



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
“ ARAGÓN ”

TESIS

**PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA EDUCACIÓN DE LA
SEXUALIDAD DEL ADULTO DE 40 A 55 AÑOS DEL INSTITUTO
NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

PRESENTAN:

**LÓPEZ MALDONADO ISaura SUSANA
ROJAS JIMÉNEZ SELENE**

Asesor:

MTRA. HILDA DEL CARMEN PATRACA HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS...

A mi amoroso Dios Jehová, quien “es sabio de corazón” (Job 9:4) y la única fuente de verdadera sabiduría; la razón de mi existir y el propósito de mi vivir. A Él vaya siempre la gloria y la honra. Y, con todo mi corazón, alma, mente y fuerzas, la gratitud por todos mis logros e innumerables bendiciones.

A la más bella y siempre admirable mujer que he conocido en mi vida... Gracias Mamá! El logro es tuyo porque siempre has estado a mi lado apoyándome incondicionalmente en todo momento y de todas las formas. Enseñarme a andar en el camino de Jehová, aunado con tu amor, disciplina y comprensión han resultado ser mi mayor herencia. Te amo!

A mis amorosos hermanos Marco, Abraham y Salvador por su cuidado e interés personal. Y por ser para mí un ejemplo de responsabilidad, diligencia y nobleza de corazón.

SELENE ROJAS JIMÉNEZ

AGRADECIMIENTOS

Hemos terminado y una vez más quiero agradecer a todas las personas que nos su brindaron su apoyo para lograrlo.

De manera muy especial, con mucho cariño y respeto agradezco a mis padres Gloria e Inocencio por haberme brindado su apoyo incondicional durante todos mis estudios, para la realización de este proyecto y a lo largo de toda mi vida porque gracias a ellos siempre he salido adelante en cualquier meta que me he propuesto.

También agradezco a mis hermanos y a sus familias porque de una u otra forma siempre me han ayudado y están conmigo, así que este logro también es de ellos.

A nuestros profesores que nos apoyaron tanto en la realización de todo el trabajo como en la revisión del mismo.

A Selene por dar conmigo un paso tan importante en la vida de ambas y a su familia por el apoyo y paciencia que nos tuvieron para realizar este trabajo.

ISAURA SUSANA LÓPEZ MALDONADO

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I ¿QUÉ SIGNIFICA PARA EL ADULTO LLEGAR A UNA EDAD MADURA?.....	3
	4
I.1 Una mirada introspectiva a la anatomía en la edad madura.....	
I.2 El adulto desde su dimensión psicosocial.....	15
I.3 El adulto: sujeto de estudio de la pedagogía.....	37
I.4 Perspectiva demográfica.....	52
CAPITULO II VÍNCULO ADULTO – SEXUALIDAD – PEDAGOGÍA.....	54
II.1 La sexualidad una experiencia inherente e inmarcesible del ser humano.....	54
II.2 Educación de la Sexualidad: para un mejor disfrute sin prejuicios....	56
CAPITULO III HACIA LA REDEFINICIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS EN MATERIA DE SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS.....	60
III.1 Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT) y sus módulos.....	60
III.2 Plaza comunitaria.....	69
III.2.1 Quiénes y por qué asisten.....	71
III.2.2 Cuáles son sus intereses.....	71
CAPITULO IV PROPUESTA PEDAGÓGICA DE CONTENIDOS PARA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DEL ADULTO DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS.....	89
IV.1 Justificación.....	89
IV.2 Metodología.....	91
IV.3 Evaluación.....	92
IV.4 Contenido.....	96
IV.5 Bibliografía.....	161
CONCLUSIONES.....	163
BIBLIOGRAFÍA.....	167
ANEXOS.....	170
• Plan curricular del MEVyT	
• Cuestionario para la identificación de intereses y necesidades	
• Cartas descriptivas de los temas de la propuesta	

INTRODUCCIÓN

La relevancia del tema de esta tesis radica en que la sexualidad es un aspecto inherente, inmarcesible y determinante en todo ámbito del ser humano. La conducta sexual que se aprende desde la infancia, se adquiere a través de las interacciones humanas particulares de cada momento histórico y se adopta como un patrón de conducta aprendida que va a sentar las bases del comportamiento sexual del adulto.

Si bien es cierto que es un tema que se estudia desde niveles básicos como preescolar hasta instituciones como el INEA dedicado a la educación de personas adultas con el objetivo de ampliar su conocimiento. Lamentablemente, en nuestro país, algunos adultos aún conservan ciertos sentimientos de culpa, egoísmo e ignorancia respecto de la sexualidad, ya sea para abordarla en una plática o experimentarla de manera vivencial.

Para abordar este y otros temas INEA ha elaborado una propuesta educativa conocida como *Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT)*. Con dicha propuesta se pretende que el joven o adulto aprenda con materiales gratuitos y la ayuda de un asesor, diversos contenidos basados en sus intereses y necesidades. Sin embargo, aunque tales conocimientos resultan prácticos en la vida del asesorado, no son suficientes en la Educación del adulto que como proceso permanente e integral se encamina a la optimización del ser humano en todas sus esferas, para ello se necesita de otro tipo de conocimientos de índole social. Para ello el MEVyT incorpora a su estructura curricular módulos diversificados[#] cuyos temas se relacionan con el mejoramiento de las relaciones familiares, cómo iniciar un negocio, información respecto a infecciones de transmisión sexual o riesgos tales como el SIDA o las drogas, el embarazo, entre otros. La problemática reside en el hecho de que los módulos referidos a la sexualidad están diseñados, específicamente para los jóvenes soslayando a un sector muy importante y protagónico de la población que conforma INEA, los adultos de 40 a los 55 años.

Debido a lo anterior, el proporcionar una visión analítica, crítica y veraz de cómo se vive y se piensa la sexualidad en la edad adulta es el primordial objetivo de esta investigación, dando como resultado de ello una propuesta pedagógica de contenidos en materia de sexualidad para adultos estudiantes de INEA que se encuentran entre los 40 a 55 años de edad, por supuesto esto cuenta con un soporte teórico metodológico.

[#] Un módulo es un libro de texto diseñado con actividades estratégicas que favorecen el aprendizaje del tema en cuestión. Los llamados diversificados son módulos sin secuencia programada que desarrollan temas y competencias específicas a partir de los diferentes intereses de diversos sectores de la población. Fuente: www.inea.com.mx.

La presente investigación está sustentada por el método descriptivo (descrito en el capítulo 4), el cual nos permitió la formulación de cuestiones específicas para evaluar de forma independiente el grado de interés y necesidad por un módulo cuyos temas estén referidos a la sexualidad del adulto maduro.

En el primer capítulo se hace una descripción de esta etapa del hombre desde un enfoque biológico, psicosocial, pedagógico y demográfico. En esta primera parte se mencionan los principales cambios que ocurren en la edad madura, en cuanto a procesos fisiológicos como la menopausia en la mujer y la llamada andropausia en el hombre, la disminución de algunos sentidos como la vista y el oído. Se habla de cómo el adulto se concibe a sí mismo, cómo son las relaciones interpersonales; qué le espera con su propia vida y en el plano laboral. En la perspectiva pedagógica se rescata la importancia y finalidad de la Educación de los adultos, qué obstáculos tiene aún que enfrentar, su fin, el adulto aprendiz concebido como una persona con necesidades y características muy distintas a las de un niño pequeño y al otro lado de la enseñanza se ve al adulto educador actuando con un igual, sin imposiciones, en un diálogo, donde educando y educador aprenden a la par y éste último es un guía para el aprendizaje. Por último en la perspectiva demográfica se rescata del INEGI los datos estadísticos que hacen referencia a la población adulta de más de 40 años de edad en Cd. Nezahualcoyotl, lugar elegido para llevar a cabo la investigación, que es relativamente pequeña pero debido al aumento en la esperanza de vida se deben encontrar los medios para vivirla de mejor manera y dar paso a una vejez sin tantas complicaciones.

En el segundo capítulo se aborda la sexualidad como un aspecto presente en todas las etapas de la vida del hombre que se construye y se vive a partir de las normas y conductas que éste ha aprendido del círculo social en que este se desenvuelve. Debido a esto y porque es un aspecto que se aprende lo ideal es educarlo para lograr una optimización del mismo, por ello en la segunda parte del capítulo se resalta la importancia de una Educación de la sexualidad, cuál es su finalidad y qué objetivos persigue.

Como la propuesta está dirigida a la población de INEA, debemos conocer la estructura de esta institución, el concepto que tiene de adulto, qué es un módulo, el plan curricular, sus propósitos, propuestas, cómo se concibe el aprendizaje y los requisitos para la acreditación y certificación. Así mismo, es necesario conocer las necesidades educativas de la población concernientes a la sexualidad, motivo por el cual se aplicó un cuestionario a personas de 40 a 55 años de edad que estudian en plazas comunitarias de esta institución, cuyos resultados se presentan en el capítulo tercero.

Finalmente, el cuarto capítulo titulado Propuesta pedagógica de contenidos para la educación del adulto del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos tiene como base el análisis de los capítulos anteriores, en él se presentan las justificantes para desarrollar tal propuesta que finalmente pretende formar parte de la curricula del MEVyT, también se presentan los contenidos a desarrollar en dicho módulo alternativo al de "Sexualidad juvenil" (que es el que se estudia actualmente).

CAPITULO I ¿QUÉ SIGNIFICA PARA EL ADULTO LLEGAR A UNA EDAD MADURA?

Es sabido que muchos jóvenes hacen hasta lo indecible para hacer creer a los demás que son mayores de lo que realmente son, quizás por medio de vestirse como los mayores, por dejarse crecer una barba o un bigote, o simplemente por medio de adoptar un aire de madurez adulta. Nada los halaga más que el que se les trate como al adulto que tan desesperadamente están tratando de ser.

Lamentablemente, la juventud es efímera. A medida que la salud mengua y las circunstancias obligan a disminuir el paso, ese joven que aspiraba a ser adulto muy pronto se convierte en un adulto que aspira a ser joven. Falta el vigor de antaño, la vista en algunos casos comienza a fallar, aparecen los dolores de espalda y se olvida leer hasta lo que se ha escrito como recordatorio. Pero, ¿acaso todo pinta negativo en el devenir del adulto maduro? De ningún modo.

El presente capítulo tiene la finalidad de exponer lo que le implica al hombre percibirse como un adulto en edad madura, los cambios físicos, psicológicos y sociales que lo acompañan, así como la importancia de conocerse y revalorar su ser en su totalidad, junto con el sinnúmero de capacidades que posee. Es por ello que daremos inicio con la delimitación cronológica del adulto para el cual va dirigido el presente trabajo de investigación.

Es innegable que la vida se presenta como un continuo en el cual nada permanece estático e inmutable. El paso al envejecimiento es vivido por muchos seres humanos como algo negativo debido a que es en la edad adulta (madurez) cuando se presentan cambios en el organismo, en el comportamiento, y se percibe de manera distinta el entorno social.

Existen diversas acepciones respecto al concepto de adulto, por lo que conviene en un primer momento hacer la distinción de las tres grandes etapas en las que se divide la edad adulta, así como los rasgos generales que las distinguen, para posteriormente enfocarnos en la que nos concierne.

- a) Adulthood temprana: según Bromley¹ este periodo está comprendido entre los 21 y 25 años. La vida familiar y profesional comienza a cambiar. Se asumen nuevos roles y a nivel profesional se elige una ocupación, una pareja, se asume en algunos casos el compromiso serio de un matrimonio, se vive la paternidad, la dirección de un hogar y la adquisición de responsabilidades como ciudadano. A nivel personal se percibe una gran vitalidad, una reafirmación de la individualidad, en suma la vida se le presenta (al sujeto) seductora y llena de ilimitadas promesas.

¹ Apud. cfr., MORALEDA, Mariano. Psicología del desarrollo infantil, adolescente, madurez y senectud. Editorial Alfaomega, México, 1999. p. 343.

- b) **Adulthood media:** ubicada entre los 25 y 40 años, es una etapa de productividad, en donde el intelecto y la creatividad se ven reflejados en ámbitos como la política, la diplomacia, el arte, etc., es en este momento cuando se proporciona a los hijos la ayuda para su desarrollo físico, emocional y moral. En el ámbito de la sexualidad, la afectividad y la pasión ceden a favor de una actitud más seria y reflexiva ante la vida. Se adquiere mayor seguridad de sí mismo así como una constancia y resistencia que le proporcionan beneficios en su desempeño laboral.
- c) **Adulthood tardía:** considerada como una época de decadencia biológica que implica por lo mismo, frecuentemente, graves conmociones y crisis psíquicas, se considera una de las etapas más difíciles tanto para hombres como para mujeres, se sitúa entre los 40 y 55 años.

Es en esta etapa donde enfocaremos nuestro estudio indicando los cambios que suceden a nivel físico, psicológico, emocional, sociofamiliar y de intelecto*. Comenzaremos definiendo al adulto desde una perspectiva fisiológica.

1.1 Una mirada introspectiva a la anatomía en la edad madura

Por nuestra cultura occidental, la importancia a conceptos como la estética, cuerpo, juventud, belleza y longevidad adquieren relevancia sobre otros. Todo ello subraya el deseo del ser humano de vivir una vida más larga y feliz. El envejecimiento, por ende, es un acontecimiento que preocupa tanto a hombres como mujeres, el cual pocos saben como afrontar. El envejecimiento “se caracteriza por el declive de la capacidad fisiológica y un creciente aumento en la incidencia y severidad de la enfermedad en el ritmo diario estresante de la vida.”² Este declive fisiológico será expuesto en el presente capítulo, no sin antes exponer las teorías que científicamente nos explican porqué a determinado tiempo el ser humano comienza a envejecer.

Teorías del envejecimiento

Hay quienes creen que el envejecimiento está programado en los genes, otros opinan que es el resultado acumulado de enfermedades que estropean el organismo y de sustancias nocivas producidas por el metabolismo, y aún otros

* En ocasiones se utilizará el término “edad madura” para referirnos a este mismo periodo. Aunque cabe aclarar que la definición de “edad madura” depende del contexto familiar o biológico del que se hable. Es decir, una persona puede considerarse en edad madura, en un contexto familiar, si se trata de alguien con hijos ya crecidos o tiene padres ancianos. Por otra parte, se considera biológicamente madura a una persona que por su edad se ubica en esta etapa. No obstante, existen aún así, ciertas particularidades, tales como el hecho de personas de cincuenta años que por factores conductuales y del estilo de vida o bien por que realizaron ejercicio regularmente en etapas anteriores lucen un aspecto más juvenil y conservado que personas de treinta y cinco años. De la misma forma, en la actualidad existen personas en edades de 40 y 55 años que crían a hijos pequeños. Cfr. BEE, Helen L. y Mitchael, K. S. El desarrollo de la persona. En todas las etapas de su vida. 2ª edición, Editorial Harla, México, 1987. pp. 422.

² TIMIRAS, Paola. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. 2ª edición, Editorial Masson, España, 1997. p. 381.

lo atribuyen a las hormonas o al sistema inmunológico. Los científicos piensan que si se pudiese aislar la causa del envejecimiento, cabría la posibilidad de eliminarlo.³

- **Teorías celulares del envejecimiento**

Esta teoría postula que con la edad, las células del cuerpo mueren y no son reemplazadas. Existen dos principios causales que sostienen esta teoría. Uno de ellos explica que la longevidad de las células está programada genéticamente, de tal manera que a cierto tiempo y dependiendo el tipo de célula del que se trate, cada una irá deteniendo su proceso reproductivo sin que nada ni nadie lo detenga. Otra explicación esta en el hecho de que con el paso de los años, las células van sufriendo cierto desgaste, producto de la radiación, una síntesis inadecuada de proteínas celulares, o bien, porque el sistema circulatorio esta deteriorado y da lugar a una nutrición inapropiada. Este daño acumulado es lo que imposibilita su continua reproducción.

- **Teorías de los sistemas de órganos del envejecimiento**

Este tipo de teorías más que interesarse en por qué las células envejecen, se centran en por qué nuestros cuerpos envejecen. Atribuyen un papel importante en este proceso al sistema circulatorio, pues es este el encargado de irrigar sangre con oxígeno y nutrientes a través de los vasos sanguíneos a todo el cuerpo. Con la edad, estos vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se vuelven más estrechos y quebradizos debido a sustancias grasas como el colesterol.

- **Teorías del envejecimiento de los sistemas orgánicos**

Estas teorías “definen al cuerpo humano en su totalidad como un sistema complejo.”⁴ En este sentido se pretende explicar el proceso del envejecimiento a partir de las relaciones entre órganos y sistemas en su reacción a algunos sucesos, como lo pueden ser las infecciones. Es sabido que ante agentes externos, como los virus, el cuerpo reacciona mediante el sistema inmunológico. Sin embargo, esta respuesta inmunológica dependerá de los cambios en la química de la sangre, la temperatura y otros factores. Con la edad, la eficiencia de las respuestas inmunológicas se aminora haciendo al cuerpo más susceptible de enfermarse.

No obstante, es menester hacer notar que los adultos en edad madura podrían tener expectativas mejores de vida de saber lo que realmente pasa en sus mentes y cuerpos a esa edad. Para ello haremos un análisis de lo que ocurre en nuestro cuerpo a nivel de los sentidos, habilidades motoras, estructuras y sistemas.

³ BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. pp. 433-436.

⁴ BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S.. Op.cit. p. 435.

Funcionamiento sensorial

- **La vista**

Comenzaremos refiriéndonos a una de las partes más bellas del ser humano: el ojo, definido como: “una prodigiosa “cámara” de control automático que transmite impulsos al cerebro, donde el objeto enfocado en la retina del ojo se traduce en visión.”⁵ En efecto, la visión ofrece a nuestra vida una comarca infinita de formas, entes o sujetos para contemplar, estudiar, aprobar, desear o bien soslayar. Disfrutamos de ella desde que nacemos y nos reporta mucha alegría, aunque en ocasiones la damos por sentado. Pero es precisamente en la edad adulta tardía cuando muchas personas suelen reconocer su valor al percatarse de que lo que antes se podía leer con facilidad ahora les resulta difícil.

Específicamente son cinco las áreas en donde tienen lugar los problemas visuales: 1) visión cercana, 2) visión dinámica (como el leer señales en movimiento), 3) sensibilidad a la luz, 4) búsqueda visual (localización de una señal, por ejemplo) y, 5) velocidad de procesamiento de la información visual.⁶

No es de extrañar, pues el cristalino del ojo pierde su flexibilidad con la edad, disminuye su capacidad para cambiar de foco, y produce lo que se conoce como *presbiopía* * que se refiere a una “menor capacidad para enfocarse en los objetos cercanos” asociada con el envejecimiento. De ahí que se hagan necesarios el uso de anteojos para contrarrestar tanto los efectos de la miopía como los de la presbiopía.

- **El oído**

Al igual que sucede con la visión, también en términos auditivos, existe lo que se conoce como *presbiacusia*, referida a una “perdida gradual de la audición, que tiene que ver más con los sonidos de tonos más altos que a los del habla.”⁷ Por otra parte, se sabe que los hombres suelen perder la audición dos veces más rápido que las mujeres. Pero, independientemente de ello, tanto hombres como mujeres están padeciendo una pérdida de la audición acelerada debido al uso de aparatos electrónicos en los oídos para escuchar música.

- **El tacto**

“Los adultos empiezan a perder su sensibilidad al tacto después de los cuarenta y cinco y al dolor después de los cincuenta años. Sin embargo, se conserva la

⁵ Watch Tower Bible and Tract Society. Perspicacia para comprender las Escrituras. Tomo 2, New York. 1991. p. 528.

⁶ Cfr. PAPALIA, Diane. et.al. Desarrollo humano, 9ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2005. p. 586.

* Cuyo prefijo *presbi* significa: “con la edad”. Idem.

⁷ Ibidem. p. 587.

función protectora de dolor... (es decir) se torna menos capaz de tolerarlo.”⁸ Pasa lo mismo con la fuerza, la coordinación, la resistencia, y en general la destreza manual.

- **Habilidades motoras**

Estas habilidades motoras complejas involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones que con la edad se van perfeccionando. No obstante, como es lógico pensar, estas habilidades comienzan a declinar al pasar de los años, pero tal disminución no necesariamente da por resultado un desempeño más pobre. De hecho es más probable que personas más jóvenes sufran alguna lesión en el trabajo que las personas mayores que por su edad tienden a ser más conscientes y cautelosos. Por consiguiente, el conocimiento basado en la experiencia compensa la pérdida paulatina de las habilidades motoras.⁹

Cambios estructurales y sistémicos

Para la quinta y sexta década, es decir, entre los cuarenta y cincuenta años, los cambios en la piel, cabello, sudoración y estatura, comienzan a ser perceptibles.

- **El cabello**

El cabello a lo largo del tiempo ha sido un aspecto que preocupa tanto a mujeres como hombres; el color, lo largo, el volumen, el aspecto nutrido, el brillo, etcétera, son rasgos que nos inquieta durante juventud, pero se vuelve más preocupante cuando se llega a la edad madura y el cabello se comienza a debilitar (por el abuso de tintes, permanentes y químicos), se desquebraja y por ende tiende a caer. Otra razón por la que el cabello se vuelve más delgado es debido a que “la tasa de reemplazo es más lenta y además se tiende a encanecer a medida que disminuye la producción de melanina, el agente de la pigmentación.”¹⁰

- **Piel y tejido conectivo**

La piel también sufre cambios considerables; “se vuelve menos firme y suave a medida que la capa de grasa debajo de la superficie se hace más delgada, las moléculas de colágeno se hacen más rígidas y las fibras de elastina más frágiles.”¹¹

- **Pérdida ósea**

Llega un momento en la edad madura en que el organismo de los seres humanos, absorbe más calcio del que reemplaza. Especialmente en el caso de las mujeres

⁸ Idem.

⁹ Cfr. Ibidem. p. 588.

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

acusar una pérdida ósea acelerada después de la menopausia, cuando el nivel de estrógenos disminuye. Una vez que la cantidad de hueso baja de cierto límite, se producen fracturas con poco o ningún traumatismo.¹² La pérdida ósea se acelera entre los cincuenta y los sesenta años, en las mujeres suele ser más rápida que en los hombres, pero en ambos casos da lugar a la osteoporosis*. Sin embargo, cabe señalar que también es ocasionada por el tabaquismo, el consumo de alcohol y una dieta inadecuada, pues hacen que se acelere la pérdida ósea.

- **Envejecimiento de huesos, articulaciones y músculos**

Al conjunto de estos tres se le conoce con el nombre de sistema musculoesquelético¹³ y, como todo proceso natural: crece, madura y finalmente comienza a debilitarse. En el caso del esqueleto óseo su envejecimiento se presenta de forma casi desapercibida a simple vista, es fuerte y duradero, además de que puede resistir lesiones y auto repararse eficazmente. Aún así, no está exento de sufrir traumatismos, nutrición deficiente y cambios degenerativos. En lo que concierne a las articulaciones, su envejecimiento suele producir un dolor físico considerable y alteración funcional.

Sistema sexual femenino

Como un primer momento haremos una descripción general del sistema sexual del hombre y de la mujer.

Entre los componentes principales del sistema sexual femenino se encuentran los ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina. **Los ovarios** son unos “órganos almendrados de unos 4 centímetros (1,5 pulg.) de largo. Estos contienen vesículas redondas llamadas folículos que portan los huevos inmaduros.”¹⁴ Se calcula que al nacer hay entre 150.000 y 500.000 folículos para cuando la mujer alcanza una edad madura joven quedan sólo unos 34.000. Su número continúa disminuyendo hasta la menopausia cuando los pocos folículos que quedan involucionan y los ovarios se retraen y producen mucho menos estrógeno. Sólo 300 a 400 folículos maduran y liberan un óvulo, el que si es fecundado se desarrolla en un embrión, el que no lo es, se elimina con la menstruación.

Cada mes, más o menos a la mitad del ciclo menstrual de la mujer físicamente madura, se rompe un folículo liberando el óvulo al interior de la cavidad peritoneal. A este proceso se le conoce como ovulación. Debido a que la mujer promedio es fértil por cerca de 35 años y ovula aproximadamente 13 veces cada año. Los folículos yacen por debajo de la corteza del ovario, durante este proceso de maduración, los folículos se hunden profundamente hacía el centro del ovario. A medida que estos crecen se forman varias capas alrededor del óvulo, el rápido

¹² Cfr. Enciclopedia Compacta Britannica.

* Pérdida generalizada de la densidad ósea que debilita el esqueleto. Idem.

¹³ Cfr. TIMIRAS, Paola. Op.cit. p. 313.

¹⁴ Enciclopedia Compacta Britannica. CD-ROM. Chicago: Encyclopædia Britannica. 2006.

aumento de líquido folicular y de tamaño ejerce presión, la cual revienta la pared del ovario. El óvulo liberado se deposita en la trompa uterina. Después que el óvulo es expulsado del ovario, la membrana del folículo vacío se invagina llenando la vacante de un cuerpo amarillo. Este nuevo crecimiento produce progesterona.*

Respecto a las **trompas de Falopio** una de ellas, converge el óvulo del ovario al útero y constituye el lugar idóneo de la fertilización. Cada una mide alrededor de 10 cm. de longitud; la parte fimbriada se une al ovario y se acopla sobre él. Se dividen en tres secciones: la porción intramural, el istmo y el ampulla. La primera de estas tres secciones se encuentra en el interior de la pared uterina. La segunda, corresponde a la porción estrecha de trompa que se une al útero y se ensancha en el ampulla antes que se abra en la cavidad uterina.

El **útero** es un órgano hueco de paredes musculares gruesas, su diámetro en el fondo mide entre 6.5 x 5 cm., su forma es similar a la de una pera por lo cual se estrecha a un diámetro de 2.5 cm. en la cervix y tiene una longitud de 8 cm. aproximadamente.

La porción mas grande del cuerpo uterino se encuentra por arriba de la cervix[#], la cual se abre en la parte trasera de la vagina. El útero se mantiene en posición por seis ligamentos, cuando una mujer está en posición erecta con la vejiga y el recto vacíos, el útero yace casi en posición horizontal con su extremo superior hacia delante en ángulo recto con la vagina. Las paredes del útero alcanzan un grosor de 1.5 cm. y las constituyen tres capas: el perimetrio que consiste en tejido fibroso elástico; el miometrio que conforma la mayor parte de la pared uterina y que consiste de capas de fibras musculares lisas pero fuertes, y el endometrio que se refiere a la capa interna o mucosa que se engruesa a medida que el útero se prepara para la implantación de un óvulo fertilizado, pero que se desecha durante la menstruación si no ocurre la fertilización.

La **vagina** es un tubo muscular que se extiende desde un poco arriba de la cerviz hasta la abertura externa del vestíbulo de la vulva. Su longitud es de 7.5 cm. aproximadamente en su pared anterior y de unos 9 cm. en su pared posterior extendiéndose hacia arriba en forma casi vertical en la mujer en posición erecta, en ángulo recto con el eje longitudinal de útero.

Este órgano recibe al pene en al acto del coito. Las capas que conforman la pared de la vagina son:

* Esta hormona inhibe la ovulación durante el embarazo. Aunque la ovulación ocurre en forma alterna en cada ovario, puede darse el caso de que un solo ovario expulse varios óvulos en sucesión. Cfr. Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Sexualidad humana. 5ª edición, Editorial El manual moderno, México, 2000. p. 51.

La cervix es más pequeña y fibrosa que el cuerpo uterino y su epitelio contiene glándulas que producen secreción mucosa. Durante el embarazo la cervix está cerrada a menudo por un tapón mucoso que separa el útero de la vagina, lo cual evita que bacterias del exterior produzcan infecciones. Ibidem. p. 54.

1) La capa fibrosa y delgada, de tejido elástico, la cuál sirve como ayuda en la contracción y como tejido conjuntivo para otros tejidos corporales;

2) La capa muscular, es un músculo liso que corre en dirección longitudinal y con algunas fibras musculares circulares en el conducto vaginal;

3) La mucosa que alberga criptas y numerosos vasos sanguíneos. Son los pliegues de mucosa los que dan a la vagina su aspecto rugoso. Toda la zona contiene una red intrincada de tejido eréctil que funciona ayudando a la dilatación y cierre del conducto vaginal. Las secreciones mucosas del tejido uterino ayudan a veces para humedecer la vagina, pues ésta secreta un líquido mediante un proceso homólogo a lo sudoración.

Otra parte importante la constituye el himen, una membrana que cierra parcialmente el orificio de la vagina, adopta diferentes formas y no todas obstruyen significativamente, por lo general es anular o perforado, o bien, sólo cubre parcialmente la abertura. En ocasiones es con el primer coito con lo que esta membrana se rompe, ocasionando algunas veces, sangrado y dolor.

De manera externa se localiza el sistema conocido como **vulva**, compuesto de las siguientes partes: el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el vestíbulo. El monte de Venus esta compuesto por tejido grasoso que se localiza debajo de la piel sobre el pubis, se encuentra cubierto por vello púbico. De este promontorio salen dos pliegues longitudinales de piel que corren lateralmente y conforman los bordes externos de la vulva, se les conoce con el nombre de labios mayores, son un tanto abultados y contienen folículos sebáceos y glándulas sudoríparas.

Al interior de estos pliegues hallamos los labios menores, que son de menor tamaño que los anteriores, poseen abundantes glándulas sebáceas y constituyen los bordes laterales e inferiores del vestíbulo. En la cima se fusionan para formar el prepucio y rodear el clítoris. Este último “es una estructura cilíndrica eréctil pequeña situada encima del vestíbulo [...] Consiste de dos tallos como piernas que nacen en el pubis y se fusionan formando la diáfisis, hasta terminar en el glande, el cual se proyecta entre las ramas bifurcadas de los labios menores...”¹⁵ El glande del clítoris es lo único que se encuentra expuesto, el cuerpo se puede palpar bajo el prepucio que lo cubre. Contiene estructuras esponjosas y eréctiles rodeadas por tejido fibroso denso, su tamaño es de aproximadamente 2.5 cm. de longitud.

- **Menopausia: Envejecimiento del sistema sexual femenino**

La menopausia es una etapa que toda mujer alcanza con el paso de los años y se ha visto rodeada de conceptos erróneos. Lo que causa que muchas mujeres teman llegar a esta. En una sociedad como la nuestra en la que los valores giran

¹⁵ Ibidem. p. 57.

en torno a la belleza y aspecto juvenil, suele pensarse equivocadamente que la aparición de los primeros síntomas de la menopausia constituye el fin repentino de la juventud y comienzo de la vejez. Para la mayoría de las mujeres esta etapa aunque nueva, no es nada nueva.

No obstante, no se le tiene por que temer si se esta bien informado. Como resultado de numerosas investigaciones se han descubierto terapias que facilitan su transición. Así mismo, existen numerosos medios en donde se puede hallar respuestas concisas para una mejor comprensión, lo cual ayudaría a eliminar temores, supersticiones y frustraciones.

Esta accesibilidad a la información es fundamental y constituye un derecho para toda mujer, máxime cuando a muchas de ellas todavía les queda más de un tercio de vida después de la menopausia.

Es preciso tener en claro las siguientes definiciones proporcionadas por la OMS en torno al tema.

“Menopausia: detención permanente de la menstruación que resulta de la perdida de la actividad folicular ovárica.

Perimenopausia del climaterio: periodo inmediatamente anterior y al menos de un año después de la menopausia diferenciado por las características fisiológicas y clínicas de la involución ovárica.

Posmenopausia: periodo que queda después de la menopausia.

Premenopausia: término ambiguo usado de forma variable para describir los uno o dos años previos a la menopausia, o el periodo completo reproductor anterior a la menopausia.”¹⁶

En el siguiente esquema se pueden entender los periodos referidos.



Son diferentes los factores que pueden incidir en el comienzo de la menopausia, tales como la herencia, el estrés, medicamentos, enfermedades y operaciones quirúrgicas. Es alrededor de los cuarenta años cuando los niveles de estrógeno y

¹⁶ TIMIRAS, Paola S. Op. cit. p. 181

de progesterona¹⁷ comienzan a decrecer, ya sea de forma gradual o fluctuante, no se ovula en todos los ciclos, los periodos se vuelven irregulares y, por lo general, más espaciados; las hemorragias resultan más escasas o más abundantes. Finalmente, se deja de ovular y cesan las menstruaciones. Los síntomas más comunes de la menopausia pueden ser algunos de los siguientes: sofocos, transpiración, palpitaciones, cefaleas, insomnio, cambios en el carácter, irritabilidad, depresión, anorgasmia y aprensión[#].

El síntoma más común y bien conocido es la sofocación, la frecuencia de estas varía desde varias por día a una o dos por semana. Después de una sensación de presión en la cabeza se tiene otra de calor súbita en la cara, el cuello y el pecho asociada con vasodilatación cutánea y sudoración en muchas regiones del cuerpo. El aumento concomitante de la temperatura de la piel tiene una duración mayor y es máxima en los dedos de las manos y pies. Así mismo, la sofocación va acompañada por un aumento del 20% de la frecuencia cardiaca sobre los valores de reposo y de un aumento de 4 a 30 veces del flujo sanguíneo de las manos en los dos o tres primeros minutos de la sofocación.¹⁸

Otros síntomas comunes que suelen presentarse son la ansiedad (aprensión, pérdida de autoestima, miedo), nerviosismo (se hacen excitables fácilmente teniendo cansancio físico y mental), irritabilidad (rabia o angustia frecuente, gritos y lloros incontrolables) y depresión (apatía, incapacidad para tomar decisiones, pérdida de reacción emocional y de libido, retraso psicomotor). Si bien es cierto que algunos estudios manifiestan pocas diferencias en el conjunto de síntomas psicosociales y psicosomáticos a cualquier edad (de 13 a 64 años), también es reconocido que ciertos síntomas como la irritabilidad, nerviosismo, depresión, jaquecas y palpitaciones fueron más comunes en la menopausia que en cualquier otra edad.

El descenso del nivel de estrógenos que sucede en esta etapa repercute en los tejidos sensibles a esta hormona o dependientes de ella. Los efectos son los siguientes: adelgazamiento y resecación de los tejidos vaginales, disminuye el vello púbico y los labios mayores se hacen muy pequeños, la vagina pierde elasticidad y presenta una disminución de su tamaño. Después de la menopausia la población de lactobacilos* disminuye, lo que puede provocar un gran riesgo de

¹⁷ El estrógeno es definido como una "hormona esteroide que determina los caracteres sexuales femeninos y afecta el funcionamiento del ciclo menstrual". Por su parte, la progesterona es "la hormona femenina (conocida como la hormona del embarazo) producida por el cuerpo amarillo o el cuerpo lúteo, cuya función es preparar al útero para recibir y desarrollar al óvulo fecundado". Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. pp. 357, 361.

[#] Decimos "pueden ser", debido a que no son síntomas generalizados. De hecho, existen culturas, como la asiática, en donde no existe un término morfológico para referirse a la menopausia, y esto es a consecuencia de que las mujeres rara vez presentan síntomas como los señalados, producto entre otras cosas del tipo de alimentación y actividades diarias.

¹⁸ Cfr. TIMIRAS, Paola S. Op. cit. p. 186.

* Un lactobacilo es "cualquiera de las bacterias positivas baciliformes que componen el género *Lactobacillus*. Abundan en los alimentos, estiércol, leche y productos lácteos de los animales. Se utilizan diversas especies en la industria para producir leches agrias, quesos y yogures. Los lactobacilos también desempeñan un papel

infecciones bacterianas, las cuales, si son tratadas con antibióticos pueden favorecer el crecimiento de levaduras responsable de vaginitis posmenopáusica.

Sistema sexual masculino

Los principales componentes del sistema sexual masculino son los testículos, escroto y pene. A continuación detallaremos la fisiología de estos órganos*.

Los **testículos** son las gónadas[#] que se desarrollan en pares en la cavidad abdominal. Los testículos descienden poco antes o después del nacimiento al interior del escroto, “una bolsa de tejido laxo que se encuentra como procedencia de la cavidad abdominal”. Los testículos son cuerpos ovoides que varían en tamaño, pero en el adulto miden alrededor de 4 cm. de longitud y 2.5 cm. de diámetro. El **escroto**, cavidad donde se alojan, está apoyado en músculo y tejido que actúa regulando la temperatura de los testículos, la cual generalmente es menor a la del cuerpo. Ello es importante y necesario para la reproducción de los espermatozoides. Los músculos y tejidos de apoyo sirven para contraer el escroto cuando la temperatura externa es baja, acercando en esta forma los testículos al cuerpo que se encuentra en una temperatura más caliente. Se relajan cuando la temperatura se eleva, descendiendo los testículos y alejándose del cuerpo.

Cada testículo posee dentro de sí alrededor de 250 lóbulos o compartimentos que contienen a su vez de 1 a 3 túbulos seminíferos enrollados y alabeados. Las paredes de los lóbulos están recubiertas por tejido germinal y es aquí donde tiene lugar la formación de espermatozoides en el proceso conocido como espermatogénesis.

Los aproximadamente 1,000 tubos seminíferos que contienen cada testículo se convergen en una estructura central denominada red testicular, la cual se ubica cerca de la superficie en la porción alta del testículo. Esta red de tubos, fibras y vasos se vacía en cerca de 10 a 15 conductos deferentes mediante los cuales los espermatozoides son movilizados a través de movimientos de ondas sucesivas de contracción hacia el epidídimo*. Aquí permanece el esperma para madurar hasta por seis semanas, durante este tiempo son nutridos por su epitelio. El epidídimo también funge como una cámara de selección, pues aquellos espermatozoides menos aptos para sobrevivir y resistir el largo camino que les espera, se amontonan en el centro del túbulo, donde son reabsorbidos.

importante en la elaboración de vegetales fermentados (encurtidos y repollo agrio), bebidas (cerveza, vinos y jugos), panes de levadura agria y algunas salsas. Habitan en el tracto digestivo de seres humanos y animales sin causar daño. Se emplean preparados comerciales de lactobacilos para restaurar la flora intestinal normal después de tratamientos con antibióticos. Enciclopedia Compacta Britannica.

* El funcionamiento sexual femenino y masculino se abordará en el capítulo 2, concerniente a la sexualidad.

Entiéndase por ‘gónada’ una “glándula sexual; testículo u ovario”. Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. p. 358.

* El epidídimo es una “red de tubos diminutos que conecta a los testículos con el conducto espermático”. Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Op. cit. p. 356.

Los **espermatozoides** son transportados por acción ciliar dentro del epidídimo hacia un minúsculo conducto colector, el conducto deferente. Este túbulo minúsculo de 46 cm. de longitud se origina en el extremo terminal del epidídimo y asciende hacia la cavidad abdominal. Este conducto sirve como un pasaje del esperma y como un lugar de almacenamiento particularmente en su extremo superior. El tamaño de los espermatozoides se puede calcular si consideramos que debe recorrer 500 veces su longitud para avanzar 2.5 cm.

El **pene** es un órgano impar, es cilíndrico recubierto de piel muy fina. En su extremo libre, el pene termina en el glande o cabeza. La piel que lo cubre se prolonga por encima del glande, cubriéndolo total o parcialmente; formando un capuchón que se conoce como prepucio.

El prepucio se une mediante el frenillo a la cabeza del pene; a veces cuando el frenillo es muy corto o el prepucio obstruye y aprieta la cabeza del pene, se practica el corte de prepucio, comúnmente conocido como circuncisión. La cabeza o glande tiene en la parte interior el meato urinario, por el cual sale la orina y durante la eyaculación el semen. El pene adopta dos estados, uno flácido y otro erecto. Fisiológicamente hablando, la reacción se produce por la acumulación de sangre en los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso que permiten que se produzca un aumento en el volumen y consistencia, es decir, crece y se endurece. La función del pene es doble; es el órgano de la copulación y también es conducto de las vías urinarias, a través de la uretra.

- **Andropausia: Envejecimiento del sistema sexual masculino**

Cuando los hombres llegan a los 40 años de edad y hasta los 55 pueden experimentar un fenómeno similar a la menopausia femenina denominada ANDROPAUSIA, este término fue descrito por primera vez en la literatura médica en la década de los 40.

La andropausia (del griego hombre – pausa, corte) es el efecto del suministro deficiente de las hormonas en el cuerpo del hombre.¹⁹ Así que podemos llamar andropausia al proceso por el cual las capacidades sexuales y funciones orgánicas del hombre van declinando. En los hombres el descenso de la producción de hormonas sexuales (testosterona) es más gradual que en el caso de las mujeres, pues tarda más bien décadas contrario a la mujer en la que como ya vimos el proceso de cambio puede durar meses o menos años.

Este proceso conocido como andropausia entre la población de nuestro país es poco conocido, sin embargo, esta situación debe cambiar ya que la esperanza de vida ha aumentado por lo que se prevé que cada vez será mayor la cantidad de población que llegue a esta etapa.

¹⁹ “Andropausia, la menopausia del hombre”, www.terra.com

La disminución de la hormona testosterona inicia a partir de los 40 años de edad, se estima que a los 60 años existe una reducción del 20% y a los 80 años es aproximadamente del 50%, esta hormona se produce en los testículos y en las glándulas suprarrenales, ayuda a formar proteínas y es esencial para la conducta sexual normal y producir erecciones, e influye en actividades metabólicas de lípidos e hidratos de carbono, la formación ósea, función hepática y formación de la próstata.

Pero si la testosterona disminuye produce cambios como los siguientes: disminución del impulso sexual, hay menor masa muscular y pérdida de la resistencia muscular, aumento de grasa corporal, osteoporosis ya que la densidad ósea disminuye hasta un 15%, riesgo cardiovascular (arteriosclerosis que es el endurecimiento de las arterias), así como cambios emocionales y de conducta.

Otros cambios que podemos apreciar durante este periodo son una reducción en cantidad y movilidad de espermatozoides aunque la mayoría de los hombres los siguen produciendo indefinidamente hasta la vejez, la disminución del vello corporal, trastornos en la piel, bochornos, sudoración nocturna, insomnio y palpitaciones.

En el aspecto mental hay una disminución de la concentración y de la actividad intelectual, irritabilidad, depresión, fatiga y reducción de la habilidad de orientación, también existen las repercusiones en la capacidad productiva, en las relaciones socio familiares y en el deterioro de la autoestima.²⁰

Debido a la cantidad de trastornos que causa este proceso existe un tratamiento que debe ser a través de un grupo multidisciplinario en que se conjunten apoyo nutricional, psicológico, actividad física y sobre todo la intervención médica de un urólogo. Según el doctor John Dean²¹, especialista en salud sexual, los hombres que reciben suplementos de testosterona deben realizarse chequeos médicos ya que de no mejorar los síntomas se debe suspender el tratamiento, ya que conduce a otros riesgos los cuales podrían ser cáncer de mama y de próstata.

Sin embargo, si los resultados son favorables con el tratamiento de testosterona mejora la actitud reforzando la autoestima ya que el hombre se siente vigoroso, con mejores niveles de energía, ánimo, cognición y desempeño sexual.

1.2 El adulto desde su dimensión psicosocial

Una vez realizada la delimitación cronológica de la edad adulta mencionando los correspondientes cambios fisiológicos por los que atraviesa el ser humano, ahora haremos una revisión del adulto desde una perspectiva psicosocial.

²⁰ Cfr. “Andropausia”, Secretaria de Salud, www.e-mexico.gob.mx

²¹ Idem.

Un análisis desde esta perspectiva comprende aspectos como la personalidad; las relaciones con la familia y el grupo de amigos, así como el trabajo, ocupaciones y pasatiempos que se tengan.

La transición psicosocial a la adultez ocurre después de la adolescencia, en la llamada edad adulta temprana que según con las etapas del desarrollo de Erikson²² corresponde a la etapa “Intimidad vs. Aislamiento”. Esta etapa se caracteriza por establecerse las relaciones con el otro sexo, el mismo y con el propio Yo, esto es establecer vínculos afectivos, amistosos, cordiales y agradables con otras personas e incluso con uno mismo.

Lo opuesto a la intimidad es el aislamiento que se manifiesta en la incapacidad para establecer esas relaciones, apartando e incluso destruyendo aquellas situaciones o personas que el individuo considera hostiles a él. En este sentido el aislamiento constituye el fracaso de la intimidad.

La edad adulta media corresponde a la etapa VII “Generatividad vs. Estancamiento”²³ en la clasificación de Erikson que es la que ocupa nuestra atención; se da prioridad a la satisfacción de las necesidades personales y familiares surgiendo un interés por el bienestar de los demás y del mundo en general, es decir, se produce una preocupación por cuidar y heredar algo de sí mismo a las generaciones jóvenes.

Las personas que se encuentran en la crisis del paso hacia esta etapa lo resuelven contribuyendo al desarrollo de otros, esto lo pueden lograr ya que ellos han obtenido satisfacción en sus relaciones familiares, de trabajo y en su vida en general, por lo tanto manifiestan la capacidad y seguridad de cuidar a los demás, es decir, se da la Generatividad característica de una verdadera madurez, según afirma Marjorie Fiske.²⁴

Cuando no se resuelve la crisis, puede ocurrir lo contrario, un estancamiento en la satisfacción de las necesidades personales y una obsesión por un cuidado y atención a sí mismos, sobre todo si ciertas condiciones lo favorecen como tener a la familia preocupándose por el adulto, que otras personas lo traten como el centro de atención o tal vez por una enfermedad va a crear una atención a sí mismo.

Se puede estudiar al ser humano desde sus diferentes etapas del desarrollo, entiéndanse la niñez, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez, en cada una de ellas el ser humano posee ciertas características físicas, psicológicas, etcétera, viables de ser estudiadas.

²² ERIKSON, Erick. La adultez. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1986. p. 86-87.

²³ GOOD, Thomas L. et. al. Psicología educativa contemporánea. 6ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 1996. p.79.

²⁴ FISKE, Marjorie. Edad Madura ¿lo mejor de la vida?. Editorial Harper & Row Latinoamericana, México, 1980. p. 90.

El estado adulto se puede definir en referencia a ciertos aspectos que plantea Antoine Léon en su obra "Psicopedagogía de los adultos"²⁵, los cuales son el físico, el intelectual, la personalidad, los sentimientos y lo profesional.

- 1) a nivel físico, ser adulto significa sentirse bien con su cuerpo, que ha tomado una forma estable (este punto se ha desarrollado anteriormente haciendo mención a los cambios fisiológicos que ocurren en un adulto de entre 40 y 55 años de edad),
- 2) a nivel intelectual, manifiesta cierta lentitud de asimilación, comprensión e integración de conocimientos teóricos y prácticos (este tema se desarrollará mas adelante),
- 3) a nivel de personalidad, la madurez* está marcada por la posibilidad de ser responsable de su propia conducta, de controlar sus impulsos y de actuar de manera autónoma y realista,
- 4) a nivel de sentimientos, el adulto atiende al otro y se muestra capaz de establecer una relación amorosa completa,
- 5) a nivel profesional, la madurez está marcada por la posibilidad de organizar su vida en función de un objetivo y de mantenerse en el camino elegido.

Para definir al adulto desde la perspectiva psicosocial abordaremos el nivel de personalidad, de sentimientos y el profesional.

En el nivel de personalidad definiremos un estado maduro deseable de una persona adulta, así como una perspectiva psicoanalista con una breve revisión del ello, yo y superyo; y una perspectiva humanista con el estudio de la autorrealización y la autoestima en el adulto.

A nivel de sentimientos una persona madura debe ser capaz de mantener una relación completa y estable, por lo tanto en este punto analizaremos las relaciones que el adulto establece con su pareja, los hijos, los padres y con sus amistades.

En el nivel profesional lo más común es que el adulto ya tenga un empleo y un desarrollo profesional estable, sin embargo hay casos en que el adulto sobre todo las mujeres nunca han tenido un empleo y mucho menos una profesión así que también se hablará de esta situación.

Personalidad

La razón para utilizar el término personalidad es la necesidad de transmitir un sentido de continuidad en las cualidades de alguien, porque actúa de manera similar en todas las ocasiones y los ambientes. Las cualidades que vienen a la

²⁵ LÉON, Antoine. Psicopedagogía de los adultos. 8ª edición, Editorial Siglo XXI, México, 1991. pp. 68-69.

* Manejamos el término madurez para referirnos tanto a un periodo de desarrollo como a un estado deseable de la personalidad, es decir, el adulto es una persona madura que posee una personalidad madura digna de su condición. RAPPOPORT, Leon. La personalidad desde los 26 hasta la ancianidad. El adulto y el viejo. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978. p. 42.

mente cuando se intenta describir a alguien son las que mejor la definen, la cualidad mas importante predice la conducta de esa persona y para distinguirla de las demás.²⁶

Algunas personas dicen buscar como pareja sentimental a una persona que tenga "personalidad", esto es posible ya que todos tenemos una personalidad que nos distingue, no es que una persona tenga personalidad y otra no o una tenga mas que otra.

Existen diversas teorías de la personalidad en este caso haremos mención a las Perspectivas Psicoanalista planteada por Sigmund Freud y a la Humanista desde el punto de vista de Gordon W. Allport, Abraham H. Maslow y Carl Rogers.

- **Perspectiva Psicoanalítica**

Sigmund Freud revolucionó la manera de entender el desarrollo de la personalidad, da importancia a experiencias tempranas en la génesis de los trastornos y la estructura de la personalidad. Se interesa en la naturaleza y los principios funcionales de las capas inconscientes de la psique. En la teoría freudiana podemos distinguir un modelo estructural del aparato mental o estructura de la personalidad; donde existen tres aspectos lo instintivo, lo racional y lo moral; que llamó respectivamente el ello, el yo y el superyo.²⁷

El ello está presente desde el nacimiento y constituido por todo lo heredado (necesidades básicas a las que llamo instintos), el sistema motor de la personalidad que proporciona energía sexual y agresiva para las acciones del individuo. Se rige bajo el principio del placer, todo lo que lo proporcione es prioritario y se lucha por conseguirlo; en caso contrario lo que no produce placer es soslayado no importando las consecuencias de esto. El ello no retrasa ni pospone la satisfacción.

El yo se desarrolla poco después del nacimiento, trabaja bajo el principio de realidad basándose en lo que puede lograr y lo que no. El yo planifica acciones lógicas y realistas, representa la razón y la reflexión mientras que el ello las pasiones. Para el ello, el yo es un auxiliar pero también un sumiso servidor.

No tiene principios morales, razón por la cual existe el superyo para frenar dichas acciones que aunque sean realistas y tengan una lógica son para darle satisfacción al impulsivo ello. Por lo tanto el yo se encuentra en una situación conciliadora entre el ello y el superyo.

²⁶ Cfr. CARVER, Charles S. y Scheier Michael F. Teorías de la personalidad. 3ª edición, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1997. p. 5.

²⁷ SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Psicología de la edad adulta y la vejez. 5a edición, Editorial Pearson Educación, Madrid, 2003. pp. 264-265.

El superyo aparece en la primera infancia, representa y se desarrolla a partir de cómo el individuo interpreta e interioriza los valores, las normas y la moral de la sociedad. Las normas pertenecen al mundo exterior, pero luego se hacen propias gracias a la interacción con la cultura. Marca al individuo hacer algo “bueno” (ideal del yo) y lo llena de vergüenza cuando hace algo “malo”.

Las personas de mediana edad y los ancianos suelen usar trucos para controlar al impulsivo ello y al moralista superyo, para cada situación utilizan un truco llamado mecanismo de defensa que es “un método inconsciente de auto-protegerse en contra de ideas, impulsos o sentimientos no deseados”²⁸, sería como hacerse “tonto” uno mismo y tratar de engañar a los demás para evitar o negar las situaciones desagradables, distorsionan la realidad haciéndola más tolerable.

Estos mecanismos pueden ser la negación, la memoria selectiva, la regresión, la proyección, el desplazamiento, la formación reactiva, el aislamiento y la sublimación.²⁹ Los mecanismos de defensa son máscaras que llevan a la persona a ocultar esas acciones, ideas o sentimientos no aceptados por la sociedad y lo orillan a mostrar sus mejores cualidades tratando de ser mejores personas.

- **Perspectiva Humanista**

La perspectiva humanista de la personalidad, hace hincapié en el hecho de que los humanos están motivados positivamente y progresan hacia niveles más elevados de funcionamiento.

“Los psicólogos humanistas han incluido en sus teorías la idea del yo como un agente libre, contemplan a los seres humanos como poseedores de la capacidad de examinarse y producir cambios inducidos por ellos mismos; analizando, interpretando y evaluando los comportamientos tanto presentes y pasados para hacer planes futuros.”³⁰

Teoría de Abraham Maslow

Abraham H. Maslow desarrolla una teoría de la personalidad sana. Es una teoría de la motivación humana que descansa en la existencia de una jerarquía de necesidades que deben satisfacerse, para alcanzar el fin último de la autorrealización. “Estaba interesado en las cualidades de quienes parecen obtener más de la vida, que funcionan de manera más plena, son más saludables y mejor ajustados.”³¹

²⁸ BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op. Cit. p. 520.

²⁹ Cfr. SCHAIE, Warner K. y Willis Sherry. Op. cit. pp. 265-267.

³⁰ DI CAPRIO, Nicholas S. Teorías de la personalidad. 2ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 1989. p. 280.

³¹ CARVER, Charles S. S. y Scheier Michael F. Op. cit. p. 411.

Considera la persona como un todo integrado que funciona en base a motivos o necesidades que debe satisfacer para llegar a la autorrealización (como fin máximo). Maslow desarrolló una teoría de la motivación que describe el proceso por el que un individuo pasa de las necesidades básicas a las necesidades superiores de menos prioridad, donde cada vez se busca desarrollar y satisfacer necesidades y deseos más altos. Este proceso lo denominó autorrealización y consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales.

Los motivos* pueden llegar a ser más que las necesidades, como una expresión distorsionada de éstas. Si embargo, si existe coherencia, la cual hace referencia al grado de cooperación interpersonal y armonía dentro de una sociedad, se puede llegar a la autorrealización.

“Las necesidades las clasifica en una pirámide que consta de cinco niveles y los divide en necesidades: del déficit (Deficit needs) que son los cuatro primeros niveles y necesidad del ser (being needs) que es el nivel superior. La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, las necesidades del ser son una fuerza impelente continua. La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo una vez que se han satisfecho necesidades inferiores en la pirámide.

Según la pirámide de Maslow las necesidades son las siguientes:

- 1) Necesidades Fisiológicas Básicas: constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Son necesidades fisiológicas básicas entre las cuales se encuadra la necesidad sexual.
- 2) Necesidades de Seguridad: con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad, surgen del miedo y la ansiedad. Dentro de las necesidades de seguridad se encuentran:
- 3) Necesidades de Afiliación o Sociales: una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. En el grupo de trabajo, entre estas se encuentran: la amistad, el afecto y el amor. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas.

* La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. Un ejemplo es cuanto sentimos hambre, evidentemente tenemos una motivación, puesto que éste provoca la conducta que consiste en ir a buscar alimento y, además, la mantiene; es decir, cuanto más hambre tengamos, más directamente nos encaminaremos al satisfactor adecuado. Si tenemos hambre vamos al alimento; es decir, la motivación nos dirige para satisfacer la necesidad. “La motivación”

- 4) Necesidades de Reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.
- 5) Necesidades de Autorrealización: estas necesidades son las más elevadas, se alcanzan a través de la satisfacción personal, se convierten en el ideal para cada individuo que encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo de su potencial en una actividad. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.”³²

En relación con las necesidades de reconocimiento hallamos que el concepto de autoestima adquiere singular relevancia por el hecho de constituir un nivel necesario para que el individuo logre su autorrealización. Es por ello que enseguida abordaremos el análisis de dicho concepto.

- Autoestima

En lo más profundo de nuestro ser existe una imagen que nosotros hemos creado, aunque no estemos plenamente conscientes de ello, que refleja la idea que nosotros nos hemos formado de quienes somos como persona, y cuán valiosos somos con respecto a otros. Se corresponda o no con la realidad, esta imagen es nuestro punto de referencia con respecto al mundo que nos rodea, es nuestra base para tomar decisiones que somos capaces de realizar, y es nuestra guía para todo lo relacionado con nuestro diario actuar en la vida, esto es lo que conocemos como autoestima.

“La autoestima es el resultado del proceso de valoración profunda, íntima y personal que cada quién hace de sí mismo en todo momento, este resultado es observable y causante de todos nuestros comportamientos.”³³ La autoestima básicamente es un estado mental. Es el sentimiento o concepto valorativo (positivo o negativo) de nuestro ser, la cual se aprende, cambia y la podemos mejorar.

Para poder conocer y desarrollar la autoestima, se debe pasar por seis niveles a los que Mauro Rodríguez ha denominado en conjunto La escalera de la autoestima, estos niveles son: 1) Autoconocimiento, 2) Autoconcepto, 3) Autoevaluación, 4) Autoaceptación, 5) Autorespeto y 6) Autoestima. Y son explicados a continuación.

“1) Autoconocimiento, es conocer las partes que componen el Yo, cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es, conocer porqué y cómo actúa y siente.

³² Cfr. MASLOW, Abraham Harold. Motivación y personalidad. Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1991. pp. 21-32.

³³ YAGOSSESKY, Renny. Autoestima en palabras sencillas. Ediciones Júpiter, Venezuela, 1998. p. 14.

EL Yo se divide en el Yo físico que supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo, ésta imagen esta muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos, Yo psíquico donde se manejan *lo emotivo* que lleva al hombre a conocerse y comprende el ánimo, los sentimientos y las emociones, *la mente* con los talentos y *el espíritu* que busca el significado de la vida; Yo Social se expresa a través de los papeles (roles) que vive el individuo.³⁴

2) Autoconcepto, son las creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta de manera positiva o negativa.

3) Autoevaluación, refleja la capacidad de evaluar las cosas desde la subjetividad del individuo como “buenas o malas”, satisfactorias, interesantes o enriquecedoras o todo lo contrario. Requiere estar consciente de sí mismo para ser una persona valiosa para sí y para los demás.

4) Autoaceptación, implica admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, la forma de ser y de sentir, sólo así se podrá transformar lo que es susceptible de ello. Aceptar habilidades y capacidades, torpezas y debilidades que brindarán confianza para actuar.

5) Autorespeto, es atender y satisfacer las propias necesidades y valores, expresar y manejar convenientemente sentimientos y emociones, acepto lo que tengo y lo respeto.

6) Autoestima, es la síntesis de los niveles anteriores el paso satisfactorio de un nivel al siguiente. Una persona que se conoce, crea su propia escala de valores, desarrolla sus capacidades, se acepta y respeta llega al fin último la autoestima.”³⁵

Se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida incluso antes del nacimiento; “cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen en todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso.”³⁶ Aunque todavía no sea capaz de comprender esas impresiones.

A partir del nacimiento, todo estímulo externo se interiorizará en el recién nacido y le irá creando una impresión que influirá mas adelante. La persona va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres sociales. Pero, la personalidad de cada

³⁴ Cfr. Ibidem. pp.15-16.

³⁵ Cfr. RODRIGUEZ Estrada, Mauro. et. al. Autoestima: clave del éxito personal. Editorial El Manual Moderno, México, 2000. pp. 9-11.

³⁶ Ibidem, p. 23.

uno, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente.

La forma en que otros traten a una persona definirá la forma en que se trate a sí misma y se relacione con los demás, ésta puede llegar a pensar que la humillación es la forma en que se merece ser tratada y por tanto se concibe con una idea equivocada de sí misma, los demás lo perciben y así acaban tratando a esa persona de manera humillante.

Aproximadamente a partir de los 3 años de edad la persona se empieza a formar un concepto de cómo la ven los mayores (padres, maestros), compañeros (de escuela), amigos, etcétera. La pubertad y la adolescencia llegan cargadas de cambios tanto fisiológicos como psicológicos, surge en esta etapa una idea de ser el mejor de un grupo y ser aceptado por el mismo, es una etapa crucial para definirse a sí mismo porque muchas de las conductas desarrolladas en esta etapa se llevan a la vida adulta.

Tener una buena autoestima en esta etapa marcará los rumbos de todos los aspectos de la vida, con la familia o con la pareja (noviazgo o matrimonio). La autoestima condiciona el tipo de relación que se establece por la manera en que se conciben a sí mismos y al otro, así como el logro de una carrera universitaria, tener un empleo satisfactorio ya que en este contexto se mide a la persona por lo que hace no tanto por lo que es, así que debe estar consciente de sus capacidades y aceptarlas.³⁷

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de afecto o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro. Por esta razón, se entiende que los padres y madres que dañan la autoestima de sus hijos no siempre lo hacen intencionalmente, ya que ellos fueron educados del mismo modo.

En nuestra sociedad el nivel de autoestima de una persona adulta esta en cierta medida, ligado a lo que hace para ganarse la vida y los criterios mediante los cuales se evalúa a si misma son culturales. Algunos de estos criterios son: ser gordo, flaco; lindo, feo; blanco, negro; o si tiene la capacidad para luchar, honestidad, capacidad para soportar el dolor, la astucia para ganar dinero, los modales, la capacidad para manipular a las demás personas, etcétera.

El nivel de autoestima puede ser alto o bajo, y consecuentemente cada uno incidirá en nuestra calidad de vida. Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que estos están estrechamente ligados. Una autoestima vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad, también es la base de una salud mental y física

³⁷ Autoestima, www.es.wikipedia.org.

adecuada, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. A falta de una base de autoestima sólida, nos cuesta asumir riesgos y tomar las decisiones necesarias que nos permitirán vivir una vida productiva y gratificante.³⁸

Una persona con baja autoestima suele ser alguien inseguro, que desconfía de las propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Además, necesita de la aprobación de los demás, tiene muchos complejos como un miedo excesivo al rechazo, a ser juzgado mal y a ser abandonado, la dependencia afectiva que posee es resultado de su necesidad de aprobación.

Suele tener una imagen distorsionada de si misma, tanto a lo que se refiere a rasgos físicos como de su valía personal o carácter. Todo esto le produce un sentimiento de inferioridad y timidez en el momento de relacionarse con otras personas. Situación que afecta las relaciones familiares, amistosas y de pareja, el desempeño personal y profesional, y la sensación interna de bienestar.

Es importante no confundir un alto nivel de autoestima con el egoísmo o un sentimiento de superioridad, los cuales son en realidad intentos de ocultar sentimientos negativos o de inferioridad sobre si mismo, “la gente realmente dura no necesita defensa, por lo tanto cuanto mas defensiva es la gente mas sensible es”³⁹, en este caso una gente que vive tratando de humillar, maltratar y menospreciar a otros cree poseer una valía y un poder que realmente no tiene por eso aparenta ser severo.

A través de la manera en que el ser humano va superando la satisfacción de las necesidades y gracias a la existencia de la subjetividad, la experiencia singular y la autorrealización individual por medio de la espontaneidad, la creatividad y el desarrollo personal, se va formando en él una estructura denominada personalidad.

Teoría de Carl Rogers

Según Carl Rogers, la tendencia a la autorrealización que se da “cuando promueve el mantenimiento o el mejoramiento de la estructura del yo... hacia una mayor autonomía y autosuficiencia”⁴⁰, es el impulso del ser humano a realizar su autoconcepto (imágenes que se ha formado de si mismo), la cual es importante y promueve el desarrollo de la personalidad.

Rogers concibe al ser humano como naturalmente sincero, que actúa por sus sentimientos y dotado de una capacidad natural para alcanzar el desarrollo pleno: Tendencia a la autorrealización, es decir, naturalmente tiende a ser lo mejor que puede ser.

³⁸ Cfr. RODRIGUEZ Estrada, Mauro. et. al. Op. cit. pp. 24-25.

³⁹ RAPPOPORT, Leon. Op. cit. p. 12.

⁴⁰ Cfr. CARVER, Charles S. y Scheier Michael F. Op. cit. p. 402.

El centro de esta teoría de la personalidad se basa en el desarrollo del concepto del sí mismo o self, definido como “las tendencias, el sentimiento emocional y las ideas que el individuo reconoce, interpreta y valora como propios”. En este sentido Rogers distingue entre un self real que se percibe ser (aspecto de uno mismo fundado en la tendencia a la actualización que significa convertirse en lo que se trae al nacer, lo innato de la personalidad, lo que hace a cada persona diferente, que sigue necesidades de consideración positiva y valores orgánicos por los cuales cada cual sabe lo que es bueno para uno) y un self ideal que se desea ser (siempre inalcanzable, el estándar que no logramos).⁴¹

Este concepto del sí mismo siempre busca alcanzar la unidad y la totalidad, para alcanzar la coherencia del sí mismo; sería una de las necesidades primarias del organismo el alcanzar el estado de congruencia, entendido este como la adecuación entre experiencia y percepción. El concepto del yo, al igual que el de todas las representaciones mentales, puede o no estar de acuerdo con las facultades reales del yo. El tipo de correspondencia que se tenga entre el concepto real y el concepto ideal del yo es variable de persona en persona.

Lo que se piensa de uno mismo es importante en la conducta del individuo, pues la persona siempre trata de comportarse de una manera consistente con la concepción del yo. Cuando se produce una diferencia significativa entre los conceptos reales e ideales del yo se ocasionará, según Rogers, una anormalidad en la expresión del comportamiento y la personalidad de una persona.

Lo relevante es que la realización del yo es una de las principales fuentes de motivación, junto a las necesidades del organismo y las condiciones del ambiente; lo que contribuye al bienestar de la persona. Las personas que logran manifestar de manera adecuada la tendencia actualizadora “desarrollan una mayor autocomprensión, una mayor confianza en sí mismos y una mayor habilidad para elegir su conducta. Aprenden de un modo más significativo y disponen de mayor libertad para ser y llegar a ser.”⁴²

La incongruencia, espacio o diferencia entre el yo real e ideal (yo soy-yo debería ser), produce sufrimiento y la neurosis sería producto de este estar desentonando con el propio self. Ante la incongruencia entre la imagen de mi mismo y la experiencia inmediata (Ej. entre yo real e ideal) y la ansiedad que produce se usan defensas. Pero éstas contribuyen a crear un círculo vicioso donde se genera mayor incongruencia por lo que se encuentran más situaciones amenazantes, más ansiedad y se usan más defensas.

Según esto, afirmaba que el individuo saludable, la persona plena, es una persona que ha alcanzado congruencia entre el Yo real y el Yo ideal, situación que da por resultado la resolución del conflicto interno y la ansiedad. Cuando hay una fusión

⁴¹ Cfr. Ibidem. p. 407.

⁴² Cfr. Ibidem. p. 409.

entre lo que la gente percibe que es y lo que desea ser, es capaz de aceptarse, ser ella misma y vivir sin conflicto.

Esta teoría afirma que el ser humano desarrolla su personalidad al servicio de metas positivas. El impulso biológico de convertirse en lo que se puede ser recibe el nombre de tendencia a la realización. Además de tratar de cumplir el potencial biológico, se trata de lograr la conciencia de lo que se es, a lo que Rogers dio el nombre de tendencia a la autorrealización. Una persona con funcionamiento óptimo es aquella cuyo autoconcepto corresponde a sus capacidades innatas. Son personas que al crecer suelen recibir consideración positiva incondicional, es decir, la experiencia de ser apreciado sin importar sus emociones, actitudes y conductas.

Teoría de los Rasgos

Allport ha enfocado sus esfuerzos en personas que luchan por superarse, sostenía que las personas saben con bastante claridad lo que hacen y lo que desean hacer. Desde esta postura la personalidad es consistente a través del tiempo no es debida a factores emotivos producto de primeras experiencias, ni por recuerdos ancestrales, ni necesidades universales. Esta teoría se centra en los atributos peculiares de un individuo tanto físicos como psicológicos es un modelo más bien descriptivo.

Gordon W. Allport* define la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas biosociales (rasgos, hábitos y valores) que determinan su adaptación única al mundo.”⁴³ Propone la existencia de tres tipos de rasgos: cardinales, centrales y secundarios; que determinarán como se comportará la persona. Los rasgos centrales son el conjunto de características que usamos normalmente para describir a una persona. Por su parte, mostramos los rasgos secundarios de vez en cuando pero no son lo suficientemente fuertes para ser característicos de una persona. Por último, los rasgos cardinales son dominantes e influyen virtualmente en todos los aspectos de la conducta.

Una persona puede ser definida desde sus rasgos centrales como amables y cariñosos, sus rasgos secundarios pueden ser la severidad para tratar a otras personas, y sus rasgos cardinales la fortaleza que muestra ante las adversidades o la disciplina para realizar sus actividades.

Se habla también de que la personalidad adulta parece ser considerablemente estable, una razón que se comenta es que “muchos rasgos de personalidad están determinados en parte genéticamente”⁴⁴ y actuando conjuntamente con los

* Psicólogo humanista que desarrolla la denominada Psicología personalista justamente porque se interesa en la particularidad de cada uno más que por la personalidad del tipo medio, sostenía que cada persona es absolutamente única y que puede ser comprendida solamente mediante el descubrimiento de los principios de su propio comportamiento. DI CAPRIO, Nicholas S. Op. cit. p. 283.

⁴³ Apud. SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Op. cit. p. 262.

⁴⁴ Ibidem. p. 293.

rasgos, las formas de pensar e interactuar y el cómo se enfrentan los problemas, son patrones únicos en cada individuo que forman un sistema organizado; que como cualquier sistema se resiste al cambio porque exige una reorganización de las partes relacionadas.

Pero sin duda ocurren cambios en la personalidad del individuo, ya que dentro del contexto histórico-social en el que se desarrolla atraviesa por situaciones críticas, dificultades que hacen que ajuste su pensamiento y su forma de actuar, algunas de estas situaciones pueden ser el desempleo, la jubilación, el abandono del hogar por parte de los hijos, la muerte de alguna persona querida o del cónyuge, o cuestiones similares. Sin embargo, en ocasiones el adulto prefiere evitar esos cambios alejándose de las situaciones que le incomodan y le exigen una modificación.

Las transiciones sociales pueden tener un significado diferente para cada individuo ya que tienen una historia y experiencias diferentes, así mismo, el nivel socioeconómico también influye en el desarrollo de la personalidad⁴⁵; no es lo mismo atravesar una situación crítica en una posición económica estable que en época de austeridad.

Allport propuso una lista de seis criterios que son los elementos básicos necesarios para desarrollar una personalidad madura en un adulto.⁴⁶

1) “Extensión del sentido del sí mismo”, que hace referencia a un compromiso del yo cuando una persona se entrega plenamente a sus actividades y participa realmente en la vida. Una persona adulta debe estar consciente del compromiso que esto implica. El adulto debe cumplir con ciertas actividades tanto consigo mismo para satisfacción y crecimiento personal como para con la sociedad en la que vive.

2) “Una relación cálida del sí mismo con los demás”, en la que se mencionan las capacidades de dar amor y de sentir intimidad y compasión. Esto se asemeja un tanto a lo que Erikson llamó “Generatividad” en su etapa VII del desarrollo que mencionamos con anterioridad. Dar y procurar amor no sólo a sí mismo sino para los otros ya sea en generaciones jóvenes, de iguales o mayores.

3) “Seguridad emocional (autoaceptación)”, en donde la persona debe sentir la suficiente confianza en sí misma para tolerar y aceptar los acontecimientos frustrantes que van ocurriendo a lo largo de la vida y sobre todo los cambios que ocurren en la edad adulta, principalmente en el aspecto físico.

4) “Percepción, destrezas y auto-imposiciones realistas”, ello implica situarse en un plano adecuado a las posibilidades y capacidades del adulto con respecto a la vida profesional y económica, siendo capaz de sostenerse a sí mismo y a su familia, lo que demuestra una clara prueba de madurez.

⁴⁵ Cfr. Ibidem. p. 275.

⁴⁶ Apud. RAPPOPORT, Leon. Op. cit. p.42.

5) “Auto-objetivación: insight y humor”, con la que la persona debe ser capaz de concebirse objetivamente desde diversos puntos de vista, esto es, comprender la diferencia que existe entre lo que es, lo que querría ser y lo que otros piensan de él. Esto viene siendo una especie de autoevaluación, que llevará consigo una aceptación de todo lo que resulte de ella.

6) “Una filosofía unificadora de la vida”, que guíe a la persona bajo ciertos criterios morales, religiosos, de valores, que son el propósito que incita a actuar, es una filosofía de vida que le sirve como plan regulador sobre el cual puede fundamentar el sentido de su vida.

Según este autor desarrollamos rasgos o disposiciones personales que tienen la capacidad de guiar consistentemente nuestra conducta. Son esencialmente únicas por lo que nos ayudan a entender a cada persona en particular.

Relaciones socio-afectivas

Como sabemos el hombre vive dentro de un grupo social en el cual se desenvuelve, de este aprende tradiciones, valores y reglas necesarias para vivir en conjunto, este modo implica relacionarse con otros, no puede estar aislado, sin embargo, la calidad de esas relaciones dependerá de cada persona.

Actividades solitarias como leer, escuchar música, caminar o ejercitarse, necesitan períodos de aislamiento que sirven para hacer una autoevaluación, por lo tanto, en ocasiones es necesario que ignoremos la interacción social sin olvidarnos de sus beneficios, ya que “estar a solas no es lo mismo que estar solo.”⁴⁷

A las relaciones afectivas que se dan entre dos personas Helen Bee las llama *vinculación* y dice que “la vinculación que un niño desarrolla con sus padres puede tener repercusiones para las relaciones que el individuo es capaz de crear en la madurez.”⁴⁸

Las relaciones que se establecen en la vida adulta son producto de la personalidad de cada individuo ya que cada aspecto de ésta, va a influir en la manera, la calidad y con quién se dan esas relaciones, pueden ser con una pareja (matrimonio), los hijos y los nietos, los padres y los amigos sólo por mencionar un grupo pequeño pero inmediato de convivencia.

El matrimonio que al inicio suele ser una relación armónica, con el paso del tiempo en la madurez puede mantenerse e inclusive mejorar ya que ambos miembros han logrado compartir intereses, una comunicación y afecto más sólido basados más en la confianza y la comprensión, lamentablemente algunos matrimonios por situaciones cotidianas conflictivas que no se remedian a tiempo o de la mejor manera llegan a crear tensión en la pareja y un desgaste de la relación.

⁴⁷ FISKE, Marjorie. Op. cit. p. 103.

⁴⁸ BEE, Helen. L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 534.

El matrimonio “implica los necesarios cambios que se efectúan en la persona de cada uno de los esposos que posibilitan una mejor relación...no sólo conduce a una profunda reorganización de la personalidad de ambos cónyuges, sino que la requiere...han pasado a ser interdependientes y la dicha del uno está ligada al bienestar del otro... el superyo de cada cónyuge, formado mediante la interiorización de los valores y normas de sus respectivos hogares y medios en que se han formado, queda modificado para dar lugar a un cierto superyo común.”⁴⁹

Los matrimonios de varios años suele pensarse que son más felices, están satisfechos y entre ellos las muestras de cariño son mayores, el trato que se dan ha llegado a ser más cordial gracias a que diversos problemas que se presentan al inicio del matrimonio ya se superaron, por ejemplo, la tensión que provocan el cuidado, alimentación, etcétera, de los hijos, los problemas económicos y al mismo tiempo una seguridad y madurez psicológica y la adaptación a una nueva forma de vida por cada miembro de la pareja.

Durante la madurez las relaciones amorosas pueden ser emocionalmente menos intensas y más centradas en las experiencias y las metas compartidas. Hay una reducción en las expresiones de amor entre los esposos, una “desvitalización” del matrimonio, menos miradas y contacto físico, la parte apasionada y sexual pierde alguna importancia y adquieren más la seguridad y lealtad.⁵⁰

La personalidad de cada miembro de la pareja influye demasiado, las personalidades más problemáticas son las intolerantes, inflexibles y rígidas, por lo tanto hay mayores posibilidades de que existan conflictos entre ellos.

Al mismo tiempo, mientras más se le atribuya la felicidad del matrimonio a factores externos y no a la responsabilidad de cada cónyuge por promover las circunstancias deseadas, es entonces cuando se presentan la falta de respeto, cuidado y derechos del otro.

Cuanto más se idealiza la convivencia menos realistas son las expectativas, la relación con otro individuo supone adaptaciones, donde hay mucho que aprender y retos que librar satisfactoriamente, es en la madurez cuando se ha logrado obtener el status social de la pareja, se ha conseguido la vivienda deseada, los hijos deseados o no, el dinero, el éxito y el cariño. Por lo tanto, hay que estar dispuesto a asumir la responsabilidad de proponer, pedir, negociar, dialogar, comprender y tolerar.

Lograr estabilidad en la autoestima de ambos es primordial, ya que de ser alta les permitirá responsabilizarse de su relación, lo contrario los llevará a culpar a otros por los problemas de su relación, y tristemente estos matrimonios terminaran en divorcio.

⁴⁹ Cfr. MORALEDA, Mariano. Op. cit. p. 351.

⁵⁰ BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 536.

Los factores asociados con la inestabilidad matrimonial, origen del divorcio suelen ser con mas frecuencia los siguientes: “factores socioeconómicos, debidos a un menor nivel de ingresos y nivel educativo inferior, la edad de los cónyuges porque ambos son muy jóvenes o hay diferencias entre éstas, la ocupación que implica una inestabilidad del empleo y la transmisión intergeneracional que sugiere que los hijos de divorciados se divorcian observando las relaciones de sus padres.”⁵¹

Ligado al factor socioeconómico lamentablemente por una idealización de proyectos antes o después del matrimonio que no se realizan, se llega a ver éste como limitante llegando alguno de los cónyuges a la conclusión de que la separación es la mejor opción, ya que debido a las crisis por las que ha atravesado el matrimonio y no se resolvieron de la mejor manera llegan al hastío y la única justificación de estar juntos es por un “bienestar” de los hijos o por un bienestar material propio, pero esto no es justificante válido para llevar una vida de incomodidades e insatisfacciones personales.

Según Warner Schaie “el divorcio es la ruptura de la intimidad, una división de dos personas interdependientes en dos agentes independientes.”⁵² Conforme la intimidad se va perdiendo por las presiones de la relación, la independencia se hace más atractiva.

El divorcio puede deberse a diversos factores como las infidelidades, los celos enfermizos o sólo el término de responsabilidades con los hijos, representa más libertad para la realización de metas personales y es entonces cuando se retoman objetivos personales para realizarlos, como el inicio o conclusión de una carrera, el retorno a un empleo, viajes, etcétera.

El concepto de fidelidad va implícito en la relación tradicional de pareja, el ser humano es ambivalente, por una parte desea esa fidelidad, pero lo cierto es que en ocasiones parece ahogarse en una relación prolongada y busca la variedad.

Las dudas sobre el cariño del otro surgen en algún momento y son fuente de sufrimiento llamado celos que provocan la incapacidad de mantener una vida más sencilla; las miradas o los gestos son pequeños que una persona celosa puede interpretar mal llegando a una vigilancia y recriminaciones exageradas que suscitan problemas, incluso si no existía la infidelidad con esas conductas la llegan a provocar.

Sincerarse o no con la pareja sobre una infidelidad provoca problemas y la pérdida de la confianza en el otro, pero se llega a pensar que la infidelidad de una noche o la que no incluye afecto son menos graves. Muchas personas infieles lo son porque se enamoran de otras y no es raro comprobar que dejarán a sus parejas estables para poder conservar esa relación, aunque existen adultos que prefieren la poligamia por la responsabilidad de los hijos o el status social.

⁵¹ MORALEDA, Mariano. Op. cit. p. 355.

⁵² SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Op. cit. p. 204.

La infidelidad es el temor principal de las personas celosas, quienes dicen que lo que más temen es que su pareja mantenga relaciones sexuales con otra(s) personas. A su lado es difícil mantener la sana independencia a la que todos tenemos derecho.

La separación significa empezar de nuevo, pero con cambios como la convivencia con los hijos, la costumbre de estar acompañados, la incomodidad de un nuevo papel social y la situación económica, todo varía si es el que desea la separación o se es el que “abandonan”.

Durante la separación John Bowlby describe cuatro fases que considera ocurren en la mayoría de los casos de pérdida o desvinculación (vinculación término empleado por Helen Bee para hacer mención a la relación entre las personas) estas son: 1) Aturdimiento: que expresa una intensa aflicción y enojo, 2) Anhelo y Búsqueda de la persona perdida, 3) Desorganización y desesperación y 4) Reorganización (aceptación).⁵³ Lo lamentable en estos casos sería estancarse en alguna de las tres primeras y no evolucionar.

El divorcio significa un fracaso, en ocasiones no hay mutuo acuerdo para ello y se presentan las humillaciones, sentimientos de impotencia, tristeza, culpa, ira y rechazo, las separaciones violentas y traumáticas lo son para ambas partes pero sobre todo para los hijos, sin embargo puede existir una separación satisfactoria donde exista el respeto y el mutuo acuerdo. Esto significa un proceso de adaptación forzosa donde se debe comprender lo ocurrido y reformar la autoestima.

Estos cambios son duros de afrontar, pero lo es mucho más si se pierde a la pareja por muerte, ya que cambia la estabilidad emocional, un status social, en ocasiones una seguridad económica; el ser una persona viuda conlleva problemas que al mismo tiempo afectan su estado de ánimo y se agudizan problemas físicos.

El divorcio o la viudez pueden ser acontecimientos vividos como una pérdida o como un enriquecimiento, y una evolución que para algunos representan nuevos ánimos para realizar situaciones que no creían antes poder lograr.

La situación de viudez señala tres tipos de adaptación a este estado en el caso de las mujeres ya que la esperanza de vida para ellas es mayor:

- 1) La mujer emprendedora que modifica sus relaciones y construye un nuevo estilo de vida de modo realista.
- 2) La mujer provinciana que no experimenta grandes cambios y trata de reproducir el modo de vida que llevaba con su marido.
- 3) La mujer aislada que opta por vivir de un modo austero y alejado de todo contacto social.⁵⁴

⁵³ BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 555.

⁵⁴ MORALEDA, Mariano. Op. cit. p. 356.

En un estudio sobre todo entre las personas de edad madura media y las de edad madura avanzada, expresaron su pesadumbre por la falta de un matrimonio y unos amigos más íntimos y profundos... los hombres expresaron este sentimiento con más frecuencia que las mujeres.⁵⁵ Ya que en ocasiones las mujeres suelen prestarse a entablar una plática o una interacción con un grupo de personas como un curso de manualidades o ejercicios, la impartición de alguna enseñanza a otros o la realización de empleos a pequeña escala que le permiten llevar una vida más activa socialmente y los hombres a menudo se refugian en actividades como leer, escuchar música de su preferencia o realizar ejercicios preferentemente solos.

Volverse a casar debido al divorcio o a la viudez proporciona una felicidad de inicio y una lista de beneficios materiales, estableciendo nuevas relaciones e incluso la llegada de otro hijo, pese a esto un segundo matrimonio tampoco lleva garantía de felicidad porque influyen otros factores para su funcionamiento, como los hijos del otro, el matrimonio precipitado por conveniencia no por amor o adaptarse a nuevos roles sociales, así como la personalidad o los valores de ambos cónyuges.

Los segundos matrimonios y los grupos de viudos constituyen un testimonio de las necesidades emocionales innegables y perennes tanto de los hombres como de las mujeres. Incluso para los adultos que permanecen solteros porque “encuentran la intimidad en una estrecha relación romántica que no comporta compartir formalmente un hogar.”⁵⁶

Un nuevo matrimonio a menudo se ve por parte de la familia como una ruptura de las relaciones con los padres y una amenaza de las condiciones económicas del miembro de la pareja que posea cierto ingreso monetario, “para los novios significa compañía, sentirse amados, útiles, no esperan cambios radicales en sus vidas, saben que les traerá el matrimonio.”⁵⁷

Por otro lado, a diferencia de una persona divorciada, la persona viuda se llega a refugiar en su familia o en sus amistades ya que no todas las personas buscan o les resulta totalmente necesario tener una pareja a su lado. En la evaluación que hacen de su vida asienten que en ese aspecto se han realizado y no tienen la necesidad de seguir al lado de alguien. La viudez lleva al otro miembro de la pareja a ser la “cabeza” del hogar y por lo tanto le corresponde asumir todas las responsabilidades, esto no es fácil ya que se tiene que ser sostén moral y económico de la familia.

Hablar con alguien amado o estimado en tiempos de crisis puede ser terapéutico, “Durante la edad madura, la pérdida de un ser íntimo, por muerte o divorcio, a menudo crea un vacío tan inmenso que produce una profunda depresión.”⁵⁸ Es por

⁵⁵ Cfr. BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 95.

⁵⁶ STASSEN Berger, Kathleen y Thompson R. A. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 4ª edición, Editorial Panamericana, Madrid, 2001. p. 124.

⁵⁷ SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Op. cit. p. 161

⁵⁸ FISKE, Marjorie. Op. cit. p. 96

esta razón que muchas personas que atraviesan por alguna de estas dos situaciones buscan nuevamente una pareja o se refugian en su círculo de amistades con las que compartan ciertas características como un pasatiempo o condición social, para llevar una vida social gratificante y evitar la soledad.

Para nuestras amistades escogemos a aquellas personas que vemos como similares a nosotros. “Nuestros amigos suelen ser personas de nuestra propia edad, del mismo sexo, de la misma formación educativa o clase social, con estilos de vida y creencias semejantes.

Obviamente hay excepciones.”⁵⁹ Las cualidades que se consideran importantes para considerar amigos a ciertos individuos son que sean buenos, confiables, comprensivos y tolerantes, mantener el secreto de las confidencias, la lealtad, afecto, apoyo y franqueza. Cualquier persona busca y debe ofrecer estas cualidades como base para crear un vínculo amistoso.

Las amistades masculinas incluyen más competitividad y menos confianza, son menos íntimas. Las amistades femeninas son más estrechas con mayor solidaridad. El papel sexual masculino destaca la agresividad y la conducta no emocional...no se espera que (ellos) compartan sus problemas o ansiedades íntimas... El papel sexual femenino prescribe la conducta expresiva y solidaria...para que desarrollen relaciones en las que ellas pueden discutir de manera mas abierta los problemas y necesidades íntimas.⁶⁰

Se menciona que existen diferencias entre los géneros masculino y femenino por el rol que representan dentro de la sociedad aunque esto no es estatuto, hay excepciones en las que la amistad entre hombres es de toda confianza y afecto sólo que no lo demuestran de la misma manera que entre mujeres, las mujeres incluso llegan a buscar amistades sólo por conveniencia o hipocresía.

Desde la perspectiva de la teoría de Erikson del desarrollo adulto, “las amistades son importantes en los primeros años de la edad adulta, porque es el periodo en el que la intimidad es la tarea central. Es un momento en nuestras vidas en el que entablamos amistades duraderas y encontramos a nuestra pareja. Durante las dos siguientes décadas, sin embargo, todo se centra en la generatividad –en criar a los hijos y en hacer algo en la vida-. Las relaciones íntimas resultan menos importantes en esta etapa.”⁶¹

En los años 20's y 60's el patrón general indica que se tienen más amistades, durante la madurez disminuyen el número de amigos ya que hombres y mujeres centran sus energías en sus familias y en sus empleos, entonces no queda mucho tiempo para las amistades que incluso ya no llegan a ser tan íntimas porque no a cualquier persona se le pueden confiar los problemas que ocurren en casa.

⁵⁹ BEE, Hellen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 548.

⁶⁰ Cfr. Ibidem. p. 553.

⁶¹ Ibidem. p. 551.

En ocasiones se llega a pensar que la amistad en los adultos no es más que una huida del aburrimiento para refugiarse en los chismes o en el fomento de malos hábitos como beber o fumar, pero más que esto la amistad se puede centrar en una actividad (juego, trabajo, curso, etcétera) o en la ocupación del tiempo libre. Las cosas cruciales para la integración personal, como la historia personal, los valores o el trabajo, se excluyen cuidadosamente de la interacción.”⁶² Porque no se considera a las personas con las que se comparte un tiempo determinado como amistades que posean las características antes mencionadas.

La paternidad parece ser un cúmulo de problemas que ambos sexos debe enfrentar a lo largo del matrimonio pero llega el momento en que los hijos dejan el hogar, a esta independencia de los hijos le llaman el “nido vacío”. Esta situación puede provocar dos sensaciones en la pareja, por un lado provoca la liberación de emociones largamente reprimidas, originadas por la sensación de hallarse encerradas dentro de un ambiente lleno de responsabilidades o el matrimonio tiende a mejorar por la posibilidad de mas distribución del tiempo y energías así como para la realización de intereses compartidos.⁶³

Durante la época en que tienen que jugar el papel de padres, las parejas tratan de llevar una relación cordial si es que no han logrado fortalecer su relación a lo largo de los años, pese a esto en ocasiones cuando los hijos se ausentan de la casa para formar su propia familia y la pareja se encuentra sola, sin más intereses que compartir actúan como si fuesen extraños a veces con peleas, inclusive llegando a tomar la decisión de separarse.

Si los hijos han dejado el nido y el trabajo ya no exige las horas extra, queda mucho mas tiempo para realizar actividades juntos, “las parejas casadas pueden recuperar algo de la fuerte amistad y de la intimidad marital que mantuvieron con dificultad durante los ajetreados años dedicados a criar a los hijos y a consolidar una profesión.”⁶⁴

Esta época en que los padres están en la edad adulta media y los hijos son considerados adultos jóvenes, saliendo del hogar para continuar sus estudios fuera de casa, contraer matrimonio o por cuestiones laborales sólo para lograr una independencia económica siguen viviendo en casa; la relación entre ellos cambia, la protección y progreso que se procuraba de padres a hijos ahora debe darse en forma mutua, las normas que habían sido producto de la reflexión y negociación de la pareja en estas circunstancias debe incluir el acuerdo de los hijos, pues ya son adultos que deben contar con más libertades en cuanto a horarios y lugares de salida como derechos sin olvidar que perteneciendo a un círculo familiar deben tener también obligaciones, así que se benefician materialmente y con la confianza en sí mismos de que son vistos por sus padres también como adultos.

⁶² Cfr. RAPPOPORT, Leon. Op. cit. p. 19.

⁶³ Cfr. FISKE, Marjorie. Op. cit. p. 68.

⁶⁴ STASSEN Berger, Kathleen y Thompson R. A. Op. cit. p. 125.

El hijo adulto asume el papel del cuidado “la generación que se halla en esta situación es la de los padres adultos que tienen hijos grandes y padres ancianos. Este grupo tiende a dar mas de lo que recibe.”⁶⁵

Esta generación de en medio actúa como padres de sus hijos y de sus propios padres. Se prestan una ayuda importante, que puede ir desde un consejo y apoyo moral a regalos, préstamos, cuidar a los niños o personas enfermas hasta reparaciones domésticas. Sobretudo en nuestra cultura y aún mas en niveles económicos bajos, tres o cuatro generaciones suelen vivir juntas sin mayores complicaciones que las que causa un hijo adolescente o un nieto pequeño (porque a menudo los adultos maduros que ya son abuelos son los “padres sustitutos” de sus nietos por diversas razones, situación que les acarrea mas responsabilidades incluso problemas) o una persona mayor muy dependiente.

Los padres ancianos de la pareja madura, generalmente en nuestro contexto cultural se les aprecia y tienen un lugar insustituible, debido a su edad presentan enfermedades crónicas y limitaciones físicas, mentales y/o económicas, razones por las cuales la pareja debe asumir el cuidado de sus padres aún cuando en algunos casos no han terminado totalmente el cuidado de los hijos, asumiendo una doble responsabilidad. “Las mujeres también aprecian mas a la generación anterior y comprenden mejor su propio papel de salvaguarda de las tradiciones familiares y de los vínculos entre generaciones.”⁶⁶ Ya que son las que organizan las reuniones familiares en ocasiones especiales o en épocas de crisis.

Con el crecimiento de los hijos se aprecian otros cambios como la ampliación del núcleo familiar con la llegada de los yernos, las nueras y los nietos, que obligan a la familia a redefinir nuevamente las reglas y funciones de cada quién para lograr una relación mas armónica.

En la actualidad muchas personas a partir de los 40 años ya tienen nietos y otros con una década más ya bisnietos. “Convertirse en abuelos es un acontecimiento bien aceptado y agradable para muchos.” Entre otros casos esto suele crear la sensación de una vejez prematura y de un deseo de evitar cuidar al nieto sobre todo si se trata de algo impuesto y se llega a opinar “¡Gracias a Dios ya crié a mis hijos!”⁶⁷ Ser abuelo por primera vez en la madurez, puede ser satisfactoria o frustrante, pero es un nuevo rol que debe adoptar el adulto. La relación que existe entre abuelo y nieto puede tomar una de las siguientes tres formas: remota, implicada o de compañerismo.

El abuelo remoto es aquella persona mayor que vive lejos de sus nietos y bisnietos pero éstos les profesan amor, respeto y obediencia, manteniendo los valores tradicionales. El abuelo implicado participa en las actividades cotidianas de sus nietos, viven bajo el mismo techo, de este modo llena su “nido vacío” con una

⁶⁵ BEE, Hellen L. y Mitchaell, K. S. Op. cit. p. 545.

⁶⁶ STASSEN Berger, Kathleen y Thompson R. A. Op. cit. p. 123.

⁶⁷ FISKE, Marjorie. Op. cit. p. 102.

nueva generación. El abuelo compañero es independiente y autónomo, tiene la libertad de elegir cuándo y cómo se va a producir la interacción entre ellos, “miman” a los nietos pero no son libres para disciplinarlos.⁶⁸

Actualmente la mayoría de los abuelos son compañeros porque tratan de que la relación con sus nietos sea de amor, respeto y amistad mas que de disciplina y autoritarismo, debido principalmente a tres aspectos: “la creciente movilidad geográfica de ambas generaciones adultas, los adultos viven mas años y gozan de mejor salud, y las abuelas implicadas del pasado ahora son abuelas que trabajan”⁶⁹ más independientes en todos los aspectos es por ello que se hacen compañeras incluso “cómplices” de los nietos.

Realización profesional

En la madurez después de un cúmulo de experiencias y después de que se ha alcanzado la seguridad financiera, ocurre que se pierde a menudo la necesidad mutua y la lucha compartida que le otorgaron un sentido importante a la relación de pareja. El dinero representa una fuente importante de estrés en el matrimonio pero a la vez una estabilidad, los ingresos independientes de la mujer en ocasiones le permiten subsistir por sí misma, aunque esto no sugiere la precipitación del divorcio, sino un equilibrio entre los ingresos de ambos.

Esta idea de que la mujer obtenga sus propios ingresos es relativamente nueva, ya que anteriormente el hombre era la principal fuente de ingresos y “la mujer sin o con poca educación y dependiente en el aspecto económico era propiedad del marido”⁷⁰, situación que impedía el divorcio, y mas aún porque el ideal de un matrimonio es que la pareja debería permanecer junta toda la vida.

Principalmente ahora que se encuentra el nido vacío, el que ambos contribuyan económicamente los beneficiará por que se lograrán metas compartidas como viajar o adquirir (más) bienes materiales. Finalmente “desde el punto de vista psicológico, el sentido del trabajo se reduce, en última instancia, a una cuestión de involucración del yo: a una suerte de entrega del propio yo a una actividad útil ejecutada para lograr dinero, prestigio o alguna otra consideración banal.”⁷¹

Esta seguridad financiera no dura eternamente pero tampoco termina porque llega la jubilación de la persona trabajadora, consecuentemente mayor tiempo para disfrutar y compartir con la pareja y la familia la recompensa de una vida de trabajo. Esto puede significar la realización de actividades que antes se veían lejanas o difíciles de efectuar por todas las responsabilidades que se asumían como soporte de una familia, tales como practicar un deporte o una actividad recreativa, así como un subempleo que siempre les ha causado inquietud realizar.

⁶⁸ Cfr. STASSEN Berger, Kathleen y Thompson R. A.Op. cit. p. 128.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Cfr. SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Op. cit. p. 203.

⁷¹ RAPPOPORT, Leon. Op. cit. p. 25

Con el nido vacío la mujer que solamente había sido “ama de casa” ahora posiblemente pensará en buscar un empleo que satisfaga sus necesidades personales o retomar el empleo que tenían cuando jóvenes y solteras aunque no es el caso de todas, hay quienes se sentirán satisfechas siendo orgullosamente “amas de casa”.

La jubilación requiere una organización en el hogar, se busca y necesita un lugar grato para retirarse del empleo ya que “cuando se trata de ganarse la vida, el mundo adulto es una jungla, hasta los animales de la misma especie se comen entre sí.”⁷² En el mundo laboral se reconoce a las personas por lo que hacen en cuanto a productividad y eficiencia se refiere, se busca ser el mejor no importa pisotear a los demás para lograrlo, es una lucha de poderes.

La jubilación no tiene porque significar una adaptación molesta, con pérdidas de autoestima por sentirse inútil o generar enfermedades psicósomáticas a causa de la falta de una actividad acostumbrada.

“Los hombres que definen la masculinidad como mantener una familia y los trabajadores de ambos sexos que derivan su identidad de su trabajo y definen su valor en términos de su poder económico, pierden más que su salario cuando se quedan sin empleo. Estos trabajadores pierden una parte de sí mismos y de su autoestima y sienten que tienen menos control de su vida.”⁷³

Sobretudo esta sensación se presenta cuando no se tiene de donde obtener recursos económicos, pero si no es el caso contando con el apoyo de familiares y amigos, el problema de la pérdida del empleo suele ser temporal.

La edad y la experiencia tornarán mas duras a las personas porque se tienen que ir adaptando a las situaciones adultas que se van presentando. Pese a todas las situaciones por las que atraviesa una persona en la edad madura como el tener una pareja, formar una familia y crear un grupo de amigos, en ocasiones es necesario olvidar la interacción social y por cruel que parezca los atractivos de la independencia suelen ser significativos, por ejemplo el goce sexual (para evitar la infidelidad y la bigamia o poligamia), la autorrealización que no han logrado y la toma de decisiones sin obstáculos.

1.3 El adulto: sujeto de estudio de la Pedagogía

Para tener una visión completa del desarrollo integral del adulto, es necesario el análisis del adulto desde una perspectiva pedagógica, la cual, partiendo de nuestra formación, es el eje rector de nuestro objeto de estudio.

Etimológicamente la palabra *Pedagogía* proviene del griego *paidos*, que significa “niño”, y *agogía*, que significa “conducción”, es decir, conducción del niño.

⁷² Ibidem. p. 15.

⁷³ PAPALIA, Diane. et. al. Op. cit. p. 609.

Actualmente, no hace referencia al acto de conducción sino, en forma mucho más amplia, alude al estudio y proceso de la educación.⁷⁴

Se ha considerado a la Pedagogía como la ciencia y arte de la educación. Por un lado, es ciencia en el sentido de que posee un objeto y un método; su objeto de estudio es la educación y sus métodos para resolver sus problemas son: la observación, experimentación y comprensión de la realidad educativa. Por otro lado, también es considerada como arte de la educación ya que trata de convertir un material informe, en un ser formado, humano.⁷⁵ Es decir, que el ser con capacidad de raciocinio, conciencia, memoria y lenguaje utilice dichas capacidades a favor de su entorno social y afectivo, que lo lleven a ejecutar más que acciones del hombre, actos humanos.

Esta educación va más allá de los conceptos de escuela, alumno, maestro, educación básica, evaluación y demás rasgos. En un sentido más pleno, la educación abarca todos los aspectos de la vida del hombre, desde lo orgánico hasta lo espiritual. La finalidad de esta educación es sin duda: la formación integral del ser humano.

Ahora bien, ¿qué entendemos por *formación*? Desde tiempo pasado, la formación ha sido tema de discusión entre filósofos reconocidos, entre ellos Kant, quien la refirió al posicionamiento ético del sujeto ante el mundo; a cómo se hace cargo de sus actos, de su situación, resultantes del ejercicio de su libertad de decisión. Decía que es mediante la instrucción y la disciplina como el sujeto toma posiciones: se forma.⁷⁶ Y es que estas, a través de los años van dejando huellas en la personalidad de cada individuo, quien a su vez las asimila, interpreta y proyecta de manera singular.

De este modo la educación actúa directamente sobre el hombre, desarrollando la formación de su vida personal. Se forma de manera individual pero se educa de manera social. Dicha *educación* resulta ser todo un proceso complejo que conforme a la filosofía kantiana, implica mucho más que instruir en ciertos conocimientos o disciplinar en determinadas habilidades, más bien, refiere a "...el proceso progresivamente intencional de parte del ser humano en desarrollo, tendiente a la consecución del perfeccionamiento integral de su personalidad."⁷⁷ Es así, como el acto educativo puede ser adjetivado con los siguientes términos: espontáneo, intencional, horizontal y vertical.

Decimos que la educación es espontánea por la mera relación o contacto del individuo con los demás; es intencional por medio de la influencia de las personas

⁷⁴ Cfr. HOYOS Medina, Carlos Ángel. Epistemología y objeto pedagógico. ¿Es la pedagogía una ciencia. 2ª edición, UNAM, México, 1997. p. 69.

⁷⁵ Cfr. LUZURIAGA, Lorenzo. Pedagogía. 12ª edición, Editorial Losada, Buenos Aires, 1975. pp. 14, 20.

⁷⁶ Cfr. HEBE Tizio. Reinventar el vínculo educativo. Aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis. Editorial Gedisa, Barcelona, 2003. pp. 20-21.

⁷⁷ LUDOJOSKI, Roque Luis. Andragogía o educación del adulto. Editorial Guadalupe, Buenos Aires, 1972. p. 27.

o instituciones de educación; es horizontal, pues alcanza a todas las manifestaciones de la vida del hombre (desde lo orgánico hasta lo espiritual); y es vertical porque se realiza a lo largo de toda la vida del hombre.⁷⁸ Así pues, la educación conduce a un perfeccionamiento del hombre, misma que no realiza por sí sólo, sino motivado por una estructura social acorde a su contexto histórico-cultural, es decir, de acuerdo a sus intereses, con el objeto de asegurar su propia existencia y desarrollo.

Existen cuatro aprendizajes inherentes a la educación, conocidos como “pilares del conocimiento”, básicos en el devenir de la vida del hombre, a saber: “aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir sobre el propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con los demás en todas las habilidades humanas; y por último, aprender a ser, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores.”⁷⁹

El aprender a conocer resulta importante por el hecho de que nos permite comprender el mundo que nos rodea, descubrir, conocer y apreciar la singularidad de nuestro universo. Por los años vividos una persona madura puede poseer las habilidades prácticas en cierta materia, pero le podrían hacer falta los conocimientos teóricos que lo facultaran para hacer una aportación más eficaz a su entorno laboral o social. Cuando aprendemos a vivir juntos aplicamos la empatía y tolerancia para con los demás, nuestro trato es más asertivo y podemos externar nuestro sentir y pensar de una manera eficaz. Al final, cuando logramos estos cambios mismos que perduran en nosotros, hemos aprendido a ser.

Sin duda, tales aprendizajes los llevamos a cabo desde el momento de nuestro maravilloso nacer, aunque sea de forma inconsciente nuestros sentidos: vista, tacto, oído, olfato, gusto, equilibrio, junto con nuestro cerebro asimilan y procesan todo cuanto hay alrededor. A esto se le conoce como una manera informal de educarnos. Y es una de las tres modalidades existentes de adquirir aprendizajes. Existen otros dos tipos, mejor conocidos como 1) educación no formal y 2) educación formal; las tres en conjunto son definidas de la siguiente manera: “la educación informal es el proceso que dura toda la vida, por el cual cada persona adquiere y acumula conocimientos, capacidades, actitudes y comprensión a través de las experiencias diarias y del contacto con su medio; la educación no formal es toda actividad educativa organizada y sistemática realizada fuera de la estructura del sistema formal para impartir cierto tipos de aprendizaje a ciertos subgrupos de la población, ya sean adultos o niños. La educación formal es el sistema educativo institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado, que abarca desde la escuela primaria hasta la universidad.”⁸⁰

⁷⁸ Cfr. LUZURIAGA, Lorenzo. Op.cit. pp. 49-51.

⁷⁹ DELORS, Jacques. La educación encierra un tesoro. UNESCO, México, 1997. p. 91.

⁸⁰ LA BELLE, Thomas J. Educación no formal en América Latina. Editorial Nueva Imagen, México, 1980. pp. 43 - 44.

En el presente trabajo de investigación, ubicamos a las comunidades de aprendizaje de INEA en la modalidad no formal, ya que en este instituto (como veremos en el capítulo tercero con más detalle) su método, sus contenidos y también los medios de que se sirve para lograr la participación y la organización, son flexibles; la educación no presenta un esquema rígido previo. Así mismo, “se denota la vinculación entre el aprendizaje que fomenta el sistema de educación de adultos y el aprendizaje producto de la cotidianeidad y experiencias del sujeto; aunado, obviamente con la utilidad inmediata del conocimiento y la reflexión sobre el mismo.”⁸¹

Educación de Adultos

Por definición, la UNESCO en 1976 en su XIX Conferencia General celebrada en Nairobi llegó a un acuerdo mundial: “La expresión Educación de Adultos designa la totalidad de los procesos organizados de educación sea cual sea el contenido, el nivel y el método, sean formales o no formales, ya sea que prolonguen o reemplacen la educación inicial dispensada en las escuelas y universidades y en forma de aprendizaje profesional gracias a los cuales, las personas consideradas como adultas por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales o les dan una orientación y hacen evolucionar sus actitudes o comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento humano integral y una participación en un desarrollo socioeconómico y cultural equilibrado e independiente.”⁸²

De lo anteriormente señalado, podemos destacar que se trata de una educación con carácter holístico por abarcar toda una pluralidad de modalidades y métodos de acuerdo con las diversas demandas de la población que atiende. Además de que no solamente incluye el ámbito académico y profesional, sino que se encarga también de la formación personal, social, ciudadana, estética y cultural del adulto.

Las personas a las que está dirigida son aquellas en edad post-escolar. Su meta es el enriquecimiento integral del individuo a partir de la adquisición de conocimientos, el desarrollo de aptitudes, valores y la mejora de sus relaciones humanas, así como la de sus competencias técnicas y profesionales. De manera global se dice que la Educación de personas adultas es necesaria “para impulsar la democracia y la justicia, la igualdad de género y el desarrollo científico, social y económico.”⁸³ Pero, ¿cómo es que se logran tales alcances?, ¿qué funciones desempeña dicha educación a nivel individual para el logro de tales avances sociales?

⁸¹ Cfr. DE SCHUTTER Antón. Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. 4ª edición. Editorial CREFAL (Centro regional de educación de adultos y alfabetización funcional para América Latina). México, 1986. p. 61.

⁸² SARRATE, Ma. Luisa. Educación de adultos. Evaluación de centros y de experiencias. Ediciones NARCEA, Madrid, 1997. p. 30.

⁸³ LÓPEZ-BARAJAS ZAYAS, Emilio, Sarrate Capdevila, Ma. Luisa. Coordinadores. La Educación de personas adultas: Reto de nuestro tiempo. Editorial DYKINSON, Madrid, 2002. p. 40.

A continuación, se presentan algunas de las funciones que desempeña la Educación de personas adultas:

- Abrir la oportunidad de que el adulto se apropie de nuevos conocimientos, destrezas, capacidades y aptitudes independientemente de su trayectoria escolar o de vida. Tengamos presente que muchos de los adultos para quienes va dirigida esta educación no tienen aún concluida su educación básica, no obstante, poseen habilidades o saberes que los hacen diestros en determinadas labores y/o actividades.
- Posibilitar la emancipación en el sentido de despojar al adulto de tabúes, mitos y ataduras de carácter social y cultural, que muy probablemente lo han acompañado a lo largo de sus años vividos y que incluso han sido obstáculos para un disfrute más pleno y sin culpas de sus propios anhelos.
- Ayudar al adulto a comprenderse a sí mismo, enfrentándolo con sus capacidades y limitaciones, así como con la necesidad de madurar en lo referente a aspectos físicos, espirituales, culturales y vocacionales.
- Permitir la superación de la unilateralidad cultural y del aislamiento social. Dado que se entra en contacto con personas de distintas esferas culturales, se puede acceder a un conocimiento más amplio de diversas formas de ser, de expresar, de decir, de pensar, lo cual enriquece nuestro propio círculo vital.
- Aparición de un espacio institucionalizado para aquellos a quienes se ha desprivilegiado socialmente, pero que desean continuar desarrollándose en sentido intelectual, perfeccionar habilidades en materia laboral, o bien, coadyuvar en la conformación de una persona competente.⁸⁴

Habiendo explicitado el concepto de Educación de Adultos y cuáles son sus funciones, enfocaremos la atención a sus protagonistas, a saber: el “adulto como aprendiz” y el “adulto como educador”.

El adulto como aprendiz

Existe un término común para referirse a la conducción propia de los adultos: Andragogía*, aunque este no es muy utilizado en INEA, pues se prefiere el de Educación para los adultos, sus premisas⁸⁵, son de relevante interés para tener un modelo más definido del adulto como aprendiz.

⁸⁴ Cfr. SARRATE, Ma. Luisa. Op.cit. p. 32.

* “anér; andros = varón, agogé = conducción, por tanto „conducción del adulto”. LÓPEZ-BARAJAS, Zayas Emilio, Sarrate Capdevila, Ma. Luisa. Coordinadores. Op.cit. p. 31.

⁸⁵ Cfr. KNOWLES, S. Malcom. et.al. Andragogía. El aprendizaje de los adultos. 5ª edición, Editorial Alfaomega, México, 2005. pp. 69-73.

Entre ellas destacan las siguientes:

1. *La necesidad de saber.* Los adultos necesitan saber por qué deben aprender algo antes de hacerlo, es decir, requieren saber la utilidad de lo que van a conocer, para aplicarlo en la vida. De lo contrario, se considerará como pérdida de tiempo.

2. *El autoconcepto de los alumnos.* Los adultos tienen el autoconcepto de seres responsables de sus propias acciones, de su propia vida. Resienten y se resisten a las situaciones en que otros les imponen su voluntad. De ahí que Knowles, S. Malcom vea en la Andragogía una “educación de iguales”.

3. *El papel de las experiencias de los alumnos.* En los adultos el papel de las experiencias es obviamente de gran relevancia, pues son estas, aunadas con los efectos del medio influyente, las que determinan en gran medida el estado cultural de una persona.

La calidad y cantidad de las enseñanzas de la vida tienen un impacto directo en su educación. Sin embargo, más allá de haberlas vivido, es menester, hacer conciencia sobre estas, sólo así, la educación podrá “contribuir al proceso civilizador y a la subsecuente liberación del espíritu y de la mente...”⁸⁶

Las experiencias se conforman al menos por los siguientes cuatro componentes:
“a) el de los hechos o contenidos de la experiencia (acontecimientos, informaciones, decisiones, imágenes...),
b) el de los estados motivacionales que provoca (placer, displacer, atracción, miedo),
c) el de los constructos mentales que origina o promueve interpretaciones (concepciones del mundo, valorizaciones),
d) el de los sistemas de comportamiento para los que dispone y que en el juego de los cuatro elementos crea hábitos o los destruye, descompone la personalidad o la equilibra...”⁸⁷

4. *Disposición por aprender.* Los adultos están dispuestos a aprender lo que necesitan saber y sean capaces de hacer con la finalidad de enfrentar las situaciones de la vida diaria o bien, vencer alguna dificultad, laboral, familiar, sentimental, etc.

5. *Orientación del aprendizaje.* Los adultos le dan una direccionalidad a su aprendizaje, es decir, los conocimientos, destrezas, valores y actitudes se fijan

⁸⁶ BERGEVIN, Paul. Filosofía para la Educación del adulto. 2ª edición, Editores asociados, México, 1982. p. 23.

⁸⁷ GARCIA Carrasco, Joaquín. La educación básica de adultos. Ediciones CEAC, España, 1991. p. 46.

más en el adulto cuando se aplican a una situación de su vida real, puede ser a problemas que se les hayan presentado o a algún objetivo que tengan en mente.

6. *Motivación.* (La cual ya hemos abordado) Los adultos responden a dos tipos de factores motivacionales: 1) los externos, referidos a la obtención de un mejor trabajo, un ascenso en el empleo, salarios más elevados, etc., y 2) los internos, que suelen ser los más preponderantes y los que subyacen a toda acción, pues entre estos se encuentra el deseo de una realización personal, incrementar la satisfacción laboral, elevar la autoestima, tener una mejor calidad de vida, la sensación de sentirse completos en el aspecto emocional etc.

Una vez definidos los adultos como seres humanos con necesidades de saber, disposición de aprender, grandes cúmulos de experiencia y con un impulso interno o externo de motivación, analicemos ahora el papel de quien dispondrá los medios para satisfacer tal necesidad, a saber: “el adulto como educador”.

El adulto como educador

En primer lugar, cabe decir que el papel del adulto como educador, por el simple hecho de tratarse de un igual, conlleva un reto que enfrentar. Como ya se ha señalado, un rasgo distintivo en la mayoría de los adultos es su resistencia a la imposición de la voluntad ajena. Claro está que una verdadera Educación de Adultos jamás intentará ser impositiva respecto al adulto, pero muchas veces la intención del adulto como educador se confunde y esto afecta la disposición de su igual a aprender. Para evitar tal situación, un Educador de adultos deberá considerar los siguientes rasgos.⁸⁸

1) Debe atender, de forma especial y con gran sensibilidad al entorno en el que se mueve el sujeto adulto vinculado a un proceso educativo. Este entorno puede llamarse: entorno social, político, tecnológico, económico, ecológico, legal, etc.

2) Su compromiso estará en concebir el aprendizaje del adulto en dos direcciones:

a) Instrumental o coyuntural, que se refiere a que un adulto con carencias de escolaridad básica y formal, precisa del mínimo esencial del conjunto de contenidos del currículo formal, pero con el objetivo de que tal adquisición será un medio para que se posibilite y potencie al máximo el desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas y psicomotrices de la psicopersonalidad adulta.

b) Dinámica y perfectiva, que se refiere al principio de que todo adulto precisa mantener actualizada su propia cultura adquirida, pero en función del análisis y prospección de las experiencias personalizadas en la propia vivencia o realidad circunstancial como ser humano.

⁸⁸ Cfr. QUINTANA Cabañas, José María. Investigación participativa. Educación de adultos. Editorial NARCEA, Madrid, 1986. p. 47.

3) Su función será la de posibilitar el crecimiento humano de la personalidad del adulto, en función de establecer una relación dialógica centrada en la necesidad sentida del querer aprender del adulto.

Desde esta perspectiva, el profesor, asesor o maestro, ya no es la autoridad personificada propia de lo que se conoce como educación tradicional. Ahora se habla de una “educación de iguales” mediante un “método facilitativo”, es decir, es un guía que participa de manera indirecta, pero a la vez recíproca en el aprendizaje de acuerdo con la vitalidad y pertinencia de sus hechos y experiencias. En este nivel, las experiencias vitales son el eje de acción del educador, pues más allá de proporcionar conocimientos, su labor se centrará en favorecer la receptividad y capacidad de aprender lo que la vida enseña, de manera que “ninguna alegría ni pena sean vividos inútilmente.”⁸⁹

Obstáculos que enfrenta la Educación de Adultos

Los problemas u obstáculos generalmente residen en el propio adulto como aprendiz, y es en él en quien hay que trabajar para vencerlos. En primer lugar, está el convencimiento propio de que tal educación es en beneficio propio. Más aún, los favorecidos no llegan a ser únicamente ellos, sino que afecta de manera positiva a la sociedad, empezando por las personas de quien se rodea, llámesele familia, amigos, colegas, vecinos, y la misma pareja sentimental.

En segundo lugar, se sabe que conforme crecemos en edad, se adquieren mayores responsabilidades, lo cual conlleva la inversión de energía, esfuerzo físico y mental, y por ende, tiempo. Este último, se convierte en un tesoro sumamente valioso, y a veces la persona no se da cuenta de ello. Cita Mario Benedetti: “Preciso tiempo, necesito ese tiempo que otros dejan abandonado porque les sobra o ya no saben que hacer con él [...] tiempo para mirar un árbol, un farol, para pensar qué bien hoy no es invierno, para morir un poco y nacer enseguida y para darme cuenta y para darme cuerda... preciso tiempo el necesario para chapotear unas horas en la vida y para investigar por qué estoy triste y acostumbrarme a mi esqueleto antiguo...”⁹⁰ En efecto, las personas (y no es exclusivo de los adultos) solemos tener en nuestro mundo globalizado un ritmo de vida estresante y poco relajado. Aunado ello a la falta de organización, el adulto llega a pensar que no tiene tiempo para su educación.

* Jarvis Meter señala que este método consiste en crear en el estudiante la conciencia de la necesidad de un aprendizaje, después enfrentarlos con un problema en especial, permitirles que ellos elijan el tema de interés o proyecto a emprender, y el resultado del aprendizaje se deja a responsabilidad del estudiante. El educador sólo funge como guía y facilitador de los medios de análisis. Cfr. JARVIS, Meter. Sociología de la Educación continua y de adultos. Editorial El Roure, Barcelona, 1989. pp. 120-125.

⁸⁹ PALLADINO, Enrique. Educación de Adultos. Guía de estudio. Seminario de Educación de Adultos. 4ª edición, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1984. p. 56.

⁹⁰ BENEDETTI, Mario. Cotidianas (1978 – 1979). Editorial Punto de lectura, México, 1998. p. 77.

De la mano se encuentra un tercer aspecto: pensar “que son demasiado viejos para aprender”⁹¹ que ya no requieren de los conocimientos que la educación básica les puede dar, al mismo tiempo que les preocupa que a su edad pudieran estar comenzando a perder el control de lo que Salomón, poeta del pasado, llamó el “tazón de oro” (Eclesiastés 12:6), el valioso cerebro en el que se almacenan los preciados recuerdos.

Sin embargo, esto no debería alarmarlos, pues los olvidos son comunes en todas las edades y los cambios que las personas mayores experimentan en sus funciones mentales no suelen deberse ni son indicio de demencia senil*. Incluso, respecto a recordar datos específicos con rapidez, el neurólogo Richard Restak menciona: “si se deja a un lado el cronómetro las personas de edad avanzada pueden hacerlo tan bien como los jóvenes”. De hecho, haciendo uso de las técnicas adecuadas y con práctica, el cerebro de las personas mayores es capaz de seguir aprendiendo, recordando e incluso mejorando determinadas destrezas.⁹²

Un cuarto factor, nos lleva a pensar en un „problema de intereses’ más que de aprendizaje y es que si el adulto no tiene interés ni ganas de aprender, difícilmente y antipedagógico sería querer obligarlo. La experiencia le hace sabio en aquello que le es útil o necesario y lo que realmente le interesa no siempre se encuentra planificado, de lo que quiere saber no siempre sabe el profesor.⁹³ Por otra parte, un número grande de adultos temen reanudar su educación porque consideran que su nivel básico es muy bajo, insuficiente, y creen que la educación y cultura están reservadas y son accesibles únicamente a los que ya poseen conocimientos básicos.

La Educación de Adultos desde una visión constructivista

Independientemente del camino que el adulto elija tiene la posibilidad de seguir optimizando su desarrollo cognitivo*. “Para algunos es necesario instruirse con el objeto de emanciparse individual o colectivamente. Para otros conviene rechazar por orgullo, todo lo que pudiera parecer como una forma de colaboración con las clases dirigentes.”⁹⁴ No obstante, en cuestión de sexualidad (que es la temática central a desarrollar) el orgullo no hace referencia a ir en contra de un sistema

⁹¹ Cfr. BERGEVIN, Paul. Op. Cit. p. 29.

* Para darnos una idea de lo alejados que pudiéramos estar al concluir de este modo, consideremos lo que afirman algunos investigadores: “casi el noventa por ciento de los mayores de 65 años no padecen demencia”. Y el doctor Michael T. Levy, jefe del Departamento de Ciencias del Comportamiento del Hospital Universitario de Staten Island (Nueva York) asegura que aunque es habitual que la memoria se resienta un poco con la edad, la mayoría de las personas mayores conserva sus facultades mentales. Watch Tower Bible and Tract Society. ¡Despertad! Mensual de Febrero, New York, 2006. p. 4.

⁹² Ibidem. p. 5.

⁹³ Cfr. GARCIA Carrasco, Joaquín. Op. cit. p. 18.

* Desarrollo cognitivo: es el conjunto de cambios graduales y ordenados mediante los cuales los diferentes procesos mentales de la persona se hacen cada vez más complejos y sofisticados. Enciclopedia General de la Educación. Tomo I. p. 254.

⁹⁴ LÉON, Antoine. Op. cit. p. 23.

político, sino más bien haría referencia a un orgullo propio que lleva al adulto a pensar: “que me pueden enseñar acerca de algo que yo ya viví”.

Contrario a este pensamiento muchos adultos reconocen que la adquisición de saberes se produce a lo largo de toda la vida y es en este sentido que están dispuestos a seguir desarrollándose cognitivamente. Los motivos para esta acción son variados, entre ellos destacan: el desarrollo de habilidades para el trabajo, el mantenerse actualizado, querer ingresar al mercado laboral, obtener un ascenso, o bien, iniciar un proyecto de negocio propio. Sin embargo, un motivo de singular importancia lo constituye el logro de desarrollo personal que les permita cultivar su mente, mejorar habilidades y destrezas, haciendo así un uso más productivo de su tiempo libre durante la madurez.

Para tales efectos analizaremos la adquisición de conocimientos en los adultos desde un enfoque Constructivista de los procesos de Enseñanza y Aprendizaje. Dicho enfoque se sustenta en la “Teoría Genética del Desarrollo Intelectual de Jean Piaget, la Asimilación y el Aprendizaje Significativo de David Ausubel y la Teoría Sociocultural del Desarrollo y el Aprendizaje de Lev Semionovich Vigotsky”⁹⁵ que se abordaran a lo largo de esta perspectiva.

Para Carretero, el constructivismo “es la idea que mantiene que el individuo no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores.”⁹⁶

Para poder adquirir un aprendizaje se realiza una construcción de esquemas mentales a partir de los conocimientos previos del adulto, los cuales se van haciendo más complejos, según la interacción que éste tenga con su medio. La recepción del aprendizaje se hace, siempre y cuando la nueva información producto de la interacción, sea significativa para el individuo. Los significados acompañan a la experiencia cuando sabemos lo que sucede y que importancia tiene ese suceso en nuestra personalidad.⁹⁷

Por lo tanto, “aprender un contenido quiere decir que el alumno le atribuye un significado, construye una representación mental a través de imágenes o proposiciones verbales, o bien elabora una especie de teoría o modelo mental como marco explicativo de dicho conocimiento.”⁹⁸ Esto nos refiere a la teoría del Aprendizaje Significativo de David Ausubel, donde es importante reconocer que el conocimiento previo en el alumno será la base de los conocimientos nuevos. Para que el aprendizaje sea efectivo, es necesario que la información sea significativa, es decir, la producción del aprendizaje dependerá de la importancia que la

⁹⁵ Enciclopedia General de la Educación. Tomo I. p. 280.

⁹⁶ Apud. DIAZ-BARRIGA, Arceo Frida y Hernández Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Editorial Mc Graw Hill, México, 1998. p. 14.

⁹⁷ Cfr. KNOWLES, S. Malcom. et.al. Op. cit. p. 42.

⁹⁸ DIAZ BARRIGA, Arceo Frida y Hernández Rojas, G. Op. cit. p. 17

persona le atribuya a estos nuevos conocimientos y del nivel de comprensión que tenga de estos.

En este sentido, Ausubel concibe al aprendiz como un sujeto activo que transforma y estructura la información que obtiene de su medio, esta es una de las ideas fundamentales del constructivismo: el alumno como responsable último de su propio proceso de aprendizaje. De acuerdo con Cesar Coll: "Él es quién construye (o mas bien reconstruye) los saberes de su grupo cultural, y éste puede ser un sujeto activo cuando manipula, explora, descubre o inventa, incluso cuando lee o escucha la exposición de los otros."⁹⁹ Mediante la interacción con su contexto social, histórico y cultural se van adquiriendo conocimientos que el adulto es capaz de construir o reconstruir, debido a que sus procesos mentales son más complejos y por las múltiples experiencias que ha ido adquiriendo a la largo de su vida.

Dichos procesos mentales son organizados en estructuras o sistemas que Piaget llama *esquemas*, es decir: "marcos de referencia cognoscitivo, verbal y conductual que se desarrollan para organizar el aprendizaje y para guiar la conducta."¹⁰⁰ La conducta del adulto que no sólo se refiere a la ejecución o expresión de movimientos externos y visibles, sino también a una acción interna mental; leer, escuchar música, o mirar un cuadro serían ejemplos de interacciones con el ambiente que modifican los esquemas. De esta manera los esquemas organizan acciones y pensamientos a través de representaciones mentales.

Piaget identificó cuatro factores que interactúan para influir en los cambios en el pensamiento. El primero de ellos es la maduración a partir de los cambios biológicos que están determinados genéticamente, el segundo es la actividad que se ejerce sobre el ambiente para aprender de él según la maduración física del individuo, la transmisión (experiencia) social es el tercer factor mediante el cual se van transmitiendo los conocimientos de nuestra cultura y, como cuarto factor se encuentra el equilibrio, referido a una búsqueda de balance entre lo que ya se sabe y la nueva información.¹⁰¹

Así, el sujeto va construyendo espontáneamente sus conocimientos en interacción con el ambiente al tiempo que se van modificando los esquemas, los cuales incluyen diversos tipos de conocimiento sobre la realidad como por ejemplo: hechos, sucesos, experiencias, anécdotas personales, actitudes y normas. El individuo por tanto, no percibe la realidad tal cual es, sino que la modifica atribuyéndole nuevos significados.

⁹⁹ Ibidem. p. 16.

¹⁰⁰ Compendio "Teorías contemporáneas del desarrollo y aprendizaje del niño" Departamento de Educación Preescolar, Toluca Estado de México, 2004. p. 81.

¹⁰¹ Cfr. WOOLFOLK, Anita E. Psicología educativa. 7ª edición, Editorial Pearson Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1999. pp. 28-29.

Entre las ventajas de un aprendizaje significativo destacan: el hecho de que los conocimientos permanecen durante más tiempo en la memoria, aumenta la capacidad de aprender nuevos materiales relacionados y facilita el aprendizaje. Los elementos que intervienen en este aprendizaje son: 1) el alumno que aprende, 2) el contenido: objeto de aprendizaje y, 3) el profesor que promueve el aprendizaje.¹⁰²

En el adulto lo que aprende corresponde a abordar contenidos de tipo más abierto y flexible basados en lo que a él le interesa o necesita aprender, ya sea por cuestiones personales o laborales, que finalmente ambos los conducirán a un logro o satisfacción personal.

El ser humano es un ser social por naturaleza, que al estar en contacto con su ambiente va aprehendiendo nuevos conocimientos, de tal manera que es necesario saber que es lo que el adulto como aprendiz conoce y lo que le interesa aprender, así como, distinguir lo que el alumno es capaz de aprender por si mismo y lo que puede aprender con la ayuda de otra persona.

Como se mencionó anteriormente, hay alguien que promueve este aprendizaje, se trata de un adulto con un saber más amplio y su función viene a ser la de un facilitador o guía, y este no podrá hacer más que “disponer los materiales, las categorías conceptuales y las informaciones necesarias; y a partir de ese material es la propia inteligencia del que aprende la que otorga sentido, significado y orden al conocimiento.”¹⁰³

La distancia entre lo aprendido por si mismo y lo que se encuentra en vías de ser aprendido con la ayuda de una persona más instruida es lo que Vigotsky llama la zona de desarrollo próximo, que define las funciones que aún no han madurado pero que están en proceso de maduración, este concepto se aplicó al desarrollo, pero en este contexto se utiliza para el aprendizaje.¹⁰⁴ Aprendemos con la ayuda de los demás, en el ámbito de la interacción social.

Es así como las formas de pensamiento del individuo son producto de las instituciones culturales y de las actividades sociales, por el hecho de que en la sociedad son los adultos quienes marcan la pauta para el desarrollo de la misma no solo debe guiar a las generaciones jóvenes, sino debe ocuparse de igual forma por el desarrollo de su generación, que finalmente es la productora de las generaciones futuras.

La responsabilidad de la sociedad adulta madura ha consistido en compartir conocimiento con las generaciones más jóvenes y menos adelantadas (Etapa VII

¹⁰² Cfr. Enciclopedia General de la Educación, p. 270.

¹⁰³ BARRIO, José María. Elementos de Antropología Pedagógica, 2ª edición, Editorial RIALP, Madrid, 2000, p. 207.

¹⁰⁴ Cfr. MEECE, Judith, L. Teoría del Desarrollo Cognoscitivo de Vigotsky, en Chile and Adolescent, p. 151.

Generatividad vs. Estancamiento de Erikson), a fin de promover su desarrollo intelectual.

En este sentido, el adulto debe percatarse de su rol cada vez mas como productor y actor tanto de su propio desarrollo intelectual como del de las generaciones futuras. Es así como “el alumno adulto comprueba la necesidad de integrar las nuevas adquisiciones al conjunto de sus conocimientos..., cuando se le enseña una cosa teórica, piensa en seguida que deberá poner rápidamente en práctica esa teoría.”¹⁰⁵ Una vez que el adulto ha adquirido un nivel superior de conocimientos está en posibilidad de transmitirlos a otros.

En la adultez interesa el conocimiento para su utilización eficaz en la resolución de problemas que la vida depara, para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades adquiridas con la familia, en el trabajo y como ciudadano.

El conocimiento se obtiene de la interacción con el ambiente, el individuo en su acción con el ambiente modifica sus esquemas. A priori a esta adquisición de conocimientos se presenta la Adaptación del individuo al ambiente donde participan dos procesos: la asimilación y la acomodación.

La asimilación tiene lugar cuando la gente utiliza los esquemas que ya posee para dar sentido a los acontecimientos del mundo, se entiende algo nuevo y se intenta ajustarlo a lo que ya se conoce. La acomodación ocurre cuando una persona debe cambiar los esquemas que posee para responder a una nueva situación, ajustamos nuestro pensamiento para adecuarlo a la nueva información.¹⁰⁶

Aún las respuestas mas sobreaprendidas requieren al menos de alguna acomodación, esto se debe a que nunca se presentarán dos sucesos iguales en su totalidad y por tanto no se podrá actuar de la misma manera por mucha experiencia que tenga el individuo al respecto. Aunque si proporciona al adulto un razonamiento mas rápido.

Todo aprendizaje que el adulto posee debe estar disponible para ser transferido a nuevas situaciones, incluso a nuevos contextos. Cuando esto no sucede ocurre un desequilibrio en sus estructuras mentales que nuevamente lo conduce al proceso de adaptación.

Lo anterior no significa que no se tenga la inteligencia para afrontar estas nuevas situaciones, sino más bien la solución que el individuo encuentre dependerá del contenido y del contexto de la situación. Esto nos remite a un enfoque psicométrico que sugiere dos tipos de inteligencia: la Fluida y la Cristalizada.¹⁰⁷

¹⁰⁵ LEON Antoine. Op. cit. p. 85

¹⁰⁶ Cfr. WOOLFOLK, Anita E. Op. cit. p. 29.

¹⁰⁷ Cfr. PAPALIA, Diane. et. al. Op. cit. p. 611

La Inteligencia Fluida es la capacidad para resolver problemas novedosos que requieren poco o ningún conocimiento previo, están determinadas por el estado neurológico y tienden a declinar con la edad. La Inteligencia Cristalizada es la habilidad para recordar y usar la información adquirida a lo largo del tiempo, dependen de la educación y la experiencia cultural, se mantiene o incluso mejora con la edad.¹⁰⁸

En el siguiente cuadro se exponen las habilidades mentales de acuerdo al tipo de inteligencia.*

Estas habilidades como podemos ver se originan de dos fuentes de conocimientos, la inteligencia fluida proviene de procesos neurológicos del sistema nervioso central, y como tal al igual que otros sistemas sufre un deterioro conforme aumenta la edad del individuo. Caso contrario la inteligencia cristalizada se nutre con la experiencia y la educación del adulto, las habilidades de esta inteligencia tienden a incrementar debido a que las experiencias que se adquieren son indefinidas en tiempo y forma, de la misma manera la educación continúa en el adulto y optimizará esas habilidades.

Finalidad de la Educación de Adultos

En la finalidad radica su importancia. El fin es alcanzar la optimización del hombre como humano. Ciertamente, que posee la capacidad del libre albedrío, las circunstancias del medio de vida no siempre son las idóneas para ejercer tal libertad. De ahí que su finalidad sea “la liberación del hombre de las trabas y limitaciones de la ignorancia y la dependencia, [...] debe acrecentar la libertad mental y física de los hombres: aumentar el control sobre sí mismos, sobre su propias vidas y el ambiente en que viven...”¹⁰⁹ Tanto las ideas como las destrezas adquiridas deben ser liberadoras.

Intenciones generales de la educación de adultos:

a) La educación de adultos pretende cualificar la conducta social del adulto tanto en la perspectiva de la participación democrática, cuanto en la conformación del sistema comportamental que impide la desintegración social. Desarrollará en el adulto las capacidades que se consideran necesarias para desenvolverse como ciudadanos y ciudadanas con plenos derechos y deberes en la sociedad a la que pertenecen.¹¹⁰

¹⁰⁸ Idem.

* Prueba de habilidades mentales principales aplicadas en el estudio longitudinal de inteligencia adulta de Seattle. Ibidem. p. 610.

¹⁰⁹ ANDER-EGG, Ezequiel., et. al. La educación de adultos como organización para el desarrollo social. 2ª edición, Editorial Magisterio el Río de la Plata, Argentina, 1996. p. 54.

¹¹⁰ JABONERO, M., et. al. Educación de personas adultas: un modelo de futuro. Editorial La Muralla, Madrid, 1997. p. 98.

b) Intenta colocar al adulto en medio de entornos diferentes a los que está acostumbrado y en los que participa de manera activa e influyente.

c) Valorizar el disfrute de la calidad de vida y acercarlo a una gama amplia de cultura, pues existe un problema grave, fruto de la opresión y es “la resignación y la inapetencia cultural, el sentido irremediable de la historia... la alienación.”¹¹¹

Así pues el adulto es claro objeto de estudio de la pedagogía, posee capacidades físicas y mentales que pueden optimizarse con la ayuda profesional de estrategias pedagógicas y de un guía, que funja como facilitador de las mismas. Es por ello que en el siguiente capítulo abordaremos la tarea singular de un pedagogo en la educación del adulto, específicamente en la materia de sexualidad.

PRUEBA	HABILIDAD MEDIDA	TAREA	TIPO DE INTELIGENCIA
VOCABULARIO	Reconocimiento y comprensión de palabras	Encontrar sinónimos apareando la palabra estímulo con otra palabra de una lista de opción múltiple	CRISTALIZADA
MEMORIA VERBAL	Recuperación de palabras de la memoria de largo plazo	Pensar en tantas palabras como sea posible que comiencen con una letra específica en un tiempo determinado	PARTE CRISTALIZADA PARTE FLUIDA
NUMERO	Realizar cálculos	Resolver problemas simples de adición	CRISTALIZADA
ORIENTACIÓN ESPACIAL	Manipulación mental de objetos en un espacio bidimensional	Seleccionar ejemplos de figuras rotadas para igualar la figura estímulo	FLUIDA
RAZONAMIENTO INDUCTIVO	Identificación de patrones e inferencia de principios y reglas para resolver problemas lógicos	Completar series de letras	FLUIDA
VELOCIDAD PERCEPTUAL	Hacer discriminaciones rápidas y precisas entre estímulos visuales	Identificar la concordancia y no concordancia de imágenes presentadas en la pantalla de la computadora	FLUIDA

¹¹¹ GARCIA Carrasco, Joaquín. Op. cit. p. 67.

1.4 Perspectiva Demográfica

Una vez realizado el análisis del adulto desde diversas perspectivas, resulta necesario saber que porcentaje de la población en ciudad Nezahualcoyotl se encuentra bajo la categoría denominada población adulta y cuáles son sus características.

De acuerdo con los últimos datos del Censo de Población y Vivienda 2000, la población municipal de Nezahualcoyotl es de 1,225,972 habitantes, sin embargo, la población ha manifestado un descenso importante a partir de la década de los noventa y según estimaciones, el municipio tenderá a decrecer en los siguientes años, como resultado de la migración en primer lugar hacia los municipios vecinos como: La Paz, Ixtapaluca, Ecatepec, San Vicente, Chicoloapan, Chimalhuacan y Valle de Chalco, entre otros y hacia Estados Unidos.

En segundo lugar la disminución de la tasa de natalidad explicado por la mejora de expectativas en los jóvenes tanto a nivel educativo y económico así como por las campañas y métodos a favor del control natal, por último cabe mencionar el nivel de mortalidad, las defunciones promedio del municipio por razones naturales han descendido y en algunos momentos se ha mantenido lo que ha provocado que la población tienda a decrecer en términos generales.

En la siguiente tabla se muestra de manera general la información acerca de la población que conforma el Municipio según el Censo de Población y Vivienda 2000.¹¹²

Total de población	1,225,972 habitantes
Territorio Km2	63.4
Densidad de población	19325
Hombres	595,585
Mujeres	630,387

Para el año 2000 la población masculina representa el 48.58% y la femenina el 51.42% del total. Esta población dividida por grupos de edades, nos proporciona los siguientes datos, encontrando para la población adulta de 40 a 54 años un total de 165,635 habitantes, representando el 13.51% de la población, siendo la distribución de acuerdo al sexo 77,587 hombres, siendo el 46.85% y 88,048 mujeres representando el 53.15%.¹¹³

¹¹² Perfil Mercadológico de Ciudad Nezahualcoyotl. Estudio Comercial, Histórico, Geodemográfico y socioeconómico del municipio. Universidad Tecnológica de Nezahualcoyotl, 2002. p. 34.

¹¹³ XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI, México.

La educación es un rubro muy importante ya que es sinónimo de desarrollo, entre mayor preparación tenga la población, mejores condiciones y expectativas de superación se tendrán. A continuación se presenta la información obtenida según los últimos datos oficiales.

En el caso de la escolaridad en el municipio, el nivel más alto es de primaria con 60.62%, asimismo, los subsiguientes niveles tienden a disminuir significativamente desde preescolar hasta bachillerato.

La población alfabeta de 15 a más años se registra en un 65.71%, esto es 805,606 habitantes, lo que refleja el nivel educativo y el acceso a los medios de información que la población tiene; por tanto, se trata de un municipio con uno de los más altos niveles de alfabetización del país, gracias a la infraestructura educativa municipal y al desarrollo de los habitantes.

Pese a esto, si más de la mitad de la población de más de 15 años es alfabeto, todavía resta un 36% de la población que es analfabeta y es necesario satisfacer la carencia educativa facilitando y motivándoles a continuar con sus estudios, y para ello INEA cumple satisfactoriamente con esta tarea.

Con los datos obtenidos percibimos que un porcentaje considerable de la población se encuentra en la adultez tardía, es decir, en un rango de edad de 40 a 55 años (recordemos la delimitación cronológica de Bromley) así que se hace inexcusable crear materiales didácticos que estén enfocados específicamente a este rango de edad, ya que estos adultos poseen características específicas, necesidades e intereses particulares en materia educativa.

Se debe satisfacer la demanda educativa no sólo para incrementar las estadísticas a nivel municipal, sino para incrementar a nivel personal la cultura y las expectativas de vida. Aún quedan cambios que transitar, la vida social con la familia y la vida sexual con una pareja no ha concluido; la vida laboral tampoco, todavía se puede comenzar un negocio propio o tener un empleo en una empresa, escuela, oficina, etc. En efecto, el llegar a una vida adulta no significa que se ha terminado la vida ni las ocasiones de realizar proyectos.

CAPITULO II RELACIÓN PEDAGOGIA-ADULTO-SEXUALIDAD

El ser humano ha sido dotado de capacidades singulares que lo distinguen de cualquier otro ser vivo: el habla, la conciencia, la capacidad de razonar y de comunicarse, así como de alimentar su espíritu, nos inducen a pensar que la vida humana es mucho más que un ciclo de nacer, comer, crecer y copular. En este último punto es en lo que deseamos hacer hincapié, por el hecho de que esta actividad lo relaciona con el origen de su propia existencia.

La relevancia del tema a tratar radica en que la sexualidad es un proceso siempre presente en el ser humano y determinante en todo ámbito en que éste se desenvuelve, por lo que se debe conocer y comprender los aspectos que la componen para poder vivirla y experimentarla con mayor plenitud. Por lo tanto, la sexualidad debe tener un desarrollo óptimo a favor de un bienestar del individuo.

2.1 La sexualidad una experiencia inherente e inmarcesible del ser humano

La sexualidad como una experiencia presente en todas las esferas de la vida del ser humano y sobre todo que lo acompaña eternamente no importando la edad que tenga, debe ser uno de los aspectos a los que se le debe prestar gran importancia para poder sobrellevar todas las situaciones que implica.

En primera instancia entendamos la sexualidad como “la forma de ser, sentir y comportarse de los individuos de acuerdo a su género y está determinada por la cultura, principalmente por la familia y la escuela. A diferencia del sexo, que sólo se refiere a aspectos biológicos tales como la genética, la anatomía y fisiología de los órganos sexuales... la sexualidad es más amplia y comprende también aspectos psicológicos y sociales... Esta multifactorialidad que integra la sexualidad nos permite asegurar que todos somos seres sexuados: niños, adolescentes, adultos, ancianos, personas con discapacidad física e intelectual. La manera en que cada individuo viva su sexualidad dependerá básicamente de sus características particulares, la educación familiar y las influencias culturales.”¹

Esto es que además de referirse únicamente a aspectos sexuales, el concepto abarca cuestiones como la comunicación en la pareja, la autoestima de cada miembro de ésta, la amistad que pueden tener con miembros del mismo género y del otro, etcétera.

De este modo la conducta sexual que se aprende desde la infancia se adquiere a través de las interacciones humanas particulares de cada momento histórico y se adopta como un patrón de conducta humana aprendida que va a sentar las bases del comportamiento sexual del adulto. La información verbal y no verbal que se aporte a niños y niñas, adolescentes o jóvenes influye en la forma de vivir la sexualidad en la etapa adulta. Por ejemplo la información sobre el placer, el

¹ CARRASCO Núñez, José Luis. Sexualidad y Síndrome de Down. 2ª edición, Editorial Ducere, México, 2004. p. 33-34.

deseo, la preferencia sexual, etcétera, están generalmente empapados de creencias erróneas que se han preservado durante muchas generaciones.

Generalmente la persona asume el rol del sexo con el que se nace, sin embargo, las formas en que un hombre puede expresar su masculinidad y una mujer su feminidad varían de cultura a cultura; incluso de una generación a otra.

Algunas personas llegan a asumir estereotipos bien diferenciados; en el caso del hombre, éste se centra alrededor del concepto de la capacidad o competencia, tradicionalmente son vistos como más agresivos, independientes, objetivos, directos, facultados para asumir un liderazgo o emprender negocios, pero muchas veces perfilados a lo que los psiquiatras llaman *alexitimia*^{*}, es decir, carecen de la capacidad para expresar sus emociones. También son considerados proveedores de recursos económicos, autoridad de la familia, incluso como una persona que le es permitido sostener diferentes relaciones afectivas en un mismo momento de su vida.

Por contrapartida, el estereotipo femenino se centra alrededor de la simpatía y la expresividad, se considera que las mujeres son delicadas, tranquilas, que están más conscientes de los sentimientos de los demás y que pueden exteriorizar más fácilmente los suyos, incluidos, entre estos la ternura, que en el varón es poco detectable.² Las mujeres al parecer son las únicas que tienen la obligación del cuidado y crianza de los hijos así como de las tareas domésticas, que el grupo social sólo involucra a las personas que tienen que ver con las tareas domésticas o con las madres de los compañeros de escuela de sus hijos y que debido al divorcio o la viudez la mujer ya no debe rehacer su vida afectiva y sobre todo sexual por cuestiones sociales.

No obstante, se reconoce el hecho de que no es una regla general y tanto hombres como mujeres, son capaces de expresar empatía, discernimiento y comprensión, así como fortaleza de carácter y objetividad. A finales de los 40 años de edad surge lo que Gutmann denomina como “transición postpaternal”, en la que la que los roles masculinos y femeninos toman tonalidades distintas; en el varón despiertan sentimientos de crianza y sensibilidad, de repente, resulta placentera la convivencia con la familia, el juego con los nietos (en el caso de que los haya) o la impartición de consejos para los hijos mayores. La mujer, por su parte, recibe el reconocimiento de sus hijos y “cierto poder sobre su descendencia.”³

Por otro lado, la aceptación de uno mismo y del prójimo como ser sexual, la imagen corporal que se tiene y se acepta o se rechaza, la posibilidad de dar y

* Del griego *a*, que significa “carencia de”, *lexis*, que significa “palabra”, y *thymos*, que significa “emoción”. GOLEMAN, Daniel. La inteligencia emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual. 27ª edición, Javier Vergara Editor, México, 2001. p. 72.

² Cfr. BEE, Helen L. y Mitchaell, K. S. Op.cit. p. 515.

³ Cfr. SCHAIE, Warner K. y Willis Sherry. Op. cit. pp. 271-272.

recibir, la expresión de erotismo y la vivencia de la sexualidad, son consecuencia de cómo se ha vivido ésta en la infancia y la juventud. Si el individuo ha estructurado su concepto de „ser sexual’ como algo placentero, positivo, creativo y digno de ser compartido vivirá en su adultez y vejez una sexualidad plena. Lo contrario crea una serie de conflictos en sus relaciones inter e intrapersonales que sin duda transmitirá a alguien más.

Por esto es fundamental crear una concepción de disfrute y placer, pretendiendo con el ejercicio de esta actividad alcanzar una riqueza incesante de descubrimientos y experiencias satisfactorias consigo mismo y con la otra persona; ya que “de una u otra forma la sexualidad se manifiesta en todos, sólo que con algunas variantes referentes a su edad, género, características de personalidad y niveles de desarrollo.”⁴

La sexualidad no puede ser considerada como un fenómeno ligado a la función reproductora que inicia a partir de la adolescencia y termina al final de la madurez (negando la sexualidad infantil y el derecho a la sexualidad del adulto y del anciano), ni como el hecho de cometer actos „pecaminosos’ con „instintos animales’ o „salvajes’ que deben ser saciados o controlados.

En el mejor de los casos incluye un modo de sentir, pensar, decir y actuar de acuerdo a cómo se ha ido estructurando el concepto de sí mismo a partir de un sexo referido a la genitalidad (entiéndase masculino o femenino) y de las funciones que la sociedad le confiere a cada género. De hecho, lo que constituye el eje fundamental de la construcción de la sexualidad es el pensamiento social, ya que los hechos biológicos, los actos y los sentimientos adquieren significado en función de esos aspectos sociales.

2.2 Educación de la Sexualidad: para un mejor disfrute sin prejuicios

El hombre no puede permitir que los instintos, impulsos o deseos reprimidos guíen su conducta sexual. Es necesario que por su bagaje vivencial el adulto sea capaz de tomar conciencia del medio cultural e histórico en que se ve comprometido y rescatar los valores que le permitan mirar a la sexualidad de forma natural, sana y sin ningún temor o morbo. Más bien, como uno de los aspectos más profundos y significativos en la vida del hombre.

Recordando que “la vida sexual de los adultos... está en función de la educación recibida durante la infancia y la adolescencia. Si su proceso de desarrollo ha sido inadecuado, probablemente enfrentarán mayores dificultades para su autonomía, en cambio cuando se ha progresado en forma satisfactoria será más fácil conseguir un estado afectivo y sexual armonioso sobre el cual ellos deban decidir.”⁵

⁴ CARRASCO Núñez, José Luis. Op. cit. p. 35.

⁵ Ibidem. p. 101.

Portadora de un conjunto de reacciones conscientes e inconscientes, cuyo resultado es el bienestar respetando al otro, la sexualidad humana es un fenómeno cultural. Todo hombre o mujer se enfrenta a su primer contacto sexual con información adquirida de manera formal en la escuela o informal mediante los medios.

Mucha de la información que se adquiere de manera informal suele estar permeada de vicios, mitos y errores. De ahí que tanto hombres como mujeres aún en la edad adulta continúen viviendo en la ignorancia respecto a su sexualidad, lo cual se traduce en personas violadas y violadores, golpeados y golpeadores, violencia intrafamiliar, cuadros depresivos y demás males que afectan nuestra sociedad actual.

Nótese, que nos referimos a un déficit respecto al manejo de la sexualidad plenamente entendida cuyos pilares son la libertad y el conocimiento, no decimos con esto que en nuestra cultura el tema de la sexualidad sea irrelevante y se carezca de información. Por el contrario, existe un creciente auge del comercio sexual, aunado con una mal llamada “apertura” hacia los temas relativos con la sexualidad. Ahora la pornografía, prostitución, habla y bromas soeces y de doble sentido, y demás prácticas pretenden ser manifestaciones de una libertad sexual. Todo parece estar confinado exclusivamente a la genitalidad, soslayando de forma inhumana, el espíritu, los sentimientos y la emotividad propios del hombre.⁶

En el adulto el “desarrollo biológico continúa y el negar su sexualidad no impedirá la aparición de sus necesidades a este respecto, pero si obstaculizará el aprendizaje de nuevas habilidades para el manejo de su socio-sexualidad”.⁷ Por lo anterior es menester educar en materia de sexualidad. En el primer capítulo analizamos que una tarea propia de la educación es enseñar y preparar para decidir, con lo que se evitaren ambigüedades, dudas y angustias tanto a nivel de las deficiencias sexuales de los adultos como de las dificultades en la juventud.

La educación sexual se puede entender como “el conjunto de aprendizajes que permitan un buen desarrollo de las capacidades y la consecución de una buena interrelación con otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, alcanzando altos niveles de espontaneidad y comunicación, de respeto y estima.”⁸ Nos referimos a un proceso que comienza en los primeros años de existencia y continúa a lo largo de toda la vida, que no conlleva únicamente la adquisición de información veraz y oportuna, sino que implica un conjunto de aprendizajes que afectaran (en el sentido de que modificaran) los comportamientos y actitudes del individuo.

⁶ DORINA H, Ma. Teresa, El mexicano ante la sexualidad. 3ª Edición, Editorial Fontamara, México, 2000, p.11.

⁷ CARRASCO Núñez, José Luis. Op. cit. p. 103.

⁸ FONT, Pere. Pedagogía de la sexualidad. 2ª Edición, Editorial GRAÓ, España, 1999. p. 21.

En la cotidianidad el aprendizaje se adquiere de forma espontánea y asistemática, de manera Informal; toda una escala de valores, conocimientos y formas de ser determinan la manera en que vivimos. En lo concerniente a lo No formal, la sexualidad se encuentra implícita en los programas de sistemas abiertos y semiescolarizados, completando de algún modo la Educación formal, con la cual desafortunadamente en nuestros días hay padres de familia que están en contra de que información sobre sexualidad llegue a oídos de sus hijos adolescentes, porque opinan que una persona que se masturba en su vida adulta llega a ser fantasiosa y poco realista, de igual modo piensan que hablar de métodos anticonceptivos con sus hijos es penoso, que sus hijos no lo hacen o que esto los incita a tener relaciones sexuales, estos comentarios son absurdos y risibles porque en ocasiones los adolescentes ya han tenido varias experiencias sexuales con resultados como embarazos a los 14 años o antes.

No obstante, para que un tipo de educación influya en la formación de un hombre capaz de asumir un rol sexual con una identidad propia y cuya expresión de su sexualidad no interfiera, sino más bien, coadyuve al bien social, es menester la racionalización de programas (en el caso de tratarse de una Educación formal), o bien acciones planeadas y sistematizadas a partir de las necesidades e intereses propios del educando, acorde con los tiempos y espacios con que éste cuente (en el caso de que se trate de una Educación No formal).

Dichas programaciones o acciones deberán estar pensadas a partir de orientaciones teóricas, metodológicas y didácticas que permitan la formación de un hombre con capacidades de reflexión, crítica y responsabilidad respecto de su realidad en ámbitos de sexualidad para una toma de decisiones libre de culpas, miedos y tabúes. Así el término “Educación de la Sexualidad entendida en un alto sentido de su tridimensionalidad ha de constituirse para que se logre el desarrollo mas completo del individuo, le ayude y le prepare para que viva con plenitud a cada momento de su vida.”⁹

Dicho término implica un conocimiento de características biológicas, psicológicas, sociales y antropológicas del ser humano que interrelacionados van conformando la sexualidad, esta educación con las medidas pedagógicas adecuadas tiene que desarrollar aprendizajes a nivel de información, así como en las actitudes y los comportamientos del hombre. Teniendo como fines el deshacerse de mitos y culpas favoreciendo la espontaneidad y la comprensión de la variedad de la conducta sexual humana, debe promover la responsabilidad para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas sobre su sexualidad y sus consecuencias; y mejorar las capacidades de interrelación con otras personas generando satisfacción consigo mismo y con los demás.

Por tanto, se distingue como finalidad última de la educación de la sexualidad, educar al individuo para ayudarlo a realizarse en plenitud como ser humano sexual

⁹ MONROY de V, Anameli. Salud, sexualidad y adolescencia. p. 33.

responsable de la búsqueda y expresión del placer sexual. Derivando el cumplimiento de los siguientes objetivos que están encaminados a que el individuo:

CONOZCA Y COMPRENDA

- La naturalidad de los procesos físicos y mentales relacionados con la sexualidad.
- Su papel masculino o femenino.
- Su compromiso con la sociedad.

APRENDA

- Que la sexualidad puede vivirse en forma creadora unificando los criterios de libertad, responsabilidad, respeto y placer.

CULTIVE

- Valores, normas y patrones de conducta que sean rígidos para permitir el orden y flexibles para dar cabida al cambio de acuerdo con el contexto en que se encuentre.

ESTÉ CONSCIENTE

- De los obstáculos a los que se va a enfrentar en un mundo en que los tabúes, mitos y falacias en sexualidad están muy presentes.

REFLEXIONE

- Buscando alternativas y abriéndose campo a pesar de las restricciones, ampliando sus límites.¹⁰

Puntualizando, advertimos que la sexualidad se educa, se forma y va dando sentido e integración a todos los potenciales biopsicosociales que surgen a lo largo de la vida del individuo. Si los conocimientos de la sexualidad comienzan con el nacimiento, continúan a lo largo de la vida y terminan con la muerte, se habla por lo tanto de un proceso que llamamos Educación de la sexualidad.

¹⁰ Idem.

CAPITULO III HACIA LA REDEFINICIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS EN MATERIA DE SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS

Hasta este momento se ha hablado de las personas adultas, de sus características generales, saberes, experiencias y conocimientos que tienen, hayan asistido o no a la escuela. Pero, ¿qué desean o necesitan aprender las personas? Para cualquier persona, el aprendizaje es más atractivo si se relaciona con el medio en que se desarrolla y con problemas que enfrenta en su vida diaria. Al encontrar respuesta a sus necesidades e intereses, las personas se motivan y estudian.

A partir de las características y necesidades de aprendizaje de las personas, el INEA ha desarrollado el *Modelo Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT)*^{*}, que ofrece a las personas jóvenes y adultas diferentes opciones educativas de acuerdo con sus diversas necesidades e intereses de aprendizaje. Es por ello que a continuación se presenta la forma en que está organizado dicho modelo.

3.1 Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT) y sus módulos

El **Modelo Educación para la Vida y el Trabajo, MEVyT**, es el nuevo programa educativo de el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. Este modelo permite estudiar las cosas que le interesan a las personas adultas (INEA considera como adultos aquellas personas mayores de 15 años que deciden realizar sus estudios en dicha institución) de acuerdo con su edad, sus necesidades e inquietudes, el lugar donde viven, las labores que realizan y el tiempo de que disponen. Al cursar y acreditar los módulos del MEVyT, reciben su certificado de primaria o secundaria con validez oficial.

En el MEVyT la educación con personas adultas se concibe como “un proceso mediante el cual la persona reconoce, fortalece y construye aprendizajes y conocimientos para desarrollar competencias que les permitan valorar y explicar las causas y efectos de los diversos fenómenos, así como solucionar problemas en los diferentes contextos donde actúan y en diversas situaciones de su vida.”¹

Las personas jóvenes y adultas

- **¿Quiénes son?**²

Las personas que no han iniciado o concluido su educación básica, es decir, que no saben leer ni escribir o que no han terminado la primaria o la secundaria; con vidas, costumbres, pensamientos y características muy diferentes; por ejemplo:

^{*} En lo sucesivo se hará mención del Modelo Educación para la Vida y el Trabajo, MEVyT, a partir de sus siglas.

¹ “Modelo Educación para la Vida y el Trabajo, MEVyT”. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. www.inea.gob.mx

² Cfr. Paquete del asesor 3. Para el asesor del MEVyT. Libro del asesor. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, INEA. México, 2003. p.15, 17.

son hombres y mujeres de diferentes edades y ocupaciones; que buscan mayores y mejores opciones de vida, y se pueden agrupar en diversos sectores de población: jóvenes, obreros, campesinos, amas de casa, mujeres, indígenas, entre otros.

Es importante reconocer que todas las personas, ya sea que tengan estudios o que no:

- a) Poseen conocimientos, experiencias, saberes y que a partir de ellos aprenden.
- b) Piensan y actúan de manera diferente, en función de sus propias experiencias y saberes.
- c) Aprenden de la relación con otras personas.
- d) Son capaces de aprender a lo largo de toda la vida.
- e) Tienen los mismos derechos y merecen respeto.

Propósitos y características del MEVyT

- **¿Por qué el MEVyT?**³

Este modelo se construyó a partir de:

Las orientaciones nacionales e internacionales en materia de educación para adultos, las que consideran, entre otras cosas, lo siguiente:

- No pueden aplicarse propuestas educativas únicas a grupos de población diversos.
- Las personas adultas requieren aprender aquellos aspectos o contenidos que tienen utilidad inmediata.
- Las personas jóvenes y adultas no demandan los mismos contenidos que los niños.
- Los conocimientos y experiencias previas que tienen las personas deben tomarse en cuenta.

- **Propósitos**⁴

El Modelo Educación para la Vida y el Trabajo tiene como propósito fundamental: *Ofrecer a las personas jóvenes y adultas opciones educativas vinculadas con lo que necesitan y les interesa aprender, al mismo tiempo que pueden acreditar y certificar su primaria y secundaria.*

Entre los PROPOSITOS BÁSICOS encontramos que los adultos:

- *Reconozcan y valoren sus saberes, experiencias, valores y los integren a su aprendizaje.

³ Cfr. Ibidem. pp. 23-24.

⁴ Cfr. Ibidem. p. 25.

*Enriquezcan sus conocimientos con nuevos elementos que les sean útiles y significativos para su vida.

*Fortalezcan las habilidades básicas de lectura, escritura, cálculo, expresión oral y comprensión del entorno natural y social.

*Refuerquen las capacidades, actitudes y valores que les permitan mejorar, transformar y cambiar el medio en que viven. En particular, autoestima, visión de futuro, valor de la legalidad, respeto y responsabilidad.

*Solucionen problemas en los distintos lugares en que se desenvuelven a partir de la creatividad, estudio y aplicación de métodos y procedimientos de razonamiento lógico y científico.

*Construyan explicaciones fundamentadas, sobre fenómenos sociales y naturales.

*Busquen y manejen información para seguir aprendiendo.

*Tomen decisiones de manera razonada y responsable.

- **Competencias que promueve⁵**

En el MEVyT se busca favorecer en las personas adultas, el desarrollo de cuatro COMPETENCIAS GENERALES que son:

- 1) Razonamiento: es la aplicación de los recursos del pensamiento, que permiten la comprensión, el desarrollo, la creación y la recreación del conocimiento.
- 2) Comunicación: la capacidad de comprender lo que los otros desean transmitir, así como la de expresar con claridad y respeto las ideas, necesidades y puntos de vista, aplicando diferentes lenguajes y medios.
- 3) Solución de problemas: es la capacidad para enfrentar situaciones, reconocer problemas, proponer y aplicar diversos caminos para su solución, tomar decisiones y actuar.
- 4) Participación: se refiere a la posibilidad de actuar junto con otros, de intervenir para transformar distintas situaciones, además de valorar y enriquecer la vida personal y social.

- **Características⁶**

El MEVyT tiene cuatro características principales que lo hacen ser:

MODULAR y DIVERSIFICADO. Porque el contenido y las actividades de aprendizaje se organizan en módulos, que se trabajan en torno a temas de interés y son independientes unos de otros.

FLEXIBLE Y ABIERTO. Ya que las personas pueden definir cuáles módulos van a estudiar, el lugar donde lo harán, en que horario, con que periodicidad y ritmo.

⁵ Cfr. Ibidem. p. 28.

⁶ Cfr. Ibidem. pp. 31-34.

CENTRADO EN EL APRENDIZAJE. Porque prioriza la comprensión de los contenidos más que la definición y memorización de conceptos.

Los paquetes modulares⁷

- **¿Qué son? ¿Qué es un módulo?**

En el MEVyT se busca ofrecer contenidos que sean útiles para la vida diaria y que tengan significado para las personas jóvenes y adultas, al mismo tiempo que favorecen otros aprendizajes. Los contenidos del modelo Educación para la vida se abordan a través de módulos.

Los módulos no son asignaturas o materias, son contenidos y actividades que se trabajan como temas de interés, a través del desarrollo de temas, problemas o situaciones. El MEVyT está integrado por diferentes materiales que favorecen el aprendizaje de las personas. Al conjunto de materiales de cada módulo se le conoce como paquete modular, dentro de los cuales se encuentran materiales como: revistas, folletos, cuadernos de trabajo, fichas, entre otros.

En la propuesta del MEVyT, el aprendizaje se entiende como: un proceso paulatino de construcción e integración de conocimientos, habilidades, actitudes y valores en el que interviene la experiencia de las personas, su confrontación con nuevos conocimientos y su aplicación; partiendo del hecho de que las personas aprendimos y aprendemos diariamente, en diferentes situaciones.

Podemos considerar que aprender significa un proceso mediante el cual las personas, en nuestra relación con lo que les rodea y con los demás, van incorporando, entendiendo y haciendo suyos, contenidos informativos; desarrollo de habilidades; aplicación de nuevas estrategias o caminos para enfrentar situaciones y resolver problemas; y adquisición, fortalecimiento o cambio de actitudes, valores y normas que rigen sus actos.

Todas las personas aprenden a través de su experiencia de cada día, de lo que les resulta cotidiano, de lo que necesitan o les interesa. Además, se tienen conocimientos previos, y maneras de entender la vida que se mezclan con las nuevas experiencias. En el aprendizaje intervienen muchos factores, tales como:

- a) La motivación;
- b) La confianza en nosotros mismos y en nuestras capacidades;
- c) La oportunidad de practicar lo que vamos aprendiendo;
- d) Lo que ya sabemos desde antes, y cómo podemos relacionar eso que sabemos con lo nuevo;

⁷ Cfr. “Modelo Educación para la Vida y el Trabajo, MEVyT”. Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT). www.conevyt.org.mx

- e) La manera en que entendemos algunas ideas y conceptos, según nuestra cultura y medio social;
- f) Las condiciones de existencia como: lugar en que vivimos y estudiamos.

Es obvio todas las personas aprenden, siempre con ayuda de los demás. También aprenden acerca de lo que les rodea: los objetos, el ambiente natural, las costumbres, debido a que el sistema nervioso central va madurando y gracias a todo lo que se hace en interacción con el medio.

Por eso, podemos decir que se aprende de lo que vemos, de lo que interpretamos, de lo que hacemos, de la reflexión, del ejemplo y de la experiencia.

Los puntos de partida de quien aprende y el ritmo con que lo hace, son diferentes y, por ende, sus preferencias y caminos educativos son muy diversos. No se trata sólo de diferencias psicológicas, sino de lo que cada quien “procesa” en función del medio al que pertenece, y de las facilidades o dificultades reales que ese ambiente ofrece.

- **Tipos de módulos**⁸

Los módulos fueron definidos a partir de ejes para cubrir: a) las necesidades de los sectores prioritarios de la población, tales como los jóvenes, mujeres y población indígena; b) los intereses de aprendizaje de esas poblaciones (trabajo, familia, hijos, salud, derechos, riesgos), y c) las áreas del conocimiento (matemáticas, lengua y comunicación, y ciencias).

A la fecha hay más de 40 módulos del MEVyT. En la lámina anterior, los módulos se representan con los siguientes colores: BLANCOS, ROJOS, VERDES y AMARILLOS; cada color corresponde a un tipo diferente de módulo.

Los BLANCOS son módulos *básicos* que abordan los contenidos fundamentales de los ejes de: **Matemáticas, Lengua y comunicación, y Ciencias**; en ellos se propicia el desarrollo de competencias básicas de las personas: lectura, escritura, cálculo básico.

Los ROJOS y VERDES son módulos *diversificados*, se les conoce como con este nombre porque responden a diversas necesidades e intereses de los distintos sectores de la población con los que trabajamos.

Los módulos diversificados abordan temas de interés en relación con los ejes de: **Jóvenes, Trabajo, Familia, Cultura ciudadana y Prepararse mejor para la educación media superior**.

Los AMARILLOS son módulos *alternativos*, se pueden cursar en lugar de algunos básicos, porque favorecen el desarrollo de las mismas competencias que los

⁸ Cfr. Paquete del asesor 3. Op. cit. pp. 79, 81, 85, 88, 89.

módulos que sustituyen, pero las aplican a campos específicos de interés de los adultos.

- **Niveles de módulo**⁹

En el MEVyT los módulos básicos y algunos diversificados están organizados en tres niveles: INICIAL, INTERMEDIO y AVANZADO.

Para facilitar la comprensión del modelo, cada nivel se representó con una forma geométrica diferente:

El **óvalo** se usó para los módulos de nivel inicial, el **cuadrado** para nivel intermedio, el **círculo** para nivel avanzado, el **rectángulo** se usó para aquellos módulos diversificados que pueden cursarse tanto en el nivel intermedio como en el avanzado; el **triángulo** se refiere a los cursos y talleres que la persona ha tomado o desea cursar, y que pueden considerarse como módulos diversificados, un taller o curso de capacitación de 60 horas equivaldrá a un módulo diversificado.

NIVEL INICIAL

Los módulos de este nivel forman parte de la primaria, la cuál cuenta con cinco módulos: **3 básicos** y **2 alternativos**.

NIVEL INTERMEDIO

Estos módulos también forman parte de la primaria y contiene **7 módulos básicos** y **3 alternativos**.

NIVEL AVANZADO

Estos módulos se dirigen a aquellas personas que han concluido la primaria y que quieren obtener su certificado de educación secundaria. Este nivel consta de **8 módulos básicos** y **1 alternativo**.

- **Opciones y rutas para el aprendizaje y la certificación**¹⁰

Las personas no necesitan llevar todos los módulos de cada nivel, pueden elegir entre diferentes opciones y construir su propia **ruta de aprendizaje**, (entendemos como ruta de aprendizaje el conjunto de módulos que elige una persona para aprender y que pueden llevarla o no, a acreditar y certificar sus estudios), lo que si debe hacer es cumplir con una serie de criterios y reglas de acreditación y certificación.

Para certificar la Primaria, las personas deben acreditar 12 módulos: 10 módulos básicos; 3 del nivel inicial y 7 del nivel intermedio y 2 módulos diversificados siendo por lo menos uno rojo. A nivel Secundaria, las personas deben acreditar 12

⁹ Cfr. Ibidem. pp. 94-97.

¹⁰ Cfr. Ibidem. pp. 108-113.

módulos: 8 módulos básicos del nivel avanzado y 4 módulos diversificados de los cuales por lo menos uno debe ser rojo.

En el MEVyT se reconocen los estudios de primaria o secundaria que las personas hayan realizado con anterioridad. También tienen la posibilidad de realizar un examen diagnóstico, a través del cual pueden acreditar los módulos. También se reconocen los **cursos y talleres** de capacitación de 60 horas, de instituciones o dependencias plenamente reconocidas por los institutos estatales y el INEA.

El quehacer del asesor¹¹

El papel del asesor consiste en ser un facilitador del aprendizaje, coordinar, orientar y organizar el trabajo, es decir, debe guiar a las personas para que ellas mismas construyan sus conocimientos.

Las principales tareas del asesor son las siguientes:

- ❖ Promover la educación básica entre las personas adultas.
- ❖ Integrar los círculos de estudio
- ❖ Favorecer un ambiente adecuado en las asesorías, de respeto, tolerancia y cordialidad entre los participantes.
- ❖ Acompañar y alimentar a las personas en su aprendizaje.
- ❖ Evaluar el aprendizaje de las personas mediante la evaluación formativa.
- ❖ Preparar las asesorías.

La asesoría es un proceso en donde las personas que participan, leen, reflexionan, preguntan, resuelven dudas y discuten con otros lo que aprenden; platican sus experiencias y escuchan las de otras personas, las analizan y confrontan con lo que leen y con lo que ya saben.

Algunas de las actividades que es importante desarrollar para preparar la asesoría son:

-Conocer los módulos que estudian las personas para identificar nombre y tipo de módulo, nivel y eje al que pertenece, propósitos del módulo y los materiales que lo integran.

*-Prever la manera de **organizar a las personas dentro del círculo de estudio**, puede ser por ejes de aprendizaje, por niveles, por módulos iguales o por módulos diversos.*

-Conocer los temas y las actividades de los módulos lo que permite pensar anticipadamente la forma en que se van a trabajar.

-Organizar la asesoría en tres momentos: inicio, desarrollo y cierre.

¹¹ Cfr. Ibidem. p. 123.

La evaluación y certificación¹²

El propósito de la evaluación en el MEVyT es que el adulto reconozca lo que ha aprendido y que detecte sus dudas y problemas para poder resolverlos.

Hay tres etapas de evaluación: la primera, llamada "evaluación diagnóstica", se da antes de que los adultos inicien sus estudios para reconocer y evaluar lo que ya saben. La segunda; la "evaluación formativa", identifica y comprueba los avances que han logrado y determina los aspectos que es necesario revisar y reforzar durante el proceso de su aprendizaje. La "evaluación final" verifica lo que han aprendido al terminar de estudiar un módulo y puede servirle para obtener una de acreditación.

La evaluación se concibe como un proceso formativo y continuo. *Es formativo porque la persona joven o adulta, al valorar sus aprendizajes y reconocer lo que necesita reforzar, también está aprendiendo. Y es continuo porque forma parte del propio proceso de aprendizaje; con el apoyo de un asesor, las personas podrán revisar, valorar y reorientar lo aprendido a lo largo de todo el módulo.*

- **Evaluación Diagnóstica**¹³

Los propósitos de la evaluación diagnóstica son:

1. Reconocer y acreditar los saberes y las competencias con que cuentan las personas al incorporarse al INEA.
2. Orientar y ubicar a las personas de acuerdo con sus intereses y situación educativa en el MEVyT.
3. Concluir un nivel educativo.

Se realiza a través de los siguientes instrumentos:

- Entrevista inicial. Para registrar la información sobre los estudios previos y los datos generales de las personas.
- Tablas de sustitución. Permiten establecer sustituciones entre grados del sistema escolarizado y el MEVyT.
- Examen diagnóstico. Permite concluir y certificar un nivel educativo o, en caso de no aprobarlo, avanzar en módulos que no hayan sido acreditados mediante Tablas de sustitución.

- **Evaluación Formativa**¹⁴

Es la que se realiza durante todo el proceso educativo, es la que relaciona en mayor medida con la tarea del asesor y es de utilidad para las personas adultas, ya que permite darse cuenta de los avances y valorarlos, detectar las dificultades,

¹² Cfr. Paquete de asesor 3. Op. cit. pp. 129-130.

¹³ Cfr. Ibidem. pp. 131, 135-137, 141, 145.

¹⁴ Cfr. Ibidem. pp. 205-209, 213.

problemas o dudas que se les presentan y, a partir de ello, trabajar más hasta resolverlos. También permite a las personas aprender mientras se autoevalúan.

Los instrumentos específicos para realizar esta evaluación son:

- Las actividades y ejercicios de autoevaluación. Se pueden identificar en los módulos, con diversos nombres como: Recordemos lo aprendido, ¿Qué aprendí y para qué me sirve?, y Autoevaluación. Normalmente se encuentran al final de cada unidad y al final de cada libro.
- La hoja de avances. se encuentra al final del *Libro del adulto* y, en algunos casos, se llama Registro de avance. Cada vez que una persona termina una unidad del módulo, se tiene el compromiso y la responsabilidad de registrar y firmar en esta Hoja de avances sus resultados, no sin antes haber revisado con ella las actividades y ejercicios, y comentarlos.

- **Evaluación Final**¹⁵

Es el proceso por el cual se valoran los aprendizajes y las competencias desarrolladas por las personas al terminar el estudio de un módulo.

En la evaluación final se utilizan los siguientes instrumentos:

- La **hoja de avances** utiliza durante la evaluación formativa, la que el asesor o asesora debe firmar para avalar que la persona está preparada para presentar un examen final. La responsabilidad y honestidad en esta actividad son fundamentales, ya que es el instrumento avalado por el asesor y es un requisito para que a la persona se le permita presentar el examen final.
- La **hoja de registro de evidencias** es un formato que contiene una lista con las actividades más importantes para los fines educativos de cada módulo, en el que el aplicador de exámenes registrará si esas actividades se realizaron o no, después de revisarlas en el paquete modular de la personas (revisión de evidencias).
- Los **exámenes finales** es requisito para la acreditación de los módulos básicos y diversificados.

- **Certificación**¹⁶

Cuando se acrediten los módulos que se requieren para cada nivel educativo: primaria o secundaria, se entregará un certificado oficial que acredita sus estudios. Esto es lo que se conoce como **certificación**.

¹⁵ Cfr. Ibidem. pp. 217-218.

¹⁶ “Modelo Educación para la Vida y el Trabajo, MEVyT”. Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT). www.conevyt.org.mx

Plaza comunitaria¹⁷

El Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT), con la colaboración de otras instituciones asociadas, esencialmente el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), han unido sus esfuerzos para impulsar acciones diversificadas de educación y formación para el trabajo, a través de la **Plaza Comunitaria e-México**, proyecto en el que se incorpora el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación aplicadas a la educación y a la formación de los estudiantes del INEA.

Una Plaza comunitaria es un lugar que integra recursos y acciones educativas para la vida y el trabajo, destinadas principalmente a jóvenes y adultos, en donde un responsable con uno o más asesores orientan a las personas para hacer uso de recursos educativos, como son: videos de las mediatecas, computadora, portal educativo, televisión, cursos en línea, biblioteca digital, acceso a internet, entre otros.

Los objetivos de una plaza son:

- Ampliar las oportunidades de educación, información y comunicación.
- Lograr que cada persona dirija su proceso de aprendizaje, bajo el principio: ***aprender a aprender***.
- Responder a las necesidades, intereses y ritmo de estudio de las personas.
- Integrar conocimientos, habilidades, actitudes y valores para aprender a usar la computadora, Internet, discos compactos interactivos, videos y la televisión como recursos educativos.
- Facilitar la integración de comunidades virtuales formadas por grupos de personas y organizaciones que se apoyan en el conocimiento producido e intercambiado por todos, por medio del correo electrónico o foros de discusión en Internet.
- Hacer posible la participación de la comunidad para aportar, generar y compartir información y conocimiento, crear sus propias páginas web, programas educativos y de formación, acordes con sus necesidades.
- Acreditar y certificar diferentes modelos educativos.
- Hacer llegar e integrar tantas acciones educativas y de formación como las requiera la comunidad.

¹⁷ “Plaza comunitaria”. Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT).
www.conevyt.org.mx

En una plaza comunitaria se cuentan con tres puntos de encuentro con el aprendizaje, la comunicación y la información. Estos son los siguientes:

1. Espacio Presencial

Es el punto de encuentro entre los jóvenes y adultos que participan en sesiones de asesoría directa, orientados por un asesor para adquirir los conocimientos y desarrollar habilidades para la vida y el trabajo, en este espacio se realizan actividades de aprendizaje basadas en la interacción. En este espacio hay mesas de trabajo, sillas, pizarrón, y los recursos para apoyar el aprendizaje: libros, revistas, carteles y un gran número de impresos que auxilian y favorecen el aprendizaje.

2. Espacio de Televisión Educativa

Es el punto de encuentro en donde se proyectan videos y DVDs (mediateca) a través de la televisión, que favorecen y consolidan el aprendizaje. Un recurso adicional es la educación satelital (EDUSAT) y por Internet en la dirección <http://dgtve.sep.gob.mx> donde se transmiten programas para la formación de asesores y de temas educativos. En este espacio hay sillas, por lo menos una televisión, una video-casetera, un DVD y diversidad de videos y DVDs.

3. Espacio de Cómputo con Internet

Es un punto de encuentro con el portal educativo CONEVyT: www.conevyt.org.mx, gracias a las computadoras, el Internet y/o una red local, se encuentra información, materiales, recursos de apoyo, cursos, ejercicios, acceso a diversas bibliotecas digitales, información acerca de las diferentes instituciones para estudiar y capacitarse para el trabajo, así como sitios de Internet que contribuyen también a auxiliar a los niños en sus tareas escolares.

La Plaza Comunitaria es un lugar en el que las personas transitan con estrategia de un espacio a otro. En ella se consideran tres formas para atender a los jóvenes y adultos:

1) En grupo educativo: Las personas utilizan los espacios y recursos de la Plaza en horarios establecidos entre la institución, el responsable de la Plaza, los educandos y los asesores.

2) Libre: Las personas estudian los módulos por su cuenta, utilizan los recursos de la plaza y presentan los exámenes una vez que se sienten preparadas.

3) En línea: En esta forma, los jóvenes y adultos ingresan con una clave al Administrador de Cursos en línea, y estudian los cursos de primaria y/o secundaria desde cualquier sitio donde tengan una computadora con acceso a Internet. Se registran en una plaza comunitaria para obtener la clave y para asistir a ella a presentar los exámenes finales.

3.2.1 Quiénes y por qué asisten

Como ya se mencionó al inicio de éste capítulo el INEA da asistencia educativa a personas adultas, en general, las personas que asisten a dicha institución son jóvenes y adultos que no han tenido la posibilidad de asistir a la escuela o no pudieron concluir sus estudios a nivel primaria o secundaria, y en un nivel mas avanzado incluso la preparatoria. Las personas que aquí estudian conforman un gran mosaico de múltiples estilos de vida, costumbres, pensamientos, edades, ocupaciones, etcétera.

En particular, las personas que entrevistamos se encuentran entre los 40 a 55 años de edad y asisten a plazas comunitarias o puntos de encuentro ubicados en Cd. Nezahualcoyotl.

Las mujeres que asisten son amas de casa, algunas de tiempo completo otras además de esta actividad también son comerciantes, empleadas de limpieza, maestras o secretarias; una de las causas que ellas mencionan para estudiar es porque no terminaron sus estudios y ahora es necesario concluirlos para obtener su certificado ya que se los están exigiendo en sus empleos, la segunda causa es por satisfacción personal teniendo ésta dos motivos: el primero es que en algún momento de su vida empezaron sus estudios y por múltiples razones no los concluyeron, el otro motivo es porque nunca tuvieron la posibilidad de asistir a la escuela.

Los hombres se emplean en diversas actividades los hay comerciantes, obreros, policías, empleados del ISSSTE y un sastre. En ellos las causas que exponen para asistir a estudiar no son muy distintas a las de sus compañeras; también visitan las plazas comunitarias para terminar sus estudios porque esto representa un logro mas en sus vidas, al mismo tiempo consiguen su certificado que les piden en sus empleos ya sea para conservarlos o para aspirar a un nivel más alto. Otra causa que mencionan es que por medio del estudio optimizan su lectura, escritura y cálculo lo que les facilita las actividades cotidianas de sus empleos.

Como podemos darnos cuenta las razones son similares, la población diversa, pero el fin es el mismo liberarse de la ignorancia e incrementar el control sobre sí mismos, sobre sus propias vidas y sobre el ambiente en que viven.

3.2.2 Cuáles son sus intereses

- **Análisis estadístico cuantitativo de los cuestionarios aplicados a los adultos de INEA**

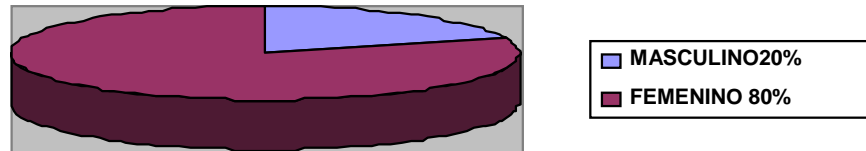
El análisis estadístico cuantitativo está fundamentado en la información obtenida de un total de veinte cuestionarios que se aplicaron a personas estudiantes de INEA y cuyo rango de edad oscila entre 40 y 55 años. De las plazas comunitarias y puntos de encuentro que conforman la Coordinación de Nezahualcoyotl, solamente en 6 plazas se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios.

En las plazas se obtuvieron un total de 20 cuestionarios distribuidos de la siguiente manera:

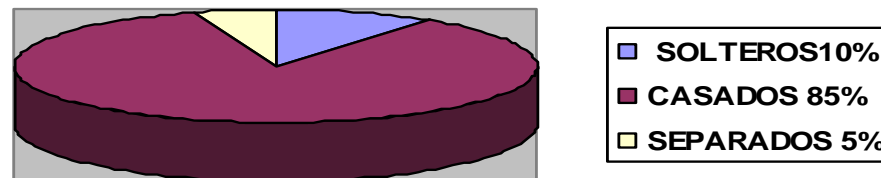
No.	Plazas Comunitarias o Puntos de Encuentro	Cuestionarios aplicados
1.	Iglesia "Medalla milagrosa", Col. Impulsora Popular Avícola.	7
2.	FES Aragón, Col. Impulsora Popular Avícola	1
3.	Catedral, Col. Evolución	3
4.	Las Palmas, Col. Las Palmas	3
5.	ISSSTE Aragón, Col. Valle de Aragón 1ª sección.	2
6.	Iglesia "Maria Reina", Col. Vergel de Guadalupe	4
TOTAL		20

De las 17 preguntas que conforman el cuestionario, 7 preguntas son abiertas y 10 cerradas. Los resultados obtenidos de cada pregunta son presentados enseguida mediante un análisis estadístico.

Los cuestionarios fueron aplicados a un total de 20 personas, la mayoría fueron del sexo femenino como se aprecia en la gráfica.

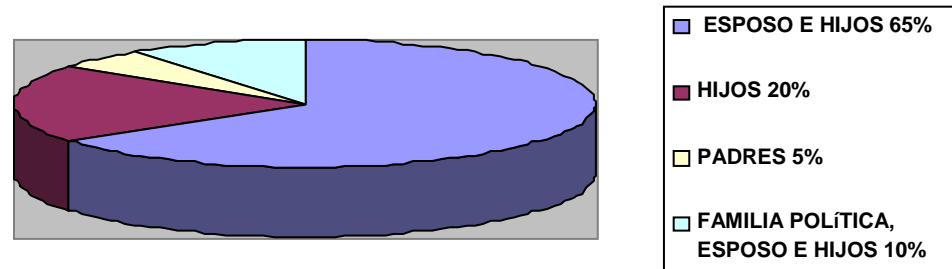


Se tomó en cuenta el estado civil de las personas, lo que nos dio como resultados tres parámetros: personas solteras, casadas y separadas. La mayoría de ellas tienen esposo o esposa con un 85%, sólo un 10% permanece soltero y sólo un 5 % esta separada de su pareja.



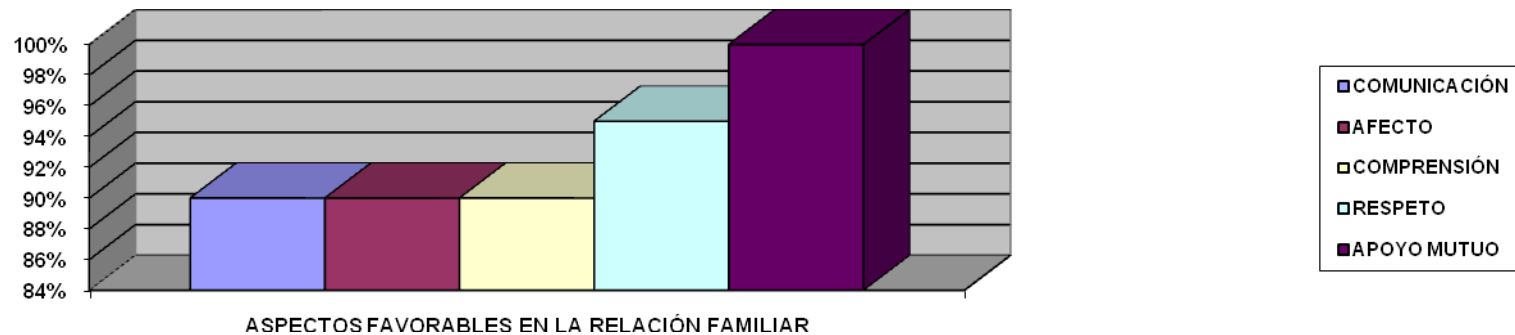
A continuación se presenta de forma estadística la información obtenida de los cuestionarios aplicados en INEA.

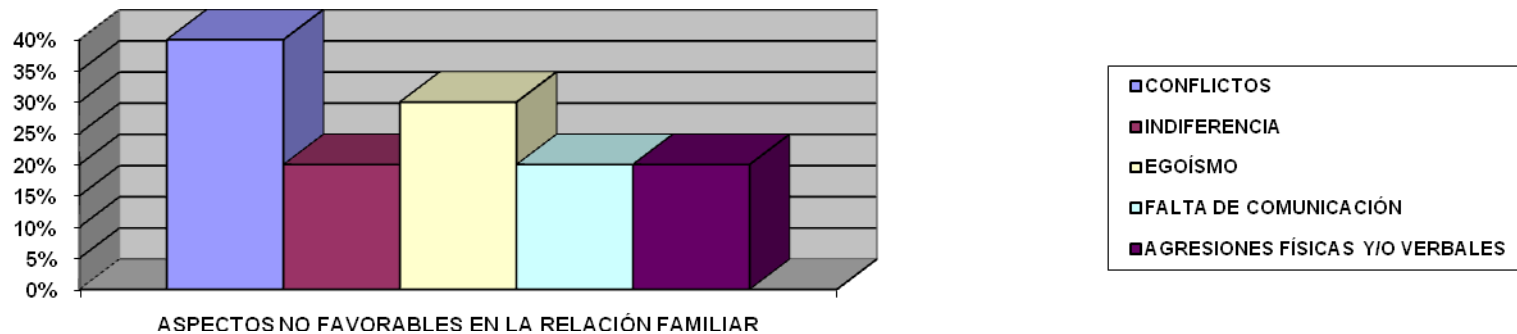
PREGUNTA 1. ¿Quiénes conforman su familia nuclear (que vivan con usted)?



De acuerdo con los datos obtenidos de la muestra la mayoría vive con su esposo e hijos aunque podemos observar que existe una minoría que además de vivir con su familia inmediata vive con la familia política, es decir, viven en compañía de alguno de los padres de su pareja. Y es de notar que existen personas que viven con sus padres pues aún permanece en soltería.

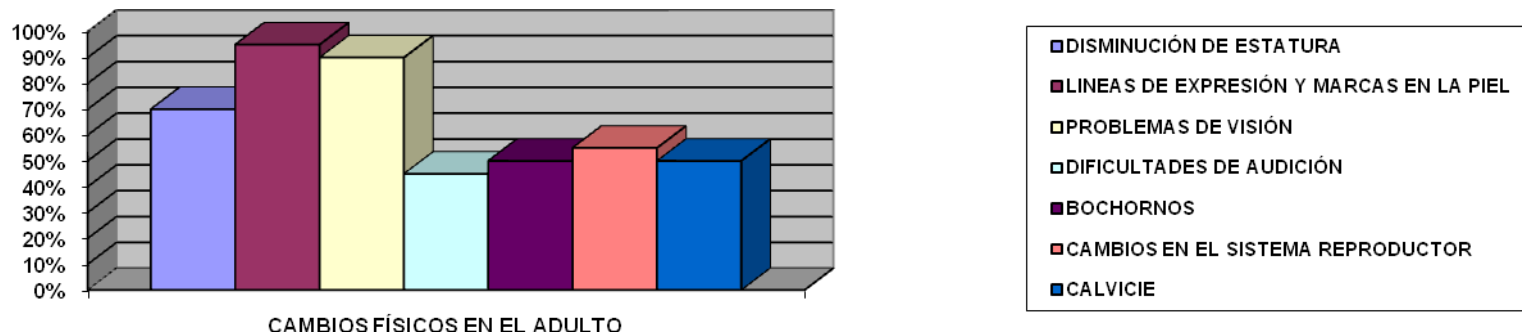
PREGUNTA 2. De los siguientes aspectos subraye los que caracterizan la relación con su familia:

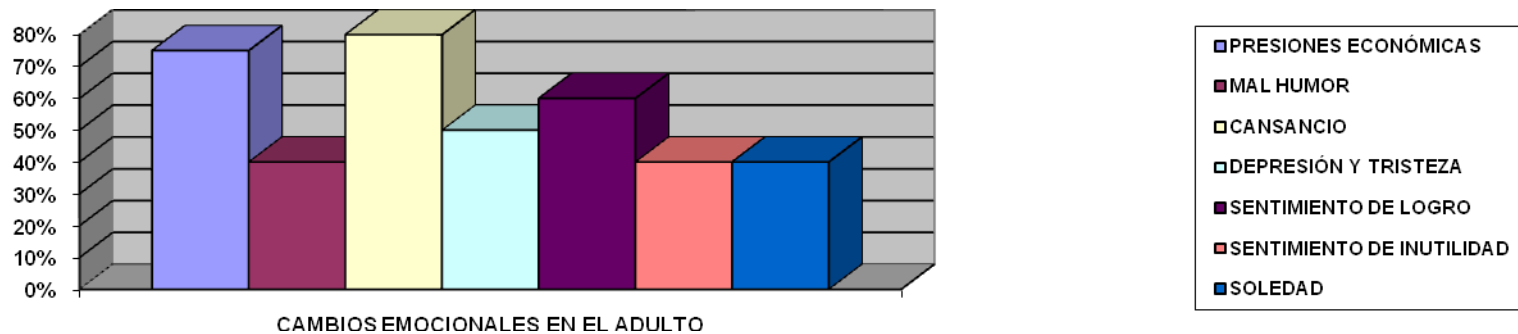




De acuerdo a las respuestas obtenidas, encontramos que la muestra es homogénea en lo referente a los aspectos positivos que caracterizan la relación de la familia. Sin embargo, hay un porcentaje menor, pero representativo de la población, que aceptan aunque con reservas que su relación de familia atraviesa por momentos de crisis con los aspectos constituyentes de esta gráfica.

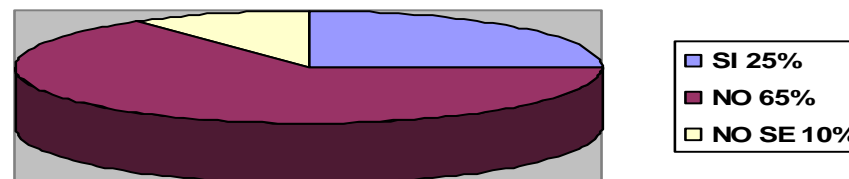
PREGUNTA 3. Subraye los cambios físicos y emocionales que experimenta una persona en la edad adulta:





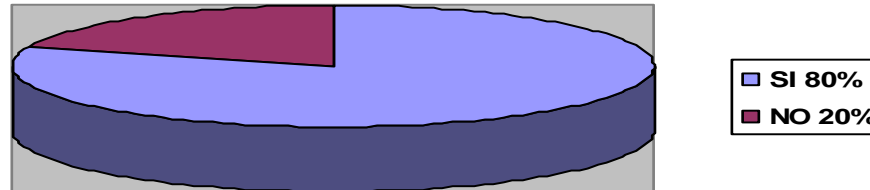
Como podemos observar aunque la pregunta estaba referida al adulto en general, todos los adultos personalizaron sus respuestas de acuerdo a los cambios que ellos están experimentando en su propio cuerpo. En el aspecto físico predominan las líneas de expresión y los problemas de visión, con un 95% y un 90% respectivamente, contrario a la calvicie con un 50% y las dificultades de audición con un 45%. Por su parte los cambios emocionales, el cansancio ocupa un lugar preponderante con el 80%, seguido de las presiones económicas con el 75%. No obstante, más de la mitad expresa tener un sentimiento de logro por sí mismos y por las generaciones más jóvenes.

PREGUNTA 4. ¿Significan lo mismo las palabras “sexo” y “sexualidad”?



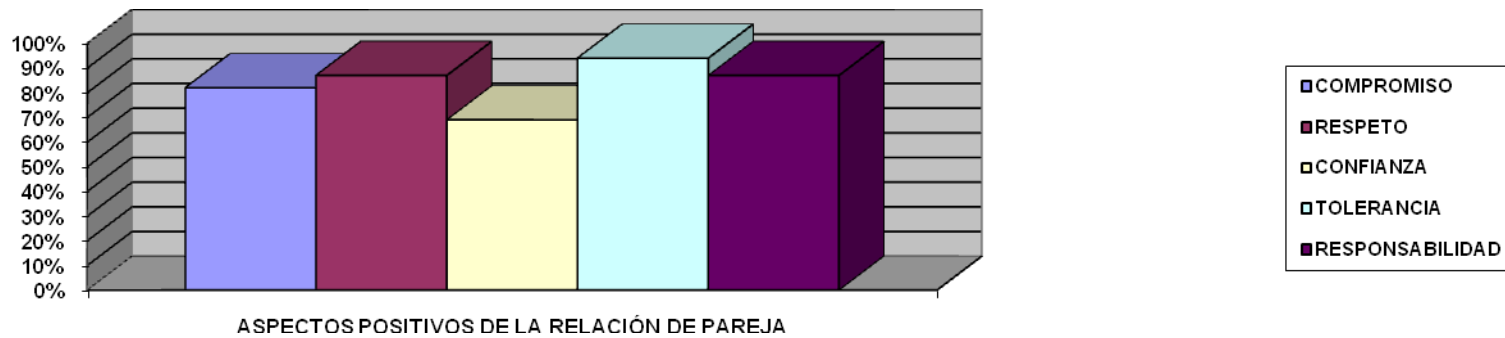
Los resultados obtenidos son en parte satisfactorios por el hecho de que más de la mitad (65%) de la población sabe que "sexo" y "sexualidad" no son sinónimos. Lamentablemente en sus respuestas notamos una falta de seguridad lo que nos lleva a concluir que saben que son diferentes aunque no porqué.

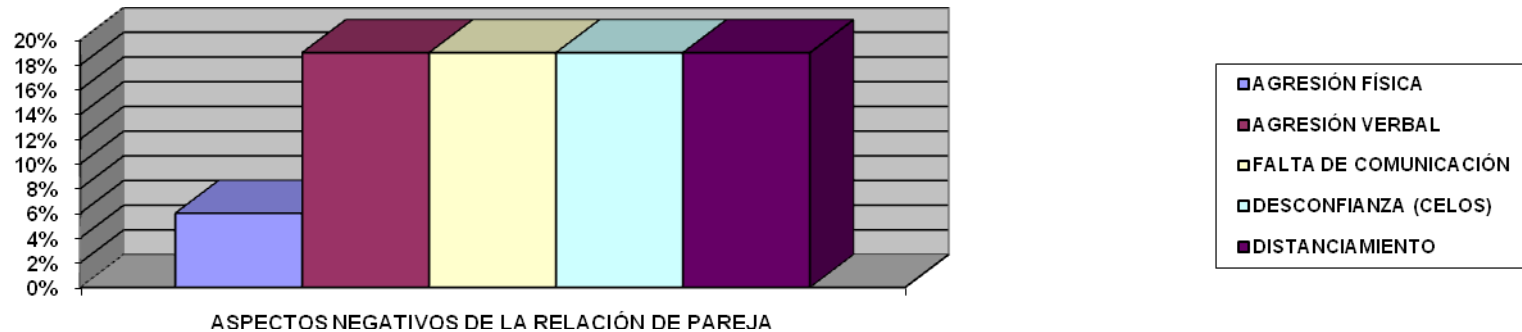
PREGUNTA 5. ¿Tiene en este momento una pareja sentimental?



Como vimos en un inicio la mayoría de las personas, el 80% mantienen una relación de índole sentimental, ya sean personas casadas o separadas, situación que nos arroja respuestas interesantes en las siguientes tres preguntas.

PREGUNTA 6. ¿Cuáles de los siguientes aspectos caracterizan esa relación sentimental?

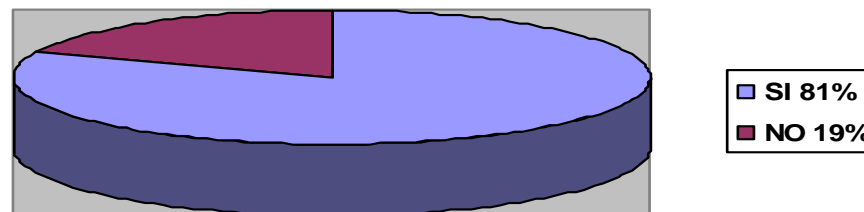




De los valores obtenidos para cada uno de los aspectos positivos es notable que la tolerancia ocupa el primer lugar, seguido del respeto y la responsabilidad; lo cual nos lleva a concluir que tales aspectos han sido la base para que las personas sigan comprometidas en una relación de pareja.

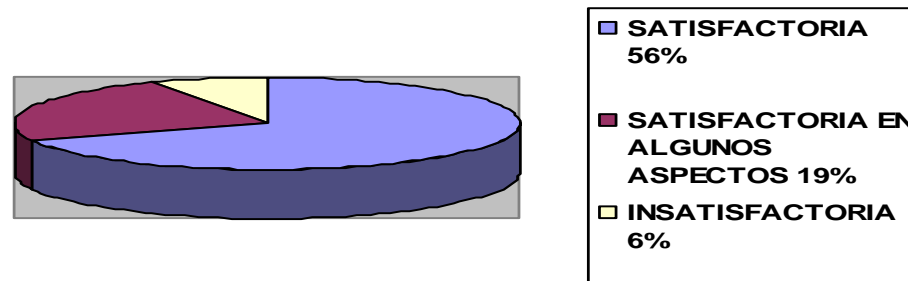
Así mismo, en la segunda gráfica (Aspectos negativos) se presentan de manera homogénea las actitudes no deseables en una relación de pareja. Sin embargo, debido a la tolerancia antes mencionada, el 6% que manifestó ser agredido físicamente, en este momento continúa con su pareja aunque ello implique que uno o ambos miembros de la pareja tengan que sobrellevar o soportar agresión verbal, falta de comunicación, celos y distanciamiento.

PREGUNTA 7. ¿Mantiene una vida sexual con su pareja? Si No



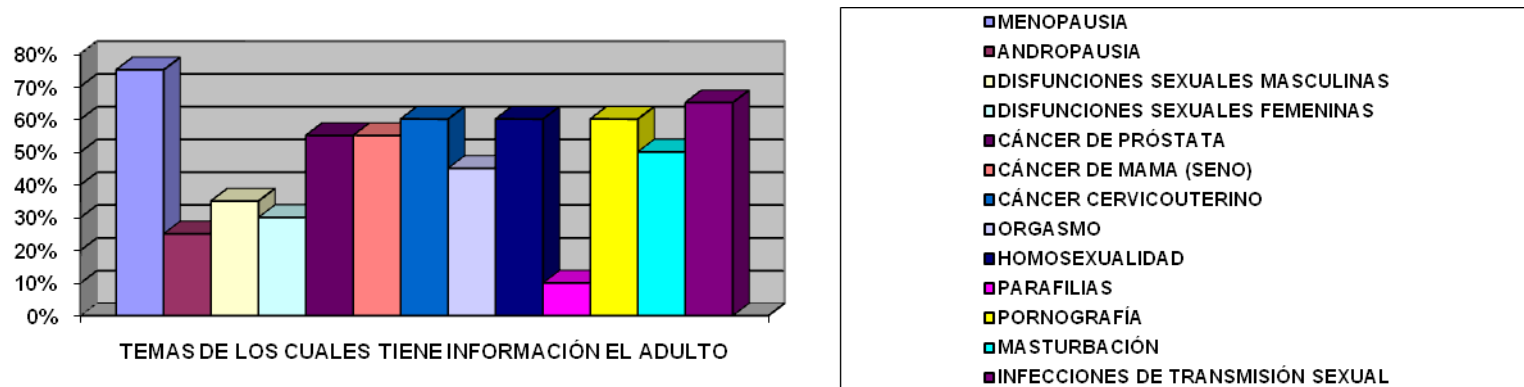
Podemos percatarnos a partir de los datos obtenidos que un gran porcentaje (81%) mantiene una vida sexual con su pareja. No obstante, observamos que un porcentaje considerable de la población, el 19%, no tiene actividad sexual con su pareja. Las personas que respondieron que no, afirman tener una pareja, de hecho se involucran sentimentalmente y se respetan, pero por cuestiones de salud, uno de los dos se encuentra imposibilitado, otra razón es que entre ellos sólo existe un noviazgo y no se ha llevado a tal grado la relación.

PREGUNTA 8. ¿Cómo considera su vida sexual?



Es de notar que las personas que mantienen una vida sexual activa con su pareja reportan que dichas relaciones son satisfactorias para sí, aunque un 19% dicen que sus relaciones sexuales sólo son satisfactorias en algunos aspectos. Es importante señalar que hay personas que aunque son minoría, expresaron tener relaciones sexuales insatisfactorias.

PREGUNTA 9. De los siguientes temas subraye aquellos de los que tiene información:



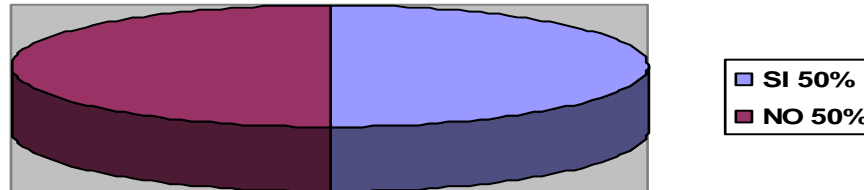
Dado que en su mayoría los encuestados fueron personas del sexo femenino, el tema de la menopausia resultó ser de los más conocidos, si bien es cierto que hubo casos que dijeron no saber cómo sobrellevarla o definirla con términos precisos, al menos señalaron haber escuchado el término y vivir en su mismo cuerpo los efectos.

Pero así como el tema de la menopausia alcanzó un elevado índice, quizá por ser particular en las mujeres, es contrastante con el de las disfunciones sexuales femeninas, cuyo porcentaje fue sólo el 10%. Es decir, existe un desconocimiento grave en esta cuestión y es preocupante debido a que el 81% de la muestra afirma tener una vida sexual activa y de esta la mayoría dice catalogarla como satisfactoria.

El tema del cáncer de mama apenas y sobrepasa el 50%, al igual que el cervicouterino. En cuanto al cáncer de próstata los resultados nos indican que los hombres poseen un conocimiento mayor que el de las mujeres referente a los tipos de cáncer que ellas pueden padecer.

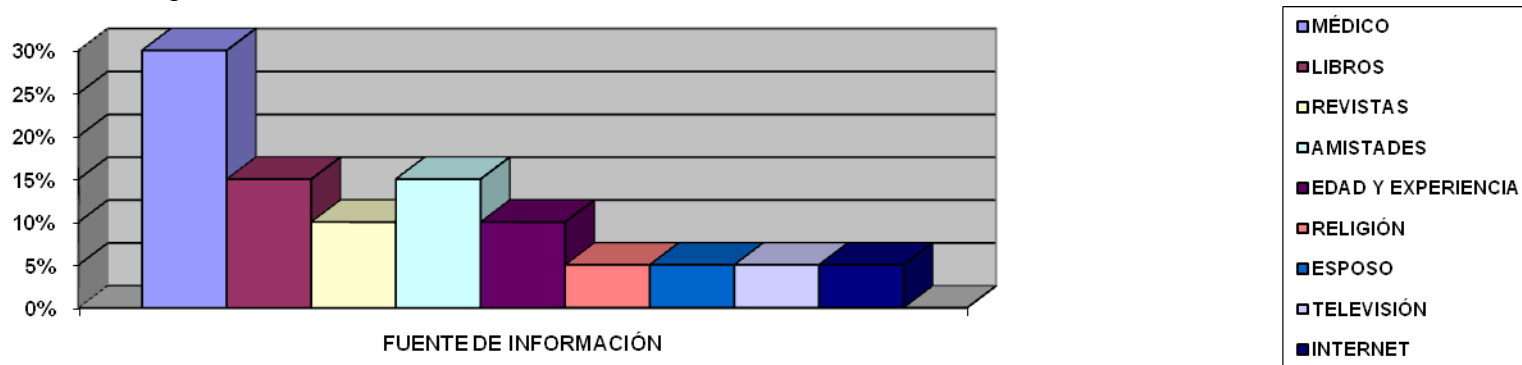
PREGUNTA 10. ¿Considera tener suficiente información acerca de estos temas?

¿Por qué?



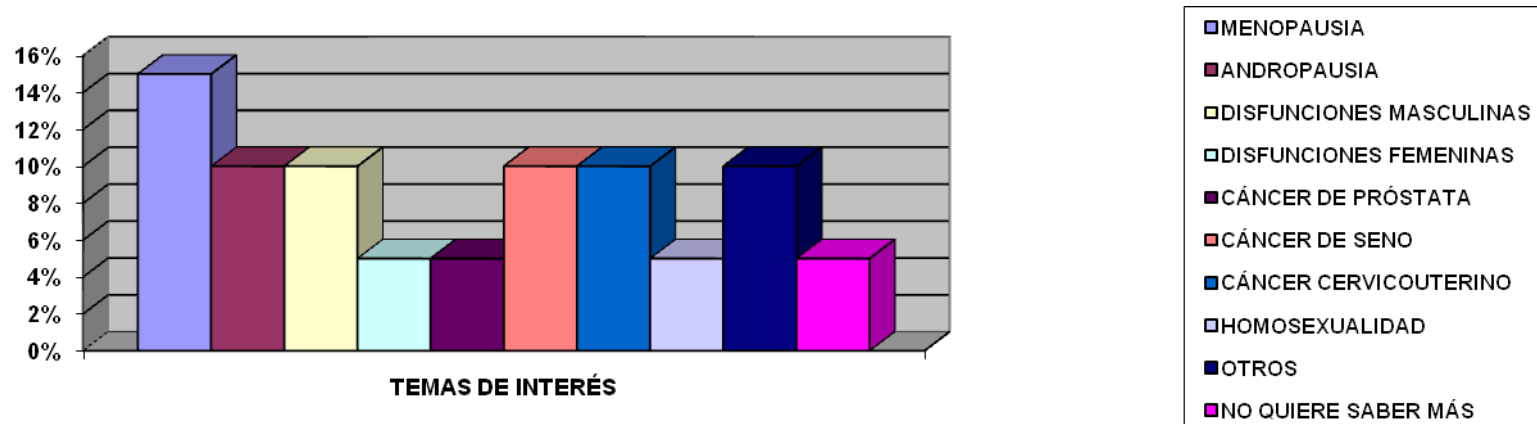
Es evidente en este caso que la muestra se encuentra dividida, un 50% afirma poseer información suficiente de estos temas, aunque algunos de ellos reconocieron que tienen una actitud abierta a seguir aprendiendo cuanto información surja o coadyuve a su mejor desempeño como pareja. El otro 50% señala que no es suficiente con lo que sabe, pues consideran que es poca la información, o bien, no están seguros de que la información que poseen sea veraz.

PREGUNTA 11. ¿De dónde ha obtenido dicha información?



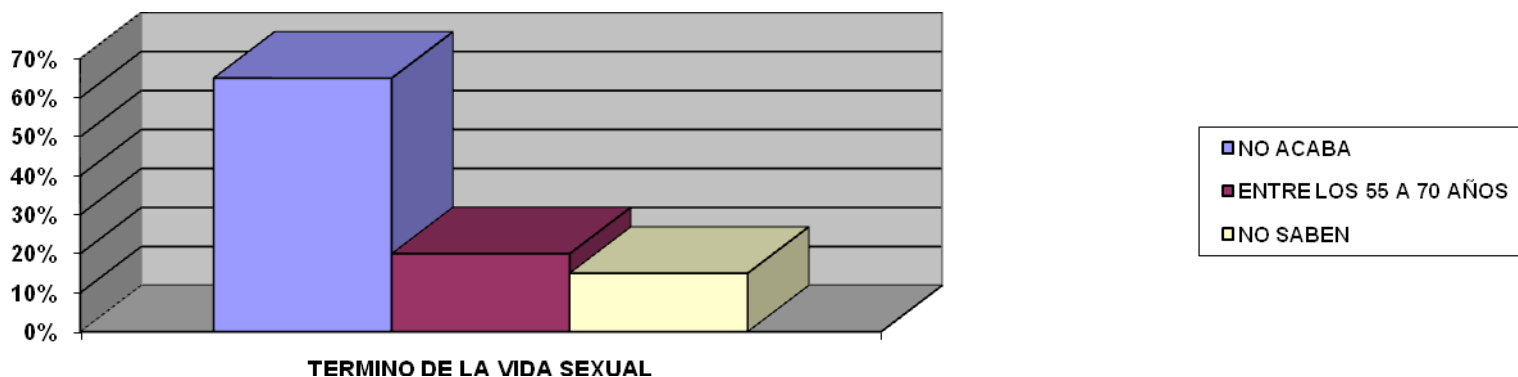
En gran parte esta información es obtenida de manera informal, mediante pláticas con los amigos, vecinos, por lo que ven en la televisión o escuchan en la radio. Otras personas indicaron que su fuente de información son las revistas y libros. Por último, sólo un adulto refirió haber adquirido dicha información mediante pláticas llevadas a cabo en Centros de Salud.

PREGUNTA 12. ¿Sobre qué temas le gustaría saber más?



En las mujeres destacan sobresalientemente el tema de menopausia, y en general, tanto para el sexo masculino como femenino, el tema de las infecciones de transmisión sexual, seguidos de la andropausia, los diferentes tipos de cáncer y otros temas de interés para ellos como inglés o las drogas, desafortunadamente nos encontramos con una persona que dice no querer saber más porque no tiene tiempo para ello.

PREGUNTA 13. ¿A qué edad considera que ha acabado la vida sexual de una persona? ¿Por qué?

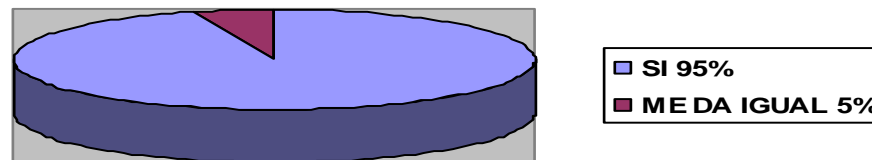


A través de las respuestas obtenidas en esta pregunta, nos percatamos que salvo algunas personas que dieron una edad aproximada entre los sesenta y setenta años, encontramos un criterio homogeneizado que afirma que la vida sexual perdura y se disfruta durante todo el ciclo de la vida del hombre, hasta que acontece la muerte. Así mismo, afirman que la calidad depende de la actitud que cada persona tiene ante el sexo, de lo que sabe respecto a él o le han enseñado.

PREGUNTA 14. Mencione dos mitos o creencias que haya escuchado respecto a la sexualidad:

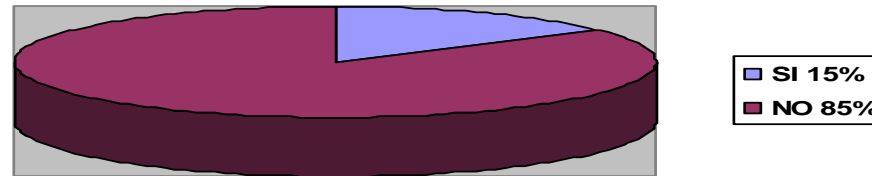
Los mitos señalados por los adultos fueron variados, entre ellos destacan: la propiedad afrodisíaca de los mariscos, que si una persona nace o se convierte en homosexual, si la abstinencia sexual es causa de acné, que las personas de mas de 50 años ya no deben tener actividad sexual. En general las personas se abstenían de responder o no saber de algún mito.

PREGUNTA 15. ¿Le gustaría estudiar un módulo que contenga temas exclusivos de la vida sexual en el adulto?



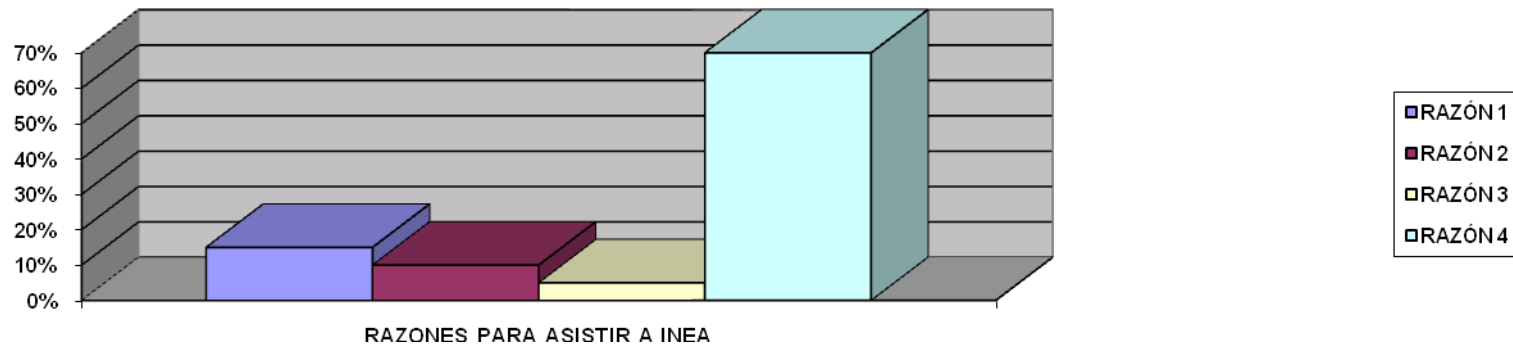
Salvo una sola persona, que dijo darle lo mismo estudiar un módulo con este tema u otro distinto (pues lo que le importaba era obtener su certificado), la mayoría, es decir, el 95% afirmó enfáticamente, que le gustaría que existiera un módulo con temas para los adultos y los procesos de cambio que ellos experimentan en su edad.

PREGUNTA 16. ¿Conoce o ha estudiado el módulo de Sexualidad juvenil?



El 15% de la muestra respondió que sí conoce el módulo o lo ha visto en los círculos de estudio en INEA. Mientras que un 85% negó siquiera saber que existía un módulo de estudio con el tema de “sexualidad”.

PRERGUNTA 17. ¿Cuál es la razón por la que asiste a INEA?



Enumeran diversas razones, las cuales poseen un común denominador, de índole económico-social:

- 1) Necesitan documentos (certificado de Primaria o Secundaria) para obtener un empleo,
- 2) El certificado es requerido en el lugar de empleo en que ya han laborado durante años, pero sin este documento están en riesgo de ser suplantados,
- 3) Necesitan optimizar su lectura y escritura,
- 4) Desean superarse en el aspecto personal, ayudar a los demás y ser motivo de orgullo en la familia, entiéndase: reconocimiento soci

- **Análisis cualitativo de los cuestionarios aplicados a los adultos de INEA**

De acuerdo con los datos obtenidos, observamos que la mayoría de las personas adultas en un rango de edad de 40 a 55 años que entrevistamos son mujeres casadas y una minoría son solteros o separados, respecto a los hombres todos son casados. La mayoría de estas personas adultas viven sólo con su pareja y sus hijos ya que han logrado independizarse del resto de la familia. Sin embargo, existe un pequeño grupo que vive en compañía de la madre de alguno de los cónyuges, esto por razones como no querer que la madre viva sola en su casa, así que la pareja e hijos se han mudado con ella o la madre es quién ha venido a vivir a casa de los hijos. Por otro lado contamos con mujeres que debido a su soltería aún viven con sus padres.

También encontramos un grupo de adultos que únicamente viven con sus hijos que han logrado independizarse económicamente de la familia, que cuentan con un empleo que les ha permitido establecer un hogar propio.

En estos casos encontramos que existe el apoyo de los padres hacia los hijos en las distintas generaciones, es decir, un apoyo afectivo y económico al compartir gastos, cual debe de ser, dentro de un hogar. No olvidando el respeto, la comprensión y la comunicación aunque en ocasiones esta última se vea limitada por cuestiones como el limitado tiempo absorbido por el trabajo, la escuela o el mismo trabajo del hogar. En ocasiones esto viene a crear conflictos, falta de comunicación incluso agresiones pero suelen ser problemas ocasionales como en todas las familias, que gracias a un buen entendimiento se pueden solucionar.

Como mencionamos anteriormente aunque se preguntaba por los cambios físicos y emocionales que puede experimentar cualquier persona adulta, todos los adultos hicieron referencia a los cambios que ellos mismos han experimentado como las líneas de expresión o problemas en la vista o el oído.

Respecto a los cambios emocionales el cansancio ocupa el primer lugar ya que han sido 20 años o más de trabajo ya sea en un negocio propio, en una empresa o una fabrica, en el mismo hogar ya que el cuidado y atención de éste también es un trabajo que requiere bastante empeño y dedicación. Como a cualquier edad las presiones económicas son grandes pero ellos al tener un empleo saben que son gastos por decirlo de algún modo "pasajeros" pero que no dejan de tomarse en cuenta para provocar en ciertos momentos cambios en el estado de ánimo de la persona como enojo o irritabilidad.

Aún con esto no todos los cambios son negativos también se hizo mención a un sentimiento de logro respecto a sí mismos y a su familia, es decir, se encuentran satisfechos por el hecho de haber logrado establecer una familia, tienen un empleo, sus hijos siguen estudiando o también han conseguido un buen empleo y sobre todo porque ellos pudieron comenzar o continuar sus estudios después de haber sacado adelante a su familia (aunque esta labor todavía continúe).

Este último aspecto es de vital importancia ya que una de las principales razones de una persona adulta para asistir a estudiar al INEA es porque quieren seguir aprendiendo o porque en su niñez no fueron nunca a la escuela, otro motivo es porque mediante los estudios conseguirán un mejor empleo para seguir progresando intelectual y económicamente.

Al resultar la mayoría de las personas casadas obtuvimos datos interesantes dentro de las relaciones de pareja, se manejaron aspectos positivos y negativos de ésta, la tolerancia fue el aspecto que ocupó el primer lugar, seguido del respeto y la responsabilidad, como mencionamos son aspectos base de una relación de pareja.

Sin embargo, nos encontramos con actitudes negativas dentro de la relación que vienen a desmentir aquello del respeto, cuando se presentan agresiones tanto verbales como físicas, cuando se desconfía de la pareja por una infidelidad, se cela sin motivo, es cuando el respeto se ha perdido, causando graves daños a la relación llegando a un momento de distanciamiento y falta de comunicación ocasionando incluso la separación definitiva. Pese a esto la tolerancia viene a salvaguardar la relación para continuar (se podría pensar que como costumbre o comodidad) aunque no tan felices como al principio.

Se pensaría que todas las personas casadas experimentan una vida sexual, pero la situación no es así pues existe una minoría que a pesar de tener una pareja sentimental no tienen relaciones sexuales con ella debido a algún problema en la salud de alguno de los cónyuges o porque como novios no comparten ese aspecto de pareja.

Este tampoco fue un aspecto muy favorecido de la relación pues para la mayoría de las personas que tienen relaciones sexuales con su pareja no es muy agradable la experiencia, en un menor número de personas sólo algunos aspectos son satisfactorios y una parte muy pequeña pero no por ello sin importancia no disfruta en lo absoluto su vida sexual.

Esta situación nos invita a preguntar si creen que una persona tenga un límite de edad para tener relaciones sexuales, la mayoría de las personas respondieron que la vida sexual de una persona nunca termina ya que es una decisión que depende de la actitud de cada quien sobre todo cuando hay amor, que todos siempre necesitamos de momentos de ternura y afecto porque la sexualidad no sólo es tener sexo (coito).

Estas respuestas sin duda nos sorprendieron no son lo que comúnmente se espera, pero contrario a esta posición encontramos quienes si dijeron que la vida sexual tiene como límite de los 55 a los 70 años porque su salud física o emocional ya no se los permite. No obstante con tratamientos médicos las personas pueden mejorar su salud y vivir su sexualidad plenamente.

Esta condición nos lleva a preguntar si sexo y sexualidad significan lo mismo, incluso si la palabra sexo tiene el mismo significado para todos. De igual modo si tienen información sobre los diferentes temas que integran la sexualidad.

Para algunas personas la palabra sexo hace referencia al género masculino o femenino y para otros significa el acto sexual (coito) y sexualidad solamente es un concepto más amplio que abarca todos los aspectos relacionados con el sexo; para la mayoría de las personas entrevistadas estas dos palabras no significan lo mismo por lo que en parte nos satisface pero en su respuesta con cierto tono de duda nos lleva a concluir que saben que son diferentes aunque no porqué.

Una de las preguntas fue si tenían información acerca de los diferentes temas que integran la sexualidad y como pudimos observar están informados de la Menopausia y las Infecciones de Transmisión Sexual, seguidos de los diferentes tipos de cáncer, la Homosexualidad; en menor medida saben de las diferentes Disfunciones sexuales o de la llamada Andropausia.

La información que tienen las personas afortunadamente en su mayoría la han recibido de los médicos, libros, revistas o folletos de los hospitales, de la televisión o de Internet; un punto importante a que resaltar es que las personas que estudian en INEA es porque realmente se quieren aprender más y de diversos temas, esto se menciona por que algunas personas mencionaban que la información que tienen de estos temas es porque ellos mismos la buscan o asisten a pláticas para estar al día en estos temas y poder compartirlo con sus hijos, así como también para ellos mismos prevenir posibles consecuencias negativas, por ejemplo: no tratarse un cáncer o una infección de transmisión sexual.

Aún con esto hay quienes piensan que necesitan información más completa y que nunca es suficiente, esto es muy cierto ya que cada día se descubren más cosas debido a los avances en la ciencia y la tecnología.

No obstante, aunque en ningún momento se está poniendo en tela de juicio la información que poseen de algunos temas sólo por saber de que se tratan dicen que si tienen información, en ocasiones esta información esta incompleta o son mitos o creencias que adquirieron a través de la experiencia, de pláticas con los amigos o las mujeres de lo que sus esposos por ser hombres saben más.

Haciendo referencia a los mitos y creencias también les pedimos que nos dijeran algunos, dentro de los cuales encontramos bastantes pero sólo mencionamos los más comunes o los que se refieren al rango de edad en que ellos se encuentran, estos son: “del sexo no se habla, eso es malo”, “la masturbación es mala”, “las personas no se deben conocer físicamente hasta que se casen”, “a los 40 (años) los hombres están en su apogeo(sexual)”, “los afrodisíacos dan energía”, “después de los 50 años ya no se deben tener relaciones sexuales”, “las personas adultas ya no tienen deseos (de tener relaciones sexuales)”, “la mujer no tiene libertad sexual”, “la sexualidad disminuye con una operación de próstata o seno”; hábilmente ellos consideran que en parte esto es falso y notamos que incluso les avergüenza hablar de ello, decir que se los dijeron a ellos en su casa o sus amigos haciéndoles creer que era verdad.

Debido a todas estas situaciones que hemos revisado nos dimos también a la tarea de saber si conocen el módulo de "Sexualidad juvenil" que se estudia dentro del Modelo Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT) en el INEA, ya que en dicho módulo se trabajan algunos temas de sexualidad de los cuales les preguntamos si tenían información, la mayoría de las personas entrevistadas no conoce el módulo, así que ofrecimos la opción de estudiar un módulo con dichos temas y la respuesta de la mayoría fue favorable excepto por una persona que dice "le da igual".

Este análisis es una razón poderosa por la cual se hace la propuesta de un módulo que contenga temas relacionados con la sexualidad y que esté dirigido específicamente al adulto, para que esos pequeños porcentajes de los aspectos negativos en la relación de pareja, de la insatisfacción de la vida sexual y los mitos y creencias acerca de la sexualidad vayan haciéndose cada vez menores.

CAPITULO IV PROPUESTA PEDAGÓGICA DE CONTENIDOS PARA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DEL ADULTO DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS

La propuesta que se presenta a continuación tiene como fundamento teórico los capítulos I, II y III antes citados y el análisis cuantitativo y cualitativo de los cuestionarios aplicados a estudiantes de las Plazas comunitarias.

En primer lugar, nuestra propuesta resalta el valor único y sobresaliente del INEA en pro del adulto, pues estudiar en Plazas comunitarias del Instituto les permite:

- Obtener conocimientos que les den una satisfacción personal y resolver problemas cotidianos.
- Estudiar temas que les son de utilidad ya que tienen que ver con su vida y realidad social.
- Sentir mayor seguridad en sí mismos y superarse.
- Obtener una certificación de estudios básica y con ello conseguir mejores empleos o un puesto superior en el empleo que ya tienen.
- Elevar su autoestima.
- Incrementar sus ingresos y con ello un mejor nivel de vida.

Es por estos logros que el adulto se siente impulsado a estudiar mediante el modelo de MEVyT.

Tal es la importancia de este órgano institucional para los adultos que la presente propuesta está encaminada al logro de un módulo titulado “Sexualidad del adulto maduro”, dirigido a los adultos y sustentado por sus propias inquietudes y necesidades, este módulo será alternativo al ya existente módulo diversificado “Sexualidad juvenil”.

4.1 Justificación

La justificante a tal propuesta la encontramos a partir del análisis de tres vertientes:

1º Los adultos consideran que la vida sexual de una persona no tiene tiempo límite definido para su disfrute, debido a que:

- La decisión de cuándo termina es propia; si es que acaba.
- La vida sexual no es sólo sexo.
- Mientras se tenga pareja y fuerzas (salud) es posible continuarla.
- Aunque no sea los mismo que en la juventud, si es posible disfrutar el sexo.
- La vida sexual no se acaba si hay amor, ternura y afecto.

2º Los mitos crean incertidumbre en la mente de los adultos maduros, tales como:

- De eso “no se habla”, es tema prohibido.

- Se debe atacar a los homosexuales.
- Las personas no deben tener relaciones sexuales ni conocerse físicamente hasta que se casen.
- A los 40's los hombres están en su mayor plenitud sexual, son mas experimentados.
- Algunos alimentos como mariscos, dan más energía y vitalidad en el acto sexual.
- Después de los 50 años ya no se pueden tener relaciones sexuales, pues el deseo disminuye considerablemente.
- Cuando el hombre comienza su vida sexual, éste tiende a engordar.
- Las erupciones de acné son debido a la abstinencia de relaciones sexuales.
- No importa que edad se tenga, aún en los 80 años un hombre puede seguir teniendo vida sexual como cuando era joven.

3º Aunque los adultos tienen información sobre una gran parte de temas de sexualidad, no consideran que éstos sean suficientes, debido a que:

- Ellos saben sólo lo que han escuchado de sus padres, amistades, en la televisión o en pláticas cotidianas.
- Ellos no suelen asistir a Centros de salud, para informarse, sólo asisten en caso de presentarse algún malestar.
- Evitan aquella información que se oponga a sus creencias religiosas.
- Leer folletos, libros o revistas no es frecuente en ellos debido a sus ocupaciones, les falta tiempo.
- Consideran que su edad y experiencia avalan sus saberes, son muchos los conocimientos que se han adquirido en la práctica y no es necesaria la teoría.
- Alguna información es obtenida en la red de Internet, pero no toda es confiable y fidedigna.
- Carecen del suficiente tiempo y en ocasiones del interés creciente de indagar y saber por sí mismos.

Por tales motivos y teniendo presente la inquietud hecha manifiesta de los adultos de nuestra muestra, en el cuestionario y entrevistas realizadas, es que se propone la construcción de los siguientes temas de sexualidad:

- Menopausia
- Andropausia
- Disfunciones sexuales masculinas
- Disfunciones sexuales femeninas
- Homosexualidad
- Cáncer de próstata
- Cáncer de mama (seno)
- Cáncer cervicouterino
- Infecciones de Transmisión sexual

4.2 Metodología

Para llegar a la realización de la propuesta del módulo fue necesario pasar por varias etapas pertenecientes a la investigación descriptiva cuyo objetivo primordial es “indicar lo que es”¹, es decir, los estudios realizados bajo este método tratan de obtener información acerca de una situación tal como existe en el momento del estudio.

El proceso de la investigación descriptiva atraviesa por ocho etapas: 1) Formulación del problema, 2) Identificación de la información necesaria para resolver el problema, 3) Invención de instrumentos para reunir los datos, 4) Identificación de la población del estudio y establecimiento del método de muestreo, 5) Diseño del procedimiento de obtención de datos, 6) Recopilación de datos, 7) Análisis de datos, y 8) Preparación del informe.²

En la etapa de **Formulación del problema**, surgió como tema de interés la educación del adulto de 40 a 55 años, particularmente de su sexualidad, ya que como prestadoras de Servicio Social en el INEA nos percatamos de una ausencia respecto al abordaje de este tema en un módulo de estudio.

En la etapa de **Identificación de la información necesaria para resolver el problema**, se llevó a cabo una recopilación y consulta bibliográfica de diversas teorías y otros materiales que sean útiles para los propósitos de estudio como son los cuestionarios para la detección de intereses de la población y una visita al Instituto Mexicano de Sexología que nos proporcionará información más especializada acerca del tema a tratar.

En la etapa de **Selección e invención de instrumentos para reunir los datos** se hizo uso de cuestionarios, los cuales estuvieron diseñados con preguntas que nos permitieron la obtención de información que contribuyó a la resolución del problema con la creación de una propuesta de módulo con dicha temática.

La siguiente etapa es la **Identificación de la población del estudio y establecimiento del método de muestreo**, la población estuvo conformada por adultos de 40 a 55 años que estudian en Plazas comunitarias del Municipio de Nezahualcoyotl. Respecto al método de muestreo, este se llevó a cabo bajo los siguientes criterios: probabilística de tipo estratificada, de la población se extrajo una muestra de personas cuya edad oscila entre los 40 a 55 años; bajo el criterio no probabilística fue de conveniencia por que el estudio se realizó en Plazas Comunitarias ubicadas en el área circundante a nuestro lugar de residencia y a la Facultad de Estudios Superiores Aragón.

¹ ARY, Donald. Et al. Introducción a la investigación pedagógica. 2ª edición, Editorial Mc Graw-Hill, México, 1989. p. 25.

² Idibem. p. 324-325.

La quinta etapa del proceso es el **Diseño del procedimiento de obtención de datos**, para aplicar los cuestionarios fue necesario en primera instancia acudir con la Coordinadora de INEA de este municipio para presentar el proyecto para que nos brindara el apoyo de asistir a las plazas y nos indicara cuales plazas era más conveniente visitar. Estando en la plaza se informó al responsable de la misma la primera parte de esta etapa y nuestro objetivo para que nos contactara con las personas que reunían las características para aplicarles el cuestionario. A las personas que participaron también se les explicó la finalidad y utilidad del cuestionario y se advirtió sobre su privacidad.

En la etapa de **Recopilación de datos** tomamos en cuenta los cuestionarios aplicados a los asesorados de las seis Plazas Comunitarias que fueron seleccionadas para el estudio, con el fin de conocer la percepción que tienen los adultos respecto de su sexualidad, lo cual nos dió la pauta para identificar intereses y necesidades hasta ahora no previstos en el mapa curricular.

Para el **Análisis de datos**, cabe hacer mención que ninguna respuesta será juzgada como buena o mala, todas ayudarán para identificar los temas que integrarán la propuesta de contenidos. Fue necesaria la interpretación de los datos obtenidos, ya que nos encontramos con diversas situaciones. Por ejemplo, si los reactivos no fueron contestados en su totalidad, o bien, cuando la respuesta no fue satisfactoria al preguntar de una lista de contenidos sobre sexualidad cual escogería la respuesta fue un contenido que no figura dentro de esta.

Con lo anteriormente recabado llegamos a la etapa de **Preparación del informe**, la cual se consolidará en una propuesta de contenidos para la educación de la sexualidad del adulto, específicamente en la edad de los 40 a 55 años de edad. Los temas de interés fueron desarrollados y presentados en el capítulo cuarto únicamente de manera teórica, porque en una siguiente etapa con la asesoría de los editores de INEA se retomará dicha información y se presentará con actividades, esquemas, ejercicios, evaluaciones, etcétera, siendo el resultado final un módulo con las características propias que se trabajan en dicha institución.

4.3 Evaluación

Una vez finalizadas las actividades de elaboración del módulo y de su estudio por parte de las personas adultas estudiantes de INEA, es conveniente realizar una evaluación del trabajo efectuado y de sus resultados; esto con la finalidad de conocer en qué grado se han cumplido los objetivos previstos y si las actividades realizadas son válidas o deben ser modificadas o eliminadas y sustituidas por otras.³

Para poder realizar dicha evaluación es necesario disponer de una serie de indicadores básicos que nos orienten sobre los datos útiles que debemos recoger y que también nos facilitarán el trabajo al saber qué tipo de preguntas se deben

³ FONT, Pere. Pedagogía de la sexualidad. 3ª edición, Editorial Gráo, España, 2002. p. 86.

plantear en la evaluación. Para tener mejores resultados en dicha evaluación es conveniente recabar la información en dos niveles: el asesor y el adulto asesorado.

En lo referente al asesor, es importante que éste registre las características de las actividades que desarrolló, cuál es su opinión acerca de ellas, su funcionamiento, la respuesta de las personas asesoradas, etcétera. Por lo que respecta a los adultos asesorados es importante comprobar hasta qué punto se ha producido algún tipo de cambio en sus conocimientos, actitudes y comportamientos con el estudio del módulo; para ello es conveniente la aplicación de un cuestionario antes y después de las sesiones de estudio.

Los principales puntos a desarrollar en la evaluación serían los siguientes:

- Las dificultades que se han presentado durante la elaboración de la programación del módulo.
- Los recursos de aprendizaje, si han sido suficientes y adecuados. Si es preciso eliminar, sustituir o modificar algunas actividades.
- Las actitudes, tanto del asesor como del adulto asesorado.
- La valoración por parte del adulto estudiante sobre la utilidad de la información y actividades del módulo.
- La valoración de los conocimientos teóricos del asesorado acerca del tema, previos y posteriores al estudio del módulo.
- Con base a la información obtenida a través del estudio del módulo, hacer una valoración realizada por el asesor y por el mismo adulto sobre la producción de cambios de actitudes y comportamientos en ellos.

Con lo anterior se expone el cuestionario de evaluación para el módulo “Sexualidad del adulto maduro”.

Para el ASESOR

Este cuestionario sólo arrojará información acerca de los contenidos del módulo, de sus actividades y del impacto que ha causado en las personas que lo estudian.

Responda con la mayor veracidad las siguientes cuestiones. Subraye la opción que considere contesta la pregunta.

1. ¿Cómo considera la información que se presenta en cada tema?

Muy Buena Buena Deficiente

¿Ha llevado a cabo las actividades propuestas para el estudio del módulo?

Si No A veces

2. ¿Ha tenido dificultades con las actividades propuestas?

Si No A veces

¿Cuáles?: Las instrucciones son para realizarlas son poco claras
Escasa población para llevar a cabo la actividad colectiva
Poca o nula participación de los asistentes
Falta de preparación de la actividad
Las actividades son poco atractivas

Otras: _____

3. ¿Ha tenido dificultades con los materiales utilizados?

Si No A veces

¿Cuáles?: No hay el material requerido
El material ya está incompleto o en malas condiciones
Es insuficiente para los asistentes

Otras: _____

4. ¿Ha realizado actividades que no están propuestas para el estudio del módulo?

Si No A veces

5. ¿Cómo describiría la participación de las personas asistentes?

Muy Buena Buena Deficiente

Comentarios y sugerencias: _____

Para el adulto ASESORADO

Este cuestionario nos proporcionará datos acerca de los conocimientos del adulto en materia de sexualidad y de la satisfacción que les ha causado el estudio del módulo.

Marque con un círculo la opción que elija.

1. En esta sociedad, las mujeres no deben tener los mismos derechos que los hombres.

Si No

2. La finalidad más importante del acto sexual es la procreación.

Si No

3. La homosexualidad no es una enfermedad, es una opción sexual más.

Si No

4. El tamaño del pene es decisivo en el éxito en las relaciones sexuales.

Si No

5. La sexualidad tiene una edad límite para ser vivida.

Si No

6. Colaboro en las diferentes actividades del hogar.

Si No

7. Me relaciono con personas de ambos sexos por igual.

Si No

8. Prefiero tener amistades de mi mismo sexo.

Si No

9. Evalúa del 1 al 9 cada tema, siendo el 1 el tema que le ha parecido más interesante y el 9 para aquel que no lo es.

_____ Cambios estructurales y sistémicos en el hombre y la mujer

_____ El sistema reproductor femenino

_____ Menopausia

_____ El sistema reproductor masculino

_____ Andropausia

_____ Disfunciones sexuales

_____ Mitos y creencias

_____ Homosexualidad

_____ Cáncer de próstata

_____ Cáncer de mama (seno)

_____ Cáncer cervicouterino

_____ Infecciones de transmisión sexual

10. ¿Le parece necesario el estudio de estos temas?

Si No

11. ¿Le resultó útil la información que se presenta en el módulo?

Si No

12. ¿Cómo considera la información que se presenta en cada tema?

Muy Buena Buena Deficiente

13. ¿Lo agradó la manera en que se trabajaron los temas durante las sesiones de trabajo con el asesor?

Si No

14. ¿Por qué estudió el módulo “Sexualidad del adulto maduro”? _____

En los asesorados es importante rescatar las edades de las personas que estudiaron el módulo, para saber si solamente la población de a la que está dirigido tal proyecto lo está utilizando o está siendo abordado por población de otras edades y saber por qué.

Una vez obtenidos estos datos es necesario que se efectúe una valoración general de ellos, para poder realizar las modificaciones pertinentes en cuanto a objetivos o actividades, con lo cuál el módulo estará listo para una nueva aplicación.

4.4 Contenido

Los temas han sido agrupados en 6 unidades*, las cuales se presentan bajo la siguiente secuencia:

PROPUESTA PEDAGÓGICA DE CONTENIDOS PARA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DEL ADULTO DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS

SEXUALIDAD DEL ADULTO MADURO

UNIDAD 1 LA ANATOMÍA EN LA EDAD MADURA

- 1.1 Cambios estructurales y sistémicos en el hombre y la mujer
- 1.2 El sistema reproductor femenino
- 1.3 Menopausia
- 1.4 El sistema reproductor masculino
- 1.5 Andropausia

* Se eligió esta modalidad por ser la que rige la presentación de los temas que contienen los módulos del MEVyT.

UNIDAD 2 CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MADURO

2.1 Disfunciones sexuales

2.2 Satisfacción sexual del adulto maduro

UNIDAD 3 MITOS Y CREENCIAS

3.1 Mitos sobre la fisiología y funcionamiento sexual

3.2 Mitos sobre la homosexualidad

3.3 Mitos sobre las alteraciones sexuales

3.4 Mitos sobre el sida

UNIDAD 4 HOMOSEXUALIDAD

4.1 Definición del término Homosexualidad

4.2 ¿Porqué una persona es homosexual?

4.3 Qué pensamos de las personas homosexuales

4.4 Otras definiciones

4.5 Soy diferente, el descubrimiento de la homosexualidad

4.6 Homosexualidad: una forma de vida

UNIDAD 5 PARA ENFRENTAR LA REALIDAD DEL CÁNCER

5.1 Cáncer de próstata

5.2 Cáncer de mama (seno)

5.3 Cáncer cervicouterino

UNIDAD 6 ¿TU, YO Y QUIÉN MAS? INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

6.1 Infecciones adquiridas por vía sexual

6.2 Infecciones adquiridas por vía no sexual

Teniendo presente lo antedicho expondremos a continuación el desarrollo de las temáticas referentes a la sexualidad que fueron señaladas por la muestra como las principales inquietudes a abordar en la propuesta pedagógica de módulo, pero además de éstos temas proponemos otros para complementar la información. Comenzaremos con la fisiología y funcionamiento del sistema reproductor femenino y masculino, seguidos de los cambios funcionales que se presentan en éstos en la edad adulta. Seguido de esto se presenta tanto las disfunciones sexuales que se pueden padecer, así como las satisfacciones que se pueden tener. A continuación los diferentes tipos de cáncer que se pueden presentar en el hombre y en la mujer.

Posteriormente, enfocaremos nuestra atención en el tema de los mitos y creencias en materia sexual, derivado de esto se aborda específicamente el tema de la homosexualidad; por último hacemos una revisión de las infecciones de transmisión sexual más comunes.

UNIDAD 1 LA ANATOMÍA EN LA EDAD MADURA

1.1 Cambios estructurales y sistémicos en el hombre y la mujer

Entre la quinta y sexta década, es decir, entre los cuarenta y sesenta años de vida, la estructura del cuerpo humano y sus distintos sistemas que lo componen comienzan a sufrir modificaciones, por una parte debidas al natural paso de los años y por otra al funcionamiento y cuidado que cada persona tenga de ellos. Para ello haremos un análisis de lo que le ocurre a nuestro cuerpo a nivel de los sentidos, habilidades motoras, estructuras y sistemas.

- **Alteraciones en la vista**

Los ojos tienden a hundirse por disminución de la grasa orbitaria. Aparece el arco senil, de coloración grisácea ocasionado por la acumulación de lípidos. Debido a la pérdida de elasticidad del cristalino se produce la “presbicia”^{*} o reducción de la capacidad para enfocar objetos cercanos. La pupila disminuye y adquiere forma irregular. Hay un alentamiento de las respuestas a la luz que explica la mala adaptación a los lugares oscuros y a los cambios bruscos de iluminación.⁴

- **Alteraciones en el oído**

Con la edad el oído interno y el nervio auditivo sufren un proceso de degeneración con pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias (presbiacusia), este trastorno impide oír las consonante respetando el ruido ambiente y la conversación se hace incomprendible (oyen pero no comprenden). También hay un engrosamiento del tímpano y aumento de cerumen, por lo que es mas frecuente la formación de tapones.⁵

- **Alteraciones en el tacto y habilidades motoras**

Los adultos empiezan a perder su sensibilidad al tacto y al dolor. La fuerza disminuye en brazos y piernas, la coordinación de movimientos se hace torpe con movimientos más lentos y en ocasiones realizar actividades de precisión significa mayor esfuerzo.⁶

- **Alteraciones en el cabello y la piel**

El cabello con el paso de los años se vuelve más delgado y escaso debido a que el reemplazo es más lento a medida que disminuye la producción de melanina, el agente de la pigmentación. Se produce una pérdida gradual de folículo piloso en cuero cabelludo, región axilar y pubiana. En la piel uno de los signos más evidentes del paso de los años es el cambio que se produce de la cara, aparecen

* Cuyo prefijo *presbi* significa: “con la edad”. PAPALIA, Diane. et.al. Op. cit. p. 586.

⁴ “Cambios fisiológicos”, www.cabildodelanzarote.com

⁵ “Cambios físicos”, www.cabildodelanzarote.com

⁶ Idem.

pliegues en la piel conocidas como arrugas, las mejillas se hundeen, los párpados caen un poco, debido a la disminución de grasa en la piel. También son frecuentes la aparición de pecas o la pigmentación.⁷

- **Alteraciones en el aspecto corporal**

En la edad adulta se reduce la masa muscular mientras aumenta la masa corporal:

VARIACIÓN DEL PESO:

- Menor masa muscular 30%
- Menor agua corporal 50%
- Mayor grasa en 30%

VARIACIÓN DE ESTATURA:

- Reducción de 5 centímetros en el hombre y 3 en la mujer.
- Menor altura discos vertebrales.⁸

- **Alteraciones en huesos, articulaciones y músculos**

Se origina una pérdida general de masa ósea (osteopenia) sobre todo en la mujer a partir de la menopausia, como consecuencia los huesos son más frágiles y hay más predisposición a las fracturas.

El acúñamiento de las vértebras contribuye a la postura encorvada del adulto que aumenta en la vejez.

Se presenta una disminución en la movilidad de las articulaciones, debido al natural desgaste de estas, provocando dolores intensos. También hay una pérdida progresiva de masa muscular y endurecimiento de tendones que conllevan la disminución de la fuerza del tono y la velocidad de contracción de los músculos, por lo que los movimientos son más lentos y la capacidad de reacción disminuye. La marcha se modifica debido a un aumento de base de sustentación y disminución del braceo.⁹

- **Alteraciones en el aparato respiratorio**

La nariz como integrante de este sistema también se ve afectada al disminuir la capacidad olfatoria.

La reducción de la función pulmonar altera la capacidad de defensa del pulmón, por lo que se hace más vulnerable a enfermedades respiratorias, como bronquitis o neumonía. En la cavidad torácica la movilidad disminuye con limitación de la

⁷ Idem.

⁸ Idem.

⁹ Idem.

expansión inspiratoria, debido a la debilidad muscular, al encorvamiento progresivo, a los cambios articulares y la calcificación de los cartílagos costales.

Por otro lado la disminución y alentamiento de los cilios, el aumento de tamaño de las glándulas mucosas bronquiales y la disminución del reflejo de la tos, reducen el intercambio de aire que permanece acumulado en el pulmón, aumentan las secreciones y disminuye la expectoración. El volumen del flujo respiratorio aumenta.¹⁰

- **Alteraciones en el aparato digestivo**

Se producen una serie de cambios anatómicos y funcionales, tanto en el tracto gastrointestinal como en el hígado, vías biliares y páncreas. En general el tránsito de los alimentos se alenta con menos absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. En la boca las glándulas salivares producen menos saliva y ésta sufre cambios en sus cualidades, por lo que la boca tiende a secarse, disminuye el gusto y el reflejo nauseoso se enlentece aumentando las posibilidades de atragantamiento. El hígado reduce su tamaño a partir de los 50 años de edad. El flujo sanguíneo disminuye y se altera el metabolismo hepático de muchas sustancias, entre ellas los fármacos los que pueden aumentar sus niveles y el tiempo de permanencia en el organismo.¹¹

- **Alteraciones en el aparato circulatorio**

Las modificaciones en los tejidos y función cardiaca más comunes suelen ser:

- Atrofia de ventrículo izquierdo.
- Depósitos de grasa en el miocardio.
- Rigidez arterial.
- Calcificación arterial y valvular.
- Alteración de la adaptación al esfuerzo.¹²

1.2 El sistema sexual femenino¹³

El aparato sexual femenino junto con el masculino, son los encargados de garantizar la procreación humana, así como uno de los diversos órganos destinados a dar y recibir placer durante la relación sexual. Ambos se componen de las gónadas, órganos sexuales donde se forman los gametos y producen las hormonas sexuales, las vías genitales y los genitales externos.

La mujer tiene el sistema sexual ubicado totalmente en la pelvis, esto es en la zona baja del abdomen. La parte externa de los órganos sexuales femeninos se

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Cfr. “Sistema Reproductor Femenino”, Instituto Mexicano del Seguro Social, www.imss.gob.mx
“Sistema Reproductor Femenino”, www.es.wikipedia.org

denomina vulva, que cubre la abertura que conduce a la vagina y a otros órganos ubicados dentro del cuerpo.

La zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal se denomina **monte de Venus**, la abertura vaginal está rodeada por dos pares de membranas llamadas labios mayores y labios menores.

El **clítoris**, es un pequeño órgano sensitivo eréctil y altamente erógeno de la mujer (se dice que es el equivalente al pene masculino), está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios. Entre los labios, hay aberturas hacia la uretra (el canal que transporta la orina desde la vejiga hacia la parte externa del cuerpo) y la vagina.

A nivel interno los órganos sexuales son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

La **vagina** es un tubo muscular hueco que se extiende desde la abertura vaginal hasta el útero. La vagina de una mujer madura mide aproximadamente de 8 a 12 centímetros. Dado que posee paredes musculares, puede expandirse y contraerse, lo que permite albergar algo tan delgado como un tampón o tan ancho como un bebé. Las paredes musculares están recubiertas por membranas mucosas, que la mantienen húmeda y protegida. La vagina tiene dos finalidades: es el lugar en el que se introduce el pene durante el coito y también es el camino por el cual un bebé sale del cuerpo de la mujer durante el parto, denominado "canal de parto".

La abertura de la vagina está cubierta por una lámina delgada de tejido, con uno o más orificios, llamada **himen**, suele ser diferente de una persona a otra. En la mayoría de las mujeres, el himen se estira o rasga después de la primera experiencia sexual, y es posible que sangre un poco (esto suele provocar un poco de dolor o no). La vagina se conecta con el útero o vientre, por medio del **cuello uterino**, que tiene paredes fuertes y gruesas, su abertura es muy pequeña (no es más ancha que una pajilla), razón por la cual un tampón no puede quedar nunca dentro del cuerpo de una mujer y durante el parto se puede expandir para permitir el paso del bebé.

El **útero** es un órgano hueco y musculoso. En su pared interior se encuentra el endometrio, el cual presenta cambios cíclicos mensuales relacionados con el efecto de hormonas producidas en el ovario, los estrógenos. Los músculos del útero son capaces de expandirse y contraerse para albergar al feto en crecimiento y ayuda a empujar al bebé hacia afuera durante el parto. Cuando una mujer no está embarazada, el útero mide entre 7,5 centímetros de largo y 5 centímetros de ancho, su forma es similar a la de una pera por lo cuál se estrecha a un diámetro de 2.5 centímetros en la **cervix** que tiene una longitud de 8 centímetros aproximadamente.

En las esquinas superiores del útero, están las **trompas de Falopio**, a través de ellas viajan los óvulos y es aquí donde se da la fecundación, miden de 12 a 14

centímetros y son tan anchas como un espagueti. Dentro de cada tubo hay un pequeñísimo canal del ancho de una aguja de coser. En el extremo opuesto de cada trompa de Falopio hay una zona de bordes irregulares que tiene el aspecto de un embudo, ésta zona envuelve al ovario, pero no se conecta totalmente a él.

Los **ovarios** son dos órganos con forma de óvalo que producen las hormonas sexuales femeninas, el estrógeno y la progesterona.¹⁴ Producen, almacenan y liberan óvulos en las trompas de Falopio en un proceso que se denomina ovulación. El óvulo, que es fecundado se desarrolla en un embrión, el que no lo es, se elimina con la menstruación. Cada ovario mide, aproximadamente de 4 a 5 centímetros en una mujer madura.

1.2 Menopausia

La menopausia es un corto período de tiempo de la vida de una mujer cuando tiene su última menstruación. De este modo, la menopausia marca el fin de la vida fértil de una mujer. Sin embargo, debido a que el período que rodea a la menopausia está frecuentemente asociado a síntomas que pueden persistir por muchos años, el climaterio es más comúnmente definido como aquella fase más larga en el proceso de la vejez cuando las mujeres pasan de la etapa de su vida reproductiva a la no reproductiva, no del fin de su vida sexual.

El climaterio es un período de tiempo durante el cual la mujer pasa de la vida reproductiva a la no-reproductiva. El climaterio se inicia en promedio a los 40 años de edad y se caracteriza por una disminución de la actividad ovárica y se prolonga hasta la senectud. La Menopausia es simplemente la fecha de la última menstruación, en la vida de una mujer mayor de 40 años y se hace alusión a ella cuando han pasado 12 meses sin que haya presentado sangrado vaginal.¹⁵

La edad promedio en que ocurre la menopausia es a los 51 años. Sin embargo, hay cierta diferencia en el rango de edades según razas, países u otras razones. Por ejemplo, las mujeres africanas tienden a tener la menopausia mucho antes que las mujeres caucásicas; las fumadoras tienen la menopausia antes que las no fumadoras.

Biológicamente, la menopausia se produce cuando se acaba tanto la ovulación como la liberación de estrógenos por parte de los ovarios. Debido a que las hormonas sufren una disminución y no un fin repentino, la mayoría de las mujeres encuentran que sus ciclos mensuales se vuelven cada vez más irregulares, los cuales generalmente son la primera señal de la menopausia.

¹⁴El estrógeno es definido como una “hormona esteroide que determina los caracteres sexuales femeninos y afecta el funcionamiento del ciclo menstrual”. Por su parte, la progesterona es “la hormona femenina (conocida como la hormona del embarazo) producida por el cuerpo amarillo o el cuerpo lúteo, cuya función es preparar al útero para recibir y desarrollar al óvulo fecundado”. Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. pp. 357, 361.

¹⁵ Cfr. “Menopausia y Climaterio”, www.menopausia.cl

Pero a medida que los niveles hormonales declinan, pueden haber otros síntomas prematuros que pueden presentarse por varios años antes del momento de la menopausia, los doctores denominan a esta fase la "premenopausia o climaterio premenopáusico". Igualmente todos los hechos desarrollados después de la menopausia se denominan como "posmenopausia". El término "perimenopausia" se usa con frecuencia, y abarca los años cercanos anteriores y posteriores a la fecha que definitivamente cesan las menstruaciones.¹⁶ Las hormonas estrógeno y progesterona son importantes para mantener saludables la vagina y el útero, para los ciclos menstruales sean normales y para un embarazo exitoso. El estrógeno también ayuda a la buena salud de los huesos y a que las mujeres mantengan un buen nivel de colesterol en la sangre. Una menopausia prematura antes de los 40 años puede ocurrir como resultado de las anormalidades hormonales, después de la extirpación de los ovarios (una "menopausia quirúrgica") o por el uso de medicamentos anticonceptivos. Por ejemplo, el extirpar el útero (histerectomía) provoca el cese de la menstruación. Cuando se extirpan ambos ovarios, los síntomas de la menopausia empiezan de inmediato, sin importar la edad.

Síntomas más comunes de la menopausia¹⁷

- Los síntomas más comunes son similares a los del embarazo, incluyen sofocos también llamados bochornos, y sudores (que varían en duración desde unos cuantos meses o hasta diez años), palpitaciones, vértigos, mareos y dolores de cabeza.
- Dolor durante el coito, porque la disminución de los estrógenos afecta la lubricación vaginal, y esa resequedad vaginal causa dolor durante la penetración (Dispareunia). Por ello es aconsejable usar un lubricante íntimo que se disuelva en el agua que no irritan, no dañan los condones de látex y se venden comúnmente en una farmacia o en una sex shop.
- El tamaño del cuerpo del útero y el del cuello uterino también disminuyen, lo cual en algunas mujeres provoca contracciones uterinas dolorosas durante y después del orgasmo.
- Se presentan altas y bajas emocionales y en ocasiones disminución en el interés sexual. Son comunes la irritación y las ganas de llorar sin razón aparente. Sin embargo, si los síntomas son parte de una depresión persistente, lo más recomendable será consultar a un(a) psicólogo(a), que tenga tanto la preparación profesional necesaria como la empatía y la sensibilidad suficientes para prestar apoyo emocional a la mujer. De igual modo es necesario contar con el apoyo familiar.

¹⁶ Idem.

¹⁷ El estrógeno es definido como una "hormona esteroide que determina los caracteres sexuales femeninos y afecta el funcionamiento del ciclo menstrual". Por su parte, la progesterona es "la hormona femenina (conocida como la hormona del embarazo) producida por el cuerpo amarillo o el cuerpo lúteo, cuya función es preparar al útero para recibir y desarrollar al óvulo fecundado". Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. pp. 357, 361.

- Incontinencia urinaria, así como, infecciones urinarias frecuentes.
- Envejecimiento de la piel, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Ya que si bien la osteoporosis no es resultado directo de la menopausia, su aparición es coincidente con esta etapa de la vida, al igual que la hipertensión y la diabetes.

Debido a que los síntomas y signos pueden producirse en diferentes momentos de la menopausia (antes, durante y después), y pueden ser generalizados o locales, el tratamiento de los síntomas y signos es generalmente individual, la Terapia Hormonal (TH) se usa desde hace muchos años. Y su uso brinda grandes beneficios. Actualmente existen una amplia variedad de preparados de hormonas con ingredientes y rutas de aplicación diferentes, adaptable a las necesidades individuales de cada mujer. Puede ser administrada en forma continua o cíclica (descanso mensual).

La TH cumple diferentes funciones protege el endometrio contra la hiperplasia* y el posible riesgo de cáncer de útero, aunque comúnmente se produce un sangrado que es similar al de la menstruación normal. También actúa en la conducta, ánimo, deseo sexual, metabolismo corporal.

En cuanto a los estrógenos, actualmente existen tres rutas principales de administración para lograr efectos generales:

- Oral en tableta o comprimido.
- Subcutánea (debajo de la piel) en forma de implante.
- Transdérmica (a través de la piel) en forma de gel o de parche.

Para finalizar sólo diremos que la menopausia es una etapa de la vida que enfrentarán todas las mujeres y que este proceso implica cambios en el funcionamiento de su organismo que pueden afectar tanto su salud física como emocional.

1.3 El sistema sexual masculino¹⁸

Los componentes del sistema sexual masculino son los órganos internos, aquellos que se encuentran en la cavidad abdominal y los órganos externos que se encuentran fuera de ésta, aunque estén cubiertos por tejido o piel. Los órganos internos son definidos a continuación.

El **epidídimo** es un tubo estrecho y alargado, situado en la parte posterior superior del testículo. Tiene aproximadamente 5 centímetros de longitud por 12 milímetros

* Es el desarrollo excesivo de un tejido por multiplicación de sus células, conservando su estructura y capacidad funcional normales. Enciclopedia Compacta Británica.

¹⁸ Cfr. “Sistema Reproductor Masculino”, www.es.wikipedia.org
 “Sistema Reproductor Masculino”, www.abcdelasalud.net

de ancho. Desde el punto de vista funcional, los conductos del epidídimo son el sitio de maduración de los espermatozoides, los cuales requieren entre 10 y 14 días para terminar su maduración, esto es, para ser capaces de fertilizar un óvulo. Además, es el sitio de almacenamiento de los espermatozoides y de reabsorción de los que no sean eyaculados.

Los **conductos deferentes** o **vasos deferentes**, son un par de tubos rodeados de músculo liso, cada uno de 30 centímetros aproximadamente, que conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios. Durante la eyaculación los tubos se contraen, enviando el semen a los conductos eyaculatorios y luego a la uretra, desde donde es expulsado al exterior.

Las **vesículas** o **glándulas seminales** son unas glándulas productoras de aproximadamente el 70% del volumen del líquido seminal, están unidas con la próstata. Cada vesícula seminal es un túbulo lobulado, que secreta un material mucoide rico en fructosa, y otras sustancias nutritivas para los espermatozoides eyaculados hasta que uno de ellos fecunde el óvulo.

Los **conductos eyaculatorios** comienzan al final de los vasos deferentes y terminan en la uretra. Durante la eyaculación, el semen pasa a través de estos conductos y es posteriormente expulsado del cuerpo a través del pene.

La **próstata** es un órgano glandular del aparato genitourinario, exclusivo de los hombres, con forma de castaña, localizada enfrente del recto, debajo y a la salida de la vejiga urinaria. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides contenidos en el semen. Las hormonas masculinas estimulan la glándula prostática que continúa su crecimiento hasta que se alcanza la edad adulta.

La **uretra** es el conducto por el que discurre la orina desde la vejiga urinaria hasta el exterior del cuerpo durante la micción. La función de la uretra es excretora en ambos sexos (masculino y femenino), y también cumple una función reproductiva en el hombre al permitir el paso del semen desde las vesículas seminales que abocan a la próstata hasta el exterior. La uretra es más corta en la mujer que en el hombre. En la mujer la uretra tiene una longitud entre 2,5 y 4 centímetros y desemboca en la vulva entre el clítoris y el orificio vaginal. En el hombre la uretra tiene una longitud de unos 20 centímetros y se abre al exterior en el meato uretral del glande.

Las **glándulas bulbouretrales** o **glándulas de Cowper**, se encuentran debajo de la próstata y su función es secretar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación.

Dentro del pene se encuentran el **cuerpo esponjoso** está ubicado en la parte inferior, cuya función es prevenir la compresión de la uretra mientras el pene está erecto; y los **cuerpos cavernosos** situados en la parte superior. Constituyen tres columnas de tejido eréctil, que se llenan de sangre durante la erección, se

extienden a lo largo de todo el pene, desde el hueso púbico hasta el glande. Durante la erección, se llenan de sangre que proviene de las arterias y se distribuye por toda la longitud del pene lo que lo hace rígido y más grande.

Los **órganos externos** son los siguientes:

El **pene** es el órgano copulador masculino, a través de el se realiza la excreción urinaria. El pene está conformado por dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso cuya terminación es el **glande**. Un pene flácido está entre 5 a 10 centímetros, el tamaño en estado flácido no determina el tamaño durante la erección, la cual llega a medir de 12.5 a 17.5 centímetros.

Al glande lo cubre un pliegue de piel suelta, el **prepucio**, que puede ser retirado hacia atrás, para dejar el glande expuesto, o puede incluso eliminarse con una sencilla intervención quirúrgica: la circuncisión, muy útil en casos de fimosis (la imposibilidad total de deslizar el prepucio para descubrir el glande durante la erección, lo cual genera una erección dolorosa) o la parafimosis (la imposibilidad parcial). El área de la parte inferior del pene de donde se sujeta el prepucio se llama **frenillo**.

El glande tiene un orificio conocido con el nombre de **meato urinario**, por donde son expulsados la orina y el semen. La eyaculación de semen ocurre cuando el varón alcanza el orgasmo, sin embargo, se puede dar orgasmo sin eyaculación (orgasmo seco) y eyaculación sin orgasmo.

El **escroto** o **saco escrotal** es la bolsa que aloja a los testículos fuera del abdomen. La piel del escroto es más sensible a la temperatura que otras zonas del organismo, el saco está cubierto de vello de tipo genital.

Los **testículos** son cada una de las dos glándulas masculinas, productoras de los espermatozoides y de las hormonas sexuales masculinas, la testosterona. Están alojados fuera del abdomen porque requieren de una temperatura baja (que se las da el escroto) para lograr que los espermatozoides maduren adecuadamente. El tamaño de los testículos en la pubertad crecen hasta alcanzar entre 4 y 8 centímetros de longitud y entre 2 y 4 centímetros de ancho. Este tamaño se conserva más o menos similar durante toda la vida, aunque a veces se percibe una ligera atrofia en la vejez o un ligero aumento de tamaño debido al consumo de esteroides. En algunos casos esporádicos, el varón presenta sólo un testículo en su nacimiento.

1.4 Andropausia¹⁹

La llamada Andropausia hace referencia a la etapa de la vida del hombre después de los 40 años de edad en la que hay cambios físicos y psicológicos que provienen de una deficiencia en la producción de testosterona. La testosterona es el andrógeno más importante, ya que tiene muchas acciones fisiológicas que

¹⁹ Cfr. “Andropausia”, www.andropausia.cl

incluyen efectos en músculos, huesos, sistema nervioso central, formación de la próstata, formación de la médula ósea y función sexual adecuada.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que "los andrógenos masculinos decaen progresivamente con la edad". El impacto de la disminución de andrógenos se conoce como andropausia, también denominada "menopausia masculina" o PADAM - Deficiencia Parcial de Andrógenos en el adulto mayor.²⁰

La "transición" del hombre por esta etapa puede ser mucho más gradual y extenderse durante décadas, a diferencia de la menopausia en las mujeres. La actitud, el stress psicológico, el alcohol, las lesiones o cirugías, medicamentos, obesidad e infecciones pueden contribuir a su comienzo.

Cuando existe menos testosterona disponible para cumplir con su función, disminuye produciendo muchos cambios, siendo éstos:

- cambios en el estado de ánimo (irritabilidad, mal humor, depresión),
- sensación de cansancio continuo,
- pérdida de la energía,
- disminución en el deseo sexual y en la calidad de las erecciones,
- disminución de la capacidad para concentrarse y de la memoria
- osteoporosis o huesos débiles y lumbalgia,
- disminución del volumen muscular y la fuerza muscular,
- mayor riesgo de problemas cardiacos, diabetes y obstrucción de arterias;
- aumento de la grasa corporal a nivel central y superior del cuerpo.

No es predecible quién tendrá síntomas andropausicos lo suficientemente severos como para buscar ayuda profesional, tampoco lo es saber a qué edad comenzarán estos síntomas que sin duda son diferentes en cada hombre. Aún así, el médico especialista en urología o endocrinología es el adecuado para aminorar las molestias que causan estos síntomas a través de la Terapia de Reemplazo de Testosterona (TRT) y manejo integral de los aspectos relacionados con una dieta balanceada, ejercicio y la preparación para funcionar como adulto mayor.

La TRT es altamente efectiva y muy beneficiosa para tolerar los síntomas de la andropausia, no obstante, no es recomendable para todos los hombres, aún para aquellos que presentan los síntomas antes mencionados, ya pueden desarrollar otros problemas de salud como Cáncer de mama (en el hombre) y/o Cáncer de próstata.

Con el tratamiento con testosterona, mejora la actitud, refuerza la autoestima y confianza, la mayoría de los hombres se sienten más vigorosos, experimentan mejores niveles de energía, ánimo, concentración, cognición, libido, desempeño sexual y un sentido de bienestar generalizado. Otros beneficios posibles incluyen el mantenimiento o mejora de la densidad ósea, mejora de la composición

²⁰ "Andropausia", www.andropausia.com.mx

corporal, masa muscular y resistencia muscular, como así también una mejoría de las habilidades visual-espacial.

Por supuesto, cualquier estrategia existente para reducir los síntomas y riesgos de la andropausia, deberá incorporar aspectos sobre el estilo de vida, como una alimentación adecuada, ejercicio regular, manejo del stress y la reducción del consumo de tabaco y alcohol.

UNIDAD 2 CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MADURO

Socialmente se asume que el amor, sexo y romance son aspectos que en la vida adulta se viven con la mayor variabilidad, frecuencia y libertad que durante la juventud. Sin embargo, conforme el adulto se acerca a una edad madura, las capacidades fisiológicas declinan, y es en esta situación cuando la concepción sobre la sexualidad cambia de manera significativa, se comienza a creer entonces que este aspecto ya no está presente de manera activa en la vida del individuo.

Por disposición natural, tanto hombres como mujeres atraviesan fisiológicamente por ciertos cambios que afectarán su vida sexual, aunque no totalmente de un modo negativo.

En el caso de la mujer, experimentará un adelgazamiento de las paredes vaginales, estas se vuelven más lisas y frágiles; la lubricación vaginal durante la excitación sexual disminuirá y para que ésta se inicie se requiere de más tiempo; además de que el tamaño de las mamas ya no aumentará como en la juventud y el enrojecimiento sexual dejará de ser tan intenso como lo fue en otro tiempo. La cavidad vaginal se vuelve menos flexible, su abertura se estrecha y disminuye el tamaño del clítoris y de los labios, lo cual produce lesiones y dolor durante la penetración; incluso, el dolor puede intensificarse por las contracciones uterinas durante el orgasmo.

Todas estas alteraciones nos hablan de una deficiencia hormonal posmenopáusica. Como ya hemos señalado, la disminución en la secreción de estrógeno comienza a partir de los cuarenta años aproximadamente, y no se detiene de ahí en adelante. Alrededor de los 50 años, cesa la menstruación y esto tiene efectos en el deseo sexual. Tales síntomas afectan a las relaciones sexuales.

El caso del hombre muestra también notorios cambios como son la disminución en el tamaño y firmeza de los testículos. Comienza un proceso degenerativo que inhibe la producción de esperma, las contracciones de la próstata durante el orgasmo son más débiles. Las erecciones requieren de más tiempo y esfuerzo para producirse, aún así, son más frágiles, pero en ocasiones, pueden mantenerse durante periodos más prolongados antes de producirse la eyaculación, lo que en ocasiones resulta mejor para la pareja. Respecto a la eyaculación, ésta se produce con menos fuerza, el semen se adelgaza y se vuelve más escaso y, para conseguir un orgasmo, al igual que la mujer se requiere de más tiempo.

Existen otras causas biológicas, propias de una edad madura que limitan la actividad sexual, tales como: “la diabetes, problemas de próstata, problemas cardíacos, hipertensión, artritis y reumatismo.”²¹ Suele decirse que el consumo del alcohol favorece las relaciones sexuales, no obstante, lo cierto es que al igual que el tabaco y las drogas, va en detrimento del desempeño sexual.

2.1 Disfunción sexual

El problema de disfunción sexual o trastorno sexual se define como: “un problema con la respuesta sexual que provoca angustia mental a la persona”²², se presentan tanto en hombres como en mujeres y causan problemas a un gran porcentaje de la población, pues aunque a veces es sólo un miembro de la pareja quien padece alguna disfunción, el otro miembro se ve afectado en menor o mayor grado, al punto, que puede desarrollar algún tipo de disfunción. Algunos tipos de disfunción son consecuencia de la ignorancia respecto a técnicas sexuales, mientras que otros problemas tienen su origen en el miedo, por ejemplo a no tener un buen desempeño, al rechazo o angustia de actuación.

Otro tipo de personas tienen problemas más complejos y su solución requiere, además de terapia sexual, psicoterapia. Los factores son múltiples y variados: existen los factores físicos, referidos principalmente a enfermedades o lesiones; los factores conductuales, o de estilo de vida; los factores psicológicos, como los pensamientos negativos, distractores o trastornos emocionales; y los factores interpersonales. A continuación describiremos los trastornos sexuales más comunes tanto en hombres como en mujeres y sus posibles factores causales para cada caso en particular.

- **Tipos de trastornos sexuales o disfunciones sexuales**

Es importante señalar que un trastorno sexual puede ser *permanente* o *adquirido*, el primero es aquel que ha estado presente desde el momento en que la persona comenzó su vida sexual, el adquirido se desarrolla después de un periodo de funcionamiento normal. Las disfunciones o trastornos se dividen en cuatro categorías; 1) trastornos del deseo, 2) trastornos de la excitación, 3) trastornos orgásmicos y 4) trastornos asociados con el dolor.²³

1. Trastornos del deseo

Sus subcomponentes son el *Deseo Sexual Hipoactivo**, en donde el deseo se inhibe de forma tal que la persona no tiene ningún interés en tener una relación

²¹ Cfr. SCHAIE, Warner K. y Willis Sherry. Op. cit. pp. 271-272.

²² SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Sexualidad humana. 9a edición, Editorial Mc Graw-Hill, México, 2006. p. 459.

²³ Ibidem. p. 460.

* DSH, donde el prefijo *hipo* significa “bajo”. Ibidem. p. 459.

sexual, pero aún, si llegara a un estado de excitación, éste es prontamente reprimido al grado de la “anestesia sexual”, es decir, de no sentir sensación alguna. En este mismo tipo de trastorno, se encuentra la *Aversión al sexo*. Las personas que lo padecen reportan, ansiedad, miedo e incluso asco cuando tienen interacción sexual, de ahí que eviten tener una pareja.

2. Trastornos de la excitación

Dentro de ellos encontramos el *Trastorno de la excitación sexual de la mujer*, o también conocida como *Alteración general de la función sexual*. Los factores contribuyentes pueden ser orgánicos, de relajación y/o psicológicos. Además, factores como miedo al rechazo, e incompatibilidad con el sexo masculino también pueden ser los responsables de la falta de respuesta sexual en la mujer. Incluso puede que ésta no experimente placer durante el coito aunque obtenga satisfacciones emotivas durante el acto.

Los problemas se hacen principalmente frecuentes durante y después de la menopausia, al disminuir los niveles de estrógeno, la lubricación es difícil de conseguir y por lo tanto el acto se vuelve doloroso; no obstante, el problema se puede solucionar con el uso de algún lubricante.

En el hombre, este trastorno se conoce como *Trastorno de la erección*, mejor conocido como *Impotencia*, que “se refiere a la incapacidad del hombre para obtener o mantener una erección de fuerza suficiente que le permita realizar el acto del coito”, dicha disfunción es de las más comunes entre los hombres que acuden a terapia sexual. McCary señala tres tipos de impotencia²⁴: 1) impotencia orgánica causada por algún defecto anatómico en el sistema reproductivo o el sistema nervioso central; 2) impotencia funcional, causada por alteraciones de tipo nervioso, el uso excesivo de alcohol o consumo de drogas, problemas circulatorios, proceso de envejecimiento, o cansancio; y 3) impotencia psicógena, causada por inhibiciones emocionales que bloquean o interfieren en la respuesta sexual.²⁵

Las reacciones psicológicas a este problema son graves, la vergüenza se presenta desde el momento en que esto ocurre en la intimidad, si el problema persiste, los nervios y el temor de volver a pasar por semejante experiencia pueden llevar a la persona a un estado de severa depresión. La impotencia psicógena se clasifica a su vez como **primaria** o **trastorno eréctil permanente**, lo que implica que el hombre nunca ha podido tener una erección que sea satisfactoria para el coito, y **secundaria** o **trastorno eréctil adquirido** en el que el hombre en otro tiempo ha tenido erecciones suficientes que le permitieron ejecutar el coito, pero que ahora tiene dificultad para obtener o mantener una erección. Particularmente, éste es uno de los problemas que causan más angustia, vergüenza y temor a los varones. Cuando se ha presentado este

²⁴ Cfr. Ibidem. pp. 303-304.

²⁵ McCARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. p. 320

problema una vez, a veces estos mismos sentimientos los llevan a anticiparse al fracaso, volviéndose las causas subyacentes del problema de impotencia.²⁶

No obstante, ésta causa de índole psicológico, es más factible de superar que las de origen orgánico. Por ejemplo, dado que la erección depende de una gran cantidad de sangre que fluya al pene a través de las arterias, con una contracción a la par de estas, el hecho de que se presenten enfermedades cardíacas o del sistema circulatorio podría producir un trastorno eréctil. Así mismo, la diabetes mellitus que incluye problemas circulatorios y afecta los nervios periféricos puede presentar como síntoma de evolución el trastorno de erección.²⁷ Pero, cabe aclarar que no todos los varones que padecen diabetes tienen problemas de impotencia*.

Es significativo reconocer el vínculo entre lo fisiológico y lo emocional para comprender por qué un individuo experimenta o no una respuesta sexual satisfactoria. El funcionamiento adecuado y óptimo en la esfera sexual depende de que los sistemas *simpático* y *parasimpático*[#] del *sistema nervioso autónomo* trabajen de modo armónico. El miedo y otras interferencias emocionales perjudican dicha labor en concierto.

Para entenderlo, recordemos que los reflejos de la médula espinal son los que propician la erección y eyaculación. Un reflejo se compone de tres elementos: los *receptores*, que son los órganos de los sentidos que reciben los estímulos y transmiten el mensaje al cerebro; los *transmisores*, centros en el cerebro que reciben el mensaje, lo interpretan y envían otro mensaje para producir la respuesta adecuada; y los *efectores*, órganos que responden a la estimulación. McKenna (2000), explica cómo sucede esto en el acto sexual: “La estimulación táctil (acariciar o frotar) del pene (el receptor) o de las regiones cercanas tales como el escroto o los muslos produce una señal neural que se transmite a un *centro eréctil* en la región sacra, o más inferior, de la médula espinal. Entonces este centro manda un mensaje a través de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo a los músculos (los efectores) que rodean las paredes de las arterias del pene. En respuesta al mensaje, los músculos se relajan; entonces las arterias se expanden, permitiendo que fluya un gran volumen de sangre a su interior, y la erección se produce.”²⁸ Sin embargo, los problemas surgen cuando hay alguna interacción inapropiada entre ambos. Por ejemplo, si el hombre tiene demasiada tensión, preocupación o ansiedad, en vez de permitir que el sistema parasimpático

²⁶ Cfr. Idem.

²⁷ Cfr. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 464.

* De acuerdo a cálculos en 2004, “un estimado es que 28 por ciento de los hombres con diabetes tienen un trastorno de la erección”. Idem.

El **sistema simpático** es el encargado de colocar al humano en un estado de alerta mediante la liberación de adrenalina; en el hombre controla los eventos funcionales asociados con la eyaculación, en la mujer puede ser el responsables de los aspectos motores del orgasmo. Por su parte, el **sistema parasimpático**, en ambos sexos, controla los estados quietos de recuperación, durante los cuales, la presión arterial desciende y los músculos se relajan. Gobierna aspectos de la respuesta sexual, tales como la erección, la lubricación genital y la sensación de orgasmo. Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Op. cit. p. 299.

²⁸ Ibidem, p. 215.

actúe y logre que la erección se mantenga, el sistema simpático domina al parasimpático y mayor es la adrenalina bombardeada al interior de su sistema, volviendo así difícil la relajación para llevar a cabo el acto sexual. De ahí que cualquier enfermedad o accidente que dañe la parte baja de la medula espinal puede desembocar en un trastorno eréctil. Otras causas pueden ser los tipos de cirugía de próstata, el estrés y la fatiga extremos.

3. Trastornos orgásmicos

En la mujer conocido como *Orgasmo femenino inhibido* o *Disfunción orgásmica*, que como en otros casos puede ser permanente (si durante toda su vida jamás ha experimentado un orgasmo) o adquirido (si los ha tenido, pero por alguna razón dejó de ser así)*. Algunos lo llaman *frigidez*, sin embargo este término es impreciso, pues según los expertos, “*frigidez* puede referirse a una variedad de padecimientos que abarcan desde la falta total de excitación sexual hasta la excitación sin orgasmo.”²⁹ En ocasiones el problema reside sólo en si el tipo de estimulación es el adecuado. O bien, puede deberse a problemas de salud física, cansancio extremo o factores psicológicos.

En el varón existe lo que se conoce como *eyaculación precoz, temprana o rápida*. En casos extremos, el hombre eyacula tan pronto, incluso antes de comenzar el coito; en otras ocasiones la eyaculación se demora, pero no tanto como para satisfacer los intereses de su pareja. Mucho se ha cuestionado sobre el criterio de “cuánto es demasiado pronto”. No obstante, la psiquiatra y terapeuta sexual Helen Singer Kaplan consideraba que el quid “es la ausencia de control voluntario sobre el orgasmo”³⁰. En nuestra sociedad, se le atribuye gran importancia al desempeño sexual del sexo masculino, de tal forma que un trastorno de eyaculación temprana llega a ocasionar conflictos incluso hasta con la pareja, la cual tampoco está teniendo una experiencia sexual satisfactoria. Aquí las causas suelen tener un origen más psicológico que orgánico. Sin embargo, en los casos de trastorno adquirido la causa puede ser una infección local, como la prostatitis³¹, o bien, una esclerosis múltiple puede también degenerar partes relacionadas con el sistema nervioso.

Otra disfunción sexual en los hombres es la *eyaculación retrógrada*, conocida también como *orgasmo masculino inhibido* o *incompetencia eyaculatoria* contraria a la disfunción anterior, en ésta el varón es incapaz de tener un orgasmo. A pesar de que haya erección y una estimulación adecuada, su eyaculación demora demasiado. Para la pareja, el que suceda esto no es benéfico, pues lo llega a considerar como rechazo personal, o bien, el coito le resulta incómodo y doloroso

* Otro patrón puede ser el: trastorno orgásmico situacional, “en el que la mujer tiene orgasmos en algunas situaciones pero no en otras”, pudiera ser que practicando el autoerotismo tuviera un orgasmo, pero no de manera coital. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 462.

²⁹ Idem. En la actualidad este término se ha sustituido por el de “anorgasmia”.

³⁰ Ibidem. p. 461.

³¹ La prostatitis es una inflamación de la glándula próstata, es frecuente que la infección sea ocasionada por la bacteria *Escherichia coli*. También puede ser el resultado de la gonorrea o clamidia. Ibidem. p. 506.

al prolongarse el tiempo. Las causas pueden asociarse con padecimientos médicos o quirúrgicos, lesiones en la médula espinal o cirugía de próstata. Pero suele asociarse más con factores psicológicos.

4. Trastornos asociados con dolor

Al dolor genital experimentado durante el coito se le conoce como *dispareunia*. Es un trastorno que llegan a padecer ambos sexos, aunque un mayor porcentaje lo reportan mujeres. En ellas el dolor se concentra en la vagina, alrededor de la entrada vaginal y del clítoris, o dentro de la pelvis. En ellos el dolor se reporta en el pene o los testículos. Efectivamente, es el dolor lo que aminora el disfrute de las relaciones sexuales, o más aún, conduce a la abstinencia total. En mujeres, la dispareunia, puede deberse a los siguientes factores orgánicos:

1. *Trastornos de la entrada de la vagina*. Residuos irritados del himen; cicatrices dolorosas por una episiotomía o abuso sexual; o infección de las glándulas de Bartholin.
2. *Trastornos de la vagina*. Infecciones en la vagina, reacción alérgica a algunos productos espermicidas, al látex del condón o diafragmas; adelgazamiento de las paredes vaginales a consecuencia de la edad; cicatrización del techo de la vagina después de una histerectomía.
3. *Trastornos pélvicos*. Infección como enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tumores, quistes o desgarramiento de ligamentos que sostienen el útero.³²

En los varones, el dolor se puede causar por la falta de higiene que provoque infección en el caso de los que no tienen la circuncisión. La fimosis* puede provocar dolor en el coito debido a que el prepucio no puede retraerse. Así mismo, pueden estar implicadas algunas reacciones alérgicas al látex del condón o cremas espermicidas. En la eyaculación, el dolor pudiera deberse a problemas con la próstata. El vaginismo* es “un trastorno sexual en el que existe una contracción espástica de los músculos que rodean la entrada de la vagina.”³³ La causa de dicho trastorno puede ser de carácter psicológico, que es lo más frecuente, aunque también lo puede provocar el coito doloroso.

- **Factores conductuales o de estilo de vida: Fármacos, Alcohol y Drogas ilícitas**

Respecto al uso de alcohol, drogas ilícitas o recreativas y fármacos, existen dos creencias, unas a favor de que mejora el desempeño sexual y otras que afirman que va en detrimento. Lo cierto es que, el uso prolongado de tales sustancias

³² Ibidem. pp. 464-465.

* La fimosis es la estrechez del orificio del prepucio, que impide la salida del glande. Diccionario de la Lengua Española.

* Del sufijo *ismo* que significa “espasmo”.

³³ SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 463.

siempre va a provocar trastornos sexuales tanto en hombres como en mujeres. Por ejemplo, haciendo alusión a los fármacos, los medicamentos que tratan la presión arterial elevada dificultan la erección en los hombres y disminuye el deseo sexual en ambos. Los Antidepresivos, generalmente utilizados para tratar trastornos psicológicos: afectan el funcionamiento sexual: disminuyen el deseo, traen problemas de erección y de orgasmo.

En el siguiente cuadro se enlistan algunos fármacos o drogas que pueden alterar o mejorar la respuesta sexual.*

Fármaco o droga	Cómo afecta el funcionamiento sexual	Usos médicos comunes
1. Fármacos psicoactivos		
Ansiolíticos/tranquilizantes Bupirona Benzodiacepinas (librium, valium, ativan)	Aumento del deseo, orgasmo Disminuye el deseo hipoactivo, mejora la eyaculación precoz	Ansiedad, trastornos de angustia.
Antidepresivos I: Tricíclicos e inhibidores de la MAO	Trastornos del deseo, problemas de erección, de orgasmo y de eyaculación. Puede tratar la hipersexualidad, eyaculación precoz.	Depresión.
Antidepresivos II: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paxil, prozac, soloft, litio)	Trastornos del deseo, problemas de erección y de orgasmo.	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de angustia.
Antipsicóticos	Trastornos del deseo, problemas de erección	Trastorno bipolar.
Torazina, haldol	Trastornos del deseo, problemas de erección Problemas de orgasmo y de eyaculación.	Esquizofrenia.
2. Antihipertensivos		
Reserpina, Metildopa	Problemas del deseo y de erección, demora o bloqueo del orgasmo.	Presión arterial elevada.
Inhibidores de la ECA (Vasotec)	Dificultades de erección.	
3. Uso y abuso de sustancias		
Alcohol	A dosis bajas aumenta el deseo. A dosis altas disminuye la erección, la excitación y el orgasmo. El alcoholismo crea muchos trastornos y atrofia de testículos (infertilidad).	
Nicotina	Disminuye el flujo sanguíneo al pene, crea trastornos de erección. Sensación de bienestar y relajación.	
Opioides Endógenos; Endorfinas	Disminución del deseo, orgasmo, eyaculación. Reemplaza al sexo.	
Heroína	Mejora el placer sexual, pero no el desempeño real: el uso crónico disminuye el deseo.	
Mariguana		

* SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op. cit. p. 46

El alcohol puede tener tres efectos en quien lo ingiere; el primero es el *efecto de la expectativa*, en este, la persona piensa que al consumir una copa se relajará y se hará mas desinhibido en materia sexual, la expectativa produce un aumento en la excitación fisiológica y en la sensación subjetiva de la excitación.

Dicho efecto va de la mano con los *efectos farmacológicos a corto plazo*, es decir, sólo funciona cuando se consume una pequeña cantidad de alcohol, en dosis elevadas el alcohol se convierte en un depresor de la excitación sexual. El tercer efecto, y el más dañino es el *efecto a largo plazo del abuso crónico*, aparte de que incluye los trastornos típicos de la erección, orgásmicos y pérdida del deseo, puede ocasionar perturbaciones en la producción de hormonas sexuales debido a la atrofia ocurrida en los testículos.³⁴ Por extensión, se producen efectos negativos en las relaciones interpersonales.

En la actualidad, hay una proliferación sin igual de drogas en todo el mundo, algunas más usadas que otras, por ser más accesibles en costo, tal es el caso de la *marihuana*, que según creencias populares, contiene propiedades afrodisíacas. Lo cierto es que las investigaciones realizadas al respecto son pocas y algunos de los resultados arrojados son que aumenta el deseo sexual y convierte la interacción sexual en un episodio más placentero, por un lado, y por otro, se dice que el uso a largo plazo reduce los niveles de testosterona y la cuenta de espermatozoides. Por su parte, con respecto a la *cocaína* se dice que aumenta el deseo sexual, la sensibilidad y demora el orgasmo. A la larga, el uso crónico se asocia con pérdida total del deseo sexual, trastornos orgásmicos y de erección. Las personas que la aplican vía intravenosa suelen padecer los efectos más negativos en su funcionamiento sexual. Los *cristales de metaanfetamina* (“hielo”) es una droga de importante consideración por la paranoia, alucinaciones y conducta agresiva que presentan quienes la consumen. En el aspecto sexual, la gente tiende a realizar comportamientos sexuales de riesgo. Los *opiáceos*, mejor conocidos como narcóticos (morfina, heroína y metadona) son supresores potenciales del deseo y la respuesta sexual. La heroína, en particular, es causante del detrimento en los niveles de testosterona en varones.³⁵

- **Factores psicológicos: Pensamientos negativos, Distractores o Trastornos emocionales**

Las causas psicológicas de los trastornos sexuales incluyen aprendizaje previo y causas inmediatas. El aprendizaje previo es lo que la persona ha vivido y aprendido antes –por ejemplo en la infancia- y que ahora inhiben su respuesta sexual. Las causas inmediatas se suceden en el acto mismo de la ejecución sexual y de igual manera inhiben la respuesta.³⁶ En el caso de las emociones, pueden afectar en gran manera la disposición para un encuentro sexual. El afecto

³⁴ Ibidem. p .466

³⁵ Idem.

³⁶ Ibidem. p. 469.

o amor intenso no tienen nada que ver, una persona puede estar convencida de querer estar con su pareja o de que es la persona que ama, pero si se presenta una situación que tense a uno de los dos, le cause perturbación, enojo, tristeza o ansiedad, automáticamente se presenta un impedimento de origen psicológico que afecta el funcionamiento sexual, inhibe el deseo y el acto se vuelve incómodo, o hasta doloroso para la mujer, y en el hombre, un factor tan típico en la actualidad, como es la depresión, se asocia con un trastorno de la erección y otros de la misma índole sexual.

- **Factores interpersonales: temor a la intimidad**

Es comúnmente escuchado que algunas parejas utilizan el sexo como arma de venganza al negarle el débito conyugal a su pareja. Esto causa enojo, resentimiento y conduce en muchos casos a infidelidad. Ello aunado con los conflictos de poder e intimidad contribuyen a que los problemas en aspectos sexuales se vuelvan complejos, pues interfieren no sólo los problemas de relación, en ocasiones el problema subyace en factores psicológicos individuales. Por ejemplo, una persona puede tener sexo, pero sin llegar a la intimidad, temen la cercanía emocional profunda de otra persona. Terminando el acto sexual, prenden el televisor, hablan de cualquier vanalidad, o simplemente se retiran sin dar lugar a “participar en una conversación verdaderamente íntima, vulnerable en sentido emocional y de confianza con otra persona.”³⁷ Tal temor puede ser producto de relaciones íntimas negativas o que causaron decepción, en especial, con los padres durante la infancia. Estas personas suelen perder el interés en poco tiempo y repetir el patrón con sucesivas parejas.

Hemos hablado ya de las disfunciones en torno al funcionamiento sexual en hombres y mujeres, enfocaremos nuestra atención ahora en lo que produce satisfacción sexual en el adulto maduro.

2.2 Satisfacción sexual del adulto maduro

En el campo del amor y de la sexualidad, las mujeres le atribuyen una importancia superior a los sentimientos, contrario a los hombres, quienes también sienten, no obstante, no hacen alarde de ello, por temor a que se les considere personas débiles. Respecto a la sexualidad, generalmente, en la mujer, un sentimiento amoroso se antepone al deseo. Es difícil concebir un deseo sin amor, más bien, el amor-sentimiento es lo que da paso al amor-deseo. Versus al hombre, en quien es más fácil que coexistan en él, la pulsión, lo afectivo y lo social, el varón “puede desear sin amar, puede amar a lo que desea y ‘hacer el amor’ a quien ama.”³⁸ De ahí que no sean raros los malentendidos debido a los errores de interpretación respecto a lo que desea cada sexo para su satisfacción sexual. Cabe preguntarnos, entonces, ¿cuál es el ideal o cómo es aquella persona que hombres y mujeres esperan?, ¿existe un paradigma previamente definido?

³⁷ Ibidem. p. 470.

³⁸ DUPIN, Patricia y Hédan, F. La sexualidad femenina. Editorial Siglo Veintiuno, México, 2001. p. 55.

- **La elección de la pareja**

Los criterios de la pareja ideal están más relacionados con el comportamiento que con el aspecto físico. En la mujer adulta la búsqueda de pareja se fundamenta en la necesidad, muchas veces inconsciente, de reencontrar la comodidad afectiva de la relación que un día tuvo con su padre; o en caso de no haberla tenido, en la añoranza de ese hombre que hizo falta en la infancia para escuchar, proteger, aconsejar, guiar, consolar y hasta decidir. Evidentemente, es una utopía que tal hombre encaje en el modelo ideal, y todavía menos probable aún que continúe siéndolo después de años de vivir juntos como pareja. Cuando la mujer da cuenta de ello, se enfrenta a la prueba de realidad, ahora deberá aprender a amar al hombre y no al reflejo que habita en su imaginario.³⁹ Pasa lo mismo en el hombre, sólo que en él, debido a que el deseo; que generalmente entra por los sentidos (en especial la vista) se antepone al amor-sentimiento, es más fácil que pronto convierta objeto de su deseo a mujeres diferentes a su actual pareja. Es en este punto cuando se vuelve menester referirnos al significativo papel que desempeñan nuestros sentidos en la satisfacción sexual del adulto maduro.

- **Sexo a través de los sentidos**

El *tacto* es de los sentidos más inmediatos de satisfacer una necesidad sexual. Disfrutar de tocar y ser tocado es esencial en una relación íntima. Las caricias o masajes, sobre cualquier área del cuerpo, pueden producir excitación. Las regiones que son excitantes variarán en cada persona y dependerá también del estado y disposición en que se encuentren. Por eso es importante que cada uno externé qué tipo de contacto es el más placentero para cada quien. Abrazarse, mimarse y besarse son comparables a caricias que hacen “vibrar las cuerdas de la sensibilidad emocional”. A lo largo de las relaciones sexuales, la pareja entra en un contacto más íntimo e intenso cuando las pieles desnudas de sus cuerpos se encuentran y reconocen. Por ello, se destaca la prominencia del tacto con respecto a los demás sentidos: el olfato, el oído, la vista y el gusto.

No obstante, cabe aclarar que las particularidades y prioridades sensitivas dependen de cada quién y no de la calidad del amor y del deseo del otro. Así pues, las palabras de amor oídas durante la relación sexual pueden ser una fuente intensa de placer para unos, pero también habrá a quienes les perturbe *oír* palabras, por halagadoras que éstas sean y prefieran tener como fondo una melodía erótica. O bien, el susurro de palabras atrevidas serán como elemento afrodisíaco para algunas personas, mientras que otras lo verán como un ataque a su sensibilidad.

El *olfato*, sentido a veces sumamente fino, es capaz de captar todo tipo de olores, y estos pueden causar repulsión o excitación. La sensibilidad olfativa, muy desarrollada en ciertas personas, no debe hacer pasar por alto la importancia de la higiene y de los olores corporales que pueden inhibir el deseo, como un cuerpo

³⁹ Cfr. Ibidem. p. 61.

que no ha sido lavado, una boca no aseada, o que recientemente se ha utilizado para fumar cigarrillos. Por el contrario, un cuerpo limpio, después de lavarse con agua y jabón, puede ser un excitante natural. El aroma distintivo de la piel de la pareja puede ser de lo más excitante.⁴⁰

El *gusto* tan fácilmente manifestado en el campo de la gastronomía o el catar de los vinos, es considerado por muchos como el pariente pobre de la sensualidad amorosa. Sin embargo, los besos bucales, que casi siempre son el primer contacto sexual, representan un estimulante o un freno a la sensualidad de la pareja.

Por último, pero no por ello el menos significativo, se encuentra la *vista*. La limitación de esta permite favorecer el acceso a un mundo interior rico en sensaciones y emociones y aislarse del mundo circundante. Preferir la penumbra a la luz atenúa la crudeza de las imágenes y privilegia el sueño, posterior a la relación sexual. La oscuridad nos permite ver de otra manera y protege el pudor de actos que resultan de la intimidad y de la imaginación erótica.⁴¹ Por otra parte, resulta excitante ver con claridad la desnudez de tu pareja, aceptar el cuerpo de la persona amada y la desnudez, incluso de prejuicios respecto a su cuerpo.

- **Fisiología de la relación sexual**

La respuesta sexual humana se divide en cuatro fases: excitación, meseta, fase orgásmica y fase de resolución. Las fases de excitación y resolución son las más importantes en términos de duración, mientras que las fases de meseta y orgásmica son intensas pero de menor duración. Estas cuatro fases son similares en ambos sexos excepto que después del orgasmo los hombres entran en un periodo refractario (un estado de resistencia temporal a la estimulación sexual). Las mujeres por lo general, no entran en dicho periodo y por lo común son capaces de retornar a fases anteriores del ciclo.

El ciclo de la respuesta sexual femenina se desarrolla sobre la siguiente secuencia:

1) En la fase de excitación, los senos se alargan y los músculos de la areola y del pezón se contraen: es el telotismo.⁴² No obstante, no se trata de una erección, pues el seno contrariamente al clítoris no contiene ningún tejido eréctil. Con ello, los músculos corporales se tensan, aumentan la presión arterial y el ritmo cardíaco, el clítoris se alarga, el canal vaginal se lubrica, la vagina se extiende y se dilata, se oscurece; el útero aumenta de tamaño y empuja hacia arriba al bajo abdomen y se alargan los labios mayores y menores.

⁴⁰ Apud. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 237.

⁴¹ Cfr. Ibidem. p. 62.

⁴² Cfr. Ibidem. p. 18.

2) En la fase de meseta, los senos alcanzan su grado máximo de respuesta, el rubor sexual es intenso, aumenta la tensión muscular y la respiración se vuelve pesada, el cuerpo del clítoris y su glándula empujan hacia atrás sobre el prepucio, se hace presente la plataforma orgásmica, el útero se eleva a su máxima intensidad y se intensifica la fibrilación uterina, y la coloración de los labios menores se hace cada vez más evidente.

3) En la fase orgásmica pueden presentarse contracciones involuntarias del esfínter del recto, se siguen elevando presión y ritmo cardiaco, el ritmo respiratorio aumenta, se contrae la plataforma orgásmica y se inicia la contracción uterina.

4) En la fase de resolución desaparece el rubor y la erección de los pezones, disminuye la tensión muscular, el ritmo respiratorio, la presión y el ritmo cardiaco recuperan sus valores normales, puede haber transpiración, el clítoris recupera su tamaño normal, disminuye la coloración de los genitales, cesan las contracciones uterinas y dicho órgano regresa a su posición y tamaño normales, así mismo, los labios mayores y menores recuperan su tamaño usual.⁴³

El ciclo de la respuesta sexual masculina se caracteriza por la siguiente secuencia:

1) En la fase de excitación, la mayoría de los hombres presentan erección en los pezones y algunos otros experimentan un rubor sexual, aparece cierto grado de tensión muscular, los testículos se elevan hacia el perineo, aumentan el ritmo cardiaco y la presión arterial, y el pene entra en erección.

2) En la fase de meseta se hacen más evidentes las tensiones de los músculos voluntarios e involuntarios, aumenta el ritmo respiratorio, siguen aumentando el ritmo cardiaco y la presión arterial, la corona del glándula se edematiza* y el glándula se oscurece, los testículos se acercan aún más al perineo y aumentan de tamaño y finalmente las glándulas de Cowper secretan unas cuantas gotas de flujo mucoso pre-eyaculatorio.

3) En la fase orgásmica hay gran tensión muscular en todo el cuerpo, aumenta la frecuencia respiratoria, se incrementa el ritmo cardiaco y la presión arterial, se distiende el bulbo uretral, se acumula líquido seminal en los conductos eyaculatorios y en los órganos sexuales secundarios, la presión sistólica de la próstata impulsa el líquido seminal hacia la uretra y se producen contracciones de diversa intensidad, y el esfínter del recto se contrae.

4) En la fase de resolución el rubor sexual y la tensión muscular se disipan, la frecuencia respiratoria, el ritmo cardiaco y la presión arterial recuperan sus valores normales, puede haber una reacción transpiratoria, el pene se desentumece, la

⁴³ Cfr. Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Op. cit. p. 164.

* Un Edema es la hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular, es decir, el líquido que segregan ciertas membranas se acumula en las ampollas de la piel. Diccionario de la Lengua Española.

uretra y su abertura recuperan su tamaño normal, el escroto se contrae de nuevo y los testículos disminuyen de tamaño.

El orgasmo conduce a una liberación de tensiones sexuales tanto en hombres como en mujeres, aunque la preocupación excesiva por los orgasmos simultáneos, la intensidad de los mismos y la simulación pueden disminuir la sensación de placer y crear problemas en las relaciones sexuales.⁴⁴

UNIDAD 3 MITOS Y CREENCIAS

La sexualidad constituye un aspecto cotidiano de las relaciones humanas y de manera consciente o inconsciente las diversas formas de expresarla son susceptibles de represión y ocultación, característicos de posiciones intolerantes que interrelacionan consideraciones éticas, religiosas e ideológicas surgidas de acuerdo a un contexto histórico y social determinado.

El problema social es el sexo no educado, reprimido, prohibido como bien humano, engañado, de doble moral, pero sobre todo desinformado con vacío o mitos. Personas adultas son las transmisoras de esos mitos⁴⁵ a los más jóvenes, como formas de defensa y represión, una parte importante de la transmisión del mito es la exposición social que se hace de éste; los individuos lo conocen, lo procesan y lo aceptan o rechazan. Entre los mitos más socorridos encontramos los siguientes:

3.1 Mitos sobre fisiología y funcionamiento sexual

**La eyaculación y el orgasmo en los hombres es el mismo fenómeno.* Generalmente la erección establece la preparación para la eyaculación, acompañada de ésta ocurre una reacción física acompañada de una sensación distintiva y altamente agradable conocida con el nombre de orgasmo. Así que ocurren juntos mas no son el mismo fenómeno.

**La menopausia o una histerectomía terminan con la vida sexual de una mujer.* En los años 1800, los médicos pensaban que al disminuir los ovarios su producción de estrógenos durante y después de la menopausia, el apetito sexual de una mujer debería disminuir en forma paralela. Ahora se sabe que el apetito sexual de una mujer no disminuye cuando se extirpan quirúrgicamente los ovarios, ni aún con la llegada de la menopausia.

⁴⁴ Cfr. Ibidem. p. 165.

⁴⁵ Estos mitos en su mayoría fueron recuperados del texto de Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Op. cit. pp. 17-20. Otros de los mitos fueron encontrados en artículos de 2 páginas en Internet:

1)“Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad”. VALLEJO Casarín, Alma, Rey Juárez, R. M. y López Uriarte, F. www.educacion.jalisco.gob.mx

2)“Mitos del SIDA”, www.gda.itesm.mx

**El deseo y la capacidad sexual disminuyen notoriamente después de la edad de 40 a 50 años, señal del final de la vida sexual de hombres y mujeres.* Después de los 40 años de edad, las mujeres pueden comenzar a experimentar una intensa disminución en la secreción de estrógenos que continúa por el resto de sus vidas, en algunos casos acompañados con la llegada de la menopausia se experimentan cambios fisiológicos que pueden volver desagradable el coito, pero pueden ser aliviados con tratamientos hormonales. En los hombres a la edad de 40 años la calidad del placer sexual puede haber empezado a cambiar en forma notoria, la variación es desde las sensaciones intensas localizadas en los genitales, a una sensación mas generalizada que se difunde por todo el cuerpo.

**El pene grande es importante para la gratificación y placer de la mujer.* Esto es una creencia muy frecuente porque tanto hombres como mujeres comparan el hombre de pene más grande con mayor masculinidad y potencia sexual, sin embargo, lo que importa no es el tamaño, se requiere de la dirección del ser humano que lo porta, de los sentimientos y las emociones que lo acompañan para proporcionar ese placer. Recordando que no se debe limitar el goce a una zona especifica del cuerpo.

**Si la menstruación comienza en una edad temprana, la menopausia ocurrirá temprano.* El hecho de que una mujer experimente o no síntomas de la menopausia parece que depende primero básicamente de su patrón de personalidad y segundo de factores ambientales generales y tensiones situacionales, no de un lapso de tiempo determinado para este hecho y si se empieza a temprana edad se termina antes de tiempo.

**Una mujer no necesita una frotis de Papanicolaou sino hasta que haya tenido un hijo o haya llegado a la edad media.* De ningún modo, esta prueba se recomienda se efectúe desde los 25 años en mujeres que no han iniciado su vida sexual, inclusive antes en mujeres que iniciaron su vida sexual maás jóvenes. La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de líquido cervical mediante un aplicador de algodón, y examinarlo para buscar la presencia de células cancerígenas.

**Los hombres creen que son los encargados de enseñarles a las mujeres sobre su cuerpo.* Los hombres en ocasiones apenas conocen su cuerpo, la tarea de conocer el femenino resulta absurda. Sobre todo para hacer sentir placer a una mujer ya que cada una posee un modo distinto de experimentarlo. Los hombres deben trabajar mucho para reencontrarse con su cuerpo, ése al que a veces desprecian y prohíben sentir.

3.2 Mitos sobre homosexualidad

**A un verdadero hombre no le interesan cosas de maricones como los sentimientos y la comunicación.* A los hombres desde pequeños se les enseña a desempeñar el rol masculino, que desalienta la expresión de emociones y la comunicación de los sentimientos personales, situación que hace difícil la vida de

pareja en la edad adulta. Aquí aparecen la ternura, las caricias, las sensaciones que nos llevan a darnos a la otra persona. Con esta óptica, las mujeres son percibidas como seres inferiores y los homosexuales son igualmente despreciables. Algunos varones asocian partes de su cuerpo con “lo femenino”, con lo gay, así que se niegan ser estimulados en esas zonas.

**Los homosexuales constituyen una amenaza para la sociedad.* Esto se piensa porque existe un miedo a que los niños puedan verse influidos por los modelos adultos homosexuales, como puede ser algún familiar; pero también por el hecho de que la mayoría de la gente piensa que los homosexuales abusan sexualmente de los niños aunque para que esto suceda no es necesario que la persona sea homosexual. Además, se cree que ellos son los principales transmisores del virus del SIDA, otro error porque también las personas heterosexuales son transmisoras.

**Los individuos son o totalmente homosexuales o totalmente heterosexuales.* Esto es falso, Kinsey y sus colaboradores diseñaron una escala de siete puntos en la que se mide el comportamiento sexual. En uno de los extremos de la escala se encuentra lo que se considera como comportamiento exclusivamente heterosexual y en el otro el comportamiento exclusivamente homosexual, con variantes en los puntos intermedios habiendo homosexualidad incidental o heterosexualidad incidental.

**La involucración de un niño con un adulto homófilo constituye un factor causativo muy importante en que dicho individuo se vuelva posteriormente un homosexual.* Los niños que son abusados no se vuelven homosexuales y tienen tanta probabilidad de llegar a serlo como los que no han sido seducidos, hay casos en que se supera esta experiencia y llevan vidas sexuales adecuadas con una pareja. Cada vez se conocen más casos de hombres que en algún momento de su vida sufrieron de abuso sexual o una franca violación. Muchos erróneamente piensan que su valor como hombres ha desaparecido. Incluso hay un mito en torno a la homosexualidad que hace creer que una agresión sexual pudo provocar que “hayan dejado de ser hombres”. La desinformación, las falsas creencias, hacen que se calle esta dolorosa experiencia y que se viva como una doble vergüenza.

**Hombres y mujeres son homosexuales porque así nacieron.* Existen varias teorías con respecto a las posibles causas de la homosexualidad. Una de estas teorías es que la homosexualidad es hereditaria y está determinada genéticamente. La teoría ambiental sugiere que la homosexualidad se desarrolla como resultado de presiones psicológicas y factores condicionantes que proceden del hogar y la familia. Una tercera teoría postula que la homosexualidad es producto de un desequilibrio en las hormonas sexuales. Sin embargo, ninguna teoría ha resultado ser totalmente adecuada para definir el origen de esta preferencia.

**Los homosexuales son identificados por su aspecto.* La mayoría de los homosexuales no pueden ser identificados por su aspecto, aunque es frecuente

encontrar personas “afeminadas” o “super-machos” dentro de la comunidad homosexual.

3.3 Mitos sobre alteraciones sexuales

**Un hombre eyacula rápido, la razón: “Me vengo rápido porque me gustas mucho”.* Se cuentan por miles los hombres que se niegan a reconocer sus disfunciones sexuales. Éstas pueden ser consecuencia de su deficiente aprendizaje, como ejemplo está la eyaculación precoz. Esta es quizá la disfunción sexual más padecida por los mexicanos y, como consecuencia, por sus esposas. Los pretextos son múltiples: que si me gustas mucho, que si eres muy lenta, que si eres frígida, ¡que no te muevas tanto! El caso es que las prisas, la culpa y la inexperiencia llevan a estos caballeros a no poder controlar su eyaculación. Una vez identificado el problema, todavía son menos los que acuden a la ayuda profesional. Tener una buena calidad de vida erótica es un derecho de hombres y mujeres.

**La masturbación frecuente conduce a la idiotez y a la locura.* La masturbación constituye un acto perfectamente sano y normal. Sólo se considerará como un problema sexual cuando se vuelve parte de un patrón de conducta frecuente que lleva al individuo a sustituir actividades diarias por este acto o es utilizada como el único medio de desahogo sexual, encontrándose otros medios de satisfacción a su alcance.

**La masturbación puede provocar numerosas manifestaciones, incluyendo verrugas, pelo en las palmas de las manos, acné (barros) y finalmente impotencia.* Esto es demasiado trillado ya que no existe alguna manifestación física de que se lleve a cabo la masturbación o la relación sexual. Lo que si es importante señalar es que en el caso de los hombres el ritmo, intensidad y frecuencia puede hacer que se produzca una eyaculación en poco tiempo llegando a afectar su desempeño sexual resultando frustrante para él o su pareja. Para el caso de las mujeres la masturbación quizá constituya la etapa más importante para aprender a llegar al orgasmo con facilidad y rapidez, ella aprende lo que necesita para hacerlo saber a su pareja.

**La masturbación es un hábito de los jóvenes e inmaduros, su práctica típicamente cesa después que los hombres y las mujeres se casan.* Hoy mas que antes se acepta el hecho de que hombres y mujeres tienen el derecho a buscar el máximo placer sexual y satisfacerse hasta donde sea posible; y es muy cierto que son preferibles las relaciones sexuales a la masturbación, pero si por alguna razón el coito no es posible ni aconsejable, la masturbación ofrece un sustituto excelente para la liberación de la tensión sexual sobretodo y aún dentro del matrimonio. La masturbación significa para muchas mujeres el único medio para experimentar un orgasmo y el coito una satisfacción emocional.

**Un travestista y un transexualista es lo mismo y ambos son homosexuales.* El travestismo se refiere al placer o excitación ya sea emocional o sexual,

proveniente de vestirse con ropa del sexo opuesto, esto no es señal de homosexualidad ya que algunos hombres lo hacen incluso en complicidad con su pareja y las mujeres lo hacemos utilizando como vestimenta diaria pantalones, calzado y en general un atuendo masculino por comodidad. El transexualismo es un estado en el que la anatomía y la identidad de género del individuo son incompatibles. Un hombre o mujer desea tener la imagen corporal del sexo opuesto y sentirse como tal en todos los aspectos de la vida.

**La educación sexual no tiene lugar en nuestras escuelas, debido a que conduce a 1) un comportamiento de exteriorización sexual; 2) un aumento en la promiscuidad; 3) un aumento en el embarazo premarital, entre otras cuestiones de liberación sexual.* En la instrucción sexual escolar hay cierto peligro inherente de que pudiera filtrarse algún prejuicio cultural inconsciente en el programa. Así mismo, en personas adultas existen motivos para oponerse a la educación sexual como son la falta de comprensión, el temor, la ignorancia, el hecho de que la sexualidad humana se aprende naturalmente; tomando así la instrucción formal o no formal como algo innecesario, pero el argumento más válido se refiere a la calidad de la información que poseen los que enseñan ya que los prejuicios y vergüenzas personales influyen en su enseñanza.

3.4 Mitos sobre el SIDA

**El Sida es una enfermedad de personas homosexuales o que usan drogas.* Esta es una enfermedad que también portan y transmiten personas heterosexuales, que no sólo se transmite por ser adictos a las drogas o tener relaciones sexuales con una persona infectada, también se transmite por una transfusión de sangre aunque esto puede resultar casi imposible por que la sangre donada es sometida a estudios para detectar el virus del Sida, incluso es heredada de padres a hijos.

**Las personas con Sida deben ser apartadas del resto de la sociedad.* Es bueno que suceda sólo cuando es para estar dentro de una institución donde se les proporcionen los cuidados adecuados para llevar una mejor calidad de vida. Sin embargo, cualquier persona que tiene una enfermedad de índole sexual es excluida de inmediato porque la mayoría de la sociedad es ignorante o prejuiciosa.

**Tener relaciones sexuales con una mujer "virgen" cura el SIDA.* Una organización de lucha contra el abuso sexual de menores en Zimbabwe está llevando acabo una campaña para que los curanderos dejen de propagar el mito de que tener relaciones sexuales con una virgen puede curar el SIDA. Este mito ha llevado a que se violen muchas niñas, porque quienes cometen estos actos, argumentan que la sangre de una virgen sirve para "limpiar" la sangre del portador del virus del VIH. Hace poco, la organización Red de Niñas realizó un encuentro en el este del país con representantes del gobierno, jefes tribales y curanderos para hablar del tema. La reunión tuvo lugar en un pueblo donde existe una clínica para tratar a niñas que han sufrido este tipo de abuso.

Algunos mitos perduran aún entre los jóvenes; parecería que siguen considerándose como importantes las ideas acerca de la virginidad, que el coito necesariamente debe implicar dolor, que la actividad sexual de una persona se puede inferir a partir de una serie de características físicas como el ensanchamiento de las caderas o la pequeña abertura que se hace al interior de los muslos. Estas son creencias que ya no aplican a la población adulta pero que ellos mismos siguen difundiendo.

Debemos, además, tomar en cuenta una serie de medidas conservadoras más amplias que frecuentemente se implantan en el país, tales como que el titular de la Cruz Roja declare que el condón no es una forma segura de controlar el SIDA, que las máximas autoridades eclesiásticas del país hagan declaraciones aterradoras acerca de la forma como deben ser tratados los homosexuales, que la hija del presidente se lance a una campaña para promover la abstinencia sexual como única forma de prevenir los embarazos en jóvenes, o que se impulsen libros que se han vuelto “biblias” de educación sexual y moral para un amplio sector de la población. Estos aspectos no deben ser pasados por alto cuando se piensa en brindar educación sexual que posibilite a las personas un ejercicio responsable, sin culpas y placentero de su sexualidad.

UNIDAD 4 HOMOSEXUALIDAD

“El cuerpo, los sentimientos, pensamientos, deseos, conductas se convierten en fuentes de capital simbólico, de prestigio o desprestigio, actuantes en el ámbito de la existencia sexual y, por lo tanto, en acciones inmersas en relaciones de poder.”⁴⁶ Las relaciones de poder se ejercen gracias a que hay una mayoría predominante, ejerciendo control, dominio, autoridad y superioridad de unos sobre otros (de los fuertes sobre los débiles) limitando o inhibiendo sus acciones.

En este caso la mayoría respecto a la expresión de la sexualidad la ejercen los heterosexuales por eso existe la creencia de que la heterosexualidad es la norma, en una sociedad donde la mayoría de las personas están orientadas sexualmente por miembros del género opuesto, es decir, por quienes sienten atracción sexual y potencialmente pueden amar. La sociedad adulta debe tener formas de represión en todos los aspectos de la cultura, la libre expresión de la sexualidad afecta sin duda las normas de la sociedad en general y del grupo heterosexual que la rige en su mayoría, y que siempre va a juzgar a partir de lo que ellos consideran lo adecuado.

4.1 Definición del término Homosexualidad

Para definir este término primero es necesario saber que la orientación sexual se refiere a sentirse enamorado y eróticamente atraído por personas del sexo complementario (heterosexualidad), por personas del mismo sexo

⁴⁶ NUÑEZ Noriega, Guillermo. Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. 2ª edición, Editorial Porrúa, México, 1999. p. 38

(homosexualidad) o gustar de ambos sexos (bisexualidad).⁴⁷ En base a esto podemos entender que la palabra *homosexual* se deriva de la raíz griega homo, que significa igual; no proviene de la palabra homo en latín, que significa hombre. Este término se puede aplicar a ambos géneros pero de manera específica se aplica a los hombres, y el término lesbiana hace referencia a las mujeres homosexuales, tiene su origen en la gran poetisa griega Sappho, que vivía en la isla de Lesbos alrededor del año 600 a. C.⁴⁸

4.2 ¿Por qué una persona es homosexual?

Existen teorías que sugieren el origen de la homosexualidad las cuales mencionaremos de manera muy breve para tener noción de lo que implican. “Una de estas teorías es que la homosexualidad es hereditaria y que está determinada genéticamente. La teoría ambiental sugiere que la homosexualidad se desarrollo como resultado de presiones psicológicas y factores condicionantes que proceden del hogar y la familia. Una tercera teoría postula que la homosexualidad es producto de un desequilibrio en las hormonas sexuales.”⁴⁹

La explicación general [de los homosexuales] debía radicar en la bisexualidad universal de los seres humanos. La homosexualidad sólo se puede entender, según argumentaba Freud, en términos de los conflictos psíquicos de la identidad y la identificación que se generan con el advenimiento de la cultura.⁵⁰ Esto es que la explicación se encuentra en la mente del individuo y en la situación social en que se desarrolle. Como podemos ver las teorías siguieren diversos orígenes a nosotros nos interesa el hecho en sí, por ello haremos mención de lo que implica la homosexualidad, como es concebida por el propio individuo y la sociedad en que está inmerso.

En el contexto social de una posible explicación causante de la homosexualidad, Alberto Sahagún menciona que “no hay una causa que lleve a una persona a situarla en la personalidad homosexual. Es mas bien un conjunto de causas y circunstancias que una persona en desarrollo va teniendo al tratar de definir la posibilidad de relacionarse con otras personas.”⁵¹

4.3 Qué pensamos de las personas homosexuales

Existen varios términos despectivos para hacer mención hacia los homosexuales tales como: mayate*, maricón, marica, puto, puñal, joto, gay, manflora, machorra,

⁴⁷ HIRIART Riedmann, Vivianne. Educación sexual en la escuela. Editorial Paidós, México, 1999. p. 177.

⁴⁸ Cfr. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 359.

⁴⁹ Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Op. cit. p. 276

⁵⁰ Cfr. WEEKS, Jeffrey. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Ediciones TALASA, Madrid, 1993. pp. 249 y 253.

⁵¹ SAHAGÚN, Alberto. Integración sexual humana. Editorial Trillas, México, 1993. p. 109.

*En México se utiliza en ocasiones este término para denominarla conducta homosexual masculina donde se asumen el papel activo de “mayate” (escarabajo pelotero), y de su pareja como el papel pasivo “caballo”. La palabra mayate se deriva aparentemente del vocablo náhuatl *mayatl*, un escarabajo iridiscente de color verde,

marimacha, lesbiana, entre muchas otras. Las actitudes hacia los homosexuales como lo demuestran estas expresiones son negativas ya sea de rechazo o fobia, pocas son las personas que aceptan esta forma de expresión de la sexualidad de sí mismo o del otro.

Los hombres homosexuales están estereotipados como afeminados, vestidos de mujer, promiscuos o pederastas, si se sabe de la relación entre dos hombres inmediatamente se comienza a hablar mal de ellos. El doctor Alfonso Millán en el artículo “Carácter antisocial de los homosexuales” en 1934, concluyó que los homosexuales masculinos poseían los rasgos negativos de ambos sexos: del macho, la agresividad, la hostilidad y la vanagloria; de la hembra, la tendencia al cotilleo, la intriga sutil y la pèrfida coquetería. Tales rasgos dan por resultado una psicología... aparentemente más perjudicial que las mismas prácticas físicas.⁵²

Frecuentemente una persona es juzgada homosexual por su apariencia física o sus comportamientos, aunque no siempre es fácil reconocerlos sólo por su apariencia. Es posible pasar desapercibidos ya que la homosexualidad no hace referencia forzosamente a vestirse o comportarse de cierto modo, por ejemplo un hombre no debe vestirse como mujer o una mujer tratar de parecer lo más masculina posible para demostrar su preferencia.

Pero los hombres que se comportan como mujeres llamados despectivamente “jotos”^{*} son constantemente ofendidos, acosados (y usados) por sus colegas machos, que asumen el papel activo en la relación sexual y que normalmente escapan de la censura y burla de la sociedad, porque niegan a menudo su participación en estas actividades.

La homosexualidad femenina algunas ocasiones pasa desapercibida, si se sabe que dos mujeres llevan una relación muy estrecha se toma como signo de gran amistad incluso las hay quienes suelen hacer bromas sobre tener una relación con otra mujer, sin embargo, entre hombres esto no sucede o rara vez pero inmediatamente alguno de los dos lo niega rotundamente.

en el náhuatl clásico, *mazatl* connota a una persona bestial, sexual o lasciva. Para un glosario de los términos latinoamericanos aluden a los actos y actores homosexuales. La traducción de “caballo” por “yegua” parece dudosa, pero lo más probable es que la imagen refleje a un animal macho domesticado, al que cabalga (o domina) un jinete masculino. Otra posible derivación: en la baraja española el “caballo” corresponde a la “reina” de la baraja común. Apud. BALDERSTON, Daniel y Guy, D. J. Sexo y sexualidades en América Latina. Paidós, México, 1998. p. 189.

⁵² Apud. El doctor Alfonso Millán fue director médico del Manicomio General de la Castañeda de la Cd. de México. BALDERSTON Daniel y Guy, D. J. Op. cit. p. 194.

* La palabra “joto” semejante a “joder”, sugiere la pasividad sexual que Octavio Paz le atribuye a la “chingada” en su ensayo *Los hijos de la Malinche* en 1950 donde examina las acepciones del verbo “chingar” (fornicar). El significado que tiene para los mexicanos revela claramente la política sexual: “El chingón es el macho que desgarrar a la chingada, la mujer que es pura pasividad”. Aunque sospechoso es que “joto” no deriva de “joder” sino del grupo de celdas identificado con la letra J (jota), donde las autoridades de la Penitenciaría Federal de la Cd. de México confinaban a los reclusos abiertamente homosexuales. Apud. Ibidem. pp. 199, 201.

Debido a que la sexualidad femenina suele estar supeditada a la masculina se tiene la creencia de que para que una mujer este satisfecha sexual y emocionalmente debe estar con un hombre, todo esta en función de lo que el hombre puede ofrecerle, no contemplan lo placentero que puede ser convivir con otra mujer, pero algunas mujeres heterosexuales suelen huir de las “lesbianas” por creerlas como muy masculinas y poco atractivas o porque creen que inmediatamente van a hacerles propuestas para tener algún tipo de relación con ellas.

Se ha estudiado la homosexualidad femenina como contraparte de la sexualidad masculina ya que es una forma de vida que contiene una gran cantidad de elementos culturales y que por su puesto no viene a hacer referencia del lesbianismo como un movimiento de liberación femenina o como forma de rebelión contra los hombres como se ha hecho en algún momento en el ámbito laboral, en la educación y la política.

Algunas mujeres reconocen abiertamente su homosexualidad aunque menos ostentosa que los hombres, de acuerdo con las informantes de Carlos Roumagnac*, mujeres que se sometieron a su estudio, “algunas reconocían abiertamente sus relaciones homosexuales, las mujeres “masculinas” se peinaban con la raya a la derecha, y las femeninas, con la raya a la izquierda.”⁵³

4.4 Otras definiciones

Respecto a las apariencias físicas es que surgen los términos Transexual y Transgénero, donde *Transexual* “es una persona que cree que ha nacido con el cuerpo del otro género” y *Transgénero* es una “categoría que incluye a los transexuales, a aquellas personas que se consideran a sí mismas como un tercer género, travestidos y genderbenders (torcedores de género).”⁵⁴

El primero es un problema de identidad de género*, en el que en ocasiones se busca la reasignación de género (operaciones) para tener la apariencia y sentirse como verdaderos hombres o mujeres. El segundo es un término más amplio aunque no buscan la reasignación de género prefieren tratamientos como las hormonas.

El transexualismo es un estado en el que la anatomía y la orientación de la identidad de género de un individuo son incompatibles, esto es, un hombre fisiológicamente masculino con inclinaciones psicológicas femeninas que busca

* Criminólogo porfiriano, periodista y literato, autor del libro *Los criminales en México*, en 1904, en éste describe historias de casos de reclusos de la cárcel de Belén o de la Penitenciaría Federal en la Cd. de México. Ibiem. p. 192

⁵³ Idem.

⁵⁴ Cfr. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. pp. 349-350

* La identidad de género es la íntima conciencia, sentimiento y conformidad de ser hombre o mujer. Esto significa el saber y sentir que: soy niño y estoy contento de serlo o soy una niña y me gusta ser así. CARRASCO Núñez, José Luis. Op. cit. p. 37.

vestirse de mujer y con la reasignación de género desea vivir la vida de una mujer, emocional, física y sexualmente. Con la cirugía busca ser amado como una “mujer” por un hombre no por un homosexual cuyo objeto de amor es otro hombre, pese a esto, el transexual puede tener una historia sexual de actitudes asexuales, homosexuales o heterosexuales.

Sin embargo, cuando una persona esta segura de su orientación no tiene la necesidad de vivir en un engaño que le provoque malestar psicológico, ya que no tiene que ir diciendo a todas las personas con quienes convive su preferencia sexual, llega un momento en que es insostenible la situación y se tiene que comunicar a la familia más inmediata. De lo contrario no aceptarse a sí mismo como homosexual si causa problemas.

El momento en que cada persona se da cuenta de tener sentimientos y deseos sexuales hacia personas del mismo sexo, puede presentarse en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta.

“Los hombres gay que no salen del clóset hasta la edad madura pasan por una búsqueda prolongada de identidad que está marcada por la culpa, el secreto, un matrimonio heterosexual y relaciones conflictivas con ambos sexos.”⁵⁵ Muchos todavía pueden estar resolviendo conflictos internos, con los padres y otros miembros de la familia incluyendo a los cónyuges ocultándoles su homosexualidad.

Lo más importante es que se identifique la persona hombre o mujer como encubierta (dentro del clóset) o explícita (fuera del clóset) acerca de su homosexualidad. El homosexual encubierto suele pretender llevar una vida dentro de las normas que establece la sociedad heterosexual; casarse, tener hijos, siendo una persona heterosexual como cualquier otra, pero participar en secreto en actividades homosexuales. El homosexual explícito acepta y expresa de manera libre su orientación sobretodo dentro de la comunidad gay (que incluye a los homosexuales hombres llamados gay y a las mujeres llamadas lesbianas). Para que esto suceda la persona tiene que haber alcanzado una identidad homosexual, este desarrollo atraviesa seis etapas:

1. Confusión de identidad: viviendo inicialmente como heterosexual.
2. Comparación de identidad: se piensa “es posible que sea homosexual” y se pueden dar sentimientos de aislamiento porque se ha perdido la identidad heterosexual.
3. Tolerancia de identidad: se piensa “es probable que sea homosexual” y se comienza a hacer contacto con la comunidad lesbico-gay.
4. Aceptación de la identidad: se puede decir “soy homosexual” y tolera esa identidad.
5. Orgullo de identidad: se divide al mundo en homo y heterosexual y se identifica fuertemente con el grupo.

⁵⁵ PAPANIA, Diane. Op.cit. p. 651

6. Síntesis de identidad: la persona puede sintetizar las identidades pública y privada.⁵⁶

El proceso de “salir del clóset” implica reconocer ante sí mismo, y después ante otros, que se es homosexual “gay” o “lesbiana”. Después aparece una etapa de exploración, en el que la persona experimenta con la nueva y abierta identidad sexual estableciendo contacto con la comunidad gay. Por último hay una etapa de integración, en la que la persona se convierte en un miembro completamente funcional dentro de dicha comunidad.

4.6 Homosexualidad: una forma de vida

El estilo de vida de los hombres y mujeres homosexuales difiere a causa de los diferentes roles que se han asignado a ambos, también según la clase social, y ocupación que se tengan, la discriminación hacia los hombres es mayor que la que existe en contra de las mujeres.

Hoy en día ya no es un grupo tan minoritario por esta situación de “salir del clóset” y por tanto encontramos que existe la llamada comunidad gay que cuenta con librerías, bares, empleos, etc., que los hacen sentir en un ambiente agradable por encontrarse entre persona “iguales” con quienes pueden convivir en libertad y espontaneidad. Las personas que se autodefinen como homosexuales crean sus propios elementos culturales formando parte de su estilo de vida.

Uno de estos elementos que los identifican y que en México se hace cada vez más evidente es la denominada *bandera de la libertad*. Esta bandera nació en los Estados Unidos, pero ahora es utilizada en todo el mundo, fue diseñada por Gilbert Baker en 1978 y desde entonces ha sido utilizada como símbolo del orgullo gay y lésbico. Los diferentes colores simbolizan la diversidad en la comunidad, actualmente consiste de seis franjas de colores rojo, naranja, amarillo, verde, azul y violeta.⁵⁷ Este es un símbolo que algunas veces se puede encontrar afuera de algunas viviendas, lugares de entretenimiento y sobre todo en las manifestaciones que ha realizado este grupo por la ciudad.

“Los elementos culturales “homosexualmente connotados” son respuestas, soluciones dadas (a veces intencionales) a las situaciones planteadas por la posición ocupada (como individuo y como parte de una comunidad) en la estructura del campo sexual.”⁵⁸

En este tipo de lugares dedicados al entretenimiento son un aspecto de la vida social destinados específicamente a los homosexuales donde se asiste a socializar con la posibilidad de encontrar una pareja sexual. En este sentido hay

⁵⁶ Cfr. SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 363

⁵⁷ “La bandera gay”. www.es.wikipedia.org

⁵⁸ Se llama “connotación” a la relación entre un hecho cultural y un grupo social. NUÑEZ Noriega, Guillermo. Op. cit. p. 197.

elementos culturales que se relacionan con el dónde, el cómo, el cómo tener y mantener una relación de pareja: cómo expresarle afecto y en dónde, así mismo el grupo de amigos y conocidos son también elementos culturales.

Los empleos se suelen encontrar dentro de la misma comunidad lo que los lleva entonces a interactuar con miembros del mismo grupo, que debido a la discriminación son un grupo un tanto selectivo. Aunque también existen organizaciones abiertas que no les importa la preferencia sexual de la persona para otorgarle un empleo ni para su acceso a convivencia dentro de la sociedad en general.

Dentro de la comunidad gay hay que considerar que además de encontrar una pareja sexual o sentimental también se encuentran y se forjan amistades muy sólidas, “las amistades tienen una importancia especial para los homosexuales. Es más probable que las lesbianas obtengan un apoyo emocional de amigas lesbianas, amantes e incluso exparejas que de los familiares. También los hombres gay confían en redes de amistades, las cuales crean y mantienen activamente.”⁵⁹ Precisamente por sentirse excluidos y un grupo minoritario se apoyan y mantienen unidos, sin embargo, también se dan peleas en ocasiones por celos o por parejas sexuales cuyas consecuencias pueden ser fatales.

Con todo esto la opción no es hacer una exclusión de ellos, hay que crear una tolerancia y respeto mutuo para una convivencia cordial, “los homosexuales pueden ser tan religiosos, moralistas, leales a su patria o a su causa, inhibidos, fanáticos o criticones de otro tipo de actividades sexuales como cualquier otra persona.”⁶⁰

Las personas que sienten rechazo hacia los homosexuales creen que las relaciones sexuales entre dos adultos del mismo sexo son incorrectas, son personas que pueden atacar a los homosexuales verbalmente mediante insultos o amenazas de violencia física llegando incluso al asesinato de personas pertenecientes a este grupo. Incluso debido a su orientación sexual sufren a discriminación laboral, despido de empleos, negación en cuestiones de seguridad.

Contrario a las creencias hacia los homosexuales de que tienen varias parejas sexuales a lo largo de su vida y que solo buscan relaciones sexuales en un contexto de pura y llana satisfacción desprovista de afecto emocional, los gay y lesbianas si forman relaciones de pareja a largo plazo, donde aparte de un instinto sexual se presenta también la ternura, aprecio, comprensión, admiración, afecto, amor, hacia el otro aún siendo del mismo sexo. “Las parejas lésbicas y gay –al igual que las parejas heterosexuales- deben luchar para encontrar un equilibrio que acomode a ambas personas en cuanto a tres aspectos de la relación: vinculación, autonomía e igualdad”.⁶¹ La vinculación se refiere a la calidad de la

⁵⁹ PAPANIA, Diane. Op. cit. p. 652

⁶⁰ Mc CARY, James Leslie y Mc Cary, P.S. Op. cit. p. 275

⁶¹ SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. p. 365

cercanía y de la seguridad amorosa dentro de la relación. La autonomía se refiere a la cualidad de independencia e individualidad de cada persona. La igualdad se refiere a la participación de los miembros de la relación, igualdad de condiciones en la que se otorga y se exige lo mismo.

Las relaciones amorosas, afectivas y eróticas entre miembros de diferente sexo o del mismo no sólo deben estar centradas en la expresión genital y falocéntrica que inician con la excitación automática del roce de los genitales y terminan con el orgasmo como único fin olvidando el darse y poseer al otro.

UNIDAD 5 PARA ENFRENTAR LA REALIDAD DEL CÁNCER

El cáncer es una de las principales causas de muerte entre hombres y mujeres en México, continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, no obstante, los avances en este campo, para evitar el desarrollo de esta enfermedad continúa siendo primordial la educación para la salud, la información veraz y oportuna para la población así como la promoción de un ejercicio de la sexualidad de manera informada, segura, responsable y libre.

La mayoría de las personas que enfrentan un diagnóstico de cáncer, lo hacen con muy poca o sin información al respecto. La llegada de esta enfermedad significa un cambio total en la vida del paciente, por ello es común encontrar reacciones de miedo, enojo y rencor contra si mismo y contra otros por creer que son los culpables de lo que a ellos les ocurre.

Al inicio de la enfermedad suele haber un bloqueo emocional en el que se tienen problemas para comunicarse, se puede estar asustado y refugiarse en su interior, etapa que debe superarse con ayuda de tres bases fundamentales, el paciente, su familia y los especialistas de la salud, ya que de no ser así esto afectará todos los aspectos de su vida incluida su vida sexual.

La sexualidad la define cada paciente y su pareja de acuerdo con la edad, el sexo, las actitudes y valores personales. Un adecuado funcionamiento sexual cubre diversos aspectos y de igual modo puede verse afectada por factores físicos y psicológicos.

“Las investigaciones demuestran que cerca de la mitad de las mujeres que han sido tratadas por cáncer ginecológico y cáncer del seno padecen de disfunción sexual a largo plazo. Los hombres que han sido tratados de cáncer de próstata han informado haber tenido problemas de disfunción eréctil que varía dependiendo del tipo de tratamiento recibido.”⁶²

Los problemas sexuales más comunes que experimentan las personas con cáncer son la pérdida del deseo sexual en hombres y mujeres por la pérdida en la producción de estrógenos y testosterona. Los hombres también pueden verse

⁶² “Cáncer”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

afectados para alcanzar una erección y mantenerla, por la incapacidad de eyacular, eyaculación retrógrada a la vejiga o imposibilidad de alcanzar un orgasmo. Las mujeres pueden sufrir dolor durante el coito, cambios en la sensibilidad genital por dolor, falta de sensibilidad y adormecimiento, sequedad vaginal o capacidad reducida para llegar al orgasmo, incluso algunos casos de infertilidad.

Con más frecuencia, tanto hombres como mujeres aún son capaces de tener orgasmos, aunque pueden retardarse por efecto de los medicamentos del tratamiento, de la ansiedad, de la fatiga y del dolor.

Otros factores que pueden contribuir a la disfunción sexual son los medicamentos contra el dolor, la depresión, los sentimientos de culpabilidad por las creencias erróneas sobre el origen del cáncer, los cambios en la imagen corporal después de la cirugía y el estrés originado por las relaciones personales.

Los tratamientos para el cáncer pueden ocasionar cambios físicos que afecten la forma como una persona se ve a sí misma físicamente. Esta imagen puede hacer que un hombre o una mujer se sientan poco atractivos sexualmente. Algunos pacientes sienten temor o ansiedad sobre su primera experiencia sexual después del tratamiento para el cáncer y evitan tener contacto físico con su pareja precisamente por esta razón.

Los pacientes con cáncer pueden recibir farmacoterapia que les puede afectar los nervios, los vasos sanguíneos y las hormonas que controlan la función sexual normal. También pueden ser afectados el estado de alerta mental y los estados de ánimo; estos efectos secundarios se pueden presentar en pacientes con cáncer que toman opioides para el dolor o medicamentos para la depresión.

La pérdida del deseo sexual y una disminución en el placer también son síntomas comunes de la depresión, la cuál puede ser tratada, y cuyas consecuencias ayuda a aliviar los problemas sexuales.

El estrés que produce el diagnóstico y la reacción de este en la pareja en ocasiones es lo que trae las disfunciones sexuales o en el peor de los casos viene a empeorarlas. Y los pacientes que no tienen una relación de pareja algunas veces optan por dejar de buscar citas por el temor de ser rechazados cuando la otra persona se entere de su padecimiento, pero el tener una actitud positiva y un tratamiento adecuado para ello permite que el paciente reanude su vida sentimental e incluso sexual.

Pese a todos los efectos negativos que causan el cáncer y su tratamiento durante y después de éste, afortunadamente hay especialistas que ayudan a remediar los malestares en materia de sexualidad.

Pero como se menciona al inicio es necesario contar con el paciente y su pareja para que juntos hablen con el especialista sobre sus problemas sexuales, preocupaciones y temores respecto a sí mismo, al otro y a su vida sexual con todo

lo que ella implica, la comunicación debe ser sincera, de común acuerdo y con toda la disposición de aceptar los cambios que se van a presentar. También debe de existir en la pareja apoyo, comprensión, respeto, aceptación y cariño.

5.1 Qué es el cáncer

El cáncer es el crecimiento anormal e incontrolado de células, localizado en alguna parte específica del cuerpo. Este tipo de degeneración puede darse en varias partes del organismo. Por lo que existen varios tipos de cáncer. El *cáncer* empieza en las *células*, las cuales son las unidades básicas que forman los *tejidos*. Los tejidos forman los *órganos* del cuerpo. Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren, y células nuevas las reemplazan.

Algunas veces este proceso ordenado se descontrola y se siguen formando nuevas células cuando el cuerpo no las necesita y las células viejas no mueren cuando deberían morir, a estas células adicionales que forman una masa de tejido, que es lo que se llama *tumor*. Los tumores pueden ser *benignos* o *malignos*.

Los **tumores benignos** no son cancerosos, rara vez ponen la vida en peligro, se pueden operar y pocas veces vuelven a crecer, no invaden los tejidos de su alrededor, es decir, no se extienden a otras partes del cuerpo. Los **tumores malignos** son cancerosos, pueden poner la vida en peligro, se extirpan pero algunas veces vuelven a crecer, pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos, pueden extenderse (presentan metástasis) a otras partes del cuerpo y entrar en el torrente de la sangre o en el *sistema linfático*.⁶³

4.1 Cáncer de próstata

Definición de Cáncer de próstata⁶⁴

La próstata es parte del *sistema sexual* del hombre. Está ubicada enfrente del *recto* y debajo de la *vejiga*; rodea la *uretra*, el tubo por el que fluye la orina. Una próstata sana es casi del tamaño de una nuez. Produce una parte del *fluido seminal*. Durante la *eyacuación*, el fluido seminal ayuda a transportar los *espermatozoides* hacia afuera del cuerpo del hombre como parte del *semen*.

El cáncer de próstata es una tumoración maligna que se presenta en la glándula prostática en el hombre.

Si el cáncer de próstata es detectado en las primeras etapas es más fácil de curar. Algunos de los efectos secundarios de los tratamientos para éste son: ausencia de control de la vejiga, disfunción eréctil, y en algunos casos, impotencia. Un

⁶³ “Cáncer de próstata”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

⁶⁴ “Cáncer de próstata”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx

tratamiento exitoso es más difícil de lograr si el cáncer se ha extendido hacia otras áreas.

Factores de riesgo⁶⁵

No se conocen las causas exactas del cáncer de próstata. Los médicos pueden rara vez explicar por qué un hombre sí padece cáncer de próstata y otro hombre no. Sin embargo, la investigación ha mostrado que hombres con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidad que otros de padecer cáncer de próstata. Los estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo de cáncer de próstata:

Edad: La edad es el factor de riesgo principal de cáncer de próstata. Esta enfermedad es rara entre hombres menores de 45 años, y las probabilidades de padecerla aumentan considerablemente al envejecer el hombre.

Antecedentes familiares: El riesgo de un hombre es mayor si su padre o hermano tuvo esta enfermedad.

Raza: El cáncer de próstata es más común en hombres afro americanos que en hombres blancos, incluyendo hombres blancos hispanos. Es menos común en hombres asiáticos o en indígenas americanos.

Dieta: Algunos estudios sugieren que los hombres que comen una dieta alta en grasa animal o carne pueden tener un riesgo mayor de presentar cáncer de próstata. Los hombres que comen una dieta rica en frutas y verduras pueden tener un riesgo menor.

Algunos hombres que tienen factores de riesgo conocidos no padecen cáncer de próstata. Por otra parte, muchos otros que sí padecen la enfermedad no tienen ninguno de estos factores de riesgo, con excepción del envejecimiento.

Los científicos también han estudiado si la hiperplasia prostática benigna (*benign prostatic hyperplasia*, BPH, en inglés) la obesidad, el fumar, un *virus* transmitido sexualmente o la falta de ejercicio pueden aumentar el riesgo de cáncer de próstata. Asimismo, la mayoría de los estudios no han encontrado un riesgo mayor de cáncer de próstata entre hombres que han tenido una *vasectomía*.

Síntomas⁶⁶

El hombre que padece cáncer de próstata puede no tener síntoma alguno. Para quienes tienen síntomas de cáncer de próstata, estos generalmente son:

- Problemas urinarios
 - Inhabilidad para orinar

⁶⁵ Idem.

⁶⁶ Idem.

- Dificultad para empezar o detener el flujo de orina
- Necesidad de orinar frecuentemente, especialmente durante la noche
- Flujo débil de orina
- Flujo de orina que comienza y se detiene
- Dolor o ardor al orinar
- Dificultad para tener erecciones
- Sangre en la orina o en el semen
- Dolor frecuente en la parte baja de la espalda, las caderas o la parte superior de los muslos
- La presencia de algún nódulo durante el tacto rectal o presentarse dolor perineal persistente
- Dolor ciático con irradiación posterior hacia glúteos o a la porción posterior de los muslos
- Constipación y
- Pérdida de peso importante

En muchos casos, estos síntomas no se deben al cáncer de próstata. Pueden ser causados por hiperplasia prostática benigna, por una infección o por otro problema de salud. Cualquier hombre que tiene estos síntomas deberá acudir con el médico* para que el problema sea diagnosticado y tratado tan pronto como sea posible.

DetECCIÓN⁶⁷

El médico puede examinar a un hombre para detectar cáncer de próstata antes de que tenga algún síntoma, a través de los *exámenes selectivos de detección (screening)* que ayudan a los médicos a detectar y tratar el cáncer temprano.

Los exámenes son los siguientes:

- **Examen rectal digital:** El médico inserta un dedo enguantado y lubricado en el recto, de este modo siente la próstata a través de la pared del recto para buscar áreas endurecidas o abultadas de la próstata.
- **Análisis de sangre para antígeno prostático específico** (Prostate-specific antigen, PSA, en inglés): Un laboratorio examina el nivel de PSA en la muestra de sangre del hombre. Un nivel elevado de PSA es causado con más frecuencia por hiperplasia prostática benigna o por *prostatitis (inflamación de la próstata)*. El cáncer de próstata también puede causar un nivel elevado de PSA.

El examen rectal digital y el análisis de PSA pueden detectar un problema en la próstata, pero no pueden mostrar si el problema es cáncer o una afección menos grave, de igual modo el médico es quién usará los resultados de estas pruebas

* Puede acudir con el médico familiar o un Urólogo que es un médico especializado en enfermedades del sistema urinario.

⁶⁷ “Cáncer de próstata”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

para ayudarse a decidir si es necesario hacer más exámenes para buscar signos de cáncer.

Si los resultados de exámenes sugieren la presencia de cáncer, el médico preguntará al paciente acerca de sus antecedentes médicos personales y familiares; le hará un examen físico y es posible que ordene pruebas de laboratorio.

Su consulta puede incluir un examen rectal digital, análisis de la orina para buscar la presencia de sangre o una infección, y un análisis de sangre para medir el antígeno prostático específico.

Prevención⁶⁸

Afortunadamente, el cáncer de próstata puede detectarse tempranamente y tratarse, hay varias recomendaciones para la prevención del cáncer de próstata, estas son:

- Un examen anual de la próstata, realizado por un médico, no debe faltar en todo hombre a partir de que ha cumplido los **40** años de edad.
- Evitar fumar.
- En caso de ya padecer cáncer de próstata, es muy conveniente que se informe bien acerca de este padecimiento, con el fin de que participe activamente en su control. Esto es una medida que con seguridad le dará la confianza de reconocer cuándo está haciendo lo mejor en su caso o corregir lo que esté haciendo mal.
- Si hay indicación de tomar medicamentos o cualquier otra medida para el control de este padecimiento, se debe seguir al pie de la letra las recomendaciones, aunque se piense que ya no le hace falta. Recuerde que este padecimiento puede tener recaídas, y hay que mantenerse siempre bajo vigilancia médica.

Tratamiento⁶⁹

Para planear el tratamiento, el médico necesita saber la extensión (estadio o etapa) de la enfermedad. El estadio (etapa) se basa en el tamaño del tumor, si el cáncer se ha diseminado fuera de la próstata, si es así, a qué partes del cuerpo.

Los estadios (etapas) de cáncer de próstata son los siguientes:

- **Estadio I** es cáncer que no se puede sentir durante un examen rectal. Se encuentra por casualidad cuando se hace una operación por otra razón,

⁶⁸ “Cáncer de próstata”, ISSSTE, www.issste.gob.mx

⁶⁹ “Cáncer de próstata”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

generalmente por hiperplasia prostática benigna. El cáncer está localizado sólo en la próstata.

- **Estadio II** es cáncer más avanzado, pero no se ha diseminado fuera de la próstata.
- **Estadio III** es cáncer que se ha diseminado fuera de la próstata. Se puede encontrar en las *vesículas seminales*, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- **Estadio IV** es cáncer que puede estar en los músculos u órganos vecinos (además de las vesículas seminales). Se puede haber diseminado a los ganglios linfáticos. Es posible que se haya diseminado a otras partes del cuerpo.
- **Cáncer recurrente** es cáncer que ha regresado (recurrido) después de un tiempo durante el cual no podía ser detectado. Puede recurrir en la próstata o cerca de ella. También puede recurrir en cualquier otra parte del cuerpo, tal como los huesos.

Los hombres con cáncer de próstata cuentan con muchas opciones de tratamiento, que es el mejor para un hombre, puede no ser el mejor para otro, esto depende principalmente del estadio del cáncer, del grado del tumor, de los síntomas que experimenta y de su salud en general. Es el médico quién le describirá sus opciones de tratamiento y los resultados esperados.

Como los tratamientos de cáncer con regularidad causan daños a células y tejidos sanos, los efectos secundarios son comunes, dependen principalmente del tipo y extensión del tratamiento. Los efectos secundarios pueden no ser los mismos para cada hombre y pueden cambiar de una sesión de tratamiento a la siguiente. De igual modo el paciente debe consultar con el médico los posibles efectos sobre la actividad sexual y diseñar un plan que refleje sus necesidades médicas y sus valores personales. El tratamiento para cáncer de próstata puede implicar, *cirugía, radioterapia o terapia hormonal*.

La **cirugía** es un tratamiento común para cáncer de próstata en estadio inicial. El médico puede extirpar toda la próstata o solo una parte. En algunos casos, el médico puede usar una técnica conocida como *cirugía conservadora de nervios*. Este tipo de cirugía puede salvar los *nervios* que controlan la erección. Sin embargo, si el paciente tiene un tumor grande o un tumor que está muy cerca de los nervios, es posible que no pueda tener este tipo de cirugía.

La **radioterapia** usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Afecta únicamente a las células del área bajo tratamiento. Los médicos usan dos tipos de radioterapia para tratar el cáncer de próstata. Algunos hombres reciben ambos tipos:

- **Radiación externa:** La radiación procede de una máquina grande fuera del cuerpo.

- **Radiación interna** (radiación por implante o braquiterapia): La radiación procede de material radiactivo colocado usualmente dentro de semillas pequeñas. Estas semillas son colocadas directamente en el tejido y emiten radiación por varios meses. Estas semillas son inofensivas y no necesitan removerse.

La **terapia hormonal** impide que las células cancerosas obtengan las hormonas masculinas (andrógenos) que necesitan para crecer.

La terapia hormonal usa fármacos o cirugía:

- **Fármacos:** pueden bloquear las hormonas naturales producidas por su cuerpo.
- **Cirugía:** La operación para extirpar los testículos se llama *orquiectomía*. Los testículos son los productores principales de la hormona masculina testosterona en el cuerpo. La glándula suprarrenal produce otras hormonas masculinas y una cantidad pequeña de testosterona.

Los cuidados de seguimiento después del tratamiento de cáncer de próstata son importantes. Aun cuando parezca que el cáncer haya sido extirpado o destruido por completo, la enfermedad a veces regresa porque quedaron células cancerosas sin detectar en alguna parte del cuerpo después del tratamiento. Por ello el médico vigilará la recuperación y estará pendiente de la recurrencia del cáncer. Los exámenes ayudan a asegurar que cualquier cambio en la salud se tenga en cuenta y se trate si es necesario.

4.2 Cáncer de mama (seno)

Definición de Cáncer de mama (seno)⁷⁰

El **cáncer de mamá** es una **tumoración maligna** que se presenta en la glándula mamaria. Es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas, después del cáncer cervicouterino.

El cáncer de seno afecta el área del seno y suele manifestarse en forma de nódulos o quistes. Aunque es más común en mujeres, también se da en hombres. No todos los cambios que se observan en esta área son síntomas de cáncer. No obstante, es importante acudir al médico si se detecta algún cambio ya que así es más fácil tratar en las primeras fases de desarrollo. También, si hay historial de cáncer de seno en la familia, es importante hablar con el médico para programar revisiones periódicas.

⁷⁰ “Cáncer de mama”, ISSSTE, www.issste.gob.mx

Factores de riesgo⁷¹

Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de padecer una enfermedad. Los estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo para el cáncer de seno:

- ✓ **Edad:** Las probabilidades de padecer cáncer de seno aumentan conforme la mujer envejece. La mayoría de los casos de cáncer de seno ocurren en mujeres de más de 60 años. Esta enfermedad no es común antes de la *menopausia*.
- ✓ **Antecedentes personales de cáncer de seno:** La mujer que ha tenido cáncer en un seno tiene un riesgo mayor de padecer esta enfermedad en su otro seno.
- ✓ **Antecedentes familiares:** El riesgo de una mujer de presentar cáncer de seno es mayor si su madre, hermana o hija, tuvo cáncer de seno y si ese familiar tuvo cáncer antes de los 40 años. El que otros familiares del lado de la madre o del padre tengan cáncer de seno puede también aumentar el riesgo de una mujer.
- ✓ **Ciertos cambios en el seno:** Algunas mujeres tienen células en el seno que se ven anormales al microscopio. El tener ciertos tipos de células anormales (*hiperplasia atípica* y *carcinoma lobulillar in situ (CLIS)*) aumenta el riesgo de cáncer de seno.
- ✓ **Alteraciones genéticas:** Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer de seno. En las familias en las que muchas mujeres han tenido la enfermedad, las pruebas pueden mostrar algunas veces la presencia de cambios genéticos específicos. Los profesionales médicos pueden sugerir formas para tratar de reducir el riesgo de cáncer de seno o para mejorar la detección de esta enfermedad en mujeres que tienen estas mutaciones en sus genes. El Instituto Nacional del Cáncer ofrece material impreso acerca de las pruebas genéticas.
- ✓ **Antecedentes relacionados con la reproducción y la menstruación que aumentan el riesgo de cáncer de seno:**
 - La avanzada edad que tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo.
 - Mujeres que empezaron su *menstruación* (tuvieron su primer período menstrual) antes de los 12 años.
 - Mujeres que entraron en la menopausia después de los 55 años de edad.
 - Mujeres que nunca tuvieron hijos.
 - Las mujeres que reciben *terapia hormonal con estrógeno más progestina* después de la menopausia.
- ✓ **Raza:** El cáncer de seno se diagnostica con más frecuencia en mujeres de raza blanca que en latinas, asiáticas o afro americanas.
- ✓ **Radioterapia al pecho:** Las mujeres que han tenido radioterapia al pecho (incluyendo a los senos) antes de los 30 años.
- ✓ **Densidad del seno:** La presencia de el tejido del seno mas denso o graso en mujeres de más edad.

⁷¹ “Cáncer de seno”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

- ✓ **Haber tomado *dietilestilbestrol (DES)*:** Las mujeres que tomaron DES durante el embarazo pueden tener un riesgo ligeramente mayor de cáncer de seno. Se encuentra en estudio el posible efecto del DES en las hijas de esas mujeres.
- ✓ **Obesidad o sobrepeso después de la menopausia.**
- ✓ **Inactividad física.**
- ✓ **Bebidas alcohólicas:** Algunos estudios sugieren que cuantas más bebidas alcohólicas consume una mujer, mayor es su riesgo de cáncer de seno.

Síntomas⁷²

Los síntomas comunes de cáncer de seno son:

- ✓ **Un cambio en la forma como se siente el seno o el pezón**
 - Un bulto o engrosamiento en el seno o cerca de él, o en la axila
 - Sensibilidad en el pezón.
- ✓ **Un cambio en la forma como se ve el seno o el pezón**
 - Un cambio en el tamaño o forma del seno
 - El pezón sumido hacia dentro del seno
 - La piel del seno, de la areola o del pezón puede verse escamosa, roja o hinchada. Puede tener rebordes u hoyuelos de tal manera que se parece a la cáscara de una naranja.
- ✓ **Secreción del pezón (fluido)** ya sea líquido transparente o sangriento.

Detección⁷³

El diagnóstico temprano es por el momento la única herramienta útil y ha permitido que los países desarrollados mantengan constante la tasa de mortalidad por cáncer mamario, a pesar de que la incidencia haya seguido en aumento.

Cuando el cáncer tiene un tamaño menor a 1 centímetro sólo puede detectarse por un estudio denominado mastografía. Cuando tiene un tamaño mayor, la enfermedad ha avanzado, muchas veces es posible “tocarlo” con los dedos. Los casos avanzados pueden ocasionar crecimiento o deformidad de la glándula mamaria, desviaciones del pezón y sangrado a través de él, o incluso la aparición de úlceras en la piel que cubre la glándula, las cuales son rebeldes al tratamiento.

Cuando el tumor mide menos de 1 centímetro puede curarse con su extracción por cirugía. Sin embargo, los casos avanzados, sobre todo los que tienen más de 2 centímetros, requieren cirugías mutilantes de uno o ambos senos. Mientras más tarde se detecte el cáncer de mama, más agresivo y menos efectivo es el tratamiento que se proporciona.

⁷²“Cáncer de seno”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx

⁷³ “Cáncer de seno”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

La **detección temprana** del cáncer de mama es posible mediante el **autoexamen** realizado por la propia paciente, por el médico o por medio de una mastografía.

Con un **tratamiento oportuno** se accede prácticamente a la curación del padecimiento, además de que hay un menor número de recaídas en el cáncer y se impide su extensión.

Los *exámenes selectivos de detección*, es decir, pruebas para detectar el cáncer antes de que haya *síntomas* y que se eligen según las características y preferencias del paciente, pueden ser importantes. Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y tratar el cáncer a tiempo. Es más posible que el tratamiento sea efectivo cuando el cáncer se encuentra temprano.

Los siguientes exámenes selectivos de detección son los utilizados para buscar cáncer de seno:

✓ *Mamografía de detección*

Para encontrar cáncer de seno temprano, el Instituto Nacional del Cáncer recomienda que:

* Las mujeres de 40 años y más deberán hacerse una mamografía cada uno o dos años. Una mamografía es una imagen de los senos que se hace con *rayos X*.

* Las mujeres menores de 40 años y que tienen factores de riesgo de padecer cáncer de seno deberán al médico si necesitan hacerse mamografías y con qué frecuencia.

Las mamografías pueden mostrar a menudo un bulto en el seno antes que se pueda sentir. Si se ve un área anormal en su mamografía, es posible que necesite hacerse más radiografías. También, puede ser que necesite hacerse una *biopsia*, único medio de saber con seguridad si hay cáncer.

✓ *Examen clínico del seno*

Durante un examen clínico de seno, el médico revisa los senos. Realizando diversos movimientos para observar la diferencia de tamaño o forma que haya entre los dos senos y la piel de cada seno buscando alguna erupción, hoyuelos o señas anormales. Usa las yemas de los dedos para sentir bultos, palpando todo el seno, la axila y el área de la clavícula. En general, un bulto necesita tener el tamaño de un chícharo para poder sentirse. Un examen clínico completo de los senos puede durar unos 10 minutos.

✓ *Autoexamen del seno*

Cada mujer puede examinarse sus senos mensualmente para buscar cualquier cambio en ellos. Es importante recordar que los cambios pueden ocurrir a causa del envejecimiento, del ciclo menstrual, embarazo, menopausia o de tomar píldoras anticonceptivas u otras hormonas. Es normal que sus senos se sientan un poco abultados y desiguales. También, es común que estén hinchados y sensibles justo antes o durante el período menstrual. Si nota cualquier cosa rara durante el

autoexamen o en cualquier momento, se debe acudir al médico. Es importante señalar que este procedimiento no reemplaza las mamografías de detección regulares ni los exámenes clínicos de seno.

Si se tienen síntomas o un resultado de exámenes selectivos de detección que sugieran que hay cáncer, el siguiente paso realizarse una mamografía o algún otro estudio de imágenes. Esos estudios producen imágenes de tejidos internos del seno. Después de los exámenes, el médico puede decidir que ya no son necesarias otras pruebas.

Prevención⁷⁴

Es recomendable hacerte revisiones cotidianas que implican una autoexploración y así detectar cualquier cambio a tiempo. También se considera conveniente tomar las siguientes medidas:

- ✓ Tomar una aspirina a la semana.
- ✓ Limitar el consumo de alcohol.
- ✓ Mantener un peso saludable.
- ✓ Investigar si se es candidato a la terapia hormonal antes de consumirla.
- ✓ Practicar la actividad física.
- ✓ Llevar una alimentación alta en fibra.
- ✓ Limitar el consumo de grasa.
- ✓ Incrementar el uso de aceite de olivo.
- ✓ Comer frutas y verduras.
- ✓ Evitar pesticidas.
- ✓ Evitar el uso innecesario de antibióticos.

Tratamiento⁷⁵

Para hacer un plan de tratamiento, el médico necesita saber la extensión (*estadio* o *etapa*) de la enfermedad. La etapa está basada en el tamaño del tumor y si el cáncer se ha extendido. La *estadificación* puede incluir el uso de rayos X y exámenes de laboratorio para saber si el cáncer se ha diseminado y de ser así a qué partes del cuerpo. Cuando el cáncer de seno se disemina, las células cancerosas se encuentran con frecuencia en los ganglios linfáticos bajo el brazo (*ganglios linfáticos de la axila*). Con frecuencia no se sabe la extensión del cáncer sino hasta después de la *cirugía* para extraer el tumor del seno y los ganglios linfáticos bajo el brazo.

A continuación se presentan los estadios del cáncer de seno:

Estadio 0 es un *carcinoma in situ*.

⁷⁴ “Cáncer de seno”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx

⁷⁵ “Cáncer de seno”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

- **Carcinoma lobulillar in situ (CLIS):** Se refiere a células anormales que están en el revestimiento de un *lobulillo*. El CLIS raramente se convierte en un *cáncer invasor*. Sin embargo, tenerlo en un seno aumenta el riesgo de cáncer para los dos senos.
- **Carcinoma ductal in situ (CDIS):** Se refiere a células anormales en el revestimiento de un conducto, se le llama también *carcinoma intraductal*. Las células anormales no se han diseminado afuera del conducto, pero puede convertirse en cáncer invasor si no se trata.

Estadio I es una etapa inicial de cáncer de seno invasor. El tumor no tiene más de 2 centímetros de uno a otro lado y las células cancerosas no se han diseminado fuera del seno.

Estadio II comprende una de las siguientes situaciones:

- El tumor en el seno no tiene más de 2 centímetros de uno a otro lado y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo;
- El tumor tiene de 2 a 5 centímetros y el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo.
- El tumor tiene de 2 a 5 centímetros y ya se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo;
- El tumor tiene más de 5 centímetros, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo.

Estadio III. Se refiere a *cáncer localmente avanzado*. Se divide en los Estadios IIIA, IIIB y IIIC.

- **Estadio IIIA** es uno de los siguientes:
 - El tumor en el seno no tiene más de 5 centímetros de uno a otro lado.
 - El tumor tiene más de 5 centímetros de uno a otro lado.

En ambos casos el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo que están solos o conectados con otros ganglios o con otras estructuras. O, el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios detrás del esternón.

- **Estadio IIIB** es un tumor de cualquier tamaño que ha crecido dentro de la pared del tórax o de la piel del seno. Puede estar acompañado de hinchazón del seno o de nódulos (bultos) en la piel del seno. En este caso el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo. El *cáncer inflamatorio de seno* es un tipo raro de cáncer de seno. El seno se ve rojo e hinchado (o inflamado) porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos en la piel del seno. Cuando el médico diagnostica un cáncer inflamatorio de seno, se trata de estadio IIIB al menos, pero puede ser más avanzado.
- **Estadio IIIC** es un tumor de cualquier tamaño que se ha diseminado en una de las siguientes formas:
 - En los ganglios linfáticos detrás del esternón y bajo el brazo.
 - En los ganglios linfáticos abajo o arriba de la clavícula.

Estadio IV es un cáncer metastático (expandido) a otras partes del cuerpo.

Cáncer recurrente es cáncer que ha regresado (recurrido) luego de un periodo de tiempo en el que no podía ser detectado. Puede recurrir localmente en el seno o en la pared del tórax, o en cualquier otra parte del cuerpo como en el hueso, el hígado o los pulmones.

Las mujeres con cáncer de seno tienen varias opciones de tratamiento. Éstas son *cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal*. Estas opciones se describen a continuación. Algunas mujeres reciben más de un tipo de tratamiento, pero la selección del tratamiento depende principalmente de la etapa de la enfermedad y de las características del paciente.

El tratamiento para el cáncer puede ser *terapia local o terapia sistémica*.

- ✓ **Terapia local:** La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales. Extirpan o destruyen el cáncer en el seno. Cuando el cáncer de seno se ha diseminado a otras partes del cuerpo, la terapia local puede usarse para controlar la enfermedad en esas áreas específicas.
- ✓ **Terapia sistémica:** La quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia biológica son tratamientos sistémicos. Entran en el torrente sanguíneo y destruyen o controlan el cáncer en todo el cuerpo. Algunas mujeres con cáncer de seno reciben terapia sistémica para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o de la radiación. Otras reciben terapia sistémica después de la cirugía o de la radiación para impedir que el cáncer regrese. Los tratamientos sistémicos se usan también para el cáncer que se ha diseminado.

Dado que el tratamiento del cáncer frecuentemente daña las células y tejidos sanos, los *efectos secundarios* son comunes. Estos dependen principalmente del tipo y de la extensión del tratamiento, pueden no ser los mismos para cada paciente y cambiar de una sesión de tratamiento a la siguiente.

Reconstrucción del seno⁷⁶

Algunas mujeres que planean hacerse una mastectomía (extirpación del seno) deciden reconstruirse el seno posteriormente. Otras mujeres prefieren usar una prótesis de seno y otras deciden no hacer nada. Todas estas opciones tienen ventajas y desventajas.

Hay muchas formas de reconstruir el seno. Algunas mujeres escogen hacerse implantes. Estos pueden ser de solución salina o de silicona, o trasplantando tejido de otra parte de su cuerpo como piel, músculo y grasa que pueden extraerse del abdomen inferior, la espalda o nalgas. El cirujano plástico usa este tejido para crear la forma del seno.

⁷⁶ Idem.

El tipo de reconstrucción es el mejor dependiendo de la edad, del tipo de cuerpo y del tipo de cirugía que haya tenido la paciente. El cirujano plástico puede explicar los riesgos y beneficios de cada tipo de reconstrucción. Es importante que las mujeres con cáncer de seno lleven a cabo las instrucciones del médico y un seguimiento para detectar una nueva aparición de la enfermedad

Cáncer de mama masculino⁷⁷

El cáncer de la mama también puede presentarse en los hombres, a cualquier edad pueden padecerlo, pero generalmente se detecta (encuentra) en hombres de entre 60 y 70 años de edad. El cáncer del seno (mama) masculino representa menos del 1% de todos los casos de cáncer de mama.

Es posible encontrar los siguientes tipos de cáncer del seno (mama) masculino:

- Carcinoma canalicular infiltrante: cáncer que se ha esparcido más allá de las células que recubren los conductos mamarios. Este es el tipo que padece la mayoría de los hombres con cáncer de mama.
- Carcinoma canalicular in situ: células anormales que se encuentran en el recubrimiento de un conducto; también llamado carcinoma intracanalicular.
- Cáncer inflamatorio de mama: tipo de cáncer en el cual la mama tiene aspecto enrojecido e inflamado y caliente al tacto.
- Enfermedad de Paget del pezón: extensión a la superficie de un tumor subyacente de los conductos ubicados debajo del pezón.

Entre los factores de riesgo para el cáncer del seno (mama) masculino tenemos los siguientes:

- Estar expuesto a radiación.
- Padecer de una enfermedad relacionada con concentraciones altas de estrógeno en el cuerpo, como cirrosis (enfermedad hepática) o síndrome de Klinefelter (enfermedad genética).
- Tener varias parientes mujeres que padecieron de cáncer de la mama.

Los hombres con cáncer del seno (mama) generalmente tienen nódulos (quistes) que se pueden palpar debido a que la estructura del seno es distinta a la de una mujer. Aunque para detectar, diagnosticar y tratar el cáncer del seno (mama) masculino, se utilizan pruebas que examinan las mamas y tratamientos de igual manera que en una mujer.

4.3 Cáncer cervicouterino

Definición de Cáncer cervicouterino⁷⁸

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ “Cáncer cervicouterino”, Instituto de Salud del Estado de México, www.salud.edomexico.gob.mx

El cáncer cervicouterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas malignas en los tejidos del cuello uterino. El útero es el órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto. El cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (canal de nacimiento).

El cáncer cervico afecta el sistema sexual de la mujer. La causa predominante de éste se debe a ciertos derivados del virus del papiloma humano (VPH), una de varias enfermedades venéreas.

Por lo general, el sistema inmunológico del organismo evita que el virus afecte de forma grave al sistema sexual. Sin embargo, en algunos casos éste logra sobrevivir el suficiente tiempo para afectar las células localizadas en la superficie del cérvix, transformándolas en cancerígenas.

Cerca del 50% de los casos de cáncer cérvico se da en mujeres cuya edad va de los 35 a los 55 años, por lo que se recomienda hacerse una revisión anual del papanicolau.

Este tipo de cáncer es totalmente prevenible, ya que se conoce el agente causal y se dispone de los procedimientos para detectarlo y acceder prácticamente a la curación.

Causas⁷⁹

Todos los elementos causantes de éste cáncer no son completamente conocidos científicamente aunque es uno de los cánceres que se ha estudiado más, y se han encontrado entre las principales causas para su desarrollo:

- ✚ El virus del papiloma humano VPH, en la mayoría de estos tumores, lo que a la fecha permite decir que la presencia del VPH es una causa necesaria, aunque no suficiente.
- ✚ También se ha encontrado mayor incidencia en las mujeres que inician sus relaciones sexuales y tienen embarazos antes de los 18 años (al parecer su epitelio no se encuentra del todo maduro).
- ✚ Las infecciones vaginales frecuentes que producen inflamación constante en el cuello, o la presencia de otros virus como el herpes genital u otras bacterias como Clamidia.
- ✚ El tener o haber tenido muchas parejas sexuales también se ha correlacionado estadísticamente a mayor riesgo a cáncer que aquellas mujeres que no presentan estas características.
- ✚ Finalmente también es importante destacar que los hábitos higiénicos y dietéticos sanos son factores importantes de protección ante el cáncer del cérvix. Las mujeres que fuman y toman café tienen mayores riesgos que aquellas mujeres que no presentan estos hábitos; las dietas balanceadas y

⁷⁹ Idem.

ricas en vitamina A, C y ácido fólico (verduras y frutas frescas) y otros alimentos antioxidantes.

Síntomas⁸⁰

Los cambios precancerosos del cuello del útero o cérvix generalmente no causan dolor. De hecho, generalmente no causan síntoma alguno y no se detectan al menos que la mujer tenga un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou.

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante estas.

Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto.

Cuando el tumor se ha extendido a sitios lejanos como el hígado, el cerebro o los pulmones, que son sitios frecuentes de diseminación del tumor a través de la sangre, provocan síntomas, dependiendo del lugar afectado.

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH por sus siglas) adquirido desde muy temprana edad.

Detección⁸¹

Si todas las mujeres tuvieran exámenes de la pelvis y pruebas de Papanicolaou con regularidad, la mayoría de las condiciones precancerosas se detectarían y tratarían antes de que se volvieran cancerosas. De esa forma, se podría prevenir la mayoría de los cánceres invasores.

En un examen de la pelvis, el médico examina el útero, la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto. El médico palpa estos órganos buscando cualquier anomalía en su forma o tamaño.

La prueba de Papanicolaou es una prueba sencilla, sin dolor, para detectar células anormales en el cérvix o en su alrededor. La mujer deberá presentarse para esta prueba cuando no esté menstruando; el mejor tiempo para hacerlo es de 10 a 20 días después del primer día de su período menstrual. Esta prueba se puede hacer

⁸⁰ “Cáncer cervicouterino”, ISSSTE, www.issste.gob.mx

⁸¹ “Cáncer de cervicouterino”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov

en el consultorio del médico o en una clínica de salud. Se usa un raspador de madera (espátula) y un cepillo pequeño para recoger una muestra de células del cuello del útero y de la parte superior de la vagina. Las células se colocan en un portaobjetos de vidrio que se envía al laboratorio médico para su examen.

El objetivo principal de la técnica de Papanicolaou es detectar células con alteraciones que indiquen cambios malignos. La importancia de realizarse la citología (Papanicolaou) radica en la enorme posibilidad de detectar de manera temprana lesiones precursoras (displasia leve, moderada o severa) antes de que evolucionen a cáncer, para ser atendidas o para que reciban tratamiento oportuno, de esta forma prevenir el desarrollo de casos de cáncer.

Existen otros auxiliares de diagnóstico para la detección del cáncer cervicouterino que son procedimientos técnicos cuya finalidad es coadyuvar en la detección de anomalías de las células o la identificación de lesiones del cuello uterino, siendo complementarios entre sí y son: la Colposcopia, Biopsia, Pruebas de Schiller, Curetaje endocervical.

La colposcopia, un método usado ampliamente para examinar el cuello del útero para áreas anormales. El médico aplica una solución al cérvix y luego usa un instrumento que parece un microscopio (llamado colposcopio) para mirar de cerca el cérvix. Posteriormente cubre el cuello uterino con una capa de solución de yodo (un procedimiento que se llama prueba de Schiller). Las células sanas adquieren un color café; las células anormales adquieren un color blanco o amarillo. Estos procedimientos pueden hacerse en el consultorio del médico.

Es posible que el médico quite una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado por un patólogo. Este procedimiento se llama biopsia. También puede revisar dentro de la abertura del cérvix, un área que no se puede ver durante la colposcopia con un procedimiento llamado curetaje endocervical, el médico usa una cureta (un instrumento pequeño en forma de cuchara) para raspar el tejido dentro de la abertura cervical.

Estos procedimientos para remover tejido pueden causar algo de sangrado u otra secreción. Sin embargo, la curación ocurre generalmente pronto. Algunas mujeres también experimentan con frecuencia algo de dolor semejante a los calambres menstruales, lo cual se puede aliviar con medicamentos.

Prevención⁸²

La prevención de cáncer cervicouterino requiere de la corresponsabilidad de la población en general, de las mujeres en particular y de los miembros del equipo de salud.

⁸² “Cáncer cervicouterino”, SANFILIPPO, B. José, Dr. et. al. Facultad de Medicina UNAM, www.facmed.unam.mx

La lesión precursora directa del cáncer cervical progresa a cáncer en un período de alrededor de 10 años. Si la lesión es detectada y tratada durante este período, es posible prevenir el desarrollo del cáncer. Si aunado a ello se toma en cuenta que la prueba para detección de cáncer cervical es de bajo costo, sencilla y con una alta especificidad (95 %) y sensibilidad (90%) para la enfermedad. Como ya se mencionó, el cáncer cervicouterino es fácilmente prevenible enfocándose en dos aspectos:

- ✚ Prevención primaria con la aplicación de vacunas profilácticas para evitar la aparición de una enfermedad, en este caso, de infección por Virus Papiloma Humano subtipos 16 y 18.
- ✚ Prevención secundaria, referente a la detección temprana de la enfermedad; en este caso, de lesiones precursoras y cáncer. Un aspecto fundamental es la detección de lesiones intraepiteliales antes de que evolucionen a cáncer o detectar éste en una etapa temprana (*in situ*).

La promoción de las medidas preventivas es la base para reducir su incidencia. Algunas acciones pueden ser:

- ✚ Promover las relaciones sexuales con el uso de preservativo (condón).
- ✚ Informar a las mujeres que fuman y cuyo resultado del papanicolaou reporta presencia de VPH, del incremento de la probabilidad de que la lesión intraepitelial progrese a cáncer.
- ✚ Evitar el cigarro.
- ✚ Limitar el número de parejas sexuales.
- ✚ Promover la toma de citología a toda mujer que utiliza métodos anticonceptivos orales.
- ✚ Dar tratamiento y realizar seguimiento a las mujeres con coinfección de VPH y otras infecciones de transmisión sexual como clamidia o virus-2 de herpes simple (HSV-2).

Asimismo, corresponde a la población en general modificar sus estilos de vida que ponen en riesgo la salud pública y con ello se puede prevenir la incidencia del Virus del Papiloma Humano. Por lo cual se requiere que busquen información acerca de los factores de riesgo y medidas de prevención para evitar el contagio y transmisión del VPH.

Y por su parte las mujeres que nunca se han realizado la citología cervical, que hayan iniciado vida sexual, que se encuentren en el grupo de edad de 25 a 64 años, deben practicarse el estudio de tamizaje de Papanicolaou anualmente; aunque este se puede practicar si ya se ha iniciado vida sexual, independientemente de la edad.

Si dos estudios consecutivos resultan negativos para lesiones intraepiteliales del cuello uterino o para infección por VPH, entonces el Papanicolaou debe realizarse cada tres años. Pero si se suspenden los estudios de detección por más de tres años consecutivos, debe reiniciar el esquema de pruebas durante dos años

consecutivos nuevamente, de manera que se garantice la ausencia de lesión en el epitelio en dos citologías anuales consecutivas. Así mismo, las mujeres con lesiones de bajo grado deberán realizarse exámenes con mayor frecuencia, de acuerdo a las indicaciones médicas.

Tratamiento⁸³

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y selección de tratamiento, dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si está sólo en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares), del estado de salud en general de la paciente, si la lesión es de bajo o de alto grado, si la mujer desea tener hijos en el futuro, de la edad y salud general de la mujer, y de la preferencia de la mujer y de su médico.

Al ser detectadas de manera temprana las lesiones precursoras, se tiene un amplio margen para actuar en torno a ellas, haciendo posible su prevención y/o curación.

Una mujer con una lesión de bajo grado puede no necesitar un tratamiento en el futuro, especialmente si el área anormal fue removida completamente durante la biopsia, pero ella debe hacerse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con regularidad. Cuando una lesión precancerosa requiere de tratamiento, el médico puede usar **criocirugía** (congelamiento), **cauterización** (llamada también **diatermia**, por el uso de calor), o cirugía con rayo **láser** para destruir el área anormal sin dañar el tejido sano del derredor, así como también remover el tejido anormal por medio de escisión electroquirúrgica con asa o de conización. El tratamiento de lesiones precancerosas puede causar calambres u otro dolor, sangrado o una secreción acuosa.

En algunos casos, la mujer puede tener una histerectomía, especialmente si se encuentran células anormales dentro de la abertura del cérvix, pero esta cirugía es más probable que se haga cuando la mujer no quiera tener hijos en el futuro.

Con mayor frecuencia, el tratamiento para el cáncer de cérvix incluye la **cirugía** y la **radioterapia**. Algunas veces se usa la **quimioterapia** o la **terapia biológica** (que ya han sido explicadas anteriormente). Las pacientes son tratadas por un equipo de especialistas, este puede incluir a oncólogos ginecólogos y oncólogos radiólogos. Los médicos pueden decidirse a usar un método de tratamiento o una combinación de métodos.

No obstante, los avances en este campo, continúa siendo primordial la educación para la salud, la información veraz y oportuna para la población y la promoción de un ejercicio de la sexualidad de manera informada, segura, responsable y libre.

⁸³ Idem.

UNIDAD 6 ¿TU, YO Y QUIÉN MAS? INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

A cualquier edad es posible contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS), si se tiene más información sobre qué son y cómo se contagian, y su tratamiento será más fácil evitar adquirirlas.

Una persona puede parecer a simple vista sana y limpia, pese a esto puede tener una ITS y ni ella misma saberlo porque algunas de estas enfermedades no se manifiestan de inmediato, por ello es indispensable protegerse en todo momento.

El sexo seguro y el sexo protegido son dos formas para prevenir las ITS. El **sexo seguro** consiste en tener relaciones sexuales sin que se llegue a la penetración, evitando el intercambio de fluidos corporales como el semen, el líquido preeyaculatorio, la sangre y los fluidos vaginales; esta práctica es bastante segura y placentera para la pareja ya que incluye besos, caricias y juegos sexuales.

Pero si lo que se desea es dar un paso más en la relación sexual el **sexo protegido** es lo más recomendable ya que se hace uso del preservativo o condón en la penetración para impedir el intercambio de fluidos, al tiempo que puede servir como un elemento creativo por la diversidad de presentaciones que existen en el mercado.

Para cualquiera de estas dos prácticas debe existir en la pareja comunicación y confianza para expresar lo que siente y se quiere o no hacer.

En ocasiones las personas piensan que decirlo es vergonzoso como todo lo referente a la sexualidad y que se debe mantener en secreto. Esta creencia equivocada ataca en gran medida el tema de las ITS, porque una persona con alguna infección lamentablemente puede ocultarlo a su pareja por pena o temor al rechazo, lo que no considera es que este secreto afectará la relación sentimental y sexual no sólo por ocultar algo que ya se sabe sino porque los síntomas son desagradables tanto física como psicológicamente para ambos miembros de la pareja haciendo poco o nada satisfactorio el encuentro sexual; se piensa también que la adquisición de la enfermedad es por el engaño con una tercera persona y aunque a veces esta sea la razón de igual modo puede ser por falta de higiene, pero sin duda por cualquier ITS va a verse afectada la vida sexual de la persona.

Resulta de gran importancia reconocer que las enfermedades relacionadas con el sistema sexual masculino y femenino traen consecuencias serias que pueden interferir para adecuado funcionamiento sexual. Algunas enfermedades son de transmisión sexual, otras no lo son pero con el contacto sexual se agravan y sí se contagian, si se les diagnóstica a tiempo pueden ser curadas por completo.

Las ITS antes eran llamadas Enfermedades Venéreas o Enfermedades de Transmisión Sexual atacan a hombres y mujeres de cualquier edad y se consideran entre los males mas graves de la humanidad. Gracias al

descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos es posible el control, cura y hasta erradicación de las ITS.

Como vemos las personas adultas no están exentas de contagiarse de alguna infección sobretodo si todavía se tiene una vida sexual activa. Es por ello que se considera importante hacer mención de las infecciones más comunes y las cuales se dividen en infecciones adquiridas por vía sexual: CLAMIDIA, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, HERPES GENITAL, VIH Y SIDA, GONORREA, SÍFILIS, HEPATITIS VIRAL, e infecciones adquiridas no necesariamente por vía sexual como: TRICOMONIASIS, PIOJOS PÚBLICOS, VAGINITIS, MONILIA, CISTITIS Y PROSTATITIS.⁸⁴

5.1 Infecciones adquiridas por vía sexual

Este tipo de infecciones se transmiten a través de la relación sexual por medio de fluidos corporales como el semen, el líquido preeyaculatorio y todos los fluidos vaginales, de igual modo se adquieren por la sangre, por la entrada de cualquiera de estas sustancias por cualquier herida en el cuerpo o la boca y por herencia.

Clamidia

Chlamydia trachomatis es una bacteria que se disemina a través del contacto sexual y que infecta los órganos genitales tanto de hombres como de mujeres. Los síntomas principales en los hombres son un flujo delgado, por lo general incoloro, y leves molestias al orinar que aparecen de 7 a 14 días después de la infección. El diagnóstico se hace a partir de un muestra de orina en los varones y a partir de una muestra de células cervicales o muestra de orina en las mujeres, las cuales en su mayoría son asintomáticas.

La clamidia es curable con azotromicina o con doxiciclina; los casos inadecuadamente tratados o no diagnosticados pueden conducir a complicaciones como daño uretral, epididimis (infección del epidídimo), síndrome de Reiter (con síntomas como uretritis, conjuntivitis y artritis) en los varones. Las mujeres que no reciben tratamiento pueden sufrir enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y posible infertilidad debida a la cicatrización de las trompas de Falopio, riesgo de embarazos ectópicos, nacimientos prematuros y bebés con bajo peso y posibilidad de desarrollar neumonía o infecciones oculares.

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano ocasiona verrugas semejantes a una coliflor que aparece en los genitales, por lo general alrededor de la abertura uretral del pene y el escroto, en el hombre y sobre la vulva, las paredes de la vagina o el cuello del útero en las mujeres; también pueden presentar verrugas en el ano. Aparecen

⁸⁴ La información que describe cada infección fue retomada del libro: SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Op.cit. pp. 486-506.

dentro de los tres a ocho meses después del coito. El VPH es el factor de riesgo único de mayor importancia para el cáncer cervical, pene y del ano. Incluso el sexo oral puede transmitir el virus y originar cánceres de la boca o garganta. El diagnóstico se realiza sencillamente por medio del examen de las verrugas pues su apariencia es distintiva, aunque cuando crecen en el interior de la vagina ya no se pueden detectar fácilmente.

Se recurre a un tratamiento de podofilina o ácido bicloroacético de manera directa sobre las verrugas y con la crioterapia (que con frecuencia utiliza nitrógeno líquido) se eliminan las verrugas mediante su congelamiento. Aunque actualmente ya existe una vacuna para prevenir este virus.

Herpes Genital

El herpes genital es una enfermedad de los órganos genitales ocasionada por el virus del herpes simple, que se transmite a través del coito y del sexo bucogenital (oral). También se puede transmitir de la mujer embarazada al feto, algunos lactantes se recuperan pero otros desarrollan una infección cerebral que rápidamente conduce a su muerte.

Los síntomas son pequeñas protuberancias o ampollas dolorosas, en las mujeres por lo general se encuentran en los labios vaginales; en los hombres en el pene. Pueden presentarse además fiebre, micción dolorosa y dolores de cabeza. Aún no se conoce ningún fármaco que mate al virus, pero se investigan dos soluciones fármacos que curarían los síntomas de personas ya infectadas y vacunas para prevenir el herpes.

Esto trae como consecuencia complicaciones tales como meningitis o estrechamiento de la uretra a causa de la cicatrización, aumento de riesgo de infección por VIH y la transferencia del virus de madre a hijo durante el nacimiento, que en algunos casos conduce a graves enfermedades o a la muerte del lactante.

VIH Y SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que es una enfermedad de transmisión sexual que destruye la inmunidad natural del cuerpo hacia la infección, de modo que la persona se vuelve susceptible a enfermedades oportunistas que pueden invadirla.

El VIH se transmite a través de fluidos corporales semen, fluidos vaginales y sangre, de cuatro maneras: 1)por medio del coito (pene-vagina o pene-ano), 2)por medio de sangre contaminada, 3)por jeringas hipodérmicas contaminadas (con un mayor riesgo personas que utilizan drogas inyectadas o para trabajadores al cuidado de la salud) y 4)de una mujer infectada a su bebé durante el embarazo. Este virus se encuentra en el grupo de los retrovirus que se producen únicamente dentro de las células vivas de la especie huésped, y cada vez que se divide la célula se producen copias del virus, invadiendo a un grupo de glóbulos blancos

(linfocitos) denominados células T auxiliares o células T4. Éstas son esenciales para la respuesta inmune del cuerpo para luchar en contra de las infecciones.

En 1986 se estableció una categorización de cuatro clases amplias de infección por VIH:

1. Infección inicial con el virus y desarrollo de anticuerpos en su contra. Por lo general, las personas infectadas no muestran síntomas inmediatos, pero sí desarrollan anticuerpos en sangre dentro de las 2 a 8 semanas después de la infección.

2. Estado portador asintomático. La persona está infectada con el virus pero no muestra síntomas.

3. Linfadenopatía. Ésta es una condición más grave en la que las personas infectadas desarrollan síntomas que no amenazan la vida de forma inmediata tales como: inflamación de ganglios linfáticos, sudores nocturnos, fiebres, diarrea, pérdida de peso y fatiga.

4. SIDA. El diagnóstico de Sida aplica cuando la persona con inmunidad gravemente afectada se ve afectada por infecciones oportunistas, como neumonía, cánceres del tejido linfático, problemas neurológicos y otras como herpes, candidiasis en boca y garganta y VPH.

La prueba de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH utiliza la técnica de ELISA (análisis de inmunoabsorción ligada a enzimas) que arroja resultados positivos tres meses después de la infección; es fácil y económica llevarla a cabo, es útil para dos procedimientos 1) para la selección de sangre donada y 2) para ayudar a las personas a determinar si están infectadas (VIH positivas), pero que son portadores asintomáticos. Esta prueba es altamente precisa para detectar anticuerpos al VIH, de ser positivos los resultados con esta prueba siempre se deben confirmar por medio de una prueba más específica que utiliza el método de Western blot o método de inmunofluorescencia, está es de gran utilidad para confirmar o descartar un prueba positiva de ELISA, cuyos resultados son definitivos.

Como se sabe aún no existe cura para el SIDA, sin embargo, hay cierto progreso en el desarrollo de tratamientos para controlar la enfermedad. Un fármaco antiviral, el AZT (azidotimidina, también llamada zidovudina o ZDV) que ha sido utilizado ampliamente, éste tiene el efecto de detener la multiplicación del virus.

Los pacientes toman un “coctel de fármacos” con AZT y algún otro medicamento anti-VIH, a esta combinación se le denomina TAAA, Terapia Antirretroviral Altamente Activa, aunque el tratamiento ha sido efectivo para que las personas estén sobreviviendo mucho más tiempo del que lo hubieran hecho sin este tratamiento, para otras personas el tratamiento usado a largo plazo ocasiona graves efectos secundarios tales como problemas tipo diabetes, huesos frágiles y

enfermedades cardiacas, lo que significa que deben interrumpir el tratamiento o cambiar a otro. El SIDA no sólo afecta a nivel biológico también ataca psicológicamente, muchas personas experimentan reacciones como negación de la realidad, seguida de enojo, depresión o ansiedad ya que esta es una enfermedad que conlleva un estigma social, por ello es necesario el apoyo social y psicológico de personas que conviven con los pacientes para mejorar la calidad de vida y para disminuir la ansiedad y depresión.

Gonorrea

Es una infección de transmisión sexual cuyos síntomas son un flujo purulento, dolor y ardor al orinar en el varón pero que con frecuencia es asintomática en la mujer. La mayoría de los casos de gonorrea son el resultado del coito penevagina. En el hombre, el gonococo invade la uretra, produciendo uretritis (inflamación de la uretra). Al inicio, un delgado y transparente flujo mucoso sale del meato (abertura en la punta del pene); después de uno o dos días, se vuelve espeso y cremoso, puede ser blanco, amarillento o amarillo verdoso.

Los síntomas iniciales de la gonorrea en los hombres son evidentes, la mayoría buscan tratamiento de inmediato y se les cura, pero en caso contrario causa inflamación de la próstata (prostatitis), de las vesículas seminales, de la vejiga (cistitis) y del epidídimo (epididimitis) esta última de no ser tratada puede causar esterilidad. La gonorrea asintomática sí ocurre en los varones, pero tiene una baja incidencia. La infección en la mujer invade el cuello de la matriz. Existe un flujo de pus pero puede que sea en una cantidad tan pequeña que no se note, es de color amarillo verdoso e irrita la vulva, la inflamación también se puede extender a la uretra, ocasionando ardor al momento de orinar.

De no tratarse la infección, existe la posibilidad de que se infecten las glándulas de Bartholin, el ano y el recto, esto a través de un cuantioso flujo cervical o por medio del flujo menstrual. El gonococo que viaja al útero infecta las trompas de Falopio, inflamando los tejidos a lo que se le llama Enfermedad Inflamatoria Pelvica (EIP), la cual el síntoma principal es un dolor pélvico y en algunos casos menstruaciones irregulares o dolorosas. De no ser tratada esta enfermedad es posible que se forme un tejido de cicatrización que bloquea las trompas y deja estéril a la mujer.

Existen otros tres sitios principales de infección no genital: la boca y garganta, el ano y recto, y los ojos. En los ojos se transmite por la manipulación de los genitales llevando la pus a los ojos y en los bebés al momento del parto, para que esto no suceda a todo recién nacido le aplican nitrato de plata u otro antibiótico para prevenir cualquier infección.

Para detectar la infección existe una prueba de orina disponible para varones, para las mujeres se toma una muestra de flujo cervical y para ambos casos una frotis de garganta o recto. El tratamiento tradicional para la gonorrea esta una dosis de penicilina o de tetraciclina para los alérgicos a la primera. Sin embargo,

ciertas cepas de gonococo resistentes a estos antibióticos se han vuelto tan comunes que ahora se debe utilizar un nuevo medicamento, la ceftriaxona.

Sífilis

La bacteria que ocasiona la sífilis se denomina *Treponema pallidum*. El principal síntoma inicial de la sífilis es el chancro, una lesión circular indolora similar a una úlcera con bordes elevados y duros, que se asemeja a un cráter, aparece rápidamente como a los 10 días o puede tardar hasta tres meses en aparecer después de tener relaciones sexuales con una persona infectada.

Las bacterias ingresan a través de las membranas mucosas de los genitales a causa del coito; en los varones el chancro aparece en el pene o en el escroto y en las mujeres frecuentemente en el cuello de la matriz por lo que no se dan cuenta de que están infectadas, aunque también puede aparecer en las paredes de la vagina o en la vulva. De ocurrir sexo oral o anal, el chancro puede presentarse en los labios, la lengua, las amígdalas o alrededor del ano; y existe la posibilidad de que las bacterias ingresen a través de alguna cortada en la piel en cualquier lugar del cuerpo.

En una persona infectada el progreso de la enfermedad se divide en cuatro etapas:

1) *la etapa primaria* es en la que se forma el chancro, de no tratarse desaparece por sí solo de una a cinco semanas y esto denota el fin de esta etapa, sólo se ha ocultado,

2) de uno a seis meses después de la aparición original se desarrolla una erupción cutánea generalizada que se caracteriza por no ocasionar prurito o dolor, lo que marca el inicio de *la etapa secundaria*, y en ocasiones genera caída del pelo; en este momento todavía es posible curar la sífilis, de no ser así los síntomas desaparecen de dos a seis semanas, dando paso a una etapa mas peligrosa,

3) en *la etapa latente* no se presentan síntomas, la bacteria se esta ocupando de introducirse en los tejidos del cuerpo, en especial en vasos sanguíneos, sistema nerviosos central (cerebro y médula espinal) y en los huesos; después de aproximadamente un año en esta etapa la enfermedad sólo es contagiosa de la mujer embarazada al feto,

4) en *la sífilis cardiovascular tardía* el corazón y los principales vasos sanguíneos se ven atacados; esto sucede de 10 a 40 años después de la infección inicial y puede conducir a la muerte; en la neurosífilis el cerebro y la médula espinal se ven afectados, lo que conduce a la locura y parálisis, ésta aparece de 10 a 20 años después de la infección.

Una mujer embarazada puede infectar al feto ya que la bacteria atraviesa la barrera placentaria, entonces el bebé adquiere *la sífilis congénita* (que significa

presente desde el nacimiento), la infección puede provocar la muerte prematura del feto (aborto espontáneo) o padecer alguna enfermedad al momento de su nacimiento o tiempo después incluso a los 10 o 20 años. Si la enfermedad se diagnostica y trata antes del cuarto mes del embarazo, el feto no desarrollará la enfermedad.

La sífilis es algo difícil de diagnosticar a partir de los síntomas ya que se parecen a los de otras enfermedades, las mujeres deben someterse a un examen pélvico a fin de que se revisen la vagina y el cuello de la matriz en busca de chancros, si existe un chancro se examina bajo un microscopio de campo oscuro. No obstante, lo más común para la sífilis son las pruebas sanguíneas, las cuales se basan en reacciones de anticuerpos. De encontrarse la bacteria que en realidad es muy frágil, el tratamiento para la sífilis es la penicilina, la dosis son dos inyecciones para la sífilis latente, para la tardía y congénita se requieren dosis más elevadas.

Hepatitis viral

La hepatitis viral es una enfermedad del hígado, uno de los síntomas es el agrandamiento de este órgano. Sin embargo, la enfermedad varía desde casos asintomáticos hasta aquellos en que aparecen fiebres, fatiga, piel amarilla y vómitos.

Existen cinco tipos de hepatitis viral: A, B, C, D y E. La hepatitis que se transmite por vía sexual es el tipo B, el tipo C y D también se pueden transmitir de este modo pero son poco comunes. El virus de la hepatitis B (HBV) se transmite por medio de la sangre, saliva, semen, secreciones vaginales y otros fluidos corporales.

Algunos adultos infectados con HBV son asintomáticos, sus cuerpos vencen al virus y quedan sin infección alguna y con inmunidad permanente. Otros desarrollan una variedad de síntomas pero se recuperan de la enfermedad. Un tercer grupo desarrolla hepatitis B crónica (de largo plazo) y pueden desarrollar cirrosis o cáncer; afortunadamente existen tratamientos antivirales disponibles para aquellos que están dentro de este grupo. Lo mejor es que se cuenta con una vacuna contra la hepatitis B.

5.2 Infecciones adquiridas por vía no sexual

Estas infecciones se adquieren mayormente por una falta de higiene, pero reciben este nombre por encontrarse en el sistema sexual de la persona, importante es destacar que a pesar de ello con la relación sexual si se pueden contagiar y agravar.

Tricomonirosis

La tricomoniasis (tricomona) es ocasionada por un protozoario, *Tricomonas vaginalis*. Este organismo puede sobrevivir durante un tiempo sobre los asientos

de los excusados y otros objetos, así que en ocasiones se transmite de manera no sexual; pero su medio principal de transmisión es el contacto sexual. En el caso de las mujeres, el síntoma es un abundante flujo blanco o amarillo espumoso que irrita la vulva y que tiene un olor desagradable. En los hombres, es posible que se presente una irritación de la uretra y flujo del pene, pero algunos son asintomáticos. El tratamiento de elección es el metronidazo, tomado por vía oral, de no tratarse la tricomoniasis puede conducir a enfermedad inflamatoria pélvica y a problemas con el parto.

Piojos púbicos

Los piojos púbicos (ladillas o *ftiriasis*) son pequeños piojos que se adhieren a la base de los vellos púbicos y se alimentan de sangre de su huésped humano. Las ladillas se transmiten por contacto sexual, pero también pueden propagarse por medio de sábanas, toallas, ropa o asientos de excusado. El síntoma principal de un contagio es una extrema comezón en la región del vello púbico, se detecta encontrando los piojos o sus huevos adheridos al vello. Su tratamiento es con medicamentos que no requieren receta médica y mueren a las 24 horas. Sin embargo, los huevos pueden sobrevivir por seis días así que en casos difíciles es necesario hervir o lavar la ropa en seco, o utilizar un insecticida en aerosol.

Vaginitis, Monilia y Cistitis

La **vaginitis** es la inflamación o irritación vaginal. La monilia (también llamada candidiasis) es una forma de vaginitis ocasionada por un hongo tipo levadura denominado *Candida*.

Las condiciones que alientan el crecimiento de **candida (monilia)** incluyen el uso prolongado de píldoras anticonceptivas, la menstruación, la diabetes, el embarazo y el uso prolongado de antibióticos. El síntoma principal es un flujo vaginal espeso, blanco y pastoso que se encuentra en los labios y paredes de la vagina, provocando una intensa comezón. El tratamiento es por medio de medicamentos antimicóticos. Si una mujer embarazada padece una infección de monilia, puede transmitirla al bebé durante el parto; la levadura entra al sistema digestivo del bebé ocasionando un padecimiento conocido como *muguet*, que también puede ser el resultado del sexo bucogenital.

La **cistitis** es una infección de la vejiga urinaria y que ocurre en mujeres de manera casi exclusiva, en ocasiones se origina por la bacteria *Escherichia coli* y en algunos casos el coito frecuente y vigoroso puede irritar la abertura uretral, lo que permite que se introduzcan las bacterias. Los síntomas de la cistitis son deseos frecuentes de orinar, con presencia de ardor al momento de la micción, la orina puede parecer turbia o incluso teñida de rojo; esto es a causa de la pus y sangre provenientes de la vejiga infectada. El diagnóstico es sencillo, a modo de confirmación se toma una muestra de orina y se analiza. Y el tratamiento se realiza con un antibiótico, pese a esto a fin de prevenir la cistitis o ataques recurrentes, se debe beber abundante cantidad de agua y orinar con frecuencia,

en especial antes y después del coito, esto ayudará a expulsar cualquier bacteria de la vejiga y de la uretra.

Prostatitis

La prostatitis es una inflamación de la glándula próstata, es frecuente que la infección sea ocasionada por la bacteria *Escherichia coli*. También puede ser el resultado de la gonorrea o clamidia. Los síntomas de esta infección son fiebre, escalofríos, dolor alrededor del ano y el recto, una necesidad de orinar con frecuencia y puede ocasionar una eyaculación dolorosa. En algunos casos la prostatitis puede ser crónica (de larga duración) y es posible que no presente síntomas o que sólo se presente un dolor en la parte baja de la espalda. Para su tratamiento se utilizan antibióticos.

Toda persona sexualmente activa debe ser consciente que el tema es de su incumbencia, es una epidemia que afecta a todos los grupos y estratos sociales sin distinción, es cierto que infecciones como la sífilis, la gonorrea y el chancro están relativamente estables, pero nuevas infecciones vinculadas con la vida sexual como el herpes, uretritis, tricomoniasis, candidiasis, sida, etc., han irrumpido en la población de forma devastadora.

La ignorancia que generalmente se tiene de estas afecciones, reforzada por la costumbre moralista de esconder los síntomas “vergonzosos”, no afrontar la situación como si se tratase de cualquier enfermedad menor propicia una mayor expansión, ante ella conviene establecer medidas preventivas más que curativas que limiten el contagio en forma eficaz, el más adecuado es la información. La mayor preocupación de las Infecciones de Transmisión Sexual es el diagnóstico y tratamiento de éstas, no obstante, sería mejor preocuparse por prevenir el contagio.

Por supuesto la mejor manera de prevenir las ITS y la más evidente es limitarse a una relación monógama con una persona no infectada o abstenerse de la actividad sexual, pero si esta estrategia no es de un total agrado, existen otras técnicas. Como medio para evitar las infecciones de transmisión sexual encontramos como el mejor aliado el preservativo, que proporciona una protección adecuada en contra de las enfermedades antes mencionadas. Así como tomar medidas más adecuadas de higiene personal.

Por ello resulta cada vez mas necesario dotar a las personas de programas educativos respecto a las ITS y demás temas de sexualidad, todos deberían tener conocimientos adecuados al respecto para ejercer una vida sexual más sana, la educación sexual debe insistir en el uso de preservativo, en evitar contactos genitales incidentales de riesgo, una higiene personal cuidadosa y para quienes tienen múltiples parejas sexuales consultas médicas especializadas regulares (alrededor de 3 meses entre una y otra revisión médica).

4.5 Bibliografía

Para recopilar la información con que se realizará el módulo se consultaron las siguientes referencias.

Libros

BALDERSTON, Daniel y Guy, D. J. Sexo y sexualidades en América Latina. Paidós, México, 1998.

CARRASCO Núñez, José Luis. Sexualidad y síndrome de Down. 2ª edición, Editorial Ducere, México, 2004.

DUPIN, Patricia y Hédan, F. La sexualidad femenina. Editorial Siglo Veintiuno, México, 2001.

FONT, Pere. Pedagogía de la sexualidad. 3ª edición, Editorial Gráo, España, 2002.

HIRIART, Riedemann Vivianne. Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes. Editorial Paidós, México, 1999.

Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Sexualidad humana. 5ª edición, Editorial El manual moderno, México, 2000.

MONROY, Anameli Dra., et al. Salud, sexualidad y adolescencia. Estrategias para conservar la salud reproductiva métodos anticonceptivos. Editorial Pax.

NUÑEZ Noriega, Guillermo. Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. 2ª edición, Editorial Porrúa, México, 1999.

PAPALIA, Diane. et.al. Desarrollo humano, 9ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2005.

POMIES, Julia. Temas de sexualidad. Informe para educadores. Aique Grupo Editor, Argentina.

POMIÉS, Julia. Temas de sexualidad. Informe para educadores. Editorial AIQUE, Argentina.

SAHAGÚN, Alberto. Integración sexual humana. Editorial Trillas, México, 1993.

SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Sexualidad humana. 9ª edición, Editorial Mc Graw-Hill, México, 2006.

WEEKS, Jeffrey. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Ediciones TALASA, Madrid, 1993.

Internet

“Andropausia”, www.andropausia.cl

“Andropausia”, www.andropausia.com.mx

“Cambios físicos”, www.cabildodelanzarote.com

“Cáncer cervicouterino”, Instituto de Salud del Estado de México,
www.salud.edomexico.gob.mx

“Cáncer cervicouterino”, SANFILIPPO, B. José, Dr. et. al. Facultad de Medicina UNAM, www.facmed.unam.mx

“Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx

“Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, Instituto Nacional del Cáncer,
www.cancer.gov

“Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, ISSSTE, www.issste.gob.mx

“Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad”.
VALLEJO Casarín, Alma, Rey Juárez, R. M. y López Uriarte, F.
<http://educacion.jalisco.gob.mx>

“Menopausia y Climaterio”, www.menopausia.cl

“MITOS DEL SIDA”. <http://www.gda.itesm.mx>.

“Sistema Reprodutor Femenino”, Instituto Mexicano del Seguro Social,
www.imss.gob.mx

“Sistema Reprodutor Femenino”, www.es.wikipedia.org

“Sistema Reprodutor Masculino”, www.abcdelasalud.net

“Sistema Reprodutor Masculino”, www.es.wikipedia.org

CONCLUSIONES

LA SEXUALIDAD... QUÉ SIGNIFICA EL CAMBIO DE ACTITUDES EN LA MADUREZ

Sexualidad es un tema sobre el cual se ha estudiado, trabajado, experimentado y teorizado desde diversas disciplinas, tales como: la biología, la fisiología, la psicología, la sociología, el psicoanálisis, el derecho, la medicina y otras. Como se expuso a lo largo de la investigación, es un tema insoslayable en la vida de todo ser humano, incluso desde antes del alumbramiento de éste. Y cuyos efectos son físicamente notorios al arribo de la adolescencia, etapa en la que se acentúan con mayor ímpetu los deseos.

El valor de la madurez en la persona adulta está en función de lo inestimable que resulten sus años vividos para la comunidad, nación, y en general, el mundo entero. Durante el desarrollo del proyecto de investigación se enfatizó el hecho de que las personas en esta etapa disfrutan de un caudal de valiosa experiencia obtenida a través de años de ensayo y error, triunfos y fracasos. Consideremos el ejemplo de Edison, cuyo cerebro continuaba fértilmente activo al sobrepasar los ochenta o de Walter Damrosch quien emprendió una carrera de pianista de concierto a los setenta y ocho años¹, o más aún, personas que en la tercera edad han sido capaces de aprender a leer o aprender un nuevo idioma. Si tales capacidades de aprender se evidencian en personas en una etapa de adultez tardía, es lógico que los adultos de 40 a 55 años también pueden disfrutar en gran medida de su vida y hacerla más provechosa.

Uno de los objetivos planteados en el presente trabajo fue señalar el estado físico, psicológico, emocional y social en el que se encuentran nuestros adultos de edad media (40 a 55 años) con el propósito de confrontarlos con sus necesidades en el ámbito afectivo, emocional... sexual. Al hacerlo, nos pudimos percatar de que tales necesidades existen aún más de lo que socialmente es admisible. "El hecho de que el desarrollo biológico haya concluido en el adulto no significa que se

¹ Revista Despertad!, 8 de octubre de 2007. p.3-5.

hayan detenido todos los relojes biológicos, pues el ritmo biológico continúa afectando a la regulación de los procesos psicológicos y a la configuración comportamental de la personalidad”².

En lo referente a la sexualidad, las personas, con o sin pareja reconocen el bienestar de tener una pareja con la cual conversar, compartir, alguien a quien escuchar, con quien disentir, apreciar, y obviamente, alguien quien, cual refugio contra el viento, sepa dar palabras de ánimo, encomio, pero no sólo eso, en un sentido más íntimo, alguien con quien compartir y disfrutar su sexualidad y las expresiones de afecto que esta conlleva.

Tal como los jóvenes ejercen su sexualidad, los adultos también la demandan. Es verdad, los mitos y restricciones que existen en torno pudieran ser fuente de un punto de vista equivocado respecto a ella. Por un lado, se podría caer en la aversión a las relaciones sexuales debido a los cambios en el funcionamiento de los órganos sexuales o a la insistencia de manera coercitiva por parte de la pareja sin llegar a acuerdos o respetar límites, llegando a la tragedia, la soledad, el dolor emocional, la violencia y el abuso.

Por otro lado, la revolución sexual, que desde los años setenta cobró más fuerza, ha dejado a muchas personas esclavizadas, en una sociedad destruida por el libertinaje sexual. La obsesión actual por el sexo sigue produciendo “adictos a la atracción”, “polígamos en serie” y “depredadores sexuales”, que alegan que los valores y la moral es asunto personal y que el amor libre con múltiples parejas sin responsabilidad o compromiso es normal. Pero, ¿es este un buen criterio?

Tal enfoque es reconocido en nuestro tema de investigación, por ello es que la propuesta que señalamos en el capítulo cuarto, está compuesta de una serie de contenidos elegidos por el mismo adulto para el ejercicio pleno de su sexualidad, basado en conocimientos veraces, actuales y oportunos.

² GARCÍA Carrasco, Joaquín. Op. cit. p. 57.

Alcances y limitaciones

Ahora presentamos cuales son los alcances y limitaciones de la presente investigación.

Uno de los principales aportes que se obtienen con este trabajo es en primer lugar, rescatar en una investigación lo que significa ser adulto desde diferentes enfoques; así mismo resaltar la importancia de que ellos al igual que los jóvenes tienen deseos y posibilidades de poner en práctica una vida sexual plena.

Con base en lo anterior resulta necesario realizar más investigaciones acerca de esta etapa de la vida, una vez realizadas es menester darlos a conocer para tener un mejor entendimiento de los procesos biológicos, psicológicos, sociales, emocionales y demográficos por los que atraviesa el adulto. Lo que viene a significar un segundo aporte de esta investigación.

Un tercer aporte es justamente la propuesta dirigida al Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, debido a que en su currículo ya se cuenta con el módulo de "Sexualidad juvenil" en nuestro punto de vista lo más conveniente sería contar también con un módulo dedicado al adulto maduro con temas más de sexualidad adecuados a sus intereses y a las circunstancias que están viviendo.

Finalmente lo más importante a rescatar es compilar las diferentes temáticas referentes a la sexualidad en un material didáctico en primera instancia a modo de texto y posteriormente ser elaborado en un DVD que resultaría más fácil de consultar por algunas personas, siendo una de sus características que pueda ser de fácil acceso a la población que interese.

Los puntos antes mencionados vienen a representar los alcances de esta investigación.

Hasta el momento la única limitante con que nos hemos encontrado fue enfrentarnos con comentarios negativos y fatalistas acerca de la propuesta de módulo de sexualidad del adulto, los comentarios venían de personas que conocen el modo de trabajo del instituto y están involucrados en él, tales personajes exponían que INEA tenía sus propios investigadores y sus medios para realizar un módulo con tales características, pese a esta visión pesimista pero en cierto punto verdadera, optamos por una segunda opinión, y acudimos con personas que laboran en dicha institución construyendo con un equipo de trabajo desde folletos hasta módulos. Ellos nos mencionaron que esto es cierto ellos cuentan con un amplio equipo de trabajo, sin embargo, la propuesta les parecía bastante interesante sobre todo por el hecho de aportar una propuesta alternativa a la institución y que bien sustentada iba a ser un aporte teórico que en algún momento podrían ser útil para ellos.

No obstante, tal propuesta tiene que ser sujeta a validación por parte de INEA y ser modificada para que cumpla con los requerimientos y lineamientos bajo los cuales se rigen los módulos que en esta institución se manejan. Tales procedimientos ya están siendo platicados con personal especializado de INEA para que la propuesta sea tomada en cuenta y puesta en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ ANDER-EGG, Ezequiel., et. al. La educación de adultos como organización para el desarrollo social. 2ª edición. Editorial Magisterio el Río de la Plata. Argentina, 1996.
- ◆ BALDERSTON, Daniel y Guy, D. J. Sexo y sexualidades en América Latina. Paidós, México, 1998.
- ◆ BEE, Helen L. y Mitchael, K. S. El desarrollo de la persona. En todas las etapas de su vida. 2ª edición, Editorial Harla, México, 1987.
- ◆ BENEDETTI, Mario. Cotidianas (1978 – 1979). Editorial Punto de lectura, México, 1998.
- ◆ BERGEVIN, Paul. Filosofía para la Educación del adulto. 2ª edición, Editores asociados, México, 1982.
- ◆ CARRASCO Núñez, José Luis. Sexualidad y síndrome de Down. 2ª edición, Editorial Ducere, México, 2004.
- ◆ CARVER, Charles S. y. Scheier Michael F. Teorías de la personalidad. 3ª edición, Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1997.
- ◆ Compendio “Teorías contemporáneas del desarrollo y aprendizaje del niño”. Departamento de Educación Preescolar, Toluca Estado de México, 2004.
- ◆ DE SCHUTTER Antón. Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. 4ª edición. Editorial CREFAL (Centro regional de educación de adultos y alfabetización funcional para América Latina). México, 1986.
- ◆ DELORS, Jacques. La educación encierra un tesoro. UNESCO, México, 1997.
- ◆ DI CAPRIO, Nicholas S. Teorías de la personalidad. 2ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 1989.
- ◆ DIAZ-BARRIGA, Arceo Frida y Hernández Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Editorial Mc Graw-Hill, México, 1998.
- ◆ DUPIN, Patricia y Hédan, F. La sexualidad femenina. Editorial Siglo Veintiuno, México, 2001.
- ◆ ERIKSON, Erick. La adultez. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
- ◆ FISKE, Marjorie. Edad Madura ¿lo mejor de la vida?. Editorial Harper & Row Latinoamericana, México, 1980.
- ◆ GARCIA Carrasco, Joaquín. La educación básica de adultos. Ediciones CEAC, España, 1991.
- ◆ GARCÍA Cuadrado, José Ángel. Antropología Filosófica. Una introducción a la filosofía del hombre. Editorial EUNSA Ediciones Universidad de Navarra S.A. España, 2001.
- ◆ GOLEMAN, Daniel. La inteligencia emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual. 27ª edición, Javier Vergara Editor, México, 2001.
- ◆ GOOD, Thomas L. et. al. Psicología educativa contemporánea. 6ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 1996.
- ◆ HEBE Tizio. Reinventar el vínculo educativo. Aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis. Editorial Gedisa, Barcelona, 2003.
- ◆ HIRIART, Riedemann Vivianne. Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes. Editorial Paidós, México, 1999.
- ◆ HOYOS Medina, Carlos Ángel. Epistemología y objeto pedagógico. ¿Es la pedagogía una ciencia?. 2ª edición, UNAM, México, 1997.
- ◆ JABONERO, M., et. al. Educación de personas adultas: un modelo de futuro. Editorial La Muralla, Madrid, 1997.
- ◆ JARVIS, Peter. Sociología de la Educación continua y de adultos. Editorial El Roure, Barcelona, 1989.
- ◆ KNOWLES, S. Malcom. et.al. Andragogía. El aprendizaje de los adultos. 5ª edición, Editorial Alfaomega, México, 2005.

- ◆ LA BELLE, Thomas J. Educación no formal en América Latina. Editorial Nueva Imagen, México, 1980.
- ◆ LÉON, Antoine. Psicopedagogía de los adultos. 8ª edición, Editorial Siglo XXI, México, 1991.
- ◆ LÓPEZ-BARAJAS ZAYAS, Emilio, SARRATE CAPDEVILA, Ma. Luisa. Coordinadores. La Educación de personas adultas: Reto de nuestro tiempo. Editorial DYKINSON, Madrid, 2002.
- ◆ LUDOJOSKI, Roque Luis. Andragogía o educación del adulto. Editorial Guadalupe, Buenos Aires, 1972.
- ◆ LUZURIAGA, Lorenzo. Pedagogía. 12ª edición, Editorial Losada, Buenos Aires, 1975.
- ◆ MASLOW, Abraham Harold. Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1991.
- ◆ Mc CARY, James Leslie y Mc CARY, P.S. Sexualidad humana. 5ª edición, Editorial El manual moderno, México, 2000.
- ◆ MEECE, Judith, L. Teoría del Desarrollo Cognoscitivo de Vigotsky, en Chile and Adolescent.
- ◆ MONROY, Anameli Dra., et al.. Salud, sexualidad y adolescencia. Estrategias para conservar la salud reproductiva métodos anticonceptivos. Editorial Pax.
- ◆ MORALEDA, Mariano. Psicología del desarrollo infantil, adolescente, madurez y senectud. Editorial Alfaomega, México, 1999.
- ◆ NUÑEZ Noriega, Guillermo. Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. 2ª edición, Editorial Porrúa, México, 1999.
- ◆ PALLADINO, Enrique. Educación de Adultos. Guía de estudio. Seminario de Educación de Adultos. 4ª edición, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1984.
- ◆ PAPALIA, Diane. et.al. Desarrollo humano, 9ª edición, Editorial Mc Graw Hill, México, 2005.
- ◆ Perfil Mercadológico de Ciudad Nezahualcoyotl. Estudio Comercial, Histórico, Geodemográfico y socioeconómico del municipio. Universidad Tecnológica de Nezahualcoyotl, 2002.
- ◆ PONS, Pedro Agustín. Enciclopedia Médica. Editorial Argos Vergara, México, 1979.
- ◆ QUINTANA Cabañas, José María. Investigación participativa. Educación de adultos. Editorial NARCEA, Madrid, 1986.
- ◆ RAPPOPORT, Leon. La personalidad desde los 26 hasta la ancianidad. El adulto y el viejo. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978.
- ◆ RODRIGUEZ, Estrada Mauro., et. al., Autoestima: clave del éxito personal. Editorial El manual moderno, México, 2000.
- ◆ SAHAGÚN, Alberto. Integración sexual humana. Editorial Trillas, México, 1993.
- ◆ SARRATE, Ma. Luisa. Educación de adultos. Evaluación de centros y de experiencias. Ediciones NARCEA, Madrid, 1997.
- ◆ SCHAIE, Warner K. y Sherry W. L. Psicología de la edad adulta y la vejez. 5a edición, Editorial Pearson Educación, Madrid, 2003.
- ◆ SHIBLEY Hyde, Janet y Delamater, J. D. Sexualidad humana. 9a edición, Editorial Mc Graw-Hill, México, 2006.
- ◆ STASSEN Berger, Kathleen y Thompson R. A. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 4ª edición, Editorial Panamericana, Madrid, 2001.
- ◆ TIMIRAS, Paola S. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. 2ª Edición, Editorial Masson, España, 1997.
- ◆ Watch Tower Bible and Tract Society. ¡Despertad! Mensual de Febrero, New York 2006. Mensual de Junio, New York, 1991.
- ◆ Watch Tower Bible and Tract Society. Perspicacia para comprender las Escrituras. Tomo 2, New York.

- ◆ WEEKS, Jeffrey. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Ediciones TALASA, Madrid, 1993.
- ◆ WOOLFOLK, Anita E. Psicología educativa. 7ª Edición, Editorial Pearson Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1999.
- ◆ XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI, México.
- ◆ YAGOSESKY, Renny. Autoestima en palabras sencillas. Ediciones Júpiter, Venezuela, 1998.

ENCICLOPEDIAS

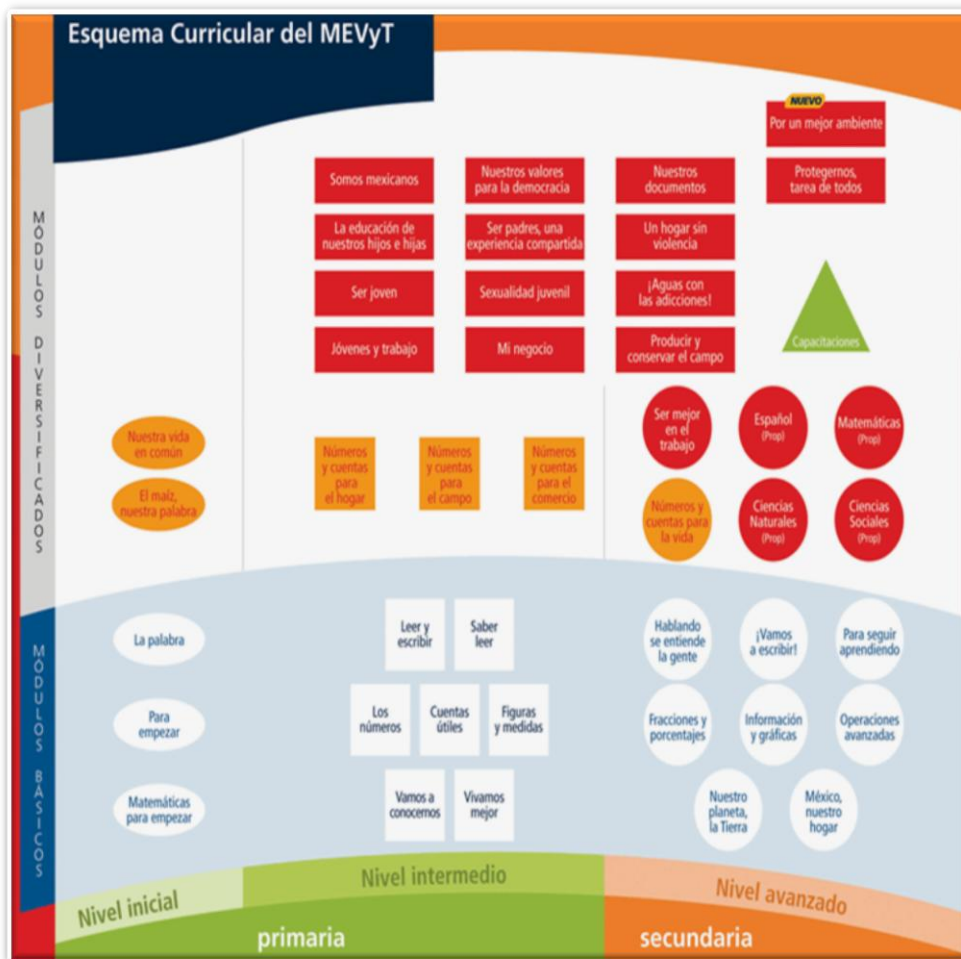
- ◆ Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición. www.rae.es/drae
- ◆ Enciclopedia Autodidáctica Interactiva. Tomo 8. Editorial Océano. 2003
- ◆ Enciclopedia Compacta Británica. CD-ROM, Chicago, 2006.
- ◆ Enciclopedia General de la Educación. Tomo I. España.

INTERNET

- ◆ “Andropausia, la menopausia del hombre”. www.terra.com
- ◆ “Andropausia”, www.andropausia.cl
- ◆ “Andropausia”, www.andropausia.com.mx
- ◆ “Andropausia”. Secretaría de Salud, www.e-mexico.gob.mx
- ◆ “Autoestima”. www.es.wikipedia.org
- ◆ “Cáncer cervicouterino”, Instituto de Salud del Estado de México, www.salud.edomexico.gob.mx
- ◆ “Cáncer cervicouterino”, SANFILIPPO, B. José, Dr. et. al. Facultad de Medicina UNAM, www.facmed.unam.mx
- ◆ “Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx
- ◆ “Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov
- ◆ “Cáncer de próstata, mama (seno) y cervicouterino”, ISSSTE, www.issste.gob.mx
- ◆ “Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad”. VALLEJO Casarín, Alma, Rey Juárez, R. M. y López Uriarte, F. <http://educacion.jalisco.gob.mx>
- ◆ “La motivación”. www.monografias.com
- ◆ “Menopausia y Climaterio”, www.menopausia.cl
- ◆ “MITOS DEL SIDA”. <http://www.gda.itesm.mx>.
- ◆ “Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT)” www.conevyt.org.mx
- ◆ “Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT)” www.inea.gob.mx
- ◆ “Sistema Reprodutor Femenino”, Instituto Mexicano del Seguro Social, www.imss.gob.mx
- ◆ “Sistema Reprodutor Femenino”, www.es.wikipedia.org
- ◆ “Sistema Reprodutor Masculino”, www.abcdelasalud.net
- ◆ “Sistema Reprodutor Masculino”, www.es.wikipedia.org

ANEXOS

- Plan curricular del Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT)
- Cuestionario para la identificación de intereses y necesidades
- Cartas descriptivas de las unidades de la propuesta





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario tiene como objetivo recabar información que permita detectar las necesidades e intereses de los adultos en materia de sexualidad. Los datos obtenidos son confidenciales y utilizados solo con fines estadísticos.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Estado civil: _____

Responda conforme lo que se le indica en cada pregunta.

1. ¿Quiénes conforman su familia nuclear (que vivan con usted)?

2. De los siguientes aspectos subraye los que caracterizan la relación con su familia:

- Comunicación
Afecto
Comprensión
Respeto
Apoyo mutuo
Conflictos
Indiferencia
Egoísmo
Falta de comunicación
Agresiones

3. Subraye los cambios físicos y emocionales que experimenta una persona en la edad adulta:

Cambios físicos Cambios emocionales

- Disminución de estatura
Líneas de expresión y marcas en la piel
Problemas de visión
Dificultades de audición
Bochornos
Cambios en el sistema reproductor
Calvicie
Presiones económicas
Depresión
Mal humor
Cansancio
Sentimiento de logro
Sentimiento de inutilidad
Soledad

4. ¿Significan lo mismo las palabras "sexo" y "sexualidad"?

Si No No se

5. ¿Tiene en este momento una pareja sentimental?

Si No

6. ¿Cuáles de los siguientes aspectos caracterizan esa relación sentimental?

- Compromiso
Respeto
Confianza
Tolerancia
Responsabilidad
Agresión física
Agresión verbal
Falta de comunicación
Desconfianza (celos)
Distanciamiento

7. ¿Mantiene una vida sexual con su pareja?

Si No

8. ¿Cómo considera su vida sexual?

Satisfactoria Satisfactoria en algunos aspectos Insatisfactoria

9. De los siguientes temas subraye aquellos de los que tiene información:

Menopausia	Orgasmo
Andropausia	Homosexualidad
Disfunciones sexuales masculinas	Parafilias
Disfunciones sexuales femeninas	Pornografía
Cáncer de próstata	Masturbación
Cáncer de mama	Infecciones de Transmisión Sexual
Cáncer cérvico uterino	

10. ¿Considera tener suficiente información acerca de estos temas? Si No

¿Por qué? _____

11. ¿De dónde ha obtenido dicha información? _____

12. ¿Sobre qué temas le gustaría saber más? _____

13. ¿A qué edad considera que ha acabado la vida sexual de una persona? _____

¿Por qué? _____

14. Mencione dos mitos o creencias que haya escuchado respecto a la sexualidad:

15. ¿Le gustaría estudiar un módulo que contenga temas exclusivos de la vida sexual en el adulto? _____

16. ¿Conoce o ha estudiado el módulo de Sexualidad juvenil? _____

17. ¿Cuál es la razón por la que asiste a INEA? _____

GRACIAS POR SU APOYO

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y SISTÉMICOS**contenido**

- 1.- El cabello
- 2.- Piel y tejido conectivo
- 3.- Pérdida ósea
- 3.- Envejecimiento de huesos, articulaciones y músculos

actividades

- | | | |
|---------------------------|---|------------------|
| 1.- Exposición del asesor | 2.- Proyección de un video respecta al funcionamiento y deterioro de estructuras y sistemas del cuerpo humano | 3.- Conclusiones |
| 2.- Lluvia de ideas | | |

60 minutos

recursos

- 1.- Módulo
- 2.- Pizarrón
- 3.- Marcadores

recursos

- 1.- DVD
- 2.- Video "Anatomía del cuerpo humano"

evaluación

- 1.- Conclusiones por parte de los usuarios y realización de los ejercicios del módulo

cambios estructurales y sistémicos

Sexualidad de los adultos

Objetivo: promover el conocimiento de los procesos estructurales y sistémicos del ser humano al llegar a una etapa madura de la vida.

MENOPAUSIA

60 minutos

contenido

- 1.- Funcionamiento del aparato reproductor femenino:
 - Trompas de falopio
 - Útero
 - Vagina

actividades

- 1.- exposición del asesor
- 2.- Proyección de video referente a la fisiología del aparato reproductor de la mujer.

contenido

1. Menopausia-
- 2.- Perimenopausia

actividades

- 1.- Plantear una pregunta y dar con ello paso a una lluvia de ideas que permita a los asesorados construir una definición propia con la ayuda del asesor.

contenido

- 1.- Ansiedad
- 2.- Nerviosismo
- 3.- Irritabilidad
- 3.- Depresión

actividades

- 1.- Crear un foro con todo el grupo para fomentar la libre expresión y exposición de sus puntos de vista u experiencias personales.

recursos

- 1.- módulo
- 2.- Reproductor de DVD
- 3.- Video

recursos

- 1.- módulo
- 2.- cd's

recursos

- 1.- Guía o moderador

evaluación

- 1.- Conclusiones por parte de los usuarios y realización de los ejercicios del módulo

menopausia

Sexualidad de los adultos

Objetivo: conocer y diferenciar las tapas que constituyen la menopausia, así como asimilar los cambios producidos por esta a nivel psicológico y emocional.

ANDROPAUSIA		
contenido 1.- Funcionamiento del aparato reproductor masculino: testículos, espermatozoides y pene actividades 1.- Exposición del tema 2.- Elaboración de un cuestionario con preguntas de reforzamiento	contenido 1.- Envejecimiento del sistema reproductor masculino 2.- Tratamiento de testosterona 3.- Capacidad reproductiva actividades 1.- Interrogatorio y exposición de experiencias vivenciales	contenido 1.- Afecciones emocionales e impacto social 2.- Depresión 3.- Autoestima actividades 1.- Mesa redonda y análisis de caso desde diferentes puntos de vista
		60 minutos
recursos 1.- Módulo 2.- Cuestionario con preguntas impresas	recursos 1.- Módulo	recursos 1.- Módulo
evaluación 1.- Conclusiones por parte de los usuarios y realización de los ejercicios del módulo		

andropausia

Sexualidad de los adultos

Objetivo: Conocer y asimilar los cambios que se producen en el hombre física, psicológica y socialmente, al llegar a una etapa madura de su vida.

DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS Y FEMENINAS	
contenido 1.- Disfunción sexual - Trastornos de deseo - Trastornos orgásmicos - Trastornos de la excitación - Trastornos asociados con el deseo	contenido 1.- Factores conductuales o de estilo de vida 2.- Factores psicológicos 3.- Factores interpersonales actividades 1.- Estudio de caso 2.- Discusión creadora y propuesta de soluciones a través de la producción divergente
60 minutos	
recursos 1.- Marcadores, hojas y pizarrón	recursos 1.- Fotocopias de estudio de caso 2.- Pizarrón y marcadores
evaluación 1.- Conclusiones por parte de los usuarios y realización de los ejercicios del módulo	

disfunciones sexuales masculinas y femeninas

Sexualidad de los adultos

Objetivo: Conocer y diferenciar los trastornos sexuales, así como los factores causales que los preceden.

INFECCIONES DE TRNSMISIÓN SEXUAL	
<p>contenido</p> <p>1.- Infecciones transmitidas por vía sexual</p> <p>actividades</p> <p>1.- Dinámica "cacería de firmas"</p> <p>2.- Exposición del tema</p>	<p>contenido</p> <p>1.- Infecciones adquiridas por vía no sexual</p> <p>actividades</p> <p>1.- Exposición del tema</p> <p>2.- Realizar el buzón de preguntas y resolver las dudas</p>
60 minutos	
<p>recursos</p> <p>1.- Módulo</p> <p>2.- Hojas y lápices</p> <p>3.- Esquemas de las diferentes infecciones</p> <p>evaluación</p> <p>1.- Conclusiones por parte de los usuarios y realización de los ejercicios del módulo</p>	<p>recursos</p> <p>1.- Módulo</p> <p>2.- Buzón, hojas y lápices</p>

infecciones de transmisión sexual

Sexualidad de los adultos

Objetivo: conocer y diferenciar los principales síntomas de las ITS, así como su evolución. Además de estimular el cambio de comportamiento que expone al riesgo de adquirir alguna infección.