las cuales al contrario deben ser tranquilas y pasivas, los movimientos del feto se interpretan en esta clave.

En algunas regiones cuando nace un niño se vierte un jarro de agua por la calle, simbolizando que el niño que ha nacido está destinado a recorrer las calles del mundo, cuando nace una niña el agua se vierte sobre el fogón, significando que su vida se desarrollará en el encierro de las paredes domésticas.

Inclusive antes de que resalte en el niño un comportamiento que pueda ser juzgado como masculino (como la agresividad, la voracidad, la vivacidad, la inquietud, el llanto fuerte, etc.) se siente la necesidad de asegurarse contrasñando al niño con un color preestablecido, un símbolo comprensible para todos, que haga reconocer a primera vista que se trata de un varón.

Así pues, hacia los 24 meses, las/os niñas/os han empezado a clasificar sexualmente el mundo exterior, a los objetos y las personas. Extienden esta clasificación hacia ellos mismos a los 30 meses de edad, y hacia los 36 meses usan rótulos genéricos para guiar sus preferencias (Gianini, 1992).

Todo esto revela que el ser humano es mucho más consciente de lo que parece, de que el género no viene determinado de una vez por todas, por los caracteres sexuales anatómicos típicos; que la identidad de género debe ser adquirida por el niño a través de la cultura propia del grupo social al cual pertenece y que el modo más seguro para que el niño lo alcance es asignarle el género a través de actitudes y modelos de comportamiento que no permitan equívocos.

1.4. El proceso de identificación sexual

De la suma de las actitudes de la madre hacia su cuerpo (de gratificación o repulsión o uno u otro alternativamente), la/el niña/o aprende a considerarlo como una cosa buena o no, aprende a amarse o a detestarse.

Por medio de la experiencia las niñas irán aprendiendo los roles que las estarán determinando para su vida futura. Conocerán las actividades de su función de mujer que les permitirán desempeñar su rol.

Los modelos de padre y madre irán estructurando la identificación de la/el niña/o. El comportamiento de los padres, sus reacciones, la relación entre padres e hijas/os, entre los padres y los demás miembros de la familia, son indicadores de los valores a los cuales los mismos padres responden. A través del proceso inconsciente de identificación, se interiorizan los modelos maternos y paternos en la/el niña/o.

El adulto selecciona las órdenes que da a las/los niñas/os según un código preciso del cual no está, en efecto, consciente, pero que corresponde a las leyes sociales, tales como el que las tareas de mayor prestigio o por lo menos aquellas que se tienen como tales, sean confiadas a los varones. Las/os niñas/os están condicionadas/os a catalogar y reconocer las tareas pertinentes a uno y otro según su sexo. Mientras más completa es la adaptación, más seguridad se tiene de que se es aceptada/o y amada/o. Una cosa es ser de una manera y otra es reprimirse para serlo.

Es a través de las primeras relaciones de un individuo, donde se va filtrando el mensaje social que asegura la reproducción del orden establecido y de las identificaciones posibles y necesarias.

Partir únicamente de datos biológicos, afirmando que las diferencias existentes entre mujeres y varones están determinadas biológicamente y establecer una relación unilineal entre sexo y género conduce a la desvalorización y a justificar la subordinación de la mujer, que aparentemente no

puede ser discutida porque estaría asentada sobre datos biológicos. La división sexual de tareas requiere características psicológicas diferentes para cada sexo, para lo cual se hace necesario socializarlos de distinta manera. Así, las cualidades consideradas femeninas o masculinas no son innatas, y por ende, no son naturales.

La profunda diferencia entre mujeres y hombres, ya totalmente establecida en la edad escolar, es un indicativo del peso que tiene el aprendizaje de los roles de género dictados socialmente.

Después de los tres años -es cuando se establece la identidad de género- comienzan efectivamente a sentirse más a sus anchas con las/os niñas/os de su mismo sexo, porque han sido educados de manera tan opuesta que son efectivamente diferentes y no encuentran una manera satisfactoria de estar juntos.

Las/los niñas/os no soportan el sentirse diferentes a sus coetáneos, porque la diversidad lleva a los otros a juzgarlos "extraños", a rechazarlos y a criticarlos. El conformismo les es necesario porque tienen necesidad de reglas y modelos que les tranquilicen (Gianini, 1992). Este aprendizaje no se realiza en un sólo momento sino que constituye un proceso que dura toda la vida del individuo. Así mismo, en ese proceso la mujer o el hombre -cabe aclarar que no todos pasan por el mismo proceso- se apropian de las habilidades, normas y capacidades relativas a las funciones que desempeñarán como mujer o como varón. Se reproducen como hombre o como mujer, cultivando aquellas cualidades que forman parte de los roles de género correspondiente a una determinada cultura y a un determinado momento histórico (Bustos, 1994).

La educación que brindan los padres al diferenciar femenino y masculino, se ve influenciada por las lecturas y los juegos que llevan a cabo las/los niñas/os. En la mayoría de la literatura infantil las actividades excitantes son reservadas a los niños mientras que las niñas son presentadas como criaturas deliciosamente incapaces o como nobles ayudantes. Cuando en la literatura infantil, viene presentada una mujer no del todo pasiva e incapaz, se transforma

el personaje hasta hacer de ella una bruja. Sus dibujos y sus juegos están bien definidos si los protagonistas son varones, mientras que se vuelven vagos e indeterminados si son niñas, probablemente porque los juegos de las niñas en gran parte son imitativos de la vida familiar (jugar a las señoras). Los niños juegan preferiblemente "con alguna cosa", las niñas "a una cosa" (Gianini, 1992).

1.5. Influencia cultural en la formación del rol

En la teoría de Jung, se puede constatar qué tan importante es la realización del individuo para un desarrollo futuro saludable. Jung adaptó el término griego *persona*, que significa máscara, para describir la "cara" que el hombre le presenta a la sociedad. Este rostro puede ser bastante diferente de sus sentimientos e intenciones reales. El hombre deriva su persona parcialmente de los roles que la sociedad escoge para él y, en parte, de su propia aceptación, creación y cambio del concepto de la sociedad, de lo que es su rol. El individuo que vive principalmente bajo una máscara pública, se llama hombre personal. Puede desviarse tanto de sus propios sentimientos como para enajenarse de ellos. Tal acción destruye la habilidad del individuo para alcanzar una autorrealización verdadera. Jung creyó que ésta es una de las principales causas de que el sujeto se trastorne emocionalmente en el mundo moderno, dado que el hombre personal vive con metas y propósitos falsos. Su self real y su self público se separan en tal forma, que es imposible crear un self genuino, fiel a sus propios ideales. Entre más se aleje el hombre de su verdadera autorrealización, más enfermo será desde un punto de vista mental. Cuando la persona se ve disminuida por el hombre, y más se acerca éste a la autorrealización genuina, surge lo que Jung denominó el hombre individual. La vida es una lucha entre los extremos del hombre personal e individual como caracteres dentro de una misma personalidad (Cueli, J., De Aguilar, L. R., Latirge, T., Martí, C. y Michaca, P., 1990).

Lo anterior es una clara alusión de como participa el exterior en la formación del rol y cómo al no darse un manejo adecuado puede llevar a la desestructuración de los individuos.

Un ejemplo de esta participación se observa en las investigaciones realizadas por Money, Hampson, y Hampson en 1957. Ellos hacen comparaciones en 105 hermafroditas demostrando que el sexo de asignación y crianza es un pronosticador más coherente y confiable del rol genérico y de la orientación más que el sexo cromosómico, la morfología reproductiva interna accesoria, el sexo gonádico, el sexo hormonal o la morfología ambigua de los genitales externos. La variable saliente en el establecimiento del rol genérico de una persona y de su orientación no es ni hereditaria ni ambiental, en el sentido purista de estos dos términos, sino que es su proceso de desciframiento e interpretación de una pluralidad de signos, algunos de los cuales pueden ser considerados hereditarios o constitucionales y otros ambientales.

Margaret Mead (1972/1982), ha demostrado que existe una variedad de definiciones culturales acerca de las personalidades femenina y masculina. Cada cultura diferencia entre las tareas, cualidades y comportamientos prescriptos para varones y para mujeres, y "la conducta decretada socialmente resulta natural para un sexo y antinatural para el otro".

A las niñas las madres le dicen poco a poco: "Todo está bien, hasta que tengo que hacer por tí el mínimo necesario, así que apúrate a hacerlo tú sola", lo cual es sólo aparentemente un estímulo a la independencia y a la autonomía. En efecto, de las niñas se exigirá sólo un cierto tipo de autosuficiencia, aquella que provee no depender de los otros para los pequeños hechos cotidianos de carácter práctico, pero sí depender completamente en lo que respecta a elecciones más amplias como la autorrealización por lo cual deben poner sus propias energías psíquicas al servicio de otros, lo más pronto posible.

La perspectiva histórica ha permitido conocer como se fueron formando las tareas destinadas al rol femenino. Las ideas sobre la menstruación, las relaciones sexuales o el embarazo, aún persisten en esta época (casi finales del siglo XX). Es sorprendente ver como ideas que surgieron en la Edad Media, sigan tomándose como un hecho real; tal es el caso de una mujer embarazada de un bebé femenino o masculino. Un aspecto fundamental del pensamiento occidental que más influencia ha tenido sobre la moral sexual es la noción de

"naturaleza", un concepto básico de las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana y asimismo de gran arraigo en el resto de la cristiandad e incluso en el judaísmo. De acuerdo con esta doctrina, todas las acciones humanas tienen una causa final, su naturaleza. Comer -mantenerse vivo-, relación sexual -procreación-. Si se lleva a cabo una acción de forma que no persiga su finalidad (su naturaleza), tal acción es antinatural.

Aún, con todo el avance en los movimientos sociales como lo es el movimiento feminista, es inquietante escuchar afirmaciones como la siguiente: "En todo lugar, en cualquier cultura conocida, las mujeres son consideradas, en mayor o menor medida, inferiores a los hombres", comentario hecho por la antropóloga Sherry Ortner, corroborada por Edgar Gregersen al concluir "pero en algunos aspectos sigue siendo del todo acertada" (Gregersen, 1988). El trabajo por realizar es largo y con dificultades, pues al encontrar gente con ideas similares a la anterior y que tengan un trabajo que permita darlas a conocer, fomentará en la gente que no tiene una preparación, todos los prejuicios y mitos encontrados anteriormente.

Por ejemplo, en la antigüedad Constantino catalogaba a la violación como un delito grave: podía incluso castigarse a la víctima por no haber sabido evitarla con sus gritos. De este modo, una muchacha virgen violada podía ser condenada a morir en la hoguera. En la actualidad, la sentencia no va a ser la hoguera, pero si se escucharán comentarios en donde la víctima es la que provocó la violación por vestirse de manera provocativa, caminar sola, ser coqueta, etc.

Emile Durkheim (Citado en Gregersen, 1988) propuso la sorprendente teoría de que la cada vez mayor complejidad de la sociedad se ha visto acompañada de un declive de las mismas mujeres, cuyo cerebro y vigor se han debilitado, propiciándose así una mayor dependencia hacia los hombres. Si bien en un principio ambos sexos estaban prácticamente a la par en cuanto a capacidad física e intelectual, la civilización y la necesidad de conseguir una unidad familiar sólidamente interdependiente crearon un sujeto femenino pasivo e inferior, sometido a su marido.

Una consideración de orden militar, da pie para que el predominio masculino en el poder, sea incuestionable. Por lo que resultan imprescindibles para defender la seguridad de una sociedad. Según William Divale y Marvin Harris (1978), (citado en Gregersen, 1988), la fecundidad femenina trae consigo una amenaza para el grupo: el exceso, de población. Harris ha llegado a hablar del predominio del infanticidio femenino como de un "logro importante de la civilización sobre la naturaleza". La frase anterior se ve relacionada con la situación actual de las mujeres en la India o Africa. En la India debido a que el matrimonio de una mujer viene acompañado por una dote, y la situación económica no permite cumplir con este aspecto, el asesinar bebés de sexo femenino para evitar otorgar esta dote es hecho común. Existe un famoso caso (en la década de los 70's) de una mujer que asesinó a sus hijas (ella se suicidó después) por no poder cumplir con este precepto social. La posición de la mujer y del varón en la sociedad ha sido comparada a la dicotomía que Lévi-Strauss establece entre naturaleza y cultura. Así, el varón cazador suministra la carne cruda (naturaleza) que la mujer debe cocinar (cultura) (Citado en Gregersen, 1988). En cierto modo, el cometido de la mujer en la sociedad no sería otro que amansar la aspereza (crudeza) de la naturaleza masculina.

1.6 Conclusiones

La información que se ha descrito, brinda una idea clara de la imagen formada sobre la mujer. Aristóteles es el principal representante. Sus ideas sobre la pasividad y su función de las mujeres siguen presentes en la actualidad. Plinio el Viejo complementa esta imagen al desvalorizar la función de la menstruación. Galeno por un lado, da la oportunidad para pensar en la superioridad masculina al mencionar que el hígado al tener comunicación con la matriz y al encontrarse éste del lado derecho, que supuestamente era el lugar donde se formaba el feto masculino, éste recibía mayor flujo de sangre y por tanto se justificaba su superioridad.

Estos datos demuestran que la significación que la cultura dió al estudio de la fisiología, de la función biológica del cuerpo , dieron base a la formación de los roles femeninos y masculinos. Esto también permite observar que las

características masculinas, bajo una significación cultural, tienen un mayor peso sobre las mujeres, provocando así un orden jerárquico. Salvatore Cuchiari (1981) menciona este hecho al decir que en diferentes sociedades las categorías de género vienen organizadas jerárquicamente, en donde los valores masculinos se encuentran encima de los femeninos. Marta Lamas (1995) menciona que dicha jerarquización no es un hecho biológico, sino un hecho social e históricamente determinado.

La vivencia de la mujer como individuo, viene dada por estos momentos históricos. Esta vivencia de acceso al poder no es para la mujer. "La característica histórica de la mujer ha sido la de ocupar un espacio significativo sin tener realidad: un simple signo"¹⁹. La estructura invariable asumió como un continuum natural al sujeto femenino. La mujer es un ser para los otros, las actividades que desempeña así lo demuestran -cuidar, curar, alimentar- el abandono de sus propias necesidades, por cubrir las necesidades de los otros, le impiden un acercamiento a su salud y bienestar.

La forma de promover la igualdad desde la infancia, no es empujando a las niñas a la competencia y a la imitación del varón, sino respetando y favoreciendo la selección de cada uno, independientemente de su sexo y ofreciendo a las/los niñas/os modelos más ricos, más expresivos, más libres de los estereotipos imperantes; así se podrán realizar de una forma más completa, sin ser constreñidas/os a sacrificar una parte válida y preciosa de sí mismas/os. El complacer a las y los otros, quita a cualquier actividad la parte creativa que debería contener. Es necesario fortalecer la integridad de los individuos sin romper con su identidad, proporcionando una educación sin prejuicios y que permita el crecimiento tanto de la mujer como del hombre.

No consiste en intentar formar a las niñas a imagen y semejanza de los varones, sino en restituir a cada individuo que nace, la posibilidad de desarrollarse de la manera que le es más conveniente, independientemente del sexo al cual pertenece.

¹⁹Lorite, M. J. (1987). El orden femenino. Origen de un simulacro cultural. España: Anthropos.

El aspecto fundamental es: analizar que a lo largo de un proceso cultural bastante largo, le fueron negados a las mujeres el derecho y la iniciativa de tomar decisiones y actuar respecto a su propio cuerpo.

Al ahondar un poco en la historia de la sexualidad, se puede comprender como fueron surgiendo aquellas ideas erróneas sobre la mujer, que ahora en la actualidad son tan difíciles de remover.

Los filósofos y médicos que participaron en la formación de los datos expuestos anteriormente, tuvieron una influencia desde un punto de vista biologicista, mientras que las/los autoras/es que participaron a mediados del presente siglo, tienen una aportación más social y cultural, dan una reestructuración a la visión de los roles. Dicha visión se explicará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

ESTUDIOS DE GÉNERO

2.1. Antecedentes

Los acontecimientos descritos en el capítulo anterior, brindan una idea general sobre la problemática femenina. Dichos sucesos permiten conocer cuáles eran las ideas que predominaban y que valores tenían mayor peso. A mediados del siglo XVIII, después de diversas movilizaciones obreras, se da una apertura que permite a las mujeres ser más activas y críticas de su situación. La discriminación y marginación dio origen al movimiento feminista y tiempo después a los estudios de género. Se expondrán brevemente el origen de este movimiento para dar pie a qué son los estudios de género y a la formación de la subjetividad femenina.

Tomando como base la periodización hecha por Enrique Gomáriz (1992)¹ se expondrá lo que dio origen a los estudios de género.

2.1.1 La ilustración y la revolución francesa (siglos XVII y XVIII)

En la ilustración los sujetos eran sujetos autónomos,..."según Kant como la mayoría de edad del sujeto, el momento en que se emancipaba de las ataduras tradicionales, adquiría autonomía"². Esta ideología junto con la problemática que venía acompañando a la mujer, dio pie a los movimientos feministas.

Los movimientos sociales vigentes en el siglo XVIII, permiten que mujeres como Mary Wollstonecraft, analicen la situación de la mujer y se empiece a luchar por derechos que también son propios de ésta. Mary Wollstonecraft publicó en 1792 un libro llamado *A vindication of the rights of women* (La

¹Gómariz, E. (1992). Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: Periodización y perspectivas. *Isis Internacional, Ediciones de Mujeres*, 17, 83-110.

²Amorós, C. (1994). *Feminismo. Igualdad y diferencia*. (p. 44). Colección de libros del PUEG. México: Porrúa.

vindicación de los derechos de la mujer) en donde critica las propuestas dadas por J. J. Rousseau.

Mary Wollstonecraft hace una declaración que aún sigue vigente en esta época: "Ya es tiempo de efectuar una revolución en las costumbres femeninas, es tiempo de devolver a las mujeres su dignidad perdida y de hacerles contribuir, en tanto que miembros de una especie humana, a la reforma del mundo"³

A la lucha de las mujeres se suma el rechazo a la doble moral sexual, la reivindicación de los derechos políticos y la idea de que la liberación de la mujer también es la de toda la sociedad.

Otras mujeres que estuvieron presentes son Olympe Gouges, Claire Lacombe y Pauline Leon que participaron en clubes de apoyo a la revolución o bien organizándolos.

2.1.2 La formulación del pensamiento social clásico (siglo XIX)

Para los movimientos feministas, el comienzo del siglo XIX no fue totalmente positivo, ya que sustenta, a partir de las ciencias médicas y sociales, la inferioridad de la mujer. En los movimientos obreros se da un espacio para la mujer (Michel, A., 1979/1983). Se crean periódicos como *La voix de femmes* de Eugénie Niboyet, que en 1849 se convertirá en *L'Opinion des Femmes*, bajo la dirección de Jeanne Deroin. En él se reclama el derecho de voto y de elegibilidad para las mujeres.

El activismo de las mujeres -al luchar por guarderías y mejoras en el trabajo- provoca que las autoridades les nieguen sus derechos políticos y voten por la prohibición a las mujeres de ser miembros o de participar en las reuniones de los clubes. A pesar de esto, Flora Tristan en 1793, logra el derecho al trabajo. Marx y Engels en su socialismo adoptan como uno de sus principios la igualdad de derechos entre mujeres y hombres.

Harriet Taylor tiene un papel importante al participar en la defensa del derecho de las mujeres al trabajo y la educación.

El antifeminismo invade los sindicatos; los hombres estaban preocupados por impedir a las mujeres el acceso al mercado de trabajo para limitar la competencia (Michel, A., 1979/1983).

En algunos sindicatos optaron por medidas "proteccionistas" con objeto de limitar el derecho de las mujeres al trabajo.

Conforme va avanzando el siglo XIX, se va observando la contradicción entre un sistema ideológico y político.

2.1.3 Sufragismo y Ciencias Sociales (1880-1940)

En Francia el movimiento feminista es sostenido principalmente por las mujeres de la clase media y por las obreras.

Margaret Foller en 1847 declara que la mujer debe luchar por la conquista de un yo independiente, pues "la sumisión excesiva de la mujer al hombre ha enfriado el amor, degradado el matrimonio e impedido a los sexos ser lo que debieran ser a sus propios ojos"⁴, esto la llevó a pensar que la liberación de las mujeres sólo se puede lograr por las mismas mujeres.

En 1888 se da la primera convención del International Council of Women, donde participan diversos grupos de mujeres.

Se logra el acceso de las mujeres a la educación en todos los niveles. El acceso a las universidades quedó abierto a finales del siglo XIX.

³Michel, A. (1983). *Le féminisme*. (p. 63). (J. J. Utrilla, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1979).

⁴Michel, A. op. cit.

Durante la Primera Guerra Mundial, las mujeres fueron reclutadas en un gran número en las fábricas de armamentos para remplazar a los hombres llamados al combate. Después de la Primera Guerra Mundial, el derecho al voto fue obtenido por las mujeres de 21 países. En la República Mexicana este derecho se da hasta mediados del presente siglo.

2.1.4 Fase clásica de la reflexión feminista (1940-1965)

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se toma conciencia de la ideología segregacionista, dando oportunidad a la no discriminación por razones de raza, nacionalidad o de sexo.

Comienza el trabajo de reflexión con Simone de Beauvoir al realizar un análisis histórico de la condición de la mujer, lo que le permitió cuestionar "el eterno femenino" y determinar el peso que tiene el sustrato biológico en el cuerpo de la mujer. Cómo esta determinación lleva a la sociedad a crear una imagen de lo que debe ser la mujer, sin cuestionar cual es la base o el origen de dicho proceso (De Beauvoir, S. 1949). Simone de Beauvoir permite el cuestionamiento; con ella se abre el espacio (nuevamente) para la emancipación femenina.

En Estados Unidos, El Colectivo de las Mujeres en Boston (1969), comienza un trabajo con aspectos vinculados a la salud y la toma de decisiones en cuanto al cuerpo de la mujer. Betty Friedan (1974) escribe "La Mística de la Femenidad". Reinicia el movimiento femenino norteamericano al fundar la National Organization of Women (NOW).

Talcott Parsons, introduce una idea fundamental: la existencia de los roles femeninos y masculinos, así como otros tipos de roles (políticos, laborales, etc.). Rompe con la idea biologicista; ... "Es la importancia de las funciones que cumple la familia en la sociedad lo que hace que sea de naturaleza social la diferenciación de roles sexuales, lejos de ser motivadas por causas puramente biologicistas"⁵.

⁵Gómariz, E. op. cit. (p. 94)

Por otro lado, Margaret Mead (1972/1982) realizó un estudio en tres tribus de Nueva Guinea (Mundugumur, Arapesh y Tchambuli) donde muestra que la mayoría de los rasgos de la personalidad que se clasifican como femeninos o masculinos, están muy débilmente unidos al sexo, como lo está la vestimenta, las maneras y la forma del peinado que se asigna a cada sexo según la sociedad y la época.

Deduca a partir de su estudio, que la naturaleza humana es maleable y que puede responder con exactitud o de manera contrastante a condiciones culturales distintas y opuestas.

Menciona también que los rasgos que se presentan en algunos miembros de cada sexo, se asignan especialmente a un sexo y se prohíben al otro. La historia de la definición social de las diferencias sexuales está llena de arreglos arbitrarios en el campo intelectual y artístico; pero a causa de la supuesta congruencia establecida entre la base fisiológica del sexo y las características emocionales, se está menos capacitada/o para aceptar que se ha hecho también una selección similar y arbitraria entre los rasgos emocionales.

2.1.5 La reflexión del nuevo feminismo (1965-1979)

Las movilizaciones sociales, permiten articular lo que se llamó el "nuevo feminismo", conocido también como el feminismo de la diferencia. Los estudios a nivel de la biología que se realizan para estudiar la diferencia sexual, permiten establecer al feminismo de la diferencia. El feminismo de la diferencia propicia formas de toma de conciencia e identificación; crea un discurso propio, una nueva "palabra de mujer" (Amorós, 1994). Además, reivindica las ocupaciones, tareas, actitudes y valores que la división social del trabajo según los géneros y sus construcciones sociales adjudican a las mujeres y lo femenino (De Barbieri, 1986).

Se formalizan los estudios de la mujer. Se ve la problemática de una manera diferente a la racial. Los estudios que se realizan tienen como objetivo "desmontar la pretendida 'naturalización' de la división socio-sexual del trabajo;

revisar su exclusión en lo público y su sujeción en lo privado, así como cuestionar la retórica patriarcal⁶. Los estudios de la mujer surgen también para dar a conocer toda la creación femenina; su aportación a la sociedad y a la cultura.

Dentro de todo este avance existen también concepciones erróneas sobre lo que es el movimiento feminista. Existe la idea de que es un movimiento de lucha entre los géneros, o en contra de los hombres, y que pretende obtener el poder que éstos tienen, que es monolítico -que todas las feministas piensan igual- (Careaga, 1996). Algunas de estas ideas se originan en la ignorancia o en una falta de información; otras, se derivan de circunstancias en las cuales la gente ha conocido, o se ha vinculado, con el movimiento feminista o con algunas mujeres feministas.

2.1.6 Los estudios de género (años ochenta)

A lo largo de la década de 1980, en Canadá, Alemania, Estados Unidos y Suecia, entre otros países, se impone un estilo: la nueva masculinidad, que permite ver a los dos géneros masculino y femenino desde otra perspectiva, dando origen a los estudios de género.

El surgimiento de los estudios se pueden observar desde el movimiento feminista (como se ha descrito anteriormente), al tratar éste de diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología.

En los países anglosajones la palabra género es utilizada para designar a lo femenino o masculino, al ámbito sexual. En cambio, en los países de habla hispana el significado de dicha palabra se refiere a un sustantivo que denomina clase o asunto. Esta diferenciación en el uso de la palabra género no ha permitido su fácil inserción en el habla hispana.

⁶Belluci, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino... En A. M. Fernández, Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. (pp. 27-50). Argentina: Paidós.

El estudio de las mujeres, permitió rechazar la supuesta "naturaleza" femenina, y junto con los estudios de la masculinidad, se dio la oportunidad de unificar y empezar así con los estudios de género. El justificar la subordinación femenina y el uso del poder por parte de los hombres, fue otra de las causas para abrir este campo de estudio.

El poder se puede observar a nivel político-económico; por ejemplo en el siglo XVIII, al darle importancia a los individuos no como seres autónomos sino como parte de una población y junto con esto las variables relacionadas a ello: natalidad, morbilidad, duración de la vida, fecundidad, estado de salud, frecuencia de enfermedades, formas de alimentación y de vivienda. Este control conduce al ámbito familiar. El poder que se debía aplicar para cumplir con lo prescrito por el derecho canónico, la pastoral cristiana y la ley civil, tenía que formar parte de la conducta del hombre, pues él es el ser activo. Ser casado significaba ser jefe de familia, tener una autoridad, ejercer un poder que tiene en la "casa" su lugar de aplicación (Foucault, 1976/1996).

Este poder que sigue después de varios siglos, es lo que lleva a las feministas, a lanzar una primera hipótesis, la subordinación que afecta a todas o casi todas las mujeres es una cuestión de poder, que se ubica en los espacios sociales (De Barbieri, 1992). Lleva a cuestionar el estatuto de "naturaleza" femenina, que conlleva a diferenciar al sexo del género.

2. 2. Diferencia entre sexo y género

Al hablar sobre género se veía implícito la palabra sexo, o también al género femenino o al feminismo, pues como ya se vio anteriormente este movimiento es lo que da origen a la categoría.

Diferenciar cada uno de estos conceptos facilitará el entendimiento de éstos. Conceptualizar al sexo y al género es un problema difícil pues su uso ha sido indiscriminado. Se plantarán algunas definiciones sobre sexo y se trabajará más a profundidad las cuestiones de género debido a la temática del trabajo. El sexo se refiere "al hecho biológico de que la especie humana es una de las que se

reproducen a través de la diferenciación sexual”⁷. Katchadourian (1979/1983) define a la palabra sexo como la referencia al macho o a la hembra como seres determinados por características estructurales y funcionales. Esta definición remite a lo que se califica como sexo biológico, éste incluye los siguientes elementos (Money, 1965; citado por Katchadourian, 1979/1983):

- 1) Sexo genético, revelado por el número de cromosomas (46XX o 46XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual (cuerpo de Barr).
- 2) Sexo hormonal: El equilibrio andrógino-estrógeno.
- 3) Sexo gonádico: La presencia de testículos u ovarios.
- 4) Morfología de los órganos internos de reproducción.
- 5) Morfología de los genitales externos.

Queda claro que el sexo se refiere a la diferenciación biológica entre la mujer y el hombre, la diferencia dada por los genitales. Con esta explicación se pasará ahora a definir lo que es género.

El género es una interpretación sociocultural de ser mujer o de ser hombre, lleva a que la sociedad determine cómo debe sentir, pensar qué puede expresar o qué no (Careaga, 1996).

John Money (1955) fue el primer investigador que propuso el término “papel de género” (gender role) para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres. Pero fue Robert Stoller el que estableció más claramente la diferencia entre sexo y género. Basado en sus investigaciones, en donde niños y niñas debido a problemas anatómicos, fueron educados de acuerdo a un sexo que fisiológicamente no era el suyo. Aún después de conocer que sufrían de una mutilación accidental o una malformación en los genitales externos, estos niños y niñas mantuvieron las formas de comportamiento según el sexo que les habían asignado (citado en Gomariz, 1992).

⁷Gomariz, E. op. cit. (p. 84).

2.3 El concepto de género

Dado el reciente nacimiento de la categoría género, la manera de dirigirse hacia ésta, variará de autor en autor. Se pueden distinguir entre dos usos básicos: el que hable de género refiriéndose a las mujeres y el que se refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual, aludiendo a las relaciones sociales de los sexos (Lamas, 1995).

Para Teresita De Barbieri (1992) es un sistema que define como: (género/sexo)... conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general a la relación entre las personas.

Benería y Roldán (1987) (citados en Bustos, 1994), sostienen que el género es ...una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres, a través de un proceso de construcción social que tiene una serie de elementos distintivos.

Joan W. Scott (1996) define el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género, es una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Scott distingue cuatro elementos principales del género:

- Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino.

- Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- La identidad. Scott señala que aunque aquí destacan los análisis individuales -las biografías- también hay posibilidad de tratamientos colectivos que estudian la construcción de la identidad genérica en grupos. Esta es una parte débil de su exposición, pues mezcla identidad subjetiva con identidad genérica.

Para Salvatore Cucchiari (1981) un sistema de género es un sistema simbólico o de significado que consta de dos categorías complementarias, aunque mutuamente excluyentes, y dentro de ellas se ubica a todos los seres humanos. A cada categoría queda asociada una amplia gama de actividades, actitudes, valores, objetos, símbolos y expectativas. La oposición entre las categorías de género se encuentran posicionadas jerárquicamente de tal manera que los valores masculinos predominan sobre los femeninos.

Salvatore Cucchiari hace un análisis viendo a la sociedad sin género, donde termina concluyendo que "un mundo sin género es después de todo, impensable, y un yo sin género, un absurdo aparente". El género es un elemento ligado a la formación del individuo y necesario para su conocimiento y análisis.

Mientras que Emilce Dio Bleichmar (1985/1989) define al género como el conjunto donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad. Menciona también tres aspectos de la categoría de género: 1) La atribución, asignación o rotulación del género, 2) La identidad de género, que a su vez se subdivide en el núcleo de identidad y la identidad propiamente dicha, y 3) El rol de género.

1) *Atribución (asignación o rotulación del género)*. Al nacer, la/el bebé va a ser asignada/o a una serie de características que determinarán el núcleo de su identidad de género, pues es el primer criterio de identificación que tenga el sujeto. La familia y conocidos de acuerdo a este dato, serán "los emisores de un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la feminidad/masculinidad que

cada uno de ellos sustenta para la crianza adecuada de esa/ese bebé⁸. La atribución de género estará bien definida alrededor de los tres años.

2) *Núcleo de la identidad de género*. Es el esquema ideo-afectivo más primitivo, tanto consciente e inconsciente de la seguridad de pertenecer a un sexo y no al otro. Stoller (1968) (citado por Dio Bleichmar, 1989/1985) menciona que el sentirse mujer o varón, forma lo que es el núcleo de conciencia, (núcleo de identidad) la autopercepción de identidad genérica, un núcleo esencialmente inalterable que debe diferenciarse de la creencia que se relaciona pero es diferente, a la de sentirse femenina o ser viril. Este último aspecto es resultado de un desarrollo más sutil y complicado, que se ve formado hasta que la/el niña/o logra comprender cual es la idea que tienen sus padres de como desean verla/lo expresar su feminidad/masculinidad, es decir cómo debe comportarse para corresponder con la idea que ellos tienen de lo que es una niña o un niño.

Las percepciones sensoriales que obtiene la/el niña/o a través de sus órganos genitales, son la fuente biológica de su futura identidad de género. Al descubrirse que no todas/os poseen las insignias esenciales de su propio género -la particularidad de sus órganos externos-, en ese momento queda sellada su identidad (identidad propiamente dicha). Pero estos órganos genitales por si mismos no pueden producir el sentimiento de pertenencia a un género.

3) *Rol de género*. Es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para la mujer o el varón. La estructura social prescribe las funciones para el hombre o la mujer como propias o "naturales" de sus respectivos géneros. La dicotomía femenino-masculino, establece estereotipos, la mayoría de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. A través del proceso individual cada persona elegirá de manera única que valores desea tomar para sí.

⁸Dio Bleichmar, E. (1989). El feminismo espontaneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. (p. 39). México: Fontamara. Trabajo original publicado en 1985.

Los estereotipos imperantes en la cultura, tienen un arraigo profundo, que se confunde lo aprendido con lo biológico, tomándolos como la expresión biológica del género.

Establecido el núcleo de identidad de género, la/el niña/o organizará su experiencia en la búsqueda de "iguales" como modelos del rol con quien identificarse.

Los roles determinan el como se va a desempeñar cada individuo (ya en el capítulo anterior se ahonda un poco más en ésto). Los roles ya establecidos, determinarán que el hombre se desempeñe en un mundo activo, externo, mientras que la mujer su lugar de acción será el hogar, el mundo interno. Cada uno de estos lugares tendrán cierta valoración dependiendo de la época y la cultura, pero en general se viene manejando la misma idea (una jerarquización del género favoreciendo al masculino). Esta situación provoca desigualdad, una condición de inequidad, lo que conduce a la devaluación, discriminación, marginación y a una injusticia social. Esta inequidad lleva a valorar como positivas las características ubicadas dentro de lo considerado como propio de los hombres y como negativas lo propio de las mujeres (Careaga, 1996). En general las actividades más valoradas son las del espacio público, puesto que forman parte de lo que se ve. Por el contrario, las actividades que se desarrollan en el espacio privado, las actividades femeninas, son las menos valoradas socialmente, pues son las que no se ven y no son objeto de apreciación pública (Amorós, 1994).

Cèlia Amorós (1994) explica que en el espacio público se da el principio de individuación, esto quiere decir que existe un lugar diferencial para los que participan en este espacio tienen la oportunidad de competencia y con ello el acceso al poder. El poder tiene que ser repartido; es un sistema de relaciones definido por individualidades.

Mientras que al espacio privado Amorós lo define como el espacio de las idénticas "porque es un espacio en el cual no hay nada sustantivo que repartir

en cuanto a poder ni en cuanto a prestigio ni en cuanto a reconocimiento, porque son las mujeres las repartidas ya en este espacio⁹. Dentro de este espacio se fomenta la pasividad, el dejar de ser, para ser en otros. Esta situación no permite a la mujer ver sus propias necesidades. Necesidades de ser y realización. De ser, en cuanto a un acercamiento a su cuerpo y a las necesidades de éste. De realización, en cuanto a crecimiento intelectual y a oportunidades económicas. Vinculando estos aspectos con el tema de trabajo de tesis, ¿Cómo se verá afectada la salud de la mujer?

El no darse cuenta de cuáles son las necesidades reales y postergarlas, puede llevar a la mujer a devaluarse y esto incidir sobre su autoestima lo que puede provocar consecuencias negativas en su condición de salud, nutrición, calidad de vida, obtención de satisfacciones, disposición de espacios propios, entre otros.

Hay que tomar en cuenta que la socialización¹⁰ es tan eficiente que la posibilidad de asumir una identidad de género es más rápida que la facultad de identificar la diferencia sexual.

Retomando lo dicho por Dio Bleichmar (1985/1989), en los primeros tres años de vida de la/el bebé, estos van formando su identidad de género a partir de la asignación que ya se hizo de ella o él. Se saben niña o niño sin la necesidad de conocer la diferencia sexual, es decir, la diferencia de genitales, este conocimiento se dará tiempo después (alrededor de los cinco años), pero la idea de pertenecer a un sexo y no al otro, ya estará establecida.

Todos estos elementos aprendidos repercuten de forma trascendente en el autoconcepto relacionado a su vez, directamente con la identidad, con quién soy

⁹Amorós, C. op. cit. (p. 37).

¹⁰Es el proceso a través del cual se enseña a los nacidos con uno u otro sexo lo que en su contexto cultural quiere decir "ser mujer" o "ser hombre". Lo que constituye al género femenino y al género masculino.

Elu, M. (1992). La reproducción desde una perspectiva de género. En M. C. Elu y L. L. Otero, De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

y cuánto valgo. De esta manera la autovaloración no es voluntaria sino que se predefine desde lo social (Careaga, 1996).

La equidad entre los géneros requerirá de una reestructuración, una redefinición, una resignificación de los espacios, que ofrezca realmente la posibilidad de desenvolver, a hombres y mujeres, en cada una de las dimensiones de una manera más abierta, más libre y más promisoria. Esto necesariamente implica, también, una redefinición en la estructuración de los roles y de cómo se enmarca cada quien dentro de un rol específico.

2.4. Aportaciones de la categoría de género

El análisis realizado por estas/os autoras/es (Teresita De Barbieri, Benería y Roldán, Joan W. Scott, Salvatore Cucchiari y Emilce Dio Bleichmar) brinda una perspectiva similar: el género constituye un orden social una reinterpretación de lo biológico. Marta Lamas (1996) menciona cual es el aporte de la categoría de género. Como primer punto es el plantear viejos problemas de una nueva manera, esto quiere decir tomar en cuenta la participación de ambos géneros en la construcción de una identidad, sin caer en determinismos excluyentes. El segundo punto se refiere a sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos, y colocarlo en el terreno simbólico. Esto permite descartar "la naturaleza" de los comportamientos femeninos o masculinos llevando a cabo un análisis que permita el cambio pues la base de la diferencia no es biológica sino ideológica, aunque este proceso quizá sea más difícil de alcanzar. Y como tercer punto, permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia entre los sexos cobra la dimensión de desigualdad.

Dentro del aporte de la categoría de género, se encuentra la redefinición de los roles fuera de un contexto biológico y dentro de un contexto sociocultural. Aquí cabe mencionar que en relación con la conformación de la subjetividad femenina, culturalmente se le ha centrado a partir de lo que es ser madre, esposa y ama de casa (Burin, 199). La teoría de género, permite conocer la formación de estos roles como actividades importantes dentro del ser mujer (designadas social y culturalmente). Estas actividades influirán en diferentes

aspectos de la vida cotidiana de la mujer. Darán importancia a ciertas labores como el cuidado y la entrega y restarán importancia a otras como la salud y el cuidado personal¹¹.

La información anterior da un contexto sociocultural para empezar a hablar sobre las cuestiones de salud en relación al sujeto femenino.

2.5. Subjetividad femenina y su relación con la salud

El sujeto femenino se encuentra rodeado de estereotipos con un gran peso social que repercuten en la formación de su subjetividad. Este deseo externo de cómo deben ser mujeres y hombres, ha dejado una huella a nivel psicológico, que al darse cambios con base en la concientización y a la crítica de los roles preestablecidos, se encuentran influidos, de cualquier manera, por este peso histórico.

Es por ello, que aunque exista mayor oportunidad en el ámbito laboral y escolar, se puede observar que el papel femenino al cual se le da mayor peso social (que se convirtió en tradicional) es el de la esposa y madre. La subjetividad femenina está permeada por estos dos roles. La transformación de lugares sociales y subjetivos, ha cambiado esta asimilación como madre o esposa.

Ana Ma. Fernández (1993), habla sobre la implicación que se está dando con esta redefinición:

- Un tránsito de la *heteronomía a la autonomía económica*, con la consiguiente redefinición y redistribución de las tareas domésticas, los modelos del éxito para hombres y mujeres, la circulación del dinero y las relaciones de poder dentro de la pareja.

¹¹Solo por mencionar algunas.

- Un tránsito de la *heteronomía a la autonomía erótica*, con la siguiente redefinición de los lugares de la pasividad y la actividad, de los objetos y sujetos de deseo y, fundamentalmente, de los regímenes de fidelidad en los pactos conyugales.
- Un tránsito de la *maternidad como eje central de su proyecto de vida, a una maternidad acotada*, con la consiguiente redefinición de la paternidad y sus incidencias domésticas.

La consecuencia de esta redefinición es un gran costo psicológico tanto para el hombre como para la mujer, pues implica hacer profundas transformaciones subjetivas y simbólicas. En lo que a las mujeres respecta, se mencionan aquellas transformaciones que se orientan de un narcisismo de "ser para otros" a un ser para sí mismas, de la pasividad a la actividad en la esfera del erotismo, de un código privado a un código público en su circulación por los espacios sociales. Este costo subjetivo se produce no sólo por la energía elaborativa que implica, sino también porque estas transformaciones y estos tránsitos deben realizarse dentro de grandes resistencias y enfrentamientos cotidianos en sus familias y frecuentes desaprobaciones por parte de sus parejas, de sus hijos, de sus padres y hasta de sí mismas (Fernández, 1993).

Este círculo social crea un gran peso sobre el sujeto femenino, lo que le dificulta el tomar conciencia sobre sus necesidades y de su realización en sí y no en otros.

El ámbito doméstico se relaciona con la dependencia económica, la pasividad erótica y la ignorancia intelectual. Los movimientos feministas ayudaron a visibilizar la discriminación y a desnaturalizar las prácticas del rol femenino.

Esta subjetividad recreada en ser madre o esposa, implica cumplir con ciertas tareas: se espera que sepa mantener la organización doméstica, la eficiencia laboral, el cuidado del marido y de las/los hijas/os y de su propio atractivo físico.

La mistificación de la maternidad, adecua a la mujer a un modelo ideal de madre en el cual no cabe el deseo de cumplir con otras tareas, de poseer y actuar, pues, está presente el anhelo de la madre buena. Mabel Burin (1987) menciona que bajo la convicción social de que, en tanto que producía sujetos, la mujer se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad.

El papel de la esposa conlleva también pasividad y dependencia. Quiere decir que no existe un espacio de propio crecimiento. El crecimiento se da para cubrir expectativas externas, cuando existe un crecimiento interno se ve disminuido por las situaciones que existen fuera.

Madre o esposa, las actividades relacionadas con estas también se observan en el espacio público. Cuando se logra abrir el camino hacia el exterior las actividades a desempeñar caen en el mismo rango -secretarias, médicas, psicólogas, niñeras- de brindar apoyo, nutrición y ayuda. Esto da idea de cuán difícil es lograr un mejoramiento, sin caer en la competencia desleal, esto es, sin caer en el mismo papel (de los hombres) en donde se ha desdeñado a las actividades correspondientes a las mujeres.

La posibilidad de acceder a otras actividades diferentes a los roles tradicionales, implica crecimiento, pero el porcentaje de mujeres que tienen esta oportunidad no es muy grande. La pasividad y la dependencia no permiten a las mujeres lograr avances significativos. En cuanto a la salud, el abandono es mayor, aunque se ha visto que el uso de servicios médicos es en gran parte por la población femenina. ¿Cuáles son las consecuencias de esta pasividad en cuanto a salud mental y salud sexual y reproductiva en la mujer? Estas consecuencias son el desconocimiento de su cuerpo, de sus necesidades, de no ser un "ser para sí", de olvido y abandono.

Para lograr un cambio la mujer debe empezar a construirse como sujeto. "El hombre tiene que dejar de ser el garante de su identidad, el proveedor de su

subsistencia, el ministro de relaciones exteriores, el legitimador de su deseo. En cada uno de estos lugares debe situarse la propia mujer¹².

El empezar a construirse como sujeto implicará tomar en cuenta necesidades de bienestar en donde se involucre a la salud. La salud en todos sus aspectos (mental y física). Debe iniciarse desde la propia mujer, como individuo, para obtener cambios a nivel externo, lo que se relaciona con cambios a nivel social y de mejores oportunidades.

El cambio será lento, pero la medida en que exista una mayor participación y una mayor concientización del cuerpo, de la salud, de la emotividad, del erotismo, las mujeres tendrán el espacio para conocerse y conocer las repercusiones de este saber.

2.6. Conclusiones

Se ha visto que la existencia del movimiento feminista, dio la oportunidad para que se empezaran a dar cambios en la actividad de las mujeres. Al dar origen a la categoría de género se da la posibilidad de analizar desde una perspectiva social y cultural -no sólo biológica- la condición de los roles femeninos y masculinos. Esto permite la toma de conciencia que hace posible el proceso de desnaturalización de aquellas actividades consideradas como propiamente femeninas.

La categoría de género da la posibilidad de que haya una reformulación de los roles, proporcionando un amplio espectro de oportunidades. No sólo es el ser madre y las conductas que "deben" acompañarla, sino también la construcción como individuos, descubriendo necesidades para la edificación de nuevas tareas; ésto incidiría también en la concepción de su cuerpo, dándose así una revaloración de tareas que

¹²Dio Bleichmar, E. (1992). Los pies de la ley en el deseo femenino. En A. M. Fernández, Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. (pp. 146). Argentina: Paidós.

lleven a la prevención y con ésto lograr un estado de salud plena, no sólo físico sino también emocional.

CAPÍTULO III

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El análisis histórico ha permitido reconstruir la imagen de la mujer y el rol que se le ha venido asignando. Los datos más antiguos dan suficiente información sobre la concepción de la mujer. Se ha dicho que era un ser que provocaba miedo por el proceso fisiológico de la menstruación, que las mujeres podían desatar pasiones además de un cuerpo donde se podía engendrar vida. Con estas ideas poco a poco se van relacionando cuestiones biológicas con cuestiones culturales, hasta llegar a un momento donde es difícil discernir el origen de aquellas ideas.

Con el surgimiento de la Teoría de Género se produce un cambio en la percepción del sujeto femenino y se accede a una nueva imagen de los roles -femenino y masculino-. Es difícil la deconstrucción de estos roles, pero la Teoría permite estudiar cómo a través de los siglos se fueron "naturalizando" las tareas asignadas a mujeres y hombres.

Las expectativas sociales han ido demarcando la forma de actuar, ser y sentir de mujeres y hombres. Su influencia se puede observar en diferentes áreas: laboral, económica, educativa y salud. Esta última, es un aspecto importante, pues de la salud depende la satisfacción y bienestar de una persona; el cubrir estos puntos le permitirán acceder -en algunas más fácil que en otras- a las áreas restantes.

3.1 Concepto de Salud

El concepto de salud y enfermedad ha ido cambiando a lo largo de la historia.

Influídos por concepciones religiosas se pensaba que el ser humano era un ser dual, compuesto de alma y cuerpo. Esta concepción condujo que dentro del

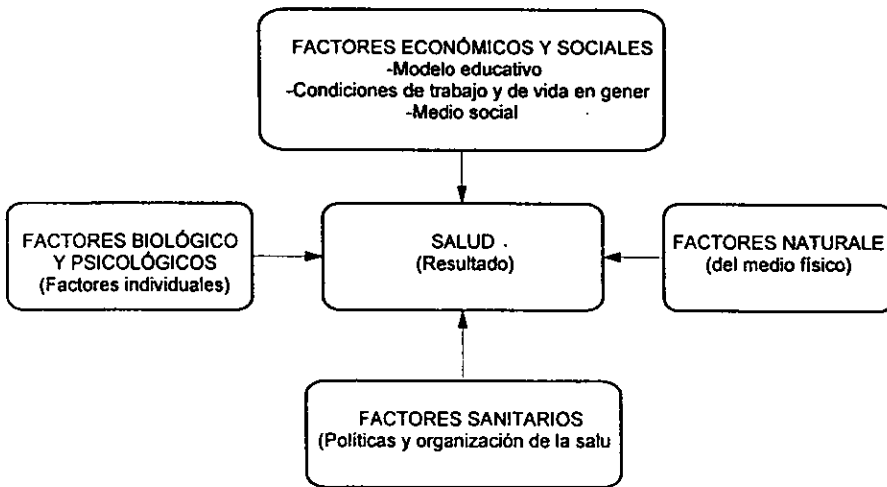
campo de la medicina se entendiera de forma dicotomizada la atención a la salud del ser humano, es decir, la medicina del alma o mente era atendida por psiquiatras -ahora también por psicólogas/os- y la medicina para el cuerpo era atendida por las/los médicas/os (Armas, 1993). Esta dualización fracciona la atención integral que debe tener todo ser humano.

La salud es considerada como un estado de equilibrio en el cual múltiples y diversos factores se estabilizan. La enfermedad aparece cuando el equilibrio es perturbado por la fuerza con que actúan uno o varios factores.

Hablar sobre el concepto de salud no implica mencionar solamente aspectos biológicos, ya que la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹. Lo físico se está refiriendo a lo corporal y lo mental al bienestar emocional. Las definiciones de salud que se refieren a la salud como ausencia de enfermedad, se refieren sólo a los aspectos biológicos, escindiendo la concepción de salud. La salud debiera ser también el acceso a programas preventivos y a la atención médico-psicológica; además de tomarse en cuenta a el apoyo ya sea financiero, de estructuras físicas o de implementación de programas por parte del gobierno. Debe tomarse al ser humano como una unidad, conformada por diferentes aspectos, y que al tomarlo como un todo facilitará el trabajo en salud.

¹Gómez, G. E. (Ed.) (1993). Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541.

Los factores que condicionan el estado de salud se podrían esquematizar de la siguiente forma²:



La salud no debe equipararse con la ausencia de enfermedad, la falta de salud no implica necesariamente enfermedad sino que involucra diferentes factores. La falta de uno no lleva a lo otro. Esta manera de conceptualizar la salud, lleva al personal dedicado a ésta a incidir solo en un punto, esto es, si una persona es anémica, lo que se aplica es darle un complemento alimenticio, pero en realidad no están ayudando a la desaparición del síntoma, su manera de aplicar un modelo de salud es totalmente lineal, lo que lleva a lo planteado anteriormente, la salud no es solo un factor está se relaciona con factores tanto psicológicos, sociales, económicos, institucionales, biológicos e individuales, como se puede observar en el modelo planteado anteriormente.

3.2. La salud integral y su relación con la salud mental, sexual y reproductiva

Para poder obtener un bienestar es necesario cumplir con expectativas que cubran con dicho bienestar. Es decir, si una mujer es apoyada para

²De Armas, A. (1993). Concepto de salud y su evolución. El ser humano. En M. A. G. de Chávez, (comp.). Cuerpo y subietividad femenina. Salud y género. (p.p. 2, 27 y 39) España: Siglo XXI.

continuar con sus estudios, probablemente pueda llenar sus expectativas intelectuales y ello le permitirá acceder a un mejor empleo y lo que a su vez a un mejor servicio de salud, por ejemplo. Esto involucra en primer plano a la salud mental, la cual se encuentra relacionada con la salud sexual y reproductiva. Estos aspectos se encuentran vinculados en el modelo especificado anteriormente.

Es importante recordar que el estereotipamiento de los roles sexuales femeninos afectan a la salud mental. J. Sherman -citada por Burin, (1987)- sostiene que "hay evidencias considerables que indican que no es mentalmente saludable para una mujer ser femenina, al menos en el sentido estereotipado"³. En un estudio realizado sobre salud mental se concluye que las características de la femineidad, incluyendo la dependencia-pasividad, fueron clasificadas como menos maduras, menos saludables y menos competentes socialmente que la descripción estereotipada de la masculinidad. Ya en el primer capítulo se discute sobre los roles sexuales, es importante retomar que las actividades dadas a cada rol dependiendo del sexo -en este caso, femenino- no dan la oportunidad de crecimiento pues la mayoría de las tareas están dadas en el ser para otros.

3.2.1. Concepto de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de la Organización Panamericana de la Salud, define a la salud mental como un estado de bienestar, y no sólo como la ausencia de enfermedad "Los factores sociales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios"⁴.

Esta definición confirma la idea sobre la existencia de factores que siempre se están relacionando. Un cambio en un sistema no afecta solo un factor sino todos aquellos que se encuentran a su alrededor.

³Burin, M. (1987). Introducción: Mujeres y salud mental. En M. Burin, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. (p. 205). Argentina: Grupo Editor Latinoamericano.

⁴ Burin, M. op. cit. (p. 33).

Burin (1987), citando a A. Stolkner, menciona tres modelos de salud mental.

- *Concepción liberal clásica.* Se basa en un modelo médico hegemónico, se da prioridad a lo curativo y no a la prevención, basándose en la acción del médico ante un sujeto pasivo. La atención en salud mental es asilar, manicomial, con terapias biológicas.
- *Concepción desarrollista.* Se conforma por la acción de un equipo multidisciplinario bajo una concepción tecnocrática, dando lugar a una planificación normativa. Con esta concepción se da origen a la psiquiatría dinámica, los servicios de psicopatología en los hospitales y la creación de la carrera de psicología. Se trataba de formar a los expertos o profesionales de la salud mental. La salud está en manos de los expertos.
- *Concepción participativa.* Bajo esta concepción se reconoce la necesidad de una atención primaria integral de la salud, y concibe al sujeto en tanto sujeto social activo. Se basa en la población, con la colaboración de equipos transdisciplinarios. Su ideología incluye una concepción estratégica-político-técnica, centrada en un proyecto de concientización-transformación. La salud está en manos de expertos y usuarios de los servicios de salud, se da una participación más equitativa.

Por ello, el modelo que mejor podría apoyar al bienestar que cita la OMS en su definición sobre salud mental es el tercero pues se estaría abordando una situación antes de que exista una problemática, esto es, desde la prevención, lo que disminuiría en mayor grado cualquier problema relativo a la salud. Además que dada su concepción de salud, implica el reconocimiento tanto de mujeres como de hombres en la capacidad de transformar sus condiciones de vida. Al emplearse a la concepción participativa se tendría la oportunidad de que mujeres y hombre participen activamente junto con los expertos en salud, propiciando un ambiente de igualdad y de escucha, de conocimiento y respeto. Todo esto estaría relacionado con una mejora de la calidad en el trato humano.

3.2.2. Concepto de Salud Sexual y Reproductiva

Para poder definir el concepto de salud sexual y reproductiva es necesario definir antes lo que es sexualidad.

La sexualidad se refiere a las características biológicas, psicológicas y socio-culturales que permiten comprender al mundo y vivirlo a través de la experiencia propia como mujer o como hombre. Estas características influyen en la formación y desarrollo del ser humano, participando de una manera determinante en la estructuración de la personalidad e identidad de mujeres y hombres así como en la forma en que se establecen las relaciones entre éstos. Es una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, de la autoestima y del desarrollo personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

Esta definición implica la existencia de factores económicos, culturales, psicológicos, educativos y sociales entre otros, y su participación en el desarrollo de cada individuo. Idealmente sería importante que la existencia de dichos factores incidieran de una manera positiva, para que así se originen situaciones que permitan un crecimiento armónico entre mujeres y hombres.

El concepto de sexualidad involucra a la salud al mencionar que la sexualidad es una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo. El cuerpo, junto con su complemento el alma, necesitan de la salud para su buen funcionamiento, sin hacer divisiones, para así lograr un bienestar completo del organismo.

Una vez definido el concepto de sexualidad se puede empezar a hablar sobre los conceptos de salud sexual y salud reproductiva.

La definición dada por la OMS para definir la salud sexual, -citado por E. Coleman (1997)- se refiere a "la integración de los aspectos somáticos,

emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de manera que enriquece y fortalece a la personalidad, a la comunicación y al amor⁵. En esta concepción entraría lo relativo a la salud mental.

Para que se pueda alcanzar dicha salud sexual y su promoción, E. Coleman (1997) desarrolló diez puntos:

1. Una educación de la sexualidad integral.

Una educación de la sexualidad integral incluiría a todo el ciclo vital pues un individuo es un ser sexual al nacer y hasta al momento de su muerte.

Una currícula que efectivamente retrase el comienzo de las relaciones sexuales, apoye el uso del condón o de otras formas de anticoncepción o reduzca las conductas sexuales de riesgo, deberá tener las siguientes características: bases teóricas en aprendizaje social o teorías de la influencia social; un énfasis limitado en la reducción de conductas específicas de riesgo; actividades participativas que permitan transmitir la información acerca de los riesgos que trae consigo el sexo no protegido y como evitar dichos riesgos, además de personalizar la información; instrucción acerca de las influencias y presiones sociales; reforzamiento de los valores individuales y de grupo en contra del sexo no protegido adecuado a la edad y a la experiencia, además de actividades que fortalezcan habilidades relevantes y que den confianza en dichas actividades (Kirby, 1992; Kirby et al, 1994).

Las sociedades que promueven la educación de la sexualidad de manera objetiva apoyando actitudes sexuales positivas, experimentan menos problemas tales como las ETS, los embarazos no deseados, las violaciones, el abuso sexual o cualquier otra forma de abuso.

2. Educación para los profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud, requieren de información sobre educación de la sexualidad, básica -personal- y exhaustiva para entender las herramientas

⁵ Coleman, E. (1997, Junio). Promoting Sexual Health: A basic human right. (p. 2). Trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España.

de promoción en salud sexual para prevenir y tratar problemas y desórdenes sexuales.

3. Necesidad de investigación en sexualidad infantil y adolescente.

Es necesario crear investigación donde se vea a la sexualidad como una fuerza positiva en la vida. Existen programas basados en el temor y en la abstinencia provocando que los niños crezcan con grandes miedos a la sexualidad, desórdenes y disfunciones sexuales. La investigación ayudaría a disminuir estos problemas.

4. Vencer la fobia a la homosexualidad, a la bisexualidad y a la transexualidad.

Se debe terminar con la fobia a la homosexualidad, a la bisexualidad y a la transexualidad. Se debe reconocer que en el mundo existen diferentes tipos de personas y que cada una tiene habilidades que contribuyen al bienestar de la sociedad, independientemente de que tengan una orientación homosexual femenina o masculina, bisexual o transexual.

5. Terminar con el sexismo.

Las diferencias en el acceso al poder entre los géneros son la raíz de muchos problemas sexuales, como también lo son las diferencias de poder entre clases sociales, razas y grupos étnicos. Es necesario adoptar valores de respeto, comprensión, honestidad, equidad y responsabilidad.

6. Terminar con la violencia sexual.

Por definición, la salud sexual no incluye la explotación o la coerción. Es necesario investigar como identificar los riesgos de una agresión sexual, desarrollando y evaluando programas de prevención, además de crear más programas efectivos de rehabilitación para las víctimas de alguna agresión.

7. Promover la masturbación.

Actitudes favorables hacia la masturbación han sido correlacionadas con medidas de salud sexual. Es uno de los mejores métodos para aprender acerca

del propio cuerpo y de su funcionamiento, de la respuesta sexual y que tipo de caricias son agradables (Heiman, s/f).

8. Promover el funcionamiento sexual.

Es necesario que las personas aprendan cómo disfrutar de su cuerpo y a satisfacer la expresión sexual. Como parte de la salud sexual, se debe reconocer que los órganos genitales están sujetos a las enfermedades como cualquier parte del cuerpo. Es necesario participar regularmente de exámenes pélvicos, del papanicolao, del examen de los testículos, de chequeos de la próstata, y entre más temprana se haga una detección, más fácil será el tratamiento.

No se debe olvidar promover la comunicación, la resolución de conflictos, las habilidades de cercanía, como una parte de una salud sexual funcional.

9. Crear un mejor acceso a servicios de cuidado de la salud sexual.

Existen pocas clínicas y profesionistas que puedan ayudar a resolver los problemas en salud sexual. Es importante conocer y aprovechar otras posibilidades de ayuda.

10. Reconocer a la salud sexual como un derecho humano básico.

Es necesario reconocer a la salud sexual como un derecho humano básico; quizá el problema recaiga en que muchas personas no tienen acceso a las necesidades básicas de vida. La realidad es que la salud sexual es un tanto utópica. Para el cambio es necesario organizarse y lograr cambios personales para después aplicarlos a la familia o a la comunidad.

Con estos diez puntos se hace un acercamiento a las actividades que deben conformar la promoción en salud sexual. El trabajo que se propone empieza a nivel externo, de instituciones, se trabaja muy poco con el individuo, por ello debe quedar claro que la salud reproductiva se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos (GIRE, s/f).

La salud reproductiva, por lo tanto, implica que las personas son capaces de tener vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad para reproducirse y la libertad para decidir si lo hace, cuándo y con qué frecuencia. Implícito en esta última condición se hallan los derechos de las mujeres y los hombres para estar informados y tener a su alcance métodos de regulación de fecundidad seguros, efectivos, accesibles, así como el derecho de acceder a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un embarazo y parto seguros y además de proporcionar a la pareja la oportunidad de tener una/un niña/o saludable (GIRE, 1994).

Al hablar sobre salud sexual están implícitos los aspectos reproductivos. Cuando se plantean dos conceptos diferentes -salud sexual y salud reproductiva- se escinde a la mujer y al hombre. Generalmente, aunque se traten de dos conceptos diferentes, la función que se le da más importancia es la reproductiva quedando de lado el placer, el autoconcepto, el autoconocimiento, el ser en plenitud. Algunos programas vinculados a la salud sexual y/o reproductiva solo se enfocan en la prevención de ETS, en el embarazo, en la futura madre. No se toman en cuenta a la mujer como individuo, sin ningún tipo de etiquetas, esto no permite la implementación de un programa amplio. Debe recalcarce la importancia del ser humano en su totalidad solo así, se lograrán individuos plenos.

3.3. Origen del concepto de Salud Reproductiva

En los años cincuenta cobra relevancia la investigación sobre salud y derechos reproductivos, desarrollándose con fuerza en la década de los sesenta en vinculación a las políticas de planificación familiar que son promovidas internacionalmente (Gysling, 1994).

En el origen de estos estudios se encuentran presentes diferentes visiones particulares, las más relevantes a tener en cuenta son: los agentes y organismos preocupados por el crecimiento de la población mundial; el movimiento de mujeres, que inicialmente aboga por la capacidad de la mujer de regular su

fertilidad y, en una etapa posterior, demanda en forma más amplia el reconocimiento de los derechos reproductivos. Estados Unidos juega una función preponderante, su interés en disminuir el crecimiento demográfico en los países subdesarrollados lo ha llevado a financiar programas sobre el uso de métodos anticonceptivos en América Latina (Gysling, 1994).

Al inicio de la reflexión entorno a la salud reproductiva se da un énfasis político del tema, pues el interés central es el control demográfico. Relacionadas con el debate sobre el control de la natalidad, se señalan tres fuentes principales que comienzan a ser desarrolladas desde principios de siglo (Gysling, 1994):

- a) El movimiento maltusiano, que coloca en el debate la relación entre sobrepoblación y economía.
- b) El movimiento de mujeres socialistas que promueve el derecho de las mujeres a la regulación de su fertilidad.
- c) El movimiento eugenésico, con una aspiración de control racial.

El enfoque maltusiano cobra fuerza en la segunda guerra mundial, argumentándose la necesidad de control de la natalidad en vinculación con el problema del hambre y la miseria (Gysling, 1994). Este giro significó centrar el problema del control de la natalidad en los países subdesarrollados, con altos niveles de pobreza y altas tasas de natalidad. En esta época se asocia pobreza a inestabilidad política, y al surgimiento de movimientos comunistas.

La importancia recaída en este tópico provoca la creación de foros internacionales que trabajan sobre el tema, destacan los siguientes:

- Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán, realizada en 1968.
- Conferencia de Población de Bucarest, 1974.
- En 1975 se realizó en México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, la cual dio inicio al Decenio de la mujer, y ésta a su vez dio origen a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación sobre la Mujer.

- En 1978 se llevó a cabo la Conferencia de Alma Ata, de la cual emanó la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria. En esta declaración se reconocen las ventajas de un enfoque holístico de los temas de salud reproductiva, que vinculen los temas de salud a la vida de las mujeres.
- Otro evento de relevancia no internacional, pero si nacional es la Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos, llevada a cabo en México en 1993.
- En 1994, en el Cairo, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
- Por último, es importante tomar en cuenta la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se realizó en Pekín en 1995.

Todos estos eventos han dado la oportunidad para que tanto la mujer como el varón tengan acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y salud reproductiva. Desgraciadamente ha tomado mucho tiempo el que estas acciones se empiecen a tomar en cuenta, pues aunque en 1968 se constituye como derecho de las parejas el decidir el número de hijos y su espaciamiento (Figueroa, 1995), es hasta ahora que empieza a darse una difusión fuera del debate político, tomando en cuenta a mujeres y hombres como individuos con participación directa.

Aún, así el enfoque sobre salud reproductiva está dirigido a las mujeres. Ya que, recordando el rol que se ha estado asignando a la mujer, -el ser madre (lo que implica todo el proceso fisiológico y psicosociocultural del embarazo)- ha recaído directamente sobre ésta. Los métodos anticonceptivos desarrollados -en un 90%- declinan sobre el cuerpo femenino. La atención a la salud va dirigida al proceso del embarazo y a la/el bebé recién nacida/o. No hay un interés en la salud integral, solo a un proceso que recae en los roles estereotipados. Es necesario englobar todos los factores que involucran a la salud y a la salud reproductiva enfocada a ambos géneros, responsabilizándolos sobre su conducta sexual y la decisión de tener hijos para lograr ello un desarrollo óptimo tanto de mujeres como de hombres.

Lo anterior queda corroborado por lo señalado en la Declaración para la Conferencia de Población 1994 celebrada en el Cairo, de donde se puede inferir lo siguiente: las políticas de población de muchos países y agencias han estado guiadas más por metas demográficas que por metas vinculadas a la calidad de vida (GIRE, 1994/95).

Es importante retomar que toda esta investigación tiene relevancia positiva pues se empieza a observar la participación de las mujeres en la decisión sobre su cuerpo y su salud, así como también es importante ver la inserción del hombre en la toma de decisiones donde anteriormente el peso recaía principalmente sobre la mujer.

I. Lozano -citada por Gysling (1994)- hace un comentario importante, pues menciona que hasta que no se cambie el enfoque de salud pública sobre la mujer, el dejar de verla como una categoría biológica y en función de otros, podrán cambiarse los medios y formas de atención y conocerse con mayor exactitud los factores de riesgo.

Para ilustrar la importancia de la participación de las mujeres sobre su cuerpo y su salud, se encuentra el Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston⁶. Estas mujeres se reunían para discutir sobre "las mujeres y sus cuerpos"; conforme pasa el tiempo decidieron formar un grupo, pues al compartir sus experiencias tuvieron la oportunidad de conocer cual era la información que manejaban sobre su cuerpo. Esto sucedió en 1971, aún ahora se sigue editando un libro que compila toda aquella experiencia.

Otro grupo de mujeres que también trabajan en la salud, es el de "Salud Integral Para la Mujer", donde se da atención ginecológica y psicológica, acercando a las mujeres al conocimiento de su cuerpo y a la atención de su salud (ellas trabajan en la Cd. de México, D. F.).

⁶ The Boston Women's Health Book Collective (1992). *The New our Bodies, ourselves*. E. E. U: Touchstone.

También hay que tomar en cuenta a aquellas mujeres que participan en la regulación de su fecundidad. Este proceso les permite acercarse a sus cuerpos y aunque solo sea mediante el proceso del embarazo, tienen acceso a su cuerpo y a su cuidado⁷.

Toda esta problemática origina la creación de derechos específicos que avalen la decisión en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

3.4. Derechos Sexuales y Reproductivos

El estatus de una mujer, y con él su capacidad para proteger su propia salud y la de su familia, depende no sólo de su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos; su estatus depende también de su derecho a actuar como adulta independiente (su "capacidad legal"), a participar como ciudadana en su comunidad, a trabajar a cambio de un salario, a poseer y controlar la propiedad, a estar libre de discriminación basada en su sexo, raza o clase (GIRE, s/f).

Los derechos sexuales y reproductivos cubren las necesidades anteriormente planteadas. Se necesita la aplicación y cumplimiento de estos derechos para lograr un cambio.

En la Conferencia sobre Población y Desarrollo de la ONU, que se llevó a cabo en septiembre de 1994, se introdujo el concepto de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos (GIRE, s/f), pero la idea de que las mujeres deben contar con la capacidad de decidir cuándo y cómo tener hijas/os y si quieren hacerlo, se originó alrededor de 1830, en círculos feministas y socialistas en Inglaterra. Se defendía un principio común: para que las mujeres consiguieran un estatus social

⁷ Leñero, O. L. (1992). Mujeres que dijeron sí a la regulación de su fecundidad. En M. C. Elu y L. L. Otero, De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

igual a los hombres, debían ser respetadas como agentes morales, con proyectos y objetivos propios. Por lo tanto, ellas solas deben determinar y decidir los usos -sean sexuales o reproductivos- de sus cuerpos (GIRE, s/f).

3.4.1. Contenido de los Derechos Reproductivos y Sexuales⁸

La preocupación por la integridad de mujeres y hombres ha llevado a diferentes instancias a desarrollar información que avale dicha integridad. Parte de esta integridad se encuentra relacionada con la sexualidad. A continuación se describirá el contenido de los derechos reproductivos y sexuales.

1. *Integridad corporal.* El derecho a la seguridad y control del propio cuerpo. Se afirma que la mujer tiene derechos sobre su cuerpo tomando en cuenta que el cuerpo es una parte integral, cuya salud y bienestar -incluyendo placer sexual- es un fundamento necesario para una participación activa en la vida social. La integridad corporal no es pues un derecho individual sino social, pues sin él las mujeres no pueden actuar como miembros plenos de su comunidad. Sin embargo, aunque sean sociales, los derechos sexuales y reproductivos también son personales.

La integridad del cuerpo incluye el derecho de las mujeres a no ser alienadas de su capacidad sexual y reproductiva ni de la integridad de su persona física. Al mismo tiempo implica también derechos afirmativos para disfrutar plenamente de su cuerpo.

2. *El ser persona.* Se refiere a la capacidad moral y legal que tienen las personas, lo que implica respeto a la autodeterminación. Para las mujeres involucra el respeto a la individualidad y el acceso a métodos anticonceptivos además del derecho al aborto legal y seguro.

⁸GIRE (s/f). Derechos reproductivos y derechos sexuales. Una nueva perspectiva. (Disponible en: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Viena 160, Col. Del Carmen Coyoacán).

3. *Igualdad.* El principio de la igualdad se aplica en dos campos: las relaciones entre mujeres y hombres y las relaciones entre mujeres. La igualdad referida a cuestiones reproductivas implica la promoción de anticonceptivos para el hombre, comprendiendo también sistemas educativos y laborales que incentiven la participación de los hombres en el cuidado y crianza de las/los hijas/os.

El principio de igualdad entre las mujeres, se refiere a que los prestadores de servicios y quienes deciden las políticas de población deben respetar la autoridad que tienen las mujeres para tomar decisiones sin que influyan las diferencias de clase, raciales, étnicas, de edad, estatus marital, orientación sexual, nacionalidad o religión.

4. *Diversidad.* Se refiere al respeto por las diferencias entre mujeres: sus valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar o médica.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), después de una asamblea de miembros celebrada en Manila en 1996, adoptó una Carta sobre derechos sexuales y reproductivos, en dónde se establecieron los siguientes puntos:

1. El derecho a la vida.
2. El derecho a la libertad y la seguridad de la persona.
3. El derecho de igualdad, y de estar libres de todas las formas de discriminación.
4. El derecho a la privacidad.
5. El derecho a la libertad de pensamiento.
6. El derecho a información y educación.
7. El derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia.
8. El derecho a decidir tener hijas e hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos.
9. El derecho a la atención de la salud y la protección de la misma.
10. El derecho a los beneficios del progreso científico.
11. El derecho a la libertad de reunión y a la participación política.

12. El derecho a no ser sometido a torturas y maltrato.

Como resultado del XII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia, España en Junio de 1997 se obtuvo la Declaración de Valencia sobre los derechos sexuales⁹.

1. *Derecho a la libertad*, que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
2. *Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal*. Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo, libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole.
3. *Derecho a la igualdad y la equidad sexual*. Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que pertenece.
4. *Derecho a la salud sexual*. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El sida y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
5. *Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana* que permita toma de decisiones respecto a la propia vida sexual.
6. *Derecho a una educación sexual integral* desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.

⁹ Zozaya, M. (1997, Septiembre 4). Conductas de riesgo, reto para la sexología moderna. La Jornada. p. 5.

7. *Derecho a la libre asociación.* Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.

8. *Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable.* Tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño y la niña tienen derecho a ser deseados y queridos.

9. *Derecho a la vida privada* que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

La sexualidad humana constituye el origen del vínculo más profundo entre los seres humanos y de su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, la familia y la sociedad. Es por tanto su patrimonio más importante y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles.

La salud sexual es un derecho humano básico y fundamental.

Cada uno de estos derechos dan la oportunidad de conocer la información que como mujeres u hombres se debe tener, dicha información debe permitir el crecimiento y desarrollo de la autovaloración. Debe diferenciarse entre tener y ejercer un derecho pues aunque esté escrito en una carta no existe si no se conoce y aplica.

En México, con el cambio en el artículo cuarto constitucional se constituye la aparición de los derechos reproductivos, aunque no se les haya nombrado de tal forma (Figueroa, 1995).

El artículo cuarto constitucional dice: "...El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. ...Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre

el número y el espaciamiento de sus hijas/os. ... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."¹⁰

El cambio en el artículo cuarto constitucional -hecho en 1974- brinda un espacio legal, pero su aplicación es difícil de realizar. Es necesario que cada mujer y cada hombre conozcan su contenido y lo hagan válido, pues de nada sirve que esté escrito si no se lleva a cabo su ejecución.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos implica, que idealmente, tanto mujeres como hombres, tengan acceso a la educación, empleo, vivienda, alimentación y servicios de salud. La información que se tenga sobre dichos derechos ayudará a las mujeres y a los hombres a formarse una conciencia crítica y una conducta de acción que les brinde la oportunidad de cambio.

Al defenderse la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos, debe reconocerse que tales derechos a menudo tienen significados diferentes, o diferentes prioridades, en contextos sociales y culturales diferentes. Pero su aplicación no debe condicionarse por ningún factor. Por ello se dio como un apartado la aplicación de la ética en los derechos reproductivos y sexuales.

3.5. Aplicación de la ética a los derechos sexuales y reproductivos

Dentro de la filosofía moral en Occidente existen tres principios éticos básicos (Macklin, 1996), que pueden ser utilizados para un análisis ético de la reproducción humana. El primer principio es el de la libertad individual, en donde se menciona que los individuos tienen el derecho a la libertad de decisión y acción en la medida en que sus acciones no interfieran con los derechos de los otros. El segundo principio es el principio utilitarista, el cual se refiere a las acciones políticas moralmente correctas que generan un mayor beneficio o bienestar para el mayor número posible de personas. Por último, el tercer

¹⁰Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1993). (pp. 9-10). México: Porrúa.

principio es el de justicia, que se refiere a que todas las personas dentro de una sociedad dada merecen acceso equitativo a los bienes y servicios que satisfagan las necesidades humanas básicas.

Esto da la oportunidad de hablar sobre los derechos naturales y sociales. Los derechos naturales son los derechos de las personas a no ser coaccionadas u obstaculizadas, mientras que los derechos sociales se refieren a la obligación del gobierno de proveer bienes sociales básicos y un estándar mínimo de calidad de vida para sus ciudadanas/os.

Idealmente el cumplimiento de este tipo de derechos, daría la oportunidad de que mujeres y hombres, lleven a cabo acciones que involucren a la libertad, al bienestar, a la equidad y a la calidad de vida.

El acceso de las mujeres -hombres también- a decidir sobre su propio cuerpo, a su capacidad de reproducción, de regular su fertilidad y de gozar de las relaciones sexuales (Isaacs, Macklin y Cook, 1996), es un derecho que debe cubrir con ciertas condiciones:

- a) Garantizar un trato igualitario a todas las personas de una sociedad en relación con decisiones reproductivas, prescindiendo de distinciones tales como sexo, raza, clase, riqueza, religión, estatus marital, orientación sexual o edad.
- b) La información relacionada con la salud reproductiva y la disponibilidad de servicios debe influir libremente y ser ampliamente difundida, y debe proveerse una adecuada educación general a todos los miembros de la sociedad.
- c) Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, deben ser protegidos eficazmente.

Debe tomarse en cuenta que para que las acciones y las prácticas sean éticas, las personas deben ser tratadas con respeto sobre todo a su autonomía. El respeto será la base donde se cimienten los derechos reproductivos.

Ya se ha hablado sobre la salud, los derechos que están relacionados a ella y de la ética que debe estar involucrada. Como individuos -mujeres u hombres- es necesario preguntarse ¿Cuáles son las consecuencias de la falta de salud reproductiva y sexual?

3.6. Salud reproductiva y sexual y feminidad

La salud de cada persona depende de varios factores. Dichos factores involucrarían a la familia, el nivel socioeconómico, la política, el subsidio que de el gobierno y la persona en sí. Tomando una situación hipotética donde todos estos factores se relacionen en pro de la salud, en cuanto un sujeto femenino conozca sus necesidades, idealmente, sabrá que pasos seguir para poder cubrirlos. Pero dada la construcción cultural que se ha hecho de lo que debe ser una mujer y un hombre, esta conducta de acción se vera inhibida.

Ana Ma. Fernández (1993) menciona que las categorías femeninas y masculinas se estructuran bajo una lógica atributiva, binaria y jerárquica.

- Atributiva. Porque atribuye a los predicados del sexo masculino la propiedad del modelo humano (Humano=hombre). El otro género, por lo tanto, se construye en términos de negatividad.
- Binaria. Porque alterna sólo dos valores de verdad, siendo necesariamente uno verdadero y el otro falso (no es A y B, sino A y no-A).
- Jerárquica. Porque transforma uno de los dos términos en inferior, complemento o suplemento.

Esta lógica permite ver -junto con el análisis hecho en el capítulo II- como a nivel social y cultural se da la construcción de la mujer y el hombre. Esta visión de la mujer, da por hecho que debe ser pasiva, interesada en el bienestar de los otros, con menor acceso al poder, entre otras muchas cosas.

El privilegio otorgado a la maternidad y a todas las acciones que esta conlleva, como también la importancia dada a las tareas del ama de casa y

esposa, conjuntan una serie de tareas que confirman las ya creadas socialmente. Es fácil observar que la pasividad, el ser para los otros, la dependencia, son un modelo perfecto para el olvido de una/uno misma/o. En cuanto a la salud ¿Cuál es la repercusión? Un olvido de las necesidades de el cuerpo -emocionales y fisiológicas-. De esta manera queda construida la subjetividad femenina, con un gran peso en la maternidad.

Desde el nacimiento, las expectativas de los padres, hermanas, hermanos, demás familiares y de la sociedad en general, van guiando la construcción social de esa/ese bebé.

Ciertas conductas estarán dirigidas a mujeres y otras a los hombres. Las mujeres aprenderán desde muy pequeñas cual es su lugar en la familia. Aprenderán comportamientos ligados a la maternidad (Velázquez, 1987), a sus roles de esposas y amas de casa. Y con base en éstos, eligiran actividades que estén relacionadas con la formación del sujeto femenino. Se eligiran profesiones donde se traslape el ser para otros, la dependencia, labores de servicio y de apoyo, lo que se convertirá en un círculo vicioso pues aunque se logre salir del ámbito privado, las tareas que se lleguen a realizar en lo público tendrán las mismas características que en lo privado.

La expropiación del cuerpo de la mujer por aspectos culturales y sociales repercutirán en la forma en que las mujeres van a ser tratadas al solicitar o prestárseles un servicio. S. Velázquez (1987) se refiere "a la valoración individual y social que cobra 'portarse bien en el parto', 'parir bien', 'una buena lactancia', 'ser buena madre', lo cual no deja espacio para la ambivalencia, las dudas y el aprendizaje, que sólo pueden resolverse si son reconocidos como tales"¹¹. Que pasa entonces, queda un vacío, un momento sin resolver, ¿Cómo puede entonces lograr una mujer el crecimiento, si en la actividad que tiene mayor importancia social -la maternidad-, no se le permite actuar y decidir?

¹¹Velázquez, S. (1987). Hacia una maternidad participativa. En M. Burin, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. (p. 328). Argentina : Grupo Editor Latinoamericano

"Las/los profesionales debemos estar alertas, puesto que nuestra práctica es el lugar desde el cual lo ideológico se refuerza y se transmite"¹². El papel de las/los profesionales será entonces, ayudar a reencontrarse a mujeres y hombres con su cuerpo, con su erotismo, con su conocimiento, con sus propias vivencias con esto se brindarán herramientas para el crecimiento.

La mujer tiene que buscar la conformación de nuevos deseos más allá del deseo maternal. M. Burin (1987) menciona la existencia de deseos contruïdos a través de las pulsiones:

**Deseo de saber.* Se instala en las/los niñas/os a partir del final de la fase anal del desarrollo de la libido, con las preguntas acerca de las diferencias entre los sexos. En las mujeres, según la teoría analítica, este saber se ve relacionado con la presencia de un pene. La mujer construye su deseo de saber a través del hijo. La mujer necesita generar otros deseos de saber no ligados estrictamente a su "naturaleza femenina".

**Deseo de poder.* Es originado a través de la pulsión de dominio, cubriendo como requisitos la necesidad de asir y desasir -maduración intrapsíquica-, además de la constitución del deseo hostil. La combinación del deseo hostil y de la pulsión de dominio da como resultado la representación en el aparato psíquico del deseo de poder. Es el conocimiento de las propias capacidades y la catectización de nuevos objetos libidinales, lo que contribuye a la configuración del deseo de poder y a la realización de la pulsión de dominio. (Castro, 1987).

**Deseo hostil.* Es definido como un deseo que ha vivido un destino de represión en la temprana infancia, que provoca nuevas cargas libidinales, reinviste representaciones y promueve nuevas búsquedas de objetos libidinales al aparato psíquico; se sostiene que una labor deconstructiva y reconstructiva para promover la salud mental de las mujeres consiste en resignificar experiencias deseantes anteriores a la represión ejercida sobre ellas (deseo hostil, deseo de saber y deseo de poder).

¹²Velázquez, S. op cit. (p. 328).

Deseos que podrían desarrollarse para la creación de otros deseos diferentes al materno, E. Giberti -citada por Burin- afirma que es necesario "promover pensamientos acerca del deseo, la pulsión, el placer, el goce generados por una mujer, desde el lugar del conocimiento y no desde el lugar de objeto de deseo (corporal) o paridora de la especie"¹³. Esto implica que la mujer se construya como sujeto de deseo, dejando el lugar que aprendió como objeto de deseo.

¿Cuáles consecuencias existen de aprehender y aprender el rol establecido socialmente para la mujer?

Una consecuencia es la construcción de su subjetividad en función de la maternidad, negándose cualquier otra posibilidad (como líder, pareja, trabajadora, etc.) de crearse a sí misma. Vinculado al tema de tesis se encuentra el descuido en la salud; está se encuentra orientada sólo al proceso reproductivo, limitando la visión del individuo como un todo, más allá de procesos fisiológicos.

El erigirse como sujetos donde la diferencia sexual no sea un determinante para acceder a servicios de salud, educativos o laborales, sino que exista un proceso más igualitario.

E. Erikson aporta una idea importante "la principal condición de ser en dos es que cada uno llegue a ser antes uno mismo"¹⁴. Para que la mujer pueda aportar en cualquier área necesita antes ser ella misma, cuestionar y cambiar aquellas situaciones que no le permitan ser.

En la terapia de mujeres (Castro, 1987 -citada por Burin, 1987-), se da un espacio para la construcción de la mujer desde ella misma -permitirse ser-. Se brinda un lugar donde se puede adquirir conciencia del rol que se ha estado desempeñando, permitiendo reconocer e incluir los determinantes

¹³Burin, M. op. cit. (p. 180).

¹⁴Caballero, P. (1993). Salud de la mujer: Procesos psíquicos en el devenir madre. En M. A. González de Chávez (comp.), Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género. (p. 221). España: Siglo XXI.

socioculturales que forman parte de su historia individual. De la misma manera, se descubre que muchos de los conflictos y malestares vinculados a aspectos esenciales de la vida, como lo es la sexualidad, la maternidad y el trabajo, no son inherentes a una *naturaleza femenina*, sino que, por el contrario, en gran medida están socialmente condicionados, y por lo tanto, son modificables, tanto desde su vertiente individual como social.

3.6.1. Causas de morbilidad materna

El desconocimiento del cuerpo, el exceso de importancia puesto sobre la maternidad -que lleva sólo a la atención médica en este período-, la pasividad en la búsqueda de ayuda o de información; tiene consecuencias negativas en la salud mental y reproductiva y sexual de la mujer.

La salud sexual y reproductiva se encuentra determinada por niveles de desarrollo económico y social, estilos de vida, posición de la mujer en la sociedad, y de la calidad y disponibilidad en servicios de salud.

Langer, A., Hernández, B. y Lozano, R., (1994), hacen una representación en forma de una pirámide de la población femenina en edad reproductiva. En el primer nivel ubican al estrato más numeroso de mujeres, que correspondería al de las mujeres que tienen embarazos, partos y puerperios normales. En el segundo nivel ubican a las mujeres (un número importante) con morbilidad leve la cual no queda registrada a nivel institucional. En el tercer nivel se encuentran las mujeres con problemas serios, que ponen en riesgo su salud o la de sus hijos; solo una parte de estas mujeres acuden a un hospital y su problema queda registrado como diagnóstico. Por último queda el cuarto nivel que corresponde al de las mujeres que mueren a consecuencia del proceso reproductivo. Una alta proporción de estas defunciones, sin embargo, no quedarán asentadas como causas del embarazo, parto o puerperio.

Tomando en cuenta el sub-registro de la morbilidad materna, es difícil conocer datos exactos sobre esta problemática. Estos sub-registros y los

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

tres últimos niveles, pueden proporcionar un panorama general de la salud de la mujer.

Estos autores mencionan que los problemas derivados del género determinan, para amplios sectores de la población, un riesgo mayor de enfermedad y muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio. Como se ha estado mencionando, la adquisición de roles a nivel familiar, escolar e individual, moldean a cada persona y la influencia de éstos, se verá reflejada -en este caso- en cuestiones de salud.

En la República Mexicana (Lozano, Hernández y Langer, 1994) las causas de muerte materna -en la década de 1979-1990- fueron las siguientes: (se presentan en orden jerárquico de mortandad)

- o Problemas de parto. Está catalogada como la principal causa de muerte materna. Se observa más en municipios con alta marginación. Son más frecuentes en mujeres mayores de 20 años y con baja escolaridad.
- o Toxemia. Se presenta en mujeres que habitan municipios de baja marginación y localidades urbanas. La mayoría de estas mujeres son jóvenes, de escolaridad elevada para el promedio nacional.
- o Hemorragias. Las mujeres que forman parte de esta causa de muerte, habitan en municipios de muy alta marginación, en localidades rurales. Probablemente sucedan en mujeres mayores de 20 años y de baja escolaridad.
- o Aborto. Representa una proporción baja de la mortalidad, una de cada 12 muertes maternas que se presentaron en la década de los ochentas fueron por esta causa. Las mujeres con esta problemática se asocian con mayor frecuencia a las localidades urbanas de baja marginación, de edades intermedias y con escolaridad superior a la primaria.
- o Infecciones. Es una de las causas de muerte materna con menor incidencia. Existe una mayor probabilidad de que las mujeres que fallecen por esta causa habiten en municipios de alta marginación, en localidades rurales, sean menores de 20 años y que tengan baja escolaridad.

En general se puede observar la presencia de la baja escolaridad y la marginación (ver anexo, gráfica 2 y 5) en la población femenina con estos problemas.

Esto se encuentra estrechamente relacionado con el rol de la mujer y su nivel socioeconómico; el porcentaje mayor de la población analfabeta son las mujeres, esto se relaciona con una menor probabilidad de acceso a empleos y a su vez con una menor economía, formándose un círculo vicioso donde la mujer no tiene un papel protagónico activo, que la lleve a incidir sobre su salud.

A nivel mundial se observa que la principal causa de enfermedad en la mujer es por cuestiones relacionadas con la maternidad (ver anexo, gráfica 5). Aunque exista un gran peso social en esta área, no existe equivalencia en la atención a la salud.

La mayoría de las causas de muerte en la mujer se encuentran relacionadas con la maternidad -complicaciones agudas, problemas crónicos, enfermedades asociadas- (Langer, Hernández y Lozano, 1994); otras causas son el aborto, cáncer y ETS.

Bajo la clasificación hecha en el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, México forma parte del segundo grupo, esta clasificación es sobre la base de indicadores socioeconómicos y de salud. El grupo 1 agrupa a los países donde la situación es más crítica y el grupo 4 donde el problema es menor (Gutiérrez, 1994). La posición de México está más cercana a una situación crítica. Evidentemente el trabajo en esta área va más allá de la educación, se necesitan cambios a nivel político, económico y social, una manera de enfrentar el problema es por medio de cada individuo. Sería con el objetivo de brindar herramientas de reflexión y de acción. En el siguiente capítulo se explicitará la importancia de ubicar a la educación de la sexualidad en el desarrollo humano -en este caso del femenino-, para el desarrollo de

roles en un nivel equitativo, promoviendo el crecimiento, la acción y la crítica.

3.7 Conclusiones

Ma. del Carmen Elu (1992) brinda una reflexión importante: "Si la mujer es considerada como un sujeto pasivo, mero instrumento de intereses sociales a quien no se le reconoce el poder de decidir, de reproducción, con sus actividades domésticas concomitantes, se convierte en un determinismo social excluyente del desarrollo de otras potencialidades"¹⁵. El diferenciar tareas propiciando la equidad y el cuestionamiento de éstas, las cuales han sido designadas socialmente, disfrazadas dentro de lo "natural", proporcionará un espacio de crecimiento y de conocimiento.

El que cada mujer -y cada hombre- conozca los factores que disminuyen la salud y cuáles son los servicios con los que cuenta le brindarán la oportunidad de cambiar sus patrones de salud.

Hay que tomar en cuenta que la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de ETS, ésto obliga a replantear la filosofía subyacente en los programas de educación sexual, -orientados prioritariamente a los procesos fisiológicos y de reproducción-, para que incluyan aspectos de relación, placer, poder, erotismo, etc. (Careaga, 1996).

En cuanto a la salud reproductiva debe formarse una experiencia positiva sobre la expresión sexual y la reproducción, donde también se vea involucrada la salud mental al propiciar el desarrollo de la salud y la autoestima, logrados a través de un género valorado; la liberación respecto al abuso y el acoso sexual y físico; la obtención de servicios de calidad para la atención a la salud

¹⁵Elu, M. C. (1992). La reproducción desde una perspectiva de género. (p. 9). En M. C. Elu y L. L. Otero, De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

reproductiva; la obtención de información y consejería precisas sobre la sexualidad; el disfrute de condiciones sociales y legales de igualdad, sin importar el género; el desarrollo de relaciones de apoyo con el mismo sexo y el opuesto; el sentirse libre y responsable en la elección de la pareja sexual y en las prácticas de este tipo; el tener un acceso igual a oportunidades de educación y económicas; y recibir el apoyo económico y social para la crianza de las/los hijas/os (Tolbert, Townsed y Langer, 1991).

El trabajo por realizarse es bastante, es necesario aplicar programas educativos en todos los niveles del desarrollo humano, para lograr cambios significativos. También son necesarios cambios a nivel político y económico, cambios que llevarán tiempo, quizá a nivel educativo sea menos difícil incidir, pero se puede empezar con cambios a nivel individual para poderlo extrapolar a la familia, a la comunidad y por último a la sociedad. No necesariamente tiene que ser un proceso lineal, pero sí es importante recalcar que el cambio puede empezar por cada una/o.

En el siguiente capítulo se verá a nivel de educación de la sexualidad que se puede hacer a lo largo del desarrollo humano para disminuir la inequidad y aumentar el campo de acción y de conocimiento.

| Cuadro 1 | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------------|-------------|
| PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DISTRIBUCIÓN DE USUARIAS ACTIVAS, SEGUN MÉTODO USADO, 1976-1995 | | | | | | | | |
| | 1976 | 1979 | 1982 | 1987 | 1992 | 1995 | 1995 RURAL | 1995 URBANA |
| Uso entre mujeres unidas | | | | | | | | |
| Métodos modernos | 23.1 | 32.0 | 41.5 | 44.8 | 55.0 | 57.4 | 44.0 | 59.4 |
| Cualquier método | 30.2 | 37.8 | 47.7 | 52.7 | 63.1 | 66.5 | 52.7 | 71.3 |
| Distribución de usuarias activas entre total de mujeres en edad fértil | | | | | | | | |
| Pastillas | 35.9 | 33.0 | 29.7 | 18.2 | 15.3 | 12.7 | 11.2 | 13.1 |
| DIU | 18.7 | 16.1 | 13.8 | 19.4 | 17.7 | 21.9 | 24.2 | 21.4 |
| Oclusión tubaria bilateral | 8.9 | 23.5 | 28.1 | 36.2 | 43.3 | 41.3 | 37.7 | 42.3 |
| Vasectomía | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 1.5 | 1.4 | 0.9 | 0.2 | 1.1 |
| Inyecciones | 5.6 | 6.7 | 10.6 | 5.3 | 5.1 | 4.6 | 5.8 | 4.4 |
| Preservativos y espermicidas | 7.0 | 5.0 | 4.1 | 4.7 | 5.0 | 5.1 | 4.7 | 5.2 |
| Métodos tradicionales | 23.3 | 15.1 | 13.0 | 14.7 | 12.2 | 13.4 | 16.2 | 12.5 |

Información tomada de Gómez de León, C. J. (1996). Fecundidad y anticoncepción. DEMOS. Carta demográfica sobre México. 9 8-10.

| Cuadro 2 | | | | | |
|---|-------|------|------|------------|-------------|
| PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN PARIDAD Y ESCOLARIDAD, 1987, 1992, Y 1995 | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | 1987 | 1992 | 1995 | 1995 RURAL | 1995 URBANA |
| 0 HNV* | 15.3 | 20.7 | 17.5 | 5.0 | 21.6 |
| 1 HNV | 50.5 | 56.6 | 59.2 | 52.8 | 61.0 |
| 2 HNV | 60.0 | 71.0 | 77.3 | 62.3 | 81.0 |
| 3 HNV | 67.05 | 75.0 | 72.0 | 61.8 | 74.7 |
| 4 HNV y más HNV | 51.3 | 62.6 | 70.2 | 53.0 | 79.3 |
| Sin escolaridad | 23.7 | 38.2 | 48.4 | 37.2 | 60.0 |
| Primaria incompleta | 44.8 | 56.4 | 58.2 | 47.9 | 65.0 |
| Primaria completa | 62.0 | 66.7 | 67.7 | 53.7 | 72.6 |
| Secundaria y más | 69.9 | 73.6 | 73.5 | 69.8 | 74.0 |

Ibidem.

*HNV=hijos nacidos vivos

| Cuadro 3 Conocimiento sobre sexualidad | | | | | | |
|---|---------|----------|------------|---------|----------|------------|
| | Hombres | | | Mujeres | | |
| | No sabe | Correcto | Incorrecto | No sabe | Correcto | Incorrecto |
| Estructura del aparato sexual | 16.7 | 57.6 | 25.7 | 18.9 | 53.4 | 27.7 |
| Eyaculación | 20.1 | 34.0 | 45.9 | 21.9 | 37.8 | 40.3 |
| Función de la vagina | 12.0 | 45.7 | 42.3 | 7.8 | 52.7 | 39.5 |
| Sensibilidad sexual femenina | 16.2 | 32.3 | 51.5 | 12.3 | 35.8 | 51.9 |
| Fecundación | 20.1 | 36.0 | 43.9 | 19.7 | 35.9 | 44.4 |
| ETS | 11.4 | 40.3 | 48.3 | 11.3 | 41.5 | 47.2 |
| Transmisión de ETS | 12.6 | 50.0 | 37.4 | 10.0 | 53.6 | 35.4 |
| Embarazo | 24.6 | 23.8 | 51.6 | 25.1 | 22.1 | 52.8 |
| Transmisión del SIDA | 1.7 | 30.8 | 67.5 | 4.0 | 51.5 | 44.5 |
| Masturbación | 6.6 | 10.4 | 83.0 | 12.0 | 22.5 | 65.5 |
| Homosexualidad | 3.8 | 29.2 | 67.0 | 7.9 | 38.9 | 53.2 |

Información tomada de Pizzona, C. (1996). El programa gente joven. DEMOS.
Carta demográfica sobre México. 9 38-40.

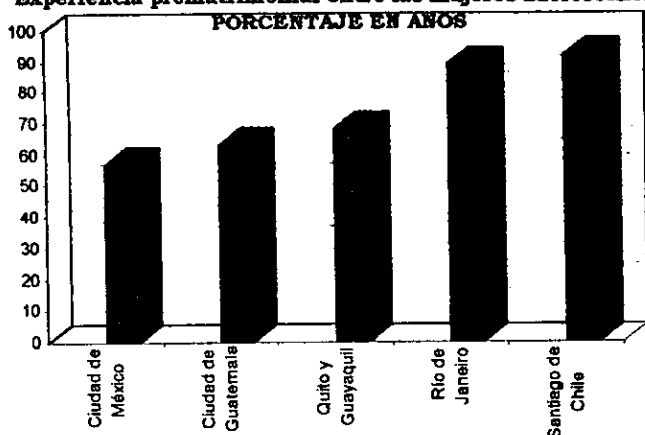
*Grupo de 13 a 16 años de edad

| Cuadro 4 Conocimiento sobre métodos anticonceptivos* | | | | | |
|---|---------|--------|----------|-----|------|
| | No sabe | Condón | Pildoras | DIU | Otro |
| Varones | 40.7 | 49.3 | 9.0 | 0.2 | 0.8 |
| Mujeres | 46.1 | 33.9 | 16.9 | 1.5 | 1.6 |

Ibidem

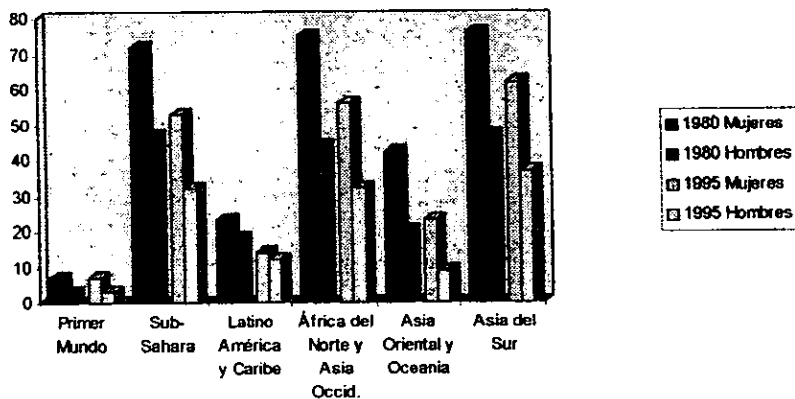
*Grupo de 13 a 16 años de edad

Gráfica 1
Experiencia prematrimonial entre las mujeres adolescentes
PORCENTAJE EN AÑOS



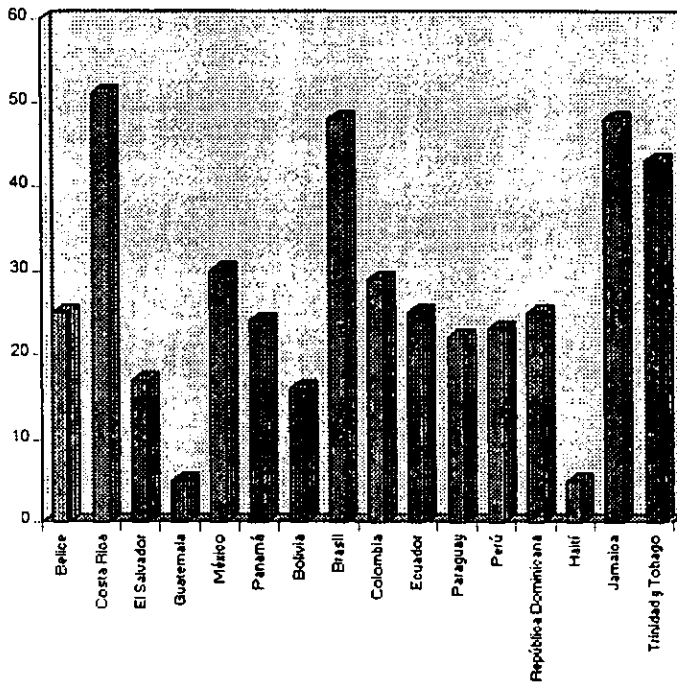
Tomado de La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias (s/f). p. 10

Gráfica 2
% Mujeres y % Hombres analfabetas de 15 años o más, 1980 y 1995



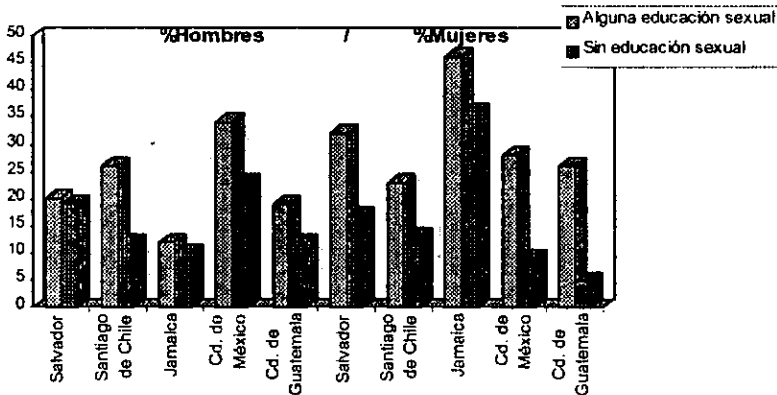
Tomada de The World's Women 1995. Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators Series K 12. New York: United Nations. (p. 90).

Gráfica 3
Empleo de la planificación familiar en mujeres adolescentes casadas
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-19 AÑOS



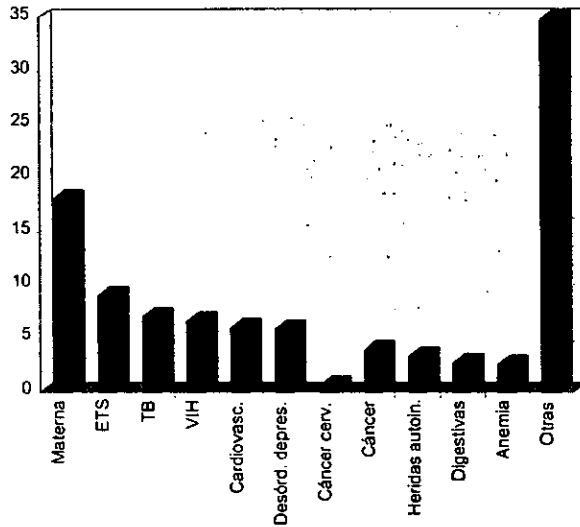
Tomado de La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias (s/f). p. 10

Gráfica 4
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual prematrimonial
con educación y sin ella, 15-24 años



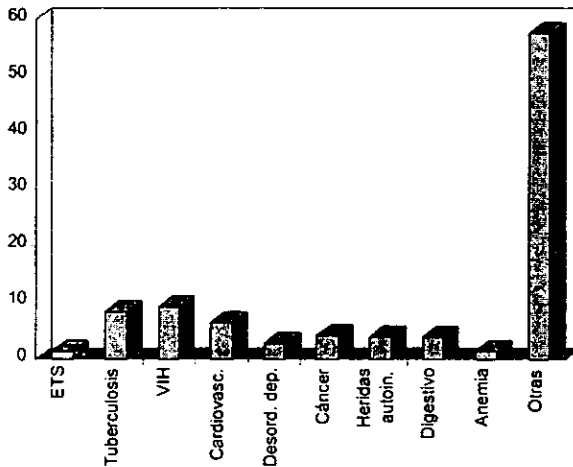
Ibidem.

Gráfica 5
Distribución de enfermedades en la población femenina
Edad de 15 a 44 años



Tomada de Reproductive Health and Family Plannig. The state of world population. p. 43. United Nations Population Fund: 1995. Los datos son a nivel mundial

Gráfica 6
Distribución de enfermedades en la población masculina
Edad de 15 a 44 años



Ibidem.

CAPÍTULO IV

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Los problemas encontrados en el área de la salud sexual y reproductiva van de la mano con la designación de los roles femenino y masculino. Las tareas asignadas tienen una larga historia, es por ello que se encuentran dificultades para discernir su origen. Con la teoría de género estas dificultades disminuyen, pero no desaparecen. Se necesita reaprender para con ello lograr un mayor conocimiento de lo que es ser mujer u hombre.

Con la educación de la sexualidad se pretende lograr este objetivo para con ello alcanzar un mayor conocimiento de lo que es ser sujeto femenino o masculino. Así como crear herramientas que permitan el crecimiento y el desarrollo de habilidades.

4.1. Definición de educación

Según Werner y Bower (1984), existen tres tipos de educación: la convencional, la progresista y la liberadora.

En la educación convencional, la función es conformarse y mantener estable el orden social. Se le enseña a la gente a aceptar sin hacer cambios. La actitud que se espera es de pasividad.

En la educación progresista la función es cambiar a la gente para servir a las necesidades de la sociedad. Se logran algunos cambios sin haber conformidad en la mayoría. No existe un cambio verdadero.

En la educación liberadora la función es reformar. Existe el trabajo para lograr cambios junto con la participación de la gente. La principal manera de aprender es por medios activos, pues se aprende haciendo y discutiendo.

Idealmente el método que debería emplearse como modelo educativo es el tercero, pues en él se permite transformar y crear. Se brindan las herramientas para lograr cambios que inicien desde y para los individuos.

En la educación de la sexualidad debe existir un proceso que permita transformar los roles asignados, cuestionar las instancias sociales y demandar cambios en beneficio de mujeres y hombres.

4.2. Definición de educación de la sexualidad

La educación de la sexualidad es un proceso que debe ser aplicado durante toda la vida. Debe brindar información y formar actitudes, creencias y valores acerca de la identidad personal, de las relaciones sociales y de la intimidad. Debe abarcar el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, los afectos, la intimidad, la imagen corporal y los roles de género. La educación de la sexualidad debe enfatizar las dimensiones biológica, sociocultural, psicológica y espiritual de la sexualidad (SIECUS, 1993).

Una educación de la sexualidad que posibilite el crecimiento de la sexualidad, sustituyendo la educación deformante por otra formativa, que fomente la libertad y la responsabilidad (CRESALC, 1978).

Debe evitarse proporcionar la educación de la sexualidad de una manera normativa y moralizadora, procurando no encaminarla en forma impositiva; respetando los valores morales y religiosos de una comunidad, además de discutir las opciones que las y los miembros de una comunidad puedan elegir (Barroso, s/f).

Las características dadas anteriormente sobre la educación de la sexualidad, parten de un modelo formal. También existe la educación de la sexualidad que no está basada en un currículum o en la intención de formar o informar (Camargo y Sánchez, 1994). Este tipo de educación se da en la familia en donde a través de prácticas de crianza se repiten los modelos de educación recibidos por los padres. En la escuela también se observa esta situación, por

medio del curriculum y planes de enseñanza, así como por las actitudes y prácticas de las/los maestras/os con relación a ellas/ellos mismas/os y a su relación con las o los otros. En la sociedad en general, a través de mensajes que se transmiten por los medios masivos de comunicación.

Es difícil abarcar todas estas áreas para una reeducación, pero no imposible. Trabajar conjuntamente con los padres y/o con las/los profesoras/es ayudará a disminuir los mitos y a cambiar valores. Si se empieza a trabajar con un pequeño grupo, tomando en cuenta que éste entra en contacto a su vez con otros grupos, se estaría trabajando indirectamente con éstos, creando lo que se ha denominado “efecto dominó”.

4.2.1. Características de la educación de la sexualidad¹

Al proporcionarse un educación de la sexualidad, se está trabajando con la áreas que la conforman, lográndose un trabajo completo en pro del crecimiento de cada individuo. Existen varios enfoques desde donde se trabaja con la educación de la sexualidad, los cuales se enunciarán a continuación:

- Como una *educación integral*. Ya que la sexualidad es parte integral y constitutiva del ser humano y, en consecuencia, conformada por aquellos aspectos que definirían la integridad del ser humano: lo biológico, lo social, lo psicológico, lo cultural y en algunas ocasiones lo religioso, lo jurídico, lo ecológico, lo ético y lo moral.
- Como una *educación humanizante*. Anteponiendo la condición humana del individuo a su situación biológica entendiéndose por condición humana la atención a los aspectos psicológicos y religiosos -sobretudo- de la formación. La educación sexual se asume como reto para erradicar las falsas imágenes que se tienden a crear alrededor de la sexualidad y del ser mujer u hombre.

¹ Camargo, A. M. y Sánchez, M. M. (1994). La escritura de la educación sexual. Un ejercicio de lectura. (pp. 20-21). Colombia: Retina.

- Como una *educación para la realización personal*, para promover el desarrollo humano y social del individuo. Con esta idea aparece la educación sexual como un proceso que dura toda la vida pues el individuo es inacabado y requiere aprendizaje constante durante todas las etapas de su vida.
- Como una *educación liberadora*. Donde se brinde formación además de información para liberar de ataduras y opresiones.
- Como una *reeducción*. Ya que hasta el momento se ha impartido una educación cargada de sesgos y errores que se apoyan y sostienen en la práctica.

Tomar los enfoques de la educación de la sexualidad y englobarlos en uno solo, permitirá un crecimiento sano, bajo el cual se puedan tomar decisiones adecuadas y que a la vez permita la libre expresión de sentimientos.

Dado que la sexualidad la componen los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, la educación debe estar enfocada a estos factores.

Los aspectos como el goce del cuerpo, el amor, el diálogo, el afecto, la expresión de sentimientos, la comunicación, entre otros, son los que hacen posible que la sexualidad sea una experiencia gratificante y enriquecedora. Por ello al aplicar un modelo educativo, desde el nacimiento, se estará formando a un individuo que pueda disfrutar de todos estos aspectos.

Una mujer que se le ha dado la oportunidad de elegir y expresarse, que se le ha brindado cariño y apoyo en situaciones que le permiten crecer, va a ser una mujer, que conforme con su subjetividad, tendrá pocos problemas de salud y será capaz, a su vez, de transmitir seguridad y apoyo a las/los demás (Burin, 1987).

La educación de la sexualidad debe de ser formativa además de informativa, ya "que se ha demostrado que la información sobre diferentes aspectos de la sexualidad no garantiza la prevención; se requiere una

modificación de actitudes y valores que se lleven a cabo en las prácticas cotidianas, para que la educación impartida surta algún efecto².

4.3. Objetivos de la educación de la sexualidad

Antes de empezar a hablar sobre los objetivos de la educación de la sexualidad, deben tomarse en cuenta las características de cada individuo - inmersos en su propia realidad-, para poder aplicar un modelo educativo. Se debe tomar en cuenta el nivel educativo y sociocultural, las costumbres y valores bajo los que está inmerso, pues aunque la educación de la sexualidad debe proporcionar diferentes aspectos (mencionados anteriormente), no se debe invadir a una sociedad con preceptos que no van a entender o que están en el extremo de su forma de vida. Un modelo de educación que abarque temas de sexualidad viene a ser sólo una guía sugerente aplicable y adecuada a las/los participantes con quienes se trabaje (CONAPO, 1982), ya que la formación en sexualidad tiene el sentido que la sociedad le da, en base a valores, normas, conocimientos, costumbres y creencias propias de cada momento evolutivo.

Los objetivos de la educación de la sexualidad son proporcionados por las necesidades encontradas en proyectos como el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC), del Proyecto Nacional de Educación Sexual de Colombia y del Consejo de Información y Educación Sexuales de los Estados Unidos (SIECUS, por sus siglas en inglés).

Para CRESALC³ los objetivos que conforman su proyecto son:

1. Promover a la persona como valor en sí misma.
2. Favorecer el respeto a la dignidad humana de la mujer y del hombre, y el reconocimiento de la igualdad de derechos en el orden político, legal, socio-cultural, económico, familiar y sexual.

²Durán, M. M. y Rojas, S. V. (1994). La sexualidad en los niños y los adolescentes: Hacia la construcción de un estado del conocimiento. (p. 32). Colombia: Retina.

³ Barroso, C. (s/f). ¿La educación sexual o anti-sexual? Sexualidad humana y educación sexual. 1 (3), 7-13

3. Esclarecer el carácter específico de sexualidad humana en cuanto no es sólo un medio de reproducción, sino también la relación y enriquecimiento interpersonal y, consecuentemente instrumento de integración y formación de la personalidad.
4. Promover la aceptación de la identidad sexual sin temores, tabúes y ansiedades.
5. Promover la formación integral del individuo para que llegue a ser sexualmente maduro.
6. Promover el conocimiento de los procesos físicos, psicológicos, sociales y trascendentes relacionados con la sexualidad.
7. Promover la responsabilidad y la autodeterminación en el ejercicio de la sexualidad a base de valores, actitudes y comportamientos acordes con las necesidades del mundo actual.

En el Proyecto Nacional de Educación Sexual de Colombia⁴ se plantean los siguientes objetivos:

1. Propiciar cambios en los valores, conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad, de acuerdo con la ciencia y el humanismo y fomentar la salud en general y la salud sexual en particular, guardando el debido respeto que merecen las creencias y valores populares.
2. Replantear los roles sexuales tradicionales, buscando una mejor relación hombre-mujer que permita la desaparición del sometimiento del uno por el otro, basados en los principios de igualdad social, jurídica y económica de ambos sexos.
3. Promover modificaciones de la vieja estructura familiar de corte patriarcal, con el fin de buscar una mayor equidad en las relaciones entre padres e hijos y entre la pareja conyugal, propiciando el amor, el respeto, el crecimiento y la autodeterminación de los miembros de la familia.
4. Lograr que de una manera consciente y responsable (no coercitiva) de mujeres y hombres decidan cuál es el momento en que pueden traer hijos al mundo, utilizando adecuadamente los diversos medios de regulación de la familia.

⁴ Proyecto Nacional de Educación Sexual, (1993). Colombia: Ministerio de Educación Nacional.

La guía de educación para la sexualidad de SIECUS⁵ está basada en cuatro objetivos principales:

1. Información. Proporcionar una información adecuada sobre sexualidad humana, incluyendo el desarrollo, la reproducción humana, anatomía, fisiología, masturbación, vida familiar, embarazo, nacimiento, paternidad y maternidad, respuesta sexual, orientación de la preferencia sexual, contracepción, aborto, abuso sexual, VIH/Sida y otras ETS.

2. Actitudes, valores y conocimiento de una/uno misma/o. Para proporcionar la oportunidad a la gente joven de cuestionar, explorar y evaluar sus propias actitudes sexuales en el orden que desarrollen sus propios valores e incrementen su autoestima. El desarrollo del conocimiento de sí misma/o en relación con otras personas de ambos géneros, además del entendimiento de sus responsabilidades y obligaciones con las/los otras/os.

3. Habilidades interpersonales y de relación. Para ayudar a la gente joven que desarrolle habilidades interpersonales, incluyendo la comunicación, la toma de decisiones, la asertividad, además de la habilidad de crear relaciones satisfactorias. Un programa de educación de la sexualidad que prepare a las/los participantes a entender su sexualidad de manera efectiva y creativa para desempeñar sus roles de adultos. Esto debe incluir ayuda para desarrollar la capacidad de amar, de soporte y de no daño dentro de una relación íntima placentera.

4. Responsabilidad. Ayudar a ejercer una relación sexual responsable - incluyendo la abstinencia-, como resistir a la presión de participar en una relación sexual prematura alentando el uso de anticonceptivos y otras medidas de salud sexual. La educación de la sexualidad debe ser un componente central de programas designados a reducir la prevalencia de problemas médicos relacionados con la sexualidad, incluyendo el embarazo en adolescentes, las ETS y el VIH/Sida y el abuso sexual.

⁵ Sex Information and Education Council of the U. S. (1993). Guidelines for comprehensive sexuality education. Kindergarten-12th. grade. National Guidelines Task Force. Estados Unidos.

Cada comunidad necesitará revisar los objetivos para asegurar que el programa sea consistente con las normas y diversidad de la comunidad.

Básicamente se busca promover conductas que impliquen responsabilidad, respeto y conocimiento de lo que es ser mujer o varón. Dando oportunidad al goce y a la conciencia del cuerpo.

Existen programas que están enfocados a brindar información y formación basados en algunos de los objetivos de la educación de la sexualidad. La propuesta se basará en los datos brindados por dichos programas.

4.4. Lineamientos para un programa de educación de la sexualidad

Como ya se ha comentado, la sexualidad es un proceso amplio que inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Dado que es un proceso que va a acompañar a todo el desarrollo, sería ideal que se brindaran las herramientas necesarias para obtener un individuo tolerante, lo que se pretende lograr con una educación de la sexualidad libre, igualitaria y crítica.

Los lineamientos se plantearán de acuerdo a las diferentes etapas de desarrollo -infancia, adolescencia, adultez y vejez-, ésto es para facilitar la didáctica de un posible programa de educación de la sexualidad. Al dividirse por grupos de edad se está tomando en cuenta el nivel de maduración psicológica, cognitiva y emocional, facilitando con ello, la conceptualización en cada etapa.

Se hace un planteamiento general, pues no se está haciendo una propuesta específica de un programa, solamente se mencionan algunas características que pueden ser tomadas en cuenta para un futuro programa, para lo cual se recomienda ampliar la información en cada nivel.

4.4.1. Infancia⁶

El nacimiento de una/un bebé y su desarrollo prenatal van a depender de la calidad de salud de la madre. El tamaño, el peso y el estado de salud de la/el bebé dependerán de la raza, de las características de los padres, pero sobre todo de la nutrición y salud de la madre. Por ello es necesario un seguimiento del embarazo, así como un examen médico antes de la concepción para conocer el estado de salud y poder determinar la posibilidad de un embarazo.

Desde antes del nacimiento las expectativas hacia la futura o futuro bebé dependerán del conocimiento de los padres sobre el sexo de ésta o éste, aunque en ocasiones no es necesario saber el sexo biológico para determinar que sexo será la o el bebé. En un estudio realizado en la década de los 80's, en una ciudad fronteriza de Baja California, las mujeres hacían el siguiente comentario "se cree que será varón si el vientre de la mujer es 'picudo' o si el feto 'se mueve mucho', y que sería niña si el vientre crece de manera 'extendida' o 'pareja' y hay pocos movimientos fetales"⁷.

Esta afirmación tiene un peso cultural muy fuerte pues la influencia marcará el tipo de educación que se brinde a la bebé (Jasis, M., s/f).

Cuando a una recién nacida se le viste de un color determinado (rosa-niña, azul-niño) se le están asignando una serie de características que irá desarrollando conforme vaya avanzando en su ciclo vital. ¿Qué puntos deben tomarse en cuenta de acuerdo al nivel de desarrollo, para educar sexualmente?

La recién nacida necesita del contacto de sus padres. Culturalmente el primer acercamiento -y continuo- es el de la madre pues ella es quien la recibe después del parto y la alimenta.

⁶ Méndez, C. L. (1994). La sexualidad en la infancia. En E. Rubio (ed.). La antología de la sexualidad Humana. Vol. III. (p.p. 661-691). México: PORRUA/CONAPO.

⁷ Jasis, S. M. (s/f). Creencias y tradiciones sobre salud prenatal. Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México.

Dada la fragilidad de la bebé, ésta desarrolla una gran dependencia. Por ello necesita de estabilidad.

En el proceso de socialización de la bebé, se irá observando el llanto para llamar la atención o las sonrisas cuando se encuentre satisfecha.

La manipulación de las cosas es principalmente oral, lo que le permite acceder a ellas y conocerlas. Esta manipulación se hará también con su cuerpo, descubriendo que es placentero y reconfortante.

La maduración física le darán la oportunidad de tener un campo de acción mayor, donde la niña comenzará a verse como un ser independiente (alrededor del segundo año). Se empiezan a manejar adecuadamente las diferencias sexuales. Comúnmente se inicia el entrenamiento para el control de esfínteres.

En esta etapa es cuando empiezan a marcarse diferencias en la forma de vestir a niñas y niños, en la elección de juguetes y juegos.

A los 3 años ya existe una identidad de género, se sabe niña o niño. Tiene un reconocimiento del cuerpo, anatómica y funcionalmente. También es capaz de identificar las principales emociones y expresar afecto.

A la edad de 4 años se dan los juegos sexuales para el conocimiento del cuerpo. Existe una separación evidente en la elección de juegos, distinguen en femeninos y masculinos y en base a ello se hace la elección. A menudo tienen una o un compañero o amiga o amigo favorita/o, lo cual se encuentra determinado en una buena proporción por una avanzada identidad de género y reconocimiento de algunos roles sexuales.

El proceso de identificación con el padre se observa alrededor de los 5 años. Han desarrollado lo que es la vergüenza, demostrada al pedir privacidad. La ampliación del esquema corporal, hace que los dibujos de la figura humana, sean mucho más ricos.

A los 6 años se incrementa el interés sexual. Tienen dudas sobre el matrimonio, el embarazo, el origen de las y los bebés, entre otros temas.

A los 7 años se modifican las estructuras mentales, dándose cambios substanciales en la conducta social, como por ejemplo en los juegos con reglamento. Se entra al pensamiento moral y por consiguiente a la culpa. Utilizan términos no científicos para referirse a los genitales y a conductas que no son típicas de un sexo.

El interés por compartir actividades y juegos con personas del mismo sexo, alrededor de los 8 años, se incrementa en la misma medida que el interés por el sexo mismo.

La información sobre los cambios en la pubertad idealmente debería empezar a proporcionarse a los 9 años. En esta etapa se incrementan considerablemente las pláticas sobre la sexualidad con las compañeras.

Alrededor de los 10 años, la aparición y desarrollo de las características sexuales secundarias suele ser motivo de burlas y de ocultamiento, ya que se un inicia un marcado interés por ser igual que el resto del grupo.

Someramente han sido tratadas las características que conforman la infancia, esto, con el objetivo de brindar un terreno para empezar a hablar de la educación de la sexualidad.

- ¿Qué educar en la infancia en el área de la sexualidad?

El educar en sexualidad requiere de haber vivenciado por un proceso de cambios de actitudes y valores. Idealmente, al implementarse un modelo educativo, se deben tomar en cuenta al educador -padres, familiares, comunidad en general- como alguien que ya pasó por dicho proceso. Más adelante se hablará sobre quienes son los que educan y las características de éstos.

El Consejo de Educación e Información Sexual de los Estados Unidos (SIECUS, por sus siglas en inglés), formó un grupo llamado: Grupo de Trabajo en Lineamientos Nacionales; dicha agrupación se ha dedicado a elaborar los lineamientos nacionales para una educación de la sexualidad (1990), donde se toman en cuenta el desarrollo humano, relaciones, habilidades personales, conducta sexual, salud sexual y sociedad y cultura.

En el presente trabajo se han tomado en cuenta dichos lineamientos porque están sustentados en la revisión teórica realizada por este grupo, ya que representan el conocimiento más amplio de la sexualidad humana, además de que estos conceptos abarcan todos los componentes de la definición más general de sexualidad (SIECUS, 1991).

Desarrollo Humano

Para que un ser humano crezca con plenitud, necesita -sobretudo en los primeros años de vida- de caricias y ternura.

Como se explicó anteriormente, la bebé conoce por medio de su boca y de sus manos, la manera en que se proporcione el alimento y se le cuide será percibido por la bebé e irán conformando su futura personalidad.

La participación del padre y la madre es crucial. El dejar la responsabilidad en un 100% a la madre está reforzando roles que conforme la bebé vaya creciendo irá asimilando como propios.

Relaciones

Conforme la bebé va creciendo la manipulación de lo que le rodea va en aumento. Empieza a socializar y a adquirir valores. Puede empezar a hablarse sobre el respeto a la diversidad existente, sobre el cuidado del cuerpo y los nombres correctos de cada parte que lo conforma.

Habilidades personales.

Desarrollo de conductas de autocuidado -como asearse y vestirse-. Proporcionar mayor independencia para elegir, para comer sola. Apoyar emocionalmente para el fortalecimiento de la autoestima.

Conducta sexual

Cuando la niña descubre que tocar sus genitales es placentero, debe mencionarse que es una actividad que debe realizarse en privado. Como parte del conocimiento de su cuerpo, es una actividad que se estará presentando continuamente, el darle una connotación negativa, hará que la niña lo relacione con algo sucio y malo. No hay que relacionar el cuerpo con esos tipos de conceptos, pues de ello dependerá la aceptación y la imagen corporal que se vayan formando.

Salud sexual

La salud sexual en los primeros años es con un enfoque preventivo. Una buena alimentación y hábitos higiénicos ayudarán en un futuro, para cuando comiencen los cambios en la pubertad o en un futuro embarazo, se disminuya el riesgo de problemas que involucren a la salud.

Se recomienda dar información sobre la concepción y el embarazo. De como se conforma una familia y la decisión de tener o no hijas/os. También sería importante mencionar la existencia de algunas ETS y del VIH/Sida.

Alentar conductas asertivas sobre el cuidado del cuerpo para evitar el abuso sexual.

Sociedad y cultura

Los padres como parte de una comunidad, comparten valores con los demás miembros de ésta. Sería ideal que se tomarán en cuenta aquellos valores que no dañen la formación de la niña. Permitir que la niña pueda elegir, sin reprimirse, cuidando de no caer en extremos. Mostrar que existen diferencias entre mujeres y hombres, sin detrimento de ninguna índole. Explicar que en la televisión, las películas, en libros y revistas, además de la radio, se muestra información de como deben ser mujeres y hombres, lo cual en ocasiones es cierta y en otras no -lo que ocurre en la mayoría de las veces-.

4.4.2. Adolescencia⁸

El ambiente escolar y la mayor independencia hacia los padres, provocan en la adolescente un menor interés hacia éstos, lo que quizá ocasione un conflicto.

La imagen corporal va cambiando, provocando preocupación e incertidumbre acerca de su apariencia. Se pierde el modelo de ser propio de la infancia, lo que conlleva ansiedades, temores, angustias y una necesidad imperiosa de buscar una nueva identidad, un nuevo modelo de ser y actuar. Hay búsqueda de modelos y valores. También un aumento de la experimentación en el ámbito sexual.

Alrededor de los 17-19 años se observa una búsqueda en el ámbito vocacional y en definir un proyecto de vida. Existe una necesidad de definir la preferencia sexual en función de las propias necesidades de cariño y amor (Lozano, 1992).

Es por el proceso de socialización que la comunidad presiona que las adolescentes se comporten de una manera determinada y quienes se salen de las

⁸ Monroy, A. (1994). La sexualidad en la adolescencia. En La antología de la sexualidad Humana, Vol. III. (pp. 693-729). México: Porrúa, CONAPO.

pautas establecidas, sufren de una fuerte presión social encaminada a controlar su conducta; y dependiendo del equipo psicológico con que cada quien cuente, se darán los efectos, reacciones y modificaciones en cada personalidad.

Existe una doble moral en donde el varón puede tener relaciones sexuales con mujeres "malas", más "liberales", mientras que las solteras, "buenas" solo pueden abstenerse y llegar vírgenes al matrimonio. Es importante tomar en cuenta que los factores educativos, religiosos y económicos, la relación con la familia y la combinación de todos estos factores ejerce un efecto considerable sobre el inicio de la actividad sexual. Debido a esto, existe un alto porcentaje de madres y padres adolescentes (Cabe aclarar que existen múltiples factores que van a llevar a relaciones sexuales y a embarazos no deseados a muy temprana edad).

- ¿Qué educar en la adolescencia en el área de la sexualidad?

Desarrollo Humano

Apreciar como es el cuerpo. Con los cambios y los estereotipos brindados por los medios masivos de comunicación, se fomenta la devaluación hacia el cuerpo y se busca la imagen ideal. Valorar cómo estas características de cambio son necesarias y complementarias para la comunicación y cómo a su vez pueden enriquecer a una pareja.

Entender que la orientación de la preferencia sexual no depende de un solo factor, el descubrirse homosexual femenino o masculino va a necesitar de aceptación y de crear habilidades que permitan el crecimiento.

El iniciar una relación de pareja, proporciona conocimiento de cómo es el otro o la otra, además de brindar un espacio de intimidad -no necesariamente sexual- para compartir, dar y recibir.

Relaciones

Reconocer y vivenciar la necesidad de estar con las personas del mismo sexo de manera que se pueda descubrir y apreciar la riqueza de la amistad y el compañerismo. Como miembros de una familia existen responsabilidades y la manera en que se lleven a cabo determinarán la calidad de la relación.

Generalmente es en esta etapa donde se inician relaciones de pareja, encontrando lo que comúnmente se ha denominado "el primer amor". Frecuentemente es una de las experiencias más intensas. Con las y los amigos o con la primera pareja empiezan las primeras citas, las cuales pueden ayudar a desarrollar habilidades para la convivencia y la organización.

Como consecuencia -no necesaria- del inicio de una relación de pareja, está el matrimonio o la unión. Conocer las características de ese tipo de convivencia y las consecuencias de ésta, pueden llevar a relaciones más sanas. Esto guía al tema de la paternidad y la maternidad, la información y la influencia de patrones culturales determinarán la manera en que se ejerzan dichas tareas.

Habilidades personales

Saber elegir libremente los valores que se desean aplicar al estilo de vida, tomando en cuenta las alternativas y las consecuencias, pues la toma de decisiones no solo afecta a una misma, sino también a las/los demás. Para saber elegir se necesita información. Otra habilidad que es importante desarrollar es la comunicación. Para que ésta funcione se requiere de saber escuchar, dialogar y entender el punto de vista de aquella persona con la cual se está intentando comunicar. Ya que una buena comunicación es esencial para las relaciones personales.

La asertividad es un punto muy importante, porque expresa el nivel de autoestima y la capacidad de aceptar o rechazar situaciones. La forma en que se exprese la asertividad, demostrará el nivel de negociación para evitar situaciones que lastimen o intimiden. También es importante la habilidad de planear y

reconocer los intereses vocacionales, ya que el éxito en la etapa adulta dependerá de una buena toma de decisiones.

Conducta sexual

Aprender a expresar la conducta sexual da la oportunidad de vivir y disfrutar de la sexualidad a lo largo de toda la vida. La elección de la pareja y la familia se debe apoyar en fundamentos sólidos y no sólo en la mera atracción emocional.

La masturbación es una conducta recurrente que permite conocer sensaciones placenteras, es una forma de que una persona pueda disfrutar y expresar su sexualidad sin riesgo de que se de un embarazo o contagio de cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS) o VIH/Sida.

Las relaciones sexuales requieren de una toma de decisión acorde con el momento que se esté viviendo. Son una conducta que permite el conocimiento de una misma y del otro u otra, además la oportunidad de expresar amor, caricias y cuidado de la salud (prevención de ETS). En el otro extremo se encuentra la abstinencia.

Quizá cause preocupación un buen desempeño en la relación sexual. Será necesario dar a conocer que cada organismo responde diferente y que la influencia del cansancio, estrés, confianza, etc., pueden verse relacionados con la satisfacción del encuentro sexual.

Salud sexual

Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, sus alcances y posibles consecuencias. Pueden encontrarse formas creativas y sensuales de integrar dichos métodos dentro de la relación sexual.

Cuando una mujer queda embarazada y decide no tener a la/el bebé, puede abortar. Es necesario conocer las consecuencias físicas y psicológicas pues es una opción que es criticada y no aceptada por la sociedad en general. Es necesario tomar en cuenta que no es un método anticonceptivo y debe realizarse por personal capacitado. Como es un método penado por las leyes mexicanas - en general en otros países también- es caro y riesgoso.

Es necesario hacer énfasis en las revisiones periódicas de mamas y vagina, para que se de un diagnóstico oportuno. A nivel de salud en general es recomendable realizarse chequeos periódicos para evitar diagnósticos tardíos. También es importante que se tomen en cuenta los cambios que se van dando en el proceso menstrual para descartar o tomar en cuenta cualquier síntoma que indique algún padecimiento.

Otro problema que debe tomarse en cuenta es la prevención de ETS y el VIH/Sida. Debe proporcionarse información que habilite la toma de decisiones en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y en el caso del VIH/Sida el cuidado de no intercambiar fluidos corporales.

Se proporcionará también información suficiente para evitar conductas que vayan en detrimento de una relación, esto es conocer información sobre violación, abuso y hostigamiento sexual para de alguna manera poder prevenirlos. También se debe promover el desarrollo de una conducta sexual responsable.

Sociedad y cultura

En cada cultura existen normas y tábúes acerca de la sexualidad. El conocerlos permitirá discernir y elegir cuales están acordes al estilo de vida que se esté llevando a cabo. La mayoría de los mensajes sobre sexualidad que proporciona la sociedad son confusos y contradictorios, depende de cada una el que dichos mensajes se vayan esclareciendo.

Los roles estereotipados limitan la vida de las personas, es necesario proponer nuevos modelos que liberen y no fomenten la alienación.

Deben conocerse los derechos y leyes que forman parte de todo individuo.

4.4.3. Edad adulta

Es la etapa más larga de la vida, por lo cual debe existir un buen funcionamiento físico, social y psicológico.

A través de los padres, amigas/os, medios de comunicación, entre otros, presionan a la mujer o al hombre para que tomen decisiones en cuanto empleo, estudios, formar una pareja, limitando la creatividad y el desempeño de estas mujeres y hombres. En la mujer el trabajo doméstico es visto como una labor no remunerada y sin importancia. En un mayor porcentaje son las mujeres las que no asisten a la escuela disminuyendo con esto la toma de decisión y de conocimiento sobre sus derechos y obligaciones, disminuyendo la posibilidad de crear una conciencia crítica.

Generalmente se espera que toda mujer y todo hombre decidan formen una pareja, pues no es bien vista la soltería, es catalogada más como un desequilibrio emocional que como una decisión propia (González, 1994).

“El comportamiento reproductivo se circunscribe formalmente al ámbito del matrimonio; la liberación del impulso sexual en situación premarital es proscrita por la sociedad y en condición extraconyugal se sanciona aun a nivel legal”⁹. Las consecuencias -son en mayor proporción para la mujer, pues queda en duda la legitimación de las/los hijas/os.

La organización satisfactoria y el balance relativo entre el rol de género, las necesidades e intereses personales es la integración de la personalidad adulta. Esta integración nunca es total, va alcanzándose en forma gradual, de manera

que la joven lleve a la práctica ideas o ideales conforme a su identidad fortaleciendo así su autoestima.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, a la mujer se le valora por su belleza así como por su capacidad para engendrar y amar a las/los hija/os; por otro lado al hombre se le reconoce su contribución económica y se le devalúa su calidad afectiva para brindar ternura y seguridad. Estos roles caen en una actividad estereotipada, mecánica e insatisfactoria. Los valores, intereses, metas, funciones y demás quedan permeados por este ideal. Se necesita cuestionar y replantear aquellas tareas que lejos de complementar, alienan.

Es la época donde se consolida una pareja, quizá también, donde se engendre a las/los hijas/os. La presencia de éstas/os puede llevar a replantear todo el pasado de los padres e incluso el futuro.

En cuanto a las relaciones sexuales, la autoconfianza básica y la aceptación del propio cuerpo quedan matizadas por la negación general del placer y la valoración cultural negativa que se asigna al cuerpo, a la desnudez y por tanto a mirarlo, tocarlo y dejar que se le toque. Por lo que es importante connotar positivamente el placer.

- ¿Qué educar en la etapa adulta en el área de la sexualidad?

Desarrollo Humano

Reconocer que tanto las mujeres como los hombres pueden obtener placer sexual a lo largo de la vida, además de que pueden ser capaces de disfrutar el dar y recibir placer.

Diferenciar la función del cuerpo entre reproductiva y placentera. El crecimiento como seres humanos no deberá recaer en las funciones biológico-reproductivas. El papel de ser madres es una tarea importante pero no

⁹ Enciclopedia de CONAPO La educación de la sexualidad humana. (1982). Tomo 3. Individuo y sociedad. México: CONAPO.

indispensable, si existiera algún problema para lograr la fecundación deben tomarse en cuenta la tecnología existente para lograr dicho proceso (inseminación artificial, fertilización in vitro, madre sustituta). Las mujeres pueden desarrollar habilidades para el ejercicio de una profesión o para el desempeño de un trabajo remunerado. Esto es importante para promover la independencia económica y favorecer la autonomía.

Relaciones

En ocasiones pueden desarrollarse problemas dentro de la familia o pareja, provocando crisis que pueden ayudar a reestructurarla. Durante este período es necesario mostrarse apoyo mutuo para poder sobrellevar y resolver la crisis.

Esto quiere decir que la vida en pareja o en familia requiere de trabajo y comunicación, pues este nuevo proceso cambia la manera de relacionarse. Deben de ser realistas, honestas y aceptar a la otra parte de la pareja como un individuo.

Habilidades personales

Las pautas sociales que rodean a las mujeres y hombres hacen difícil la aceptación de valores y la concordancia de éstos con la manera de actuar. Es necesario equilibrar entre valores y conducta, sin provocar demasiada tensión. Se debe tomar en cuenta que las decisiones que se lleguen a elegir en X circunstancias pueden tener condiciones positivas o negativas.

El aceptar valores, conocer las consecuencias de una acción y el actuar acorde a éstos dos, dependerán de la manera en que se de la comunicación y se practique la asertividad.

Conducta sexual

La sexualidad es un componente natural y enriquecedor que se puede expresar con armonía junto a otros tipos de necesidades. Por lo cual la sexualidad y todo lo relacionado con ella debe ir acompañada de salud y bienestar.

En algunas sociedades los tradicionales roles de género se van haciendo más flexibles, dando la oportunidad de expresarse a mujeres y hombres en campos que antes estaban cerrados.

Una manera muy satisfactoria de expresar la sexualidad es por medio de las relaciones sexuales, lo que implica que no hay coerción ni violencia. Es importante recalcar que cada persona es responsable de su propio placer sexual. Para alcanzar una respuesta sexual satisfactoria se recomienda que las mujeres se permitan tocar y explorar su cuerpo, de manera que les brinde familiaridad y confort. No dejar la tarea de proporcionar placer solo a la pareja, pues es un acto compartido. Los roles que fomentan la pasividad pueden relacionarse con algún tipo de disfunción sexual. El acceder al acercamiento y al contacto del cuerpo y el buscar ayuda profesional puede ayudar a resolver el problema.

Salud sexual

Los métodos anticonceptivos son un medio eficaz de evitar un embarazo y el uso del condón previene del contagio de ETS o del VIH/Sida. Su adecuada aplicación dependerán de la aceptación y el manejo que se les dé. Se recomienda ser creativa y sensual para integrarlos dentro de la relación sexual.

En algunas ocasiones estos métodos llegan a fallar o no se emplean adecuadamente o simplemente no se utilizaron. La consecuencia puede ser un embarazo no deseado. Puede entonces recurrirse al aborto (siempre teniendo en cuenta que no es un método anticonceptivo). También deben de preverse las consecuencias de salud y legales.

Como consecuencia, también, de no usar protección durante el acto sexual, se encuentran las ETS o VIH/Sida; un diagnóstico temprano de las ETS puede evitar que se agrave la enfermedad.

Sociedad y Cultura

Una educación que realce el respeto por la diversidad, permitirá que mujeres y hombres convivan en un ambiente de equidad, haciendo a un lado los roles estereotipados pues éstos están relacionados con la baja autoestima, con relaciones de poder y subordinación.

Es importante analizar la situación de los roles sexuales en relación con la convivencia en pareja, la familia, el ambiente laboral y demás; para formar una conciencia crítica, que permita la valoración de aquellos roles que proporcionen un campo para el enriquecimiento personal.

En esta etapa es donde se presentan el mayor número de problemas de salud y discriminación hacia la mujer. Se debe hacer énfasis en todas las etapas, pero dado que existen muchas mujeres adultas que nunca se les ha brindado información, es este el momento ideal pues quizá tengan a su cargo hijas e hijos, y también pueden darle nueva forma a su estilo de vida tanto en beneficio de ellas como para la comunidad en general.

4.4.4. Tercera edad¹⁰

Generalmente se tiende a creer que en esta etapa de la vida está vedado hacer muchas cosas. En el área de sexualidad es mal visto que dos personas ancianas se besen o tengan relaciones sexuales. Esto es otro más de los mitos que se han fortalecido en la sociedad.

¹⁰ Papalia, D. E. y Wendkos O. S. (1990). Desarrollo humano. (pp. 569-645). México: McGraw-Hill.

Lo que si es cierto, es que va disminuyendo la capacidad de respuesta sexual, pero no con ello la actividad sexual. "La meta no debería ser necesariamente el orgasmo, sino cierto grado de tensión sexual, que favorezca una mayor intimidad corporal, con la que al sentir el calor del otro el individuo anciano pueda sentirse más vivo"¹¹.

A pesar de los cambios que se observan en ambos sexos y aun cuando el mal estado de salud y la falta de un compañero sexual, pueden dificultar el desempeño de la sexualidad, no existe razón alguna que justifique por sí misma que las personas de edad avanzada deban renunciar a su vida sexual o interrumpirla.

En general existen estereotipos negativos acerca de la vejez. Como las funciones biológicas e intelectuales van decreciendo, la dependencia va haciéndose cada vez mayor, esto quizá para la gente joven o adulta no le sea muy agradable, quizá el prejuicio sea originado por este rechazo al envejecimiento.

Las personas de la tercera edad al no tener hijas/os pequeñas/os u otra persona que dependa de ellos, pueden realizar diversas actividades recreativas. Algunas vivirán en asilos o en casa de algún familiar, situación que los está enfrentando a su gran dependencia. De acuerdo a su nivel socioeconómico y cultural, la gente anciana afrontará el desempleo, una pensión o un trabajo del cual no dependa de otros.

Las habilidades sensoriales, específicamente la visión y la audición van declinando, existiendo una gran variabilidad entre los individuos en el mantenimiento de estas funciones. Las funciones psicomotoras también van decreciendo.

¹¹ Citado por Krassoievitch, M. (1994). La sexualidad en la tercera edad. En Antología de la sexualidad Humana. Vol. III. (pp. 763-781). México: Porrúa, CONAPO.

- ¿Qué educar en la tercera edad en el área de la sexualidad?

Desarrollo Humano

Brindar apoyo emocional y de distensión a través de instituciones que ofrezcan actividades recreativas y culturales. Revalorar su experiencia vivencial como un medio de enriquecimiento para las y los demás.

Ofrecer información sobre el proceso degenerativo que van viviendo para que estén preparados ante una incapacidad física y ante la posibilidad de la muerte.

Relaciones

Si existe la presencia de nietas/os, las personas de la tercera edad aprenderán otro rol, reestructurando su dinámica de pareja. Si la pareja ha fallecido o no se tienen hijas/os o nietas/os, existe la posibilidad de iniciar una relación, para ello hay que valorar la importancia del vínculo emocional más que el tiempo que puedan compartir a futuro. Puede resultar una experiencia enriquecedora. Los prejuicios que se tengan pueden impedir el inicio de una relación. Por ello debe hacerse énfasis en la evaluación de valores.

Habilidades personales

Cambiar los estereotipos donde se observa a la persona anciana como alguien dependiente y que necesita necesariamente de los demás. A menos que exista una enfermedad incapacitante, la mujer anciana fuera de estos estereotipos -que al reconocerlos podrían brindarle una mejor imagen de sí- puede iniciar o continuar con algún tipo de habilidad manual, hacer aportaciones dentro de su profesión o atender algún comercio.

Conducta sexual

La actividad sexual no debería verse disminuida con la edad, ya que es una función enriquecedora que no solamente está ligada a la reproducción. El reconocer los cambios que se relacionan con una disminución en la lubricación vaginal o en la erección del pene, pueden ayudar a conocer que es un proceso natural y que dicho proceso no debe limitar su comportamiento sexual.

Salud sexual

Dentro de la salud en general, sería importante dar información sobre los cambios involutivos que se van viviendo. Esto es, la pérdida de habilidad motora, visual o auditiva.

La importancia de hacerse un chequeo periódicamente, disminuiría el riesgo de un diagnóstico tardío.

El ejercicio y una buena alimentación también son necesarios para un mejor desempeño.

Los cambios observados a nivel corporal van a requerir de trabajo para la aceptación y revaloración como mujer.

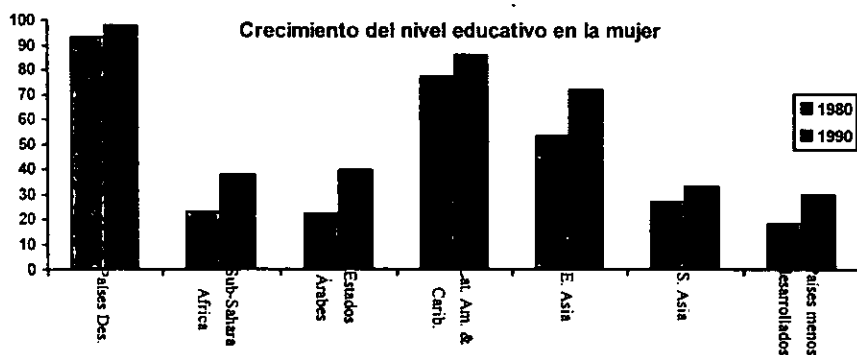
Sociedad y Cultura

Es necesario un cambio en la concepción de la vejez, pues la concepción imperante limita al ser humano en cualquier fase del ciclo vital. Debe construirse una revalorización de la tercera edad con ello se iniciaría un proceso de respeto y de mayor conocimiento como seres humanos.

4.5. ¿Qué aspectos influyen en la educación de las mujeres?

El acceso de la mujer a la educación le brinda la posibilidad de obtener un empleo, de ser crítica y cuestionar aquellas situaciones que no le benefician, le permite también conocer sus derechos y -bajo un proceso más complejo- ejercerlos. En la década de los 80's, hubo un incremento en el acceso de las mujeres a la educación (United Nations Population Fund, 1995).

Existen países donde este acceso se cumple solo en casi un 40%, esto quiere decir que el 60% de las mujeres son analfabetas (Ver gráfica 1). Esta situación es preocupante, pues en medida que la mujer esté educada podrá tomar decisiones en cuanto política, economía, leyes, medio ambiente, etc. La oportunidad del acceso de las mujeres a la educación les va dando terreno en aspectos de equidad, autonomía y respeto de sus tareas domésticas. A esto se le ha denominado "empowerment" o "empoderamiento".



Tomada de Marshall, A. (1995). The empowerment of women. The state of world population. Estados Unidos: United Nations Population Fund.

El uso de métodos anticonceptivos y el riesgo por muerte materna están estrechamente relacionados con el nivel educativo de la mujer. Dado que en muchas situaciones es ella quien está a cargo de una familia, el nivel de estudios estará relacionado con el bienestar de dicha familia (UNICEF, 1992). Esto es, una familia más sana. Se ha visto que en niveles más altos de escolarización en las mujeres aparecen más asociados a una mayor probabilidad de que las/los

hijas/os sean vacunadas/os, con el consiguiente incremento en sus probabilidades de supervivencia.

El impacto de la educación primaria en las mujeres puede verse en la siguiente tabla:

EDUCACIÓN PRIMARIA DE LAS MUJERES

| Universalización de la educación primaria | Productividad económica | Desarrollo social | Educación intergeneracional | Equidad social | Sustentabilidad de los esfuerzos de desarrollo |
|---|-------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|--|
|---|-------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Mayor porcentaje de participación y complementación de la educación básica entre la población infantil | PNB per capita más alto Mayor participación en la fuerza de trabajo (formal e informal) Incremento de la autoocupación Mejoras en la producción doméstica | Disminución en la mortalidad infantil y materna Tasas de fecundidad más bajas Mejoras en el saneamiento Mayor esperanza de vida | Mayor porcentaje de hijas matriculadas y graduadas Mayor conciencia/valoración de la importancia de la educación para las niñas | Promoción del estatus de la mujer en la familia y la comunidad Incremento de la autoestima en las mujeres del mundo en desarrollo Mejor conocimiento de los derechos individuales | Mayor conciencia de las iniciativas de desarrollo Mayor participación en las iniciativas de desarrollo social |
|--|--|--|--|---|--|

Tomado de UNICEF (1992). Estrategias para promover la educación de las niñas. Estados Unidos: UNICEF.

La asistencia de las mujeres a la escuela dependen de los gastos que ésta genera, la necesidad inmediata de ayuda en las tareas domésticas y el cuidado de las/los hermanas/os, las percepciones sobre su futuro rol y necesidades, y sus futuras oportunidades en el mercado de trabajo. Si los padres no perciben el valor positivo de la escolarización de sus hijas o las ventajas de carácter social que ésta reporta, no considerarán necesario asumir los costos directos, ocultos y

de oportunidad asociados a la educación de las niñas. Si su valor es percibido como inferior a los costos personales que ésta representa la demanda se reducirá.

Debe tomarse en cuenta el nivel económico y el lugar de residencia para implementar acciones que aumenten la demanda de escolarización.

La UNICEF proporciona nueve estrategias para beneficiar a las mujeres en el acceso a la educación:

1. Ubicar las escuelas más cerca de las comunidades.
2. Fomentar la contratación de docentes femeninos.
3. Reducir los costos para los padres y las madres de familia.
4. Desarrollar un curriculum relevante.
5. Ampliar la participación comunitaria.
6. Promover la integración local y la descentralización.
7. Fomentar las actividades de promoción y movilización social.
8. Diseñar sistemas que respondan a las necesidades de las alumnas.
9. Respaldar los sistemas de oferta múltiple.

Estas estrategias son un excelente comienzo para lograr equidad y oportunidades para la mujer. Han sido probadas en diferentes países del mundo, es necesario implementarlas en nuestras comunidades, haciéndoles los cambios necesarios, que no solo se queden escritas sino que se apliquen.

La educación abre puertas, una de ellas es la inclusión de temas sobre sexualidad. Esto complementaría la formación de la mujer, pues tendría acceso a otros campos como la salud que involucrarían un bienestar general.

Un alto porcentaje de mujeres son jóvenes, en aproximadamente diez años estarán entrado a la etapa adulta, las experiencias vividas, los valores adquiridos, han permeado su estilo de vida. Una posibilidad de cambio viene

dada por los grupos de reflexión. En el siguiente apartado se hablará un poco de ellos.

4.6. Grupos de reflexión como una estrategia educativa

Los grupos de reflexión pretenden abrir un espacio de análisis y de construcción grupal. "Su cometido se centra en indagar acerca de un tema o situación determinada, explicitando las tensiones que ello genera. El grupo de reflexión rescata y hace resaltar la importancia de la necesidad de indagar. Su objetivo central es la modificación de los estereotipos y la tarea está centrada en la actividad reflexiva"¹².

G. Baruch y R. C. Barnett (1975) -citados por Burin (1987), explican una situación que caracterizan como "doble vínculo" la cual afecta más a las mujeres que a los hombres; la explicación se basa en que en tanto las niñas y las mujeres se vuelven más competentes, se sienten menos femeninas, menos seguras y más ansiosas. En tanto los niños y los hombres se vuelven más competentes, se sienten más masculinos, más confiados y seguros de sí. Las consecuencias de una crianza diferencial para mujeres y hombres afecta la autoestima de las niñas. Para transformar su cotidianeidad se recomienda la psicoterapia o los grupos de reflexión. En palabras de Pichon-Rivière los grupos de reflexión tienen la finalidad y el propósito de movilizar las estructuras estereotipadas (Coria, 1987). Los grupos de reflexión de mujeres se centran en la reflexión de temas cotidianos y concretos, hacen posible la toma de conciencia sobre la condición femenina.

"Los contenidos que se abordan pierden el carácter impersonal y culpabilizador que le imprimen los programas institucionales. Las mujeres hablan entre ellas de lo que significa su embarazo, de sus dudas, de las

¹² Martínez, T. I. y Valenzuela, C. A. (1997). Aportaciones de los grupos de reflexión focalizada al análisis de los conceptos placer y placer en la pareja. En P. Corres, P. Bedolla e I. Martínez, Los significados del placer en mujeres y hombres. (p. 131). México: Fontamara.

contradicciones y remordimientos que se le presentan por no querer ocuparse de lo familiar sin abandonar su trabajo, o por querer o no querer tener más hijos¹³.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje se trabaja con la información que cada quien posee, se trasciende la esfera intelectual al estimular la libre expresión de los afectos a través de la valorización del testimonio oral.

Dentro de los grupos de reflexión también se está trabajando con la salud mental, ésta representa otras dimensiones como la sexualidad, la maternidad, la reproducción, el trabajo y la enfermedad, entre otras. M. Burin citando a J. Sherman menciona que existen evidencias importantes que indican que no es mentalmente saludable para una mujer ser femenina, al menos en el sentido estereotipado.

En los grupos de reflexión se trabaja y discute sobre las situaciones que propician la adquisición de roles estereotipados, de ahí su importancia.

Los grupos de reflexión proveen un espacio grupal para el intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos de las participantes. Esto rompe con la prohibición a hablar sobre la propia sexualidad. Lo cual permite ubicar la propia posición en relación con otras personas, lo que va desde la idealización hasta la satanización de la sexualidad. Favoreciendo el reconocimiento del sí mismo y los otros y promoviendo el desarrollo personal.

Un grupo pionero fue el Colectivo de mujeres en Boston (The Boston Women's Health Book Collective, 1992). Originalmente era un grupo de mujeres que se reunían para discutir cuestiones sobre su salud, esto les permitió darse cuenta de la importancia de conocerse a sí mismas, lo que implica una mejora en la autoestima y en su forma de actuar con las/los demás.

¹³ Cardiaci, D. (1995). Pensando como mujeres... Propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres. En S. González (Comp.) Las mujeres y la salud. (p. 137). México: Colegio de México/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

En la Facultad de Psicología de la UNAM se ha trabajado con grupos de reflexión bajo la perspectiva de género con los temas de placer sexual en las mujeres (Martínez y Valenzuela, 1996), cuestión que queda generalmente en segundo plano, al valorizar el cuerpo femenino a través de la maternidad. Trabajo interesante que realza la importancia de este tópico para el enriquecimiento personal.

La Organización Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL) ha trabajado también con pequeños grupos de mujeres en cuestiones relacionadas con salud (Cardaci, 1995).

La aportación de los grupos de reflexión permite demostrar la importancia de éstos. La modificación de estereotipos, lo conveniente de cuestionar y lograr cambios productivos son un ejemplo tangente de su trascendencia.

Existen otras agrupaciones que trabajan bajo este rubro, es imposible mencionarlas a todas. Solo se trato de ejemplificar la participación de estos grupos de trabajo y su relevancia en el cambio.

Al hablar sobre educación de la sexualidad, se está hablando también sobre educación para la salud y prevención. Tópicos que se explicarán a continuación.

4.6. Educación para la salud y la salud sexual y prevención

La educación para la salud debería de concentrarse en ayudar al individuo a comprenderse y estimarse mejor a sí mismo, saber qué es lo que le hace funcionar y tener respeto por sí mismo. Estos individuos estarían mejor preparados para pensar por sí mismos, tomar sus propias decisiones o fijarse metas realistas, lo cual refuerza lo que se ha venido planteando.

Para lograr un individuo con dichas características, se necesita tener un enfoque preventivo en salud sexual. M. Videla (1991) menciona que pensar en prevención es hallar las causas de enfermar, tomando en cuenta que una

comunidad es parte de la aparición, desarrollo y término del padecer de una persona, del enfermar y del curar. También de su forma de morir.

Por ello la reiteración de tomar en cuenta el medio social de un individuo para intervenir con un programa educativo-preventivo.

La mayoría de los esquemas de atención a la salud están compuestos por la o el que cura y la persona que busca la salud. Con este enfoque se están reforzando modelos donde una persona es capaz de resolver problemas y la otra quien es débil y requiere de ayuda. Es necesario cambiar esta concepción. La persona que busca un servicio también puede participar activamente con apoyo de las y los que prestan un servicio de salud.

Gerald Caplan, José Bleger, Paulo Freire y Enrique Pichon-Rivière (Videla, 1991), se han dedicado al trabajo en prevención desde un enfoque participativo y liberador. La prevención queda definida como "el enfrentamiento de las causas sociales de la enfermedad y la búsqueda de soluciones con el conjunto de la comunidad y su plena participación"¹⁴.

Dentro de la educación para la salud se estaría trabajando también con la salud mental. Un aspecto relacionado con la salud mental es la concepción de mujer=madre, lo que forma una imagen disociada del cuerpo repercutiendo en la salud mental (Rodó y Rivera, 1994). La maternidad es el eje bajo el cual la mujer construye su identidad. Ser madre es para muchas mujeres y hombres más que un hecho biológico, es un valor, es reconocimiento social, es "ser mujer" lo que a nivel tradicional se ha fomentado. Con la educación de la sexualidad y para la salud se estaría buscando un espacio en donde se pueda conjuntar el ser madre y el ser mujer como algo distinto, como una experiencia enriquecedora, que de la oportunidad de conciencia corporal. Esto permitiría conocer el cuerpo más allá de los aspectos del embarazo y del parto, como algo placentero. También el acceder a él, de una manera diferente a la maternidad, daría conciencia, de otros problemas de salud. Comprender que las disociaciones y escisiones del rol

¹⁴ Videla, M. (1991). Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. (p. 15). Argentina: Cinco.

estereotipado femenino no son inherentes a la condición femenina; por siglos se ha socializado en relación a este rol, se ha aprendido a dicotomizar, a negarse, a no dejar ser todo lo que se puede ser.

Generalmente la salud de la mujer se aborda desde las funciones maternas, reforzando el binomio mujer=madre.

Algunos postulados básicos de los programas de salud sexual y reproductiva con enfoque feminista son la afirmación de ser mujer, la restitución al sexo femenino del poder y el control sobre su cuerpo y la ejecución de modelos humanizados en la relación entre médico y paciente (Rodríguez, Corona y Pick, 1994).

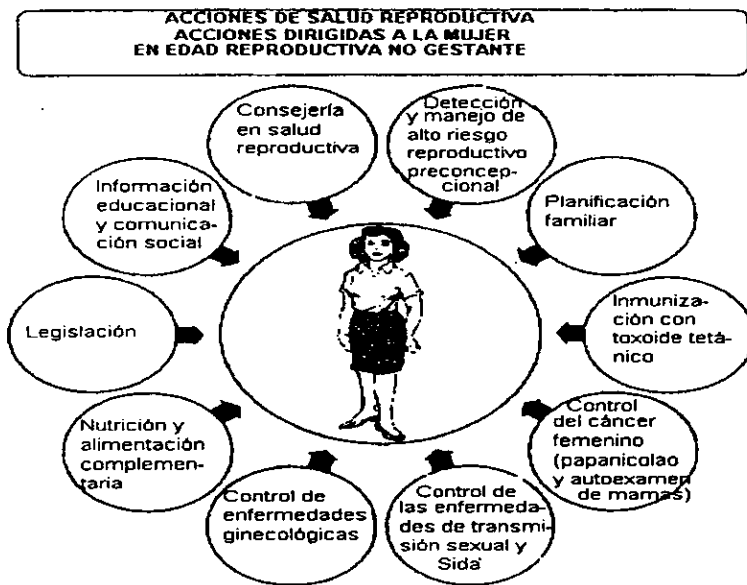
La promoción de la salud está basada principalmente en el comportamiento o estilo de vida de las personas. La salud también depende de una mejora en las condiciones sociales donde se incluye la educación, la vivienda, los ingresos y la alimentación. También depende de una mejora en la situación social de la mujer.

El ejercicio de una sexualidad segura y responsable, libera del temor de contraer ETS y VIH/Sida o de engendrar hijas e hijos no deseados, situación que predispone a problemas psíquicos y sociales de los padres; al aborto provocado; y al aumento de niñas o niños abandonados o maltratados.

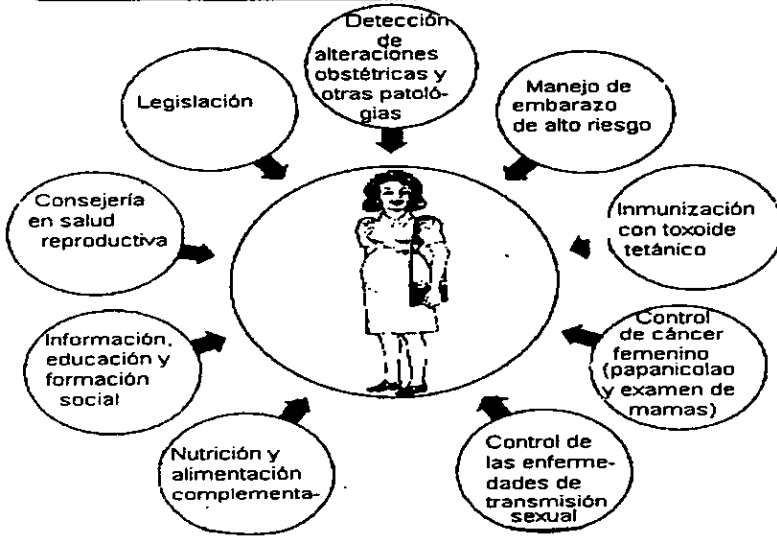
Las acciones de salud están dirigidas tanto al hombre como a la mujer, sin embargo, se hace mayor énfasis a esta última (Gutiérrez, 1992). Este hecho se explica porque la fecundación, el embarazo y el parto, suceden en el cuerpo de la mujer y es ella, el feto o el recién nacido quienes sufrirán las consecuencias de cualquier complicación en el proceso, inclusive la muerte. Asimismo, las secuelas de la mayoría de las ETS son más graves en las mujeres; ellas usan tres veces más anticonceptivos que los hombres; los métodos que usan tienen en general más riesgos potenciales que los que usan los hombres; y los estudios de infertilidad son más complicados en ella. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de las/los hijas/os siendo su papel muy

importante no sólo para la sobrevivencia de los mismos, sino en su crecimiento y desarrollo. Por estas y otras razones, las y los promotores de salud enfatizan las acciones de salud reproductiva en la mujer.

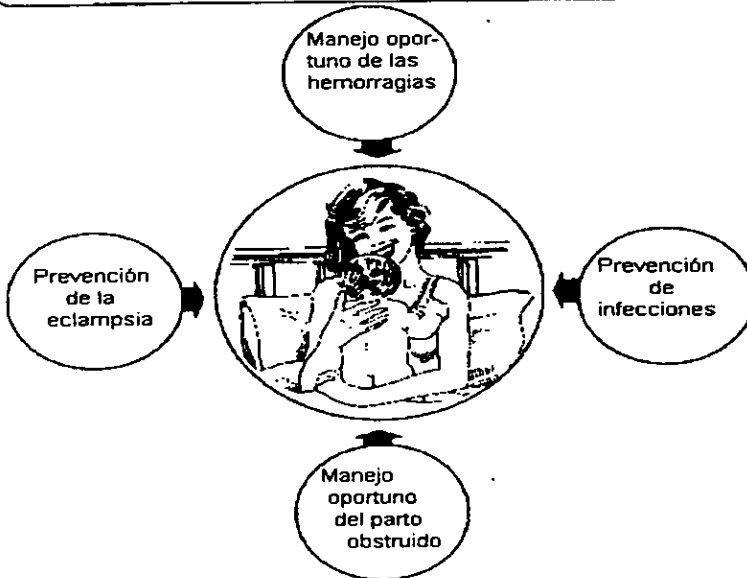
En el proyecto de salud reproductiva de Bolivia (Gutiérrez, 1992) se hace énfasis en la promoción de la salud reproductiva, acciones de salud dirigidas a la mujer no gestante, a la mujer gestante y a la mujer que paso por el parto o puerperio. También toman en cuenta al recién nacido y al hombre. En los siguientes cuadros se especificarán las acciones a realizar en cada uno de las y los participantes mencionados anteriormente.



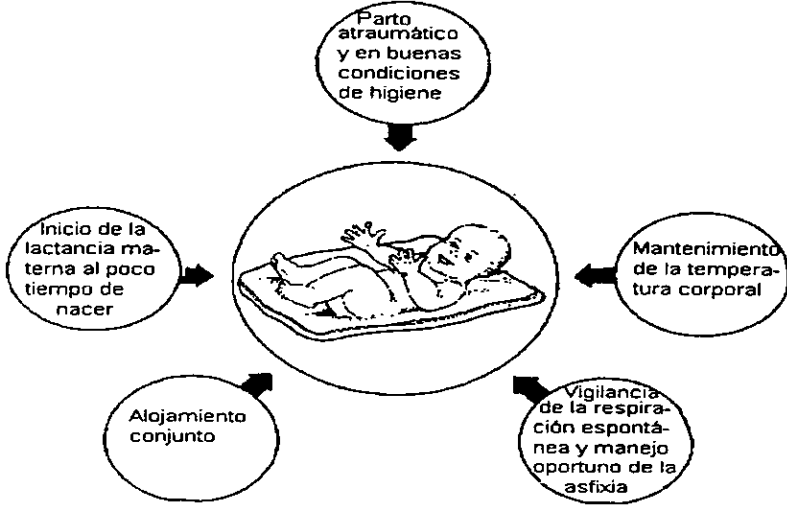
**ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA
ACCIONES DIRIGIDAS A LA MUJER GESTANTE
PRENATAL**



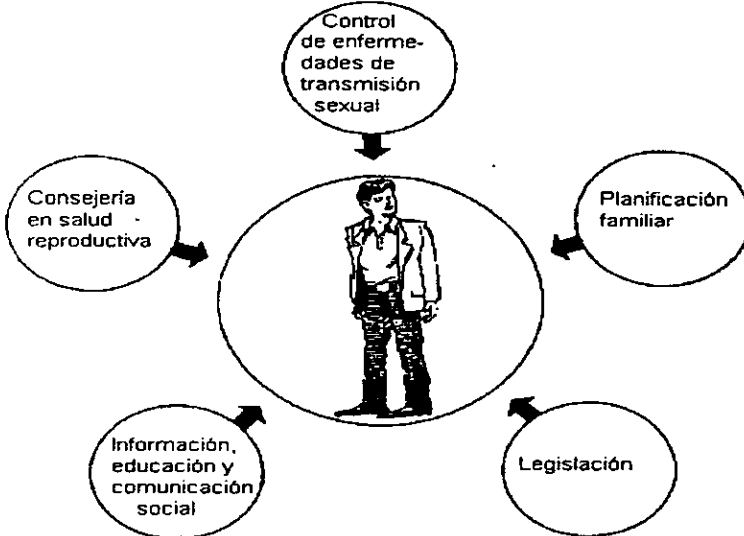
**ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA
ACCIONES DIRIGIDAS A LA MUJER GESTANTE
PARTO Y PUERPERIO**



**ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA
ACCIONES DIRIGIDAS AL RECIEN NACIDO**



**ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA
ACCIONES DIRIGIDAS AL HOMBRE**



La mayoría de los problemas en salud son prevenibles, pero se encuentran inmersos en la pobreza, la desnutrición, la falta de servicios públicos y médicos, la desinformación, entre otros. Estos problemas tienen que ser atacados desde diferentes puntos. Uno de ellos y muy importante es la educación. Idealmente una persona educada puede tomar decisiones, obtener un mejor empleo y reclamar aquello que por derecho le pertenece, como la salud. Por ello la prevención y la educación van de la mano. Debe relacionarse la prevención con acciones propias que permitan realizar un cambio. Surge una pregunta ¿Quién debe educar?

4.7. ¿Quiénes educan en sexualidad?

En el ámbito profesional, las personas que deben educar en sexualidad son aquellas que posean conciencia sobre el papel que realizan, responsables, tolerantes, con una visión integral de su sexualidad humana, que involucre conocimientos científicos, filosóficos, éticos, culturales, así como actitudes y valores que reflejen una posición alternativa frente al concepto y a la vivencia de la sexualidad (Díaz, 1995). Debe ocuparse de conocer ampliamente la realidad de su comunidad.

Para el Comité de Educación Sexual para América Latina y el Caribe¹⁵ el educador sexual debe tener las siguientes cualidades:

1. El educador sexual debe estar consciente de su propia sexualidad; aceptarla y vivirla de manera positiva, saludable y congruente consigo mismo.
2. Debe poseer amplios y profundos conocimientos de sexualidad humana.
3. Debe comprender los problemas comunes que el niño y el adolescente confrontan en su desarrollo psicosexual.
4. Debe tener empatía para comprender y orientar al educando en los casos en que este requiera su ayuda personal.

¹⁵ Díaz, B. A. (s/f). Cualidades del educador sexual. Sexualidad humana y educación sexual. 2 (1), 45-53. Caracas: CRESALC

5. Debe tener una clara conciencia de los cambios sociales del medio sociocultural donde actúa y la influencia de éste en los diferentes patrones de conducta sexual.
6. Debe utilizar el lenguaje con facilidad y naturalidad sin eufemismos ni vulgaridad para transmitir un mensaje claro, sencillo y natural.
7. El educador sexual, como todo educador, no debe tratar de imponer sus valores o patrones, sino estimular en sus educandos la adquisición y conciencia de sus propios valores.
8. El educador sexual debe tener suficiente objetividad para mantenerse en su papel de educador sin caer en los extremos de convertirse en moralizador o disociador.
9. Por último el educador sexual debe conocer sus propias limitaciones como orientador o terapeuta sexual.

Para educar en sexualidad se necesitan hacer cambios y reestructuraciones en cuanto actitudes, valores y en sí la personalidad. Pero, ¿Qué pasa con los que están educando en el ámbito no formal? Los padres, maestras/os, amigas/os, familiares, etc. también participan en el proceso educativo, promoviendo mitos, reafirmando valores o quizá cuestionando papeles y creencias. Por ello la importancia de que toda mujer y todo hombre participe en un proceso educativo. Es difícil y quizá imposible involucrar a toda una población en un programa educativo formal. Por medio de pláticas, carteles, mensajes transmitidos por los medios de comunicación se puede brindar información que, dependiendo del proceso personal, cambie actitudes. Para lograr este objetivo, tiene que haber una participación de instancias políticas y sociales. Hay mucho trabajo por hacer, muchos ambientes que cambiar, con dedicación, vocación y profesionalismo se obtendrán logros importantes.

4.8 Conclusiones

La educación de la sexualidad comprendida desde el nacimiento hasta la vejez, repercute de manera importante en la formación de un individuo. Principalmente se necesita reforzar la equidad entre los géneros para

desenvolverse tanto mujeres como hombres en cada una de las dimensiones de manera más abierta, más libre y promisorias (Careaga, 1996).

Proporcionar otra idea del ser mujer más allá del ser madre. Como alguien creativa, innovadora y activa, capaz de lograr cambios. Permitiendo que la mujer pueda apropiarse de su cuerpo, de su sexualidad, de su historia, de sus vivencias y de sus mitos, así como de su derecho a una atención y asistencia adecuada (Velázquez, 1987).

Se necesita crear un sistema institucional y científico que dé cuenta de lo que está ocurriendo y elabore una estrategia de cambio con un modelo educativo y de salud a implementar donde a la mujer se le contemple como una persona, como un ser "para sí", autónoma y solidaria (De Armas, 1993).

E. Moncarz, (1987) hace una reflexión muy importante donde menciona que reconocer el saber de las mujeres acerca de sí mismas y de sus necesidades, y asimismo considerarlas capaces de ser activas respecto de ello, conlleva un cambio, no solo de las mujeres, sino también de las y los profesionales y técnicas/os que se ocupan de la salud mental y de la salud en general.

Es importante aclarar que educar en sexualidad no es la panacea para resolver cualquier problema sobre salud. Es un instrumento valioso y en la medida que se utilice se lograrán cambios en beneficio tanto de la mujer como del hombre.

La salud implica también condiciones sociales y económicas, así como oportunidades educativas y laborales. Es un trabajo que se tiene que realizar en conjunto con las instituciones encargadas de dichas condiciones.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se revisaron diferentes temáticas, cada una de ellas brindó un espacio para conocer la formación de los roles femeninos, su relación con el descuido de la salud y la necesidad e importancia de la educación de la sexualidad. Las conclusiones son la siguientes:

1. La revisión histórica permitió observar la construcción de una base de conocimientos sustentada por personajes de poder-saber, como Aristóteles, Galeno o Plinio el Viejo, cuyo autoridad no daba oportunidad a cuestionar sus postulados. El acceso al conocimiento era restringido. El poco avance en la ciencia observado a lo largo de la edad media no dió la oportunidad para que estos roles fueran cuestionados. La mayoría de los personajes de los siglos XVI, XVII y XVIII que hacen una aportación al campo de la sexualidad siguen basándose en el conocimiento producido aproximadamente 1500 años atrás, por ello es fácil observar cualquier cambio chocaría con toda la construcción hecha en todo ese tiempo.
2. Con este análisis histórico se observa que la construcción del rol de la mujer es la de un ser para otros, sus tareas lo definen así: cuidar, servir, curar, alimentar, negar su cuerpo. No existe un espacio significativo para la creatividad y el descubrimiento, está vedado.
3. Los movimientos sociales del siglo XVIII, dieron la pauta para que mujeres como Mary Wollstonecraft analicen la situación de la mujer y se empiece a luchar por derechos que también son propios de ésta. En el siglo XIX, Eugénie Niboyet, Flora Tristan y Harriet Taylor, realizan actividades en defensa de los derechos de las mujeres.
4. Todos estos cambios junto con el movimiento feminista dan la pauta para el inicio de un nuevo campo de estudio. Este nuevo campo son los estudios de género, los cuales permiten analizar desde una perspectiva social y cultural la construcción de los roles femeninos y masculinos. La gran importancia de los

estudios de género radica en la posibilidad de análisis y construcción del sujeto femenino, de revalorar su papel y posibilitar un acercamiento a su ser.

5. Lo anterior se encuentra relacionado con la temática de este trabajo: la salud sexual y reproductiva. Conocer la incidencia de algunos padecimientos y sus consecuencias, su repercusión en el ámbito económico, familiar, individual, entre otros, permite conocer la relevancia de la prevención de estos padecimientos, además de tomar en cuenta a la educación de la sexualidad para lograr este objetivo.
6. Con la educación de la sexualidad se pretende abrir espacios de diálogo, conocimiento y crecimiento y brindarle a la mujer la posibilidad de revaloración, de que se convierta en un "ser para sí".
7. La educación de la sexualidad abre la posibilidad de que la mujer construya nuevos deseos y expectativas fuera de los estereotipados. Una construcción importante sería la de un deseo de salud.
8. Al educarse a toda la población no se estaría trabajando solo en beneficio de la mujer, también se verían beneficiados todos los que conforman a dicha población. Al eliminarse modelos sexistas, existirán sujetos autónomos, con derechos y obligaciones, basados en la equidad y no en el detrimento.
9. La educación es un proceso adecuado para favorecer un cambio, pues se asocia con un mayor nivel de bienestar y de toma de decisiones, además su relación con la sexualidad brinda un sistema global, donde global significa que se toman en cuenta condiciones sociales, económicas, individuales, culturales y de salud.
10. La mayoría de los programas de salud en México, destinados a la mujer, se enfocan a una sola función: la reproducción. Estos programas crean estrategias de atención para la futura madre (alimentación adecuada, información sobre los daños causados al fumar o tomar bebidas alcohólicas, planificación familiar, etc.), la mujer gestante (chequeo médico, control de

enfermedades, inmunización, etc.) y para la mujer que ya pasó el proceso de parto (prevención de infecciones, alimentación del recién nacido/a, manejo de hemorragias, etc.), todas estas acciones sólo se refieren a un momento específico, quedando fuera el resto de las necesidades de la mujer.

- 11.El uso de métodos anticonceptivos va en razón directa con el nivel educativo. A mayor escolaridad aumenta la probabilidad del uso de dichos métodos. Es un indicativo importante de la relevancia de la educación de la sexualidad. El brindar información y formación para la reflexión y el cambio estaría relacionado con una mejoría significativa para la población femenina, no sólo en el control de su cuerpo, sino también en la toma de decisiones.
- 12.El mayor porcentaje de muerte en la mujer a nivel mundial -ver capítulo III- se encuentra relacionado con el proceso reproductivo (18%), en segundo lugar están las enfermedades de transmisión sexual (8.9%) y en cuarto lugar está el cáncer cervicouterino (0.6%). Ésto demuestra el desconocimiento que existe del propio cuerpo y del poco cuidado que se le da, también demuestra el miedo que existe a la autoexploración, la falta de información sobre los procesos fisiológicos relacionados con la sexualidad y las actividades necesarias para llevar a cabo una conducta preventiva. La atención psicológica también se ve afectada, pues si ante algo tangible -lo corporal- no se actúa, ante algo subjetivo (como las emociones) y no observable la probabilidad de responder adecuadamente es menor.
- 13.La importancia dada a la salud sexual y reproductiva no significa que sólo se estén tomando en cuenta dichos aspectos. La sexualidad es un proceso amplio que abarca cuestiones sociales, psicológicas, culturales, religiosas y morales, lo que implica que se está tomando en cuenta a la mujer como en su totalidad.
14. La educación de la sexualidad no solamente se daría a través de una currícula ---en el caso ideal- sino también creando espacios para grupos de reflexión, ya que éstos tienen un papel muy importante al cuestionar estereotipos.

15. Los grupos de reflexión son una herramienta fundamental para lograr cambios a nivel individual, ya que en el caso de que no existiera una educación de la sexualidad en cualquier etapa previa, las mujeres adultas podrán acceder a cambios relevantes en sus actitudes, valores, creencias y conductas al participar en este tipo de grupos.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Sería importante que se pudieran implementar los lineamientos planteados para un programa de educación de la sexualidad, en un grupo de mujeres, además de llevar un seguimiento para poder comprobar el cambio actitudinal y su relación con un mayor bienestar personal, familiar, social y de salud (podría trabajarse en muchas otras áreas). Dentro del trabajo se habló sobre los grupos de reflexión, dadas las características de dicho enfoque, se podría trabajar con un grupo de mujeres en aspectos de salud, con buenos resultados.

La propuesta se hace tomando en cuenta la totalidad del ciclo vital, se espera que sea tomada en cuenta en algún proyecto educativo para un mayor enriquecimiento de éste y en beneficio de las mujeres que participen en él.

Se espera además que el presente trabajo logre abrir un espacio para la educación y para un ejercicio de la sexualidad libre y responsable.

En este trabajo se hizo referencia a la Teoría de Género para estudiar la formación de los roles femeninos y masculinos. Se mostró cómo estos roles se van transmitiendo de generación en generación a través de un proceso de tipo educativo lo que remite a la importancia de formarse en esta área para no caer en la replicación de roles estereotipados.

Por ello es significativo resaltar la importancia y el auge que esta cobrando la teoría de género, pues en algunas universidades existe esta área de investigación y en otras como la de Saskatchewan en Canadá existe un departamento completo dedicado a la teoría de género y a estudios de la mujer. Esto puede ser un indicador de que su objeto de estudio es relevante e interesante y que se puede seguir extendiendo. También permite observar los cambios que se están dando en el campo de conocimiento, lo que se ve reflejado en el número de investigadores que se interesa en esta área de estudio.

Dentro de las limitaciones, se observó que por cuestiones de la temática no se abordó directamente puntos relacionados con el varón, sería muy interesante trabajar con esta población, pues aunque estén dentro del ámbito público, con toda la connotación positiva que lo acompaña, existe un gran desconocimiento sobre su cuerpo y una gran inhibición en expresiones de tipo afectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorós, C. (1994). Feminismo. Igualdad y diferencia. Colección de libros del PUEG. México: Porrúa.

Barroso, C. (s/f). ¿La educación sexual o anti-sexual? Sexualidad humana y educación sexual. 1 (3), 7-13

Belluci, M. (1992). De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino... En A. M. Fernández, Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. (pp. 27-50). Argentina: Paidós.

Broderick, C. (1972). La sexualidad de la infancia y la adolescencia. Bompiani, Milano.

Bustos, O. (1994). La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación. En E. Rubio (ed.) Antología de la sexualidad humana. Vol. I. (267-298). México: Porrúa, CONAPO.

Burin, M. (1987). Estudios sobre subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. En M. Burin y E. Dio Bleichmar, Género, psicoanálisis, subjetividad. (pp. 61-91). México: Paidós.

Caballero, P. (1993). Salud de la mujer: Procesos psíquicos en el devenir madre. En M. A. González de Chávez (comp.), Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género. (p. 221). España: Siglo XXI.

Camargo, A. M. y Sánchez, M. M. (1994). La escritura de la educación sexual. Un ejercicio de lectura. (pp. 20-21). Colombia: Retina.

Cardaci, D. (1995). Pensando como mujeres... Propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres. En S. González (Comp.) Las mujeres y la salud. (p. 137). México: Colegio de México/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

Careaga, G. (1996). Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C.

Carta sobre derechos sexuales y reproductivos. Tarjeta informativa de la Federación Internacional de Planificación de la Familia No. 2. Versión enmendada, marzo 1997.

Coleman, E. (1997, Junio). Promoting sexual health: A basic human right. (p. 2). Trabajo presentado en el XII Congreso Mundial de Sexología. Valencia, España.

CONAPO. (1982). La educación de la sexualidad humana. Individuo y Sociedad. Tomo 3. (p. 164). México: CONAPO.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1993). (pp. 9-10). México: Porrúa.

Coria, C. (1987). Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental de las mujeres. En M. Burin, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. (pp. 261-289). Argentina : Grupo Editor Latinoamericano.

Corres, A. P, Bedolla, M. P. y Martínez, T. I. (1997). Los significados del placer en mujeres y hombres. México: Fontamara/Facultad de Psicología, UNAM.

CRESALC. (1978). Filosofía de la educación sexual. Revista de sexualidad humana y educación sexual "La nueva educación sexual" 1-2 12-17.

Cuchiari, S. (1981). The gender revolution and the transition from bisexual horde to patrilocal band: The origins of gender herarchy. En S. B. Ortner y H. Whitehead (Eds.). Sexual Meanings. The cultural construction of gender and sexuality (31-79). Cambrige , University Press.

Cueli, J., De Aguilar, L. R., Latirge, T., Martí, C. y Michaca, P. (1990) (3ra. Ed.). Teorías de la personalidad. México: Trillas.

De Armas, A. (1993). Concepto de salud y su evolución. El ser humano. En M. A. G. de Chávez, (comp.). Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género. (pp.1-43) España: Siglo XXI.

De Barbieri, T. (1986). Movimientos feministas. México: Coordinación de Humanidades, UNAM.

De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría de género: Una introducción teórico-metodológica. Revista Interamericana de Sociología, 147-174.

De Beauvoir, S. (1949). Le deuxième sexe 1. Francia: Gallimard.

Díaz, B. A. (s/f). Cualidades del educador sexual. Sexualidad humana y educación sexual. 2 (1), 45-53. Caracas: CRESALC.

Dio Bleichmar, E. (1989). El feminismo espontaneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. México: Fontamara. Trabajo original publicado en 1985.

Dio Bleichmar, E. (1992). Los pies de la ley en el deseo femenino. En A. M. Fernández, Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. (pp. 136-146). Argentina: Paidós.

Durán, M. M. y Rojas, S. V. (1994). La sexualidad en los niños y los adolescentes: Hacia la construcción de un estado del conocimiento. (p. 32). Colombia: Retina.

- Elu, M. (1992). La reproducción desde una perspectiva de género. En M. C. Elu y L. L. Otero, De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.
- Elu, M. y Langer, A. (eds.) (1994). Maternidad sin riesgos en México. (9-29) México: IMES, A.C.
Enciclopedia de la sexualidad (s/f). Vol. IV (114-136) México:Oceano.
- Fernández, A. M. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Argentina: Paidós.
- Figueroa, P. J. (1995). Aproximación al estudio de los derechos reproductivos. Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción 8. 3-52.
- Flandrin, J.L. (1981). Le sex et l'Occident. París.
- Foucault, M. (1996). Histoire de la sexualité 2: L'usage des plaisirs. (Martí Soler, Trad.) México: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1985).
- Friedan, B. (1974). The feminine mystique. (Carlos. R. de Dampierre, Trad.). España: Jucar.
- Gianini, B. E. (1992). A favor de las niñas (pp. 13-55) Venezuela:Monte Ávila.
- GIRE (s/f). Derechos reproductivos y derechos sexuales. Una nueva perspectiva. (Disponible en: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Viena 160, Col. Del Carmen Coyoacán).
- GIRE (1994). Boletín trimestral sobre reproducción elegida, No.2, Julio. (Disponible en: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Viena 160, Col. Del Carmen Coyoacán).
- GIRE (1994/95). Boletín trimestral sobre reproducción elegida, No.3-4, Octubre-Enero. (Disponible en: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Viena 160, Col. Del Carmen Coyoacán).
- Gregersen, E. (1988). Sexual Practices. (Diorki Traductores) España: Folio.
- Gómariz, E. (1992). Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: Periodización y perspectivas. Isis Internacional, Ediciones de Mujeres, 17, 83-110.
- Gómez, G. E. (1993). Género, mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud.
- González, S. R. (1994). La sexualidad del adulto. En E. Rubio (ed.) Antología de la sexualidad humana. Vol. III. (pp. 731-761). México: Porrúa, CONAPO
- Gysling, J. (1994). Salud y derechos reproductivos: Conceptos en construcción. En T. Valdés y M. Busto (eds.). (pp. 13-26). Hacia la construcción de derechos, sexualidad y reproducción. Santiago de Chile: CORSAPS/FLACSO.

Gutierrez, D. (1992). "Salud reproductiva: Concepto e importancia. Bolivia: Proyecto de Salud Reproductiva, MPSSP-UNFPA-OPS/OMS.

Gutiérrez, T. I. D. (1994). La maternidad segura en su contexto conceptual. (pp. 9-22). En M. C. Elu y A. Langer. (eds.), Maternidad sin riesgos en México.

Isaacs, S. L., Macklin, R. y Cook, R. (1996). Declaración sobre proposiciones éticas en salud reproductiva y políticas de población. (pp. 199-208). En G. Careaga, J. G. Figueroa y M. C. Mejía, (comps.). Ética y salud reproductiva. México: Miguel Angel Porrúa y PUEG.

Jasis, S. M. (s/f). Creencias y tradiciones sobre salud prenatal. Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México.

Katchadourian, H. A. (1983). Human sexuality. A comparative and developmental perspective. (Héctor Livertella, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1979).

Katchadourian, H. A. (1992). Fundamentals of human sexuality (F. J. C. Cornejo, Trad.) México: Continental.

Kinsey, A. (1968). Conducta sexual de la mujer. Buenos Aires: Siglo XX.

Krassoievitch, M. (1994). La sexualidad en la tercera edad. En E. Rubio (ed.). Antología de la sexualidad Humana. Vol. III. (pp. 763-781). México: Porrúa, CONAPO.

Ladas, A. K., Whipple, B. y Perry, J. D. (1983). The G spot. (Adela Martín, Trad.) México: Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1982).

Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. La ventana. Revista de estudios de género 1(10-61).

Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría género. En M. Lamas El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. (pp. 97- 125). Programa Universitario de Estudios de Género. México: Porrúa/UNAM. (Trabajo original publicado en 1986).

Langer, A., Hernández, B. y Lozano, R. (1994). La morbimortalidad materna en México: niveles y causas. (pp. 23-30). En M. C. Elu y A. Langer. (eds.), Maternidad sin riesgos en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

Leñero, O. L. (1992). Mujeres que dijeron que sí a la regulación de su fecundidad. En M. C. Elu y L. L. Otero. De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

López, B. L. y Rey, A. R. (1988). The essentials of psycho-analysis. Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1983).

Lorite, M. J. (1987). El orden femenino. Origen de un simulacro cultural. España: Anthropos.

Lozano, I. (Coord.) (1992). Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. México: CIDHAL.

Lozano, R., Hernández, B. y Langer, A. (1994). Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. (pp. 43-52). En M. C. Ely y A. Langer. (eds.), Maternidad sin riesgos en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.

Macklin, R. (1996). Ética y reproducción humana: Perspectivas internacionales. (pp. 143-170). En G. Careaga, J. G. Figueroa y M. C. Mejía, (comps.). Ética y salud reproductiva. México: Miguel Angel Porrúa y PUEG.

Marshall, A. (Ed.). (1995). The empowerment of women. The state of world population. Estados Unidos: United Nations Population Fund.

Martínez, T. I. (1996). El goce sexual de las mujeres: Generación de grupos de reflexión. Tesis del Diplomado en la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupos en Instituciones. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Martínez, T. I. y Valenzuela, C. A. (1996. Abril). Una experiencia en grupos de reflexión en torno al placer sexual de las mujeres. Ponencia preparada para el II Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. Acs, Acs. México.

Master, W. E. y Johnson, V. E. (1967). La respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica.

Mead, M. (1982). Sex and temperament in three primitive societies. (I. Malinow Trad.) 1ª reimp. España: Paidós (Trabajo original publicado en 1972).

Méndez, C. L. (1994). La sexualidad en la infancia. En E. Rubio (ed.). Antología de la sexualidad Humana. Vol. III. (pp. 661-691).

Michel, A. (1983). Le féminisme. (J. J. Utrilla, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1979).

Moncarz, E. (1987). La queja cotidiana: Una forma de contraviolencia femenina (Y sus destinos posibles). En M. Burin, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. (pp. 293-308). Argentina : Grupo Editor Latinoamericano.

Monroy, A. (1994). La sexualidad en la adolescencia. En La antología de la sexualidad Humana. Vol. III. (pp. 693-729). México: Porrúa, CONAPO.

Moreno, J. B. (1990). La sexualidad humana: Estudio y perspectiva histórica. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Papalia, D. E. y Wendkos O. S. (1990). Desarrollo humano. (pp. 569-645). México: McGraw-Hill.

Proyecto Nacional de Educación Sexual, (1993). Colombia: Ministerio de Educación Nacional.

Rodó, A. y Rivera, D. (1994). La mujer y su cuerpo: Disociación y conflicto. En T. Valdés y M. Bustos (Eds.). Sexualidad y reproducción: Hacia la construcción de los derechos. Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales.

Rodríguez, G., Corona, E. y Pick, S. (1996). Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. En A. Langer y K. Tolbert (Eds.). Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. México: The Population Council-Edamex.

Rousselle, A. (1989). Porneia. De la maîtrise du corps à la privation sensorielle. (Jorge Vigil, Trad.) Barcelona: Nova-Gráfik. (Trabajo original publicado en 1983).

Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. (pp.265-302). Programa Universitario de Estudios de Género. México: Porrúa.

Sex Information and Education Council of the U. S., (1993). Guidelines for comprehensive sexuality education. Kindergarten-12th. grade. National Guidelines Task Force. Estados Unidos.

Sherman, A. (1978). Psicología de la mujer. (pp. 91-109) España: Hispano-Europea.

The Boston Women's Health Book Collective. (1992). The new our bodies, ourselves. E. E. U: Touchstone

Tolbert, K., Townsend, J. y Langer A. (1991. Agosto). El desarrollo de la sexualidad y la salud mental: un enfoque sobre la condición de la mujer en el mundo en vías de desarrollo. Ponencia preparada para el Congreso Mundial de Salud Mental, Ciudad de México.

Treviño, N. A , (Ed.) (1993). Instructivo para la titulación en la licenciatura. (pp. 24-26) Facultad de Psicología, División de Estudios Profesionales. México:UNAM.

United Nations. (1995). The world's women 1995. Trends and statistics. Social statistics and indicators. Series K 12.

UNICEF (1992). Estrategias para promover la educación de las niñas. Estados Unidos: UNICEF.

Velázquez, S. (1987). Hacia una maternidad participativa. En M. Burin, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. (pp. 323-346). Argentina: Grupo Editor Latinoamericano.

Videla, M. (1991). Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. Argentina: Cinco.

Werner , D. y Bower (1984). Aprendiendo a promover la salud Palo Alto California: Fundación Hesperian; México: Centro de Estudios Educativos.

Zozaya, M. (1997, Septiembre 4). Conductas de riesgo, reto para la sexología moderna. La Jornada. p. 5.