



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESIS PROFESIONAL.**

**PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO “LA SEXUALIDAD SÍ IMPORTA”,**

**EN LA ADULTEZ TEMPRANA ENTRE 18 A 22 AÑOS DE EDAD,**

**PARA UNA SEXUALIDAD PLENA Y SALUDABLE**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ARI SAHAD MARTÍNEZ CASTRO  
GLORIA ALICIA VEGA REYES**

**ASESOR:**

**PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCÍA**

**ORIZABA, VER.**

**2014**



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 Dios por todas y cada una de las cosas que nos ha dado, por darnos la sabiduría necesaria para poder terminar esta tesis, y así poder seguir adelante en nuestra carrera profesional.*

*A mis padres Aldo y Juana que sin su apoyo a lo largo de mi corta vida no sería quien soy ni estaría a punto de concluir mi carrera profesional, gracias por todos esos desvelos que les hice pasar, por esos regaños que me hicieron ser la persona que soy, gracias por no dejarme caer y si lo he hecho me han levantado, pero sobre todo gracias por darme la vida y ser los maravillosos padres que son.*

*A mi hermano Aldo Samed que sin su alegría no hubiera iluminado parte de mi ser, sin sus bromas apoyo y cariño con facilidad me hubiera desesperado en algunos momentos. Gracias por todos los momentos que hemos vivido juntos en estos años.*

*A mis abuelos Rafael, Celia, María Elena gracias por su apoyo en estos años y gracias por haberme enseñado que son las pequeñas cosas las que importan y a mi abuelo Arturo que aunque no lo conocí vive en mí.*

*A mi Madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo, gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niño me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.*

*A mi Padre porque desde pequeño ha sido para mí un gran hombre maravilloso al que siempre he admirado, gracias por guiar mi vida con energía, esto ha hecho que sea lo que soy.*

*A mis Hermanas: Una meta más en mi vida se ha cumplido, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, por compartir mis penas y mis alegrías, mis pequeñas victorias y dolorosos fracasos, siempre recibiendo de ustedes la palabra de aliento que me dio la fuerza para seguir luchando. Hoy, que me he convertido en profesionalista, me dispongo a conquistar nuevas metas y a lograr mi realización personal, a ustedes debo este logro, y con ustedes lo comparto.*

*A nuestra asesora Anabel por habernos guiado todos estos meses donde nos ha orientado para así tener este trabajo de investigación listo.*

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
-------------------	---

### **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Justificación.....	12
1.4 Formulación de hipótesis.....	14
1.4.1 Determinación de variables.....	14
1.4.2 Operacionalización de variables.....	15
1.5. Objetivos de la investigación.....	15
1.5.1 Objetivo general.....	15
1.5.2. Objetivos particulares.....	16
1.6. Marco conceptual.....	16
1.6.1. Sexualidad.....	16
1.6.2. Adultez temprana.....	17
1.6.3Psicología de la Salud.....	18

### **CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA**

2.1. Antecedentes de la ubicación.....	19
2.2. Ubicación geográfica.....	22

### **CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO**

3.1. Fundamentos Teóricos de la Psicología de la salud.....	23
3.2. Fundamentos Teóricos de la Sexualidad.....	30
3.3. Adultez temprana.....	140

### **CAPÍTULO IV PROPUESTA DE TESIS**

4.1 Desarrollo de la Propuesta.....	144
4.2 Enfoque de la cognitivo.....	147

### **CAPÍTULO V DISEÑO METODOLOGICO**

5.1 Enfoque de la investigación: .....	165
5.2 Alcance de la investigación.....	166
5.3 Diseño de la investigación.....	167
5.4 Tipo de investigación.....	167
5.5 Delimitación de la población.....	167
5.6 Selección de la muestra:.....	168
5.7 Instrumento de la prueba.....	169

## CAPÍTULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Datos generales de la investigación.....	170
6.2. Análisis del cuestionario de la investigación.....	172
6.2.1 Resultados sobre conceptos de sexualidad.....	173
6.2.2 Resultados sobre anatomía.....	175
6.2.3 Resultados sobre masturbación.....	176
6.2.4 Resultados sobre enfermedades de transmisión sexual.....	177
6.2.5 Resultados sobre anticonceptivos.....	178
6.2.6 Resultados sobre erotismo.....	180
6.2.7 Análisis total de las secciones.....	181
6.3 Análisis de datos relacionados.....	182
<b>Conclusión.....</b>	<b>186</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>188</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>194</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>198</b>

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un fenómeno muy importante en la vida de los seres humanos pero en especial en la vida de los adultos jóvenes. Ya que es la etapa en donde se encuentran con un incremento mayor en las relaciones sexuales.

La mayoría de las personas viven de forma ignorante y con riesgos lo que es la sexualidad. Es por ello que se recomienda saber acerca de las maneras para poder cuidarse en una relación sexual. Tanto para poder cuidar a su pareja como a uno mismo.

Pero esto no solo es importante, sino que también es trascendental saber disfrutar de manera sana y responsable su sexualidad, ya que con esto el individuo en esta etapa podrá saber las maneras de tener una sexualidad saludable.

En este trabajo se encontraran las diferentes formas en como una persona puede disfrutar su sexualidad de forma saludable y satisfactoria.

La mayoría de los adultos jóvenes ya sean hombres y mujeres no conocen su cuerpo y no sé auto exploran, muchos de ellos es por temor al qué dirán o por los constructos cognitivos que sus padres les hayan transmitido a los largo de su vida, o también porque la religión marca que no se tienen que tocar, porque si lo hacen es una falta de respeto para su cuerpo y para su religión.



En este trabajo se encontrará la manera en la que se puede trabajar con los adultos jóvenes, para que estos puedan tener una vida sexual sana y satisfactoria tanto para ellos como para su pareja.

Capítulo I se describe el planteamiento, descripción y formulación del problema, justificación de este, la hipótesis de investigación, determinación de las variables, los objetivos de la investigación, el marco conceptual el cual incluye el concepto de sexualidad erotismo y enfermedades de transmisión sexual.

En el capítulo II se describe el marco contextual, antecedentes y la ubicación geográfica.

En el capítulo III se describe el marco teórico, delimitado el fundamento teórico de la psicología de la salud, historia de la sexualidad, conceptos de sexualidad, la anatomía del cuerpo humano, en específico de los sistemas reproductores, el desarrollo sexual, respuesta sexual tanto del hombre como de la mujer, identidad sexual, erotismo, en erotismo se describen también lo que son enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, masturbación, zonas erógenas, juguetes sexuales y posiciones, así como adultez temprana.

En el capítulo IV se describe la propuesta de tesis, el desarrollo de la propuesta, el nombre de la propuesta, el objetivo de la propuesta, la justificación de la propuesta, la población a la que va dirigida, la duración de la propuesta, área de la psicología, enfoque psicológico y desarrollo de la propuesta.

En el capítulo V se describe la metodología de la investigación, enfoque de la investigación, alcance de la investigación, diseño de la investigación, tipo de investigación, delimitación de la población, selección de muestra e instrumento.

En el capítulo VI se describe los resultados de la investigación, en este caso se describirán los resultados de la encuesta que se les realizó a los jóvenes adultos entre 18 y 22 años de las facultades de psicología y enfermería en la cual se describen a través de diferentes gráficas y tablas los datos generales y análisis de los datos.

Por último se encuentra un glosario con algunas palabras que no se entienden, así como a bibliografía de la investigación y un anexo que en este caso sería el cuestionario que se aplicó para poder realizar la propuesta de investigación.

Eso es lo que se encontrara en esta investigación, así como las maneras para que se tenga una sexualidad sana y satisfactoria.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema.

En los últimos años hemos visto muchos cambios frente a situaciones que en el pasado no se hablaban. Dentro de estos temas surge la sexualidad como un aspecto de interés y de mayor comunicación entre las personas. De esta manera, quienes trabajan con adultos jóvenes se ven cada vez más expuestas a preguntas en relación a conductas y temas sobre sexualidad. Las inquietudes surgen en los jóvenes, padres, familiares y diferentes representantes del ámbito social. En algunos casos no existe una información clara de lo que conlleva tener una sexualidad saludable y satisfactoria.

El proceso de desarrollo sexual está vinculado a múltiples aspectos de la vida de un ser humano. En este sentido, la sexualidad humana implica la integración de diversos procesos de carácter biológicos, emocionales, cognitivos y sociales. De esta forma, la sexualidad es un fenómeno que abarca una relación de aspectos biológicos y múltiples complejos psicológicos.

En la adolescencia se inician cambios biológicos que se evidencian en el sujeto a través de la aparición de los caracteres sexuales secundarios que provocan en el joven nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a sí mismo y hacia los demás. Esto hace que al llegar a la etapa de adulto joven pueda tener una sexualidad satisfactoria y saludable.

Uno de los aspectos más importantes de nuestra manera de ser son los aspectos que se agrupan bajo la denominación de Identidad Sexual. Es el conjunto de características sexuales que nos hacen genuinamente diferentes a los demás: nuestras preferencias sexuales, nuestros sentimientos o nuestras actitudes ante el sexo. Simplemente, podría decirse que el sentimiento de masculinidad o feminidad (con todos los matices que haga falta) que acompañará a la persona a lo largo de su vida. No siempre de acuerdo con su sexo biológico, o de su genitalidad.

De acuerdo a la primera encuesta internacional sobre sexo en el 2004 la mayoría de las mujeres tienen su primera relación sexual entre los 19 y 24 años, que tengan su primera relación sexual no quiere decir que en esta hayan experimentado un orgasmo. Mientras que los hombres tienen su primera relación sexual entre los 17 y 18 años, la mayoría de ellos lo hace por experimentar y sobre todo para no quedarse atrás.

La actividad sexual de un adulto joven es de aproximadamente 6 a 7 veces por mes, esto no quiere decir que tengan una vida sexual satisfactoria y saludable, ya que la mayoría de ellos no tiene los conocimientos suficientes acerca de la sexualidad.

Los medios de comunicación hoy en día son tanto positivos como negativos, ya que depende de la persona como utilice la información dado por ellos. El adulto joven va descubriendo su propio cuerpo al tiempo que va descubriendo sus sentimientos, gustos y preferencias.

## **1.2 Formulación del problema.**

¿Cuál es la herramienta psicológica de apoyo para los estudiantes entre 18 a 22 años de edad de la Universidad de Sotavento en las licenciaturas de enfermería y psicología, para que tengan una sexualidad plena y saludable?

## **1.3 Justificación**

La sexualidad es un tema que hoy en día nos llama la atención a todos, principalmente a las personas que están en la adultez temprana ya que es a esta edad cuando andan más curiosos de lo normal acerca de este tema y de todo lo que este implica.

Lo que se ha visto es que en los niveles de educación secundaria y de preparatoria la mayoría de los adolescentes aun no conocen nada acerca de la sexualidad y si la conocen tienen un mal concepto de este en cuanto a lo que es y lo que significa. Al llegar a la etapa de la adultez temprana tendrían que contar con un mayor conocimiento ya que son activos sexualmente.

Hoy en día son muy pocos las personas en adultez temprana que están informados correctamente de lo que es la sexualidad y de todo lo que conlleva en su vida. Y aun así tienen dudas de lo que esta pueda ser o de lo que pueda conllevar la sexualidad.

Los medios de comunicación son un factor muy importante, para el desarrollo de las personas en adultez temprana ya que la mayoría de estos pasa su tiempo en la tv. o en el internet, utilizando las diferentes redes sociales donde pueden interaccionar en diversos grupos donde la gama de información puede hacer que la perspectiva de la sexualidad sea muy alta y a la vez muy baja. La razón por la que se eligió este tema es porque las personas tienen una idea errónea de lo que es la sexualidad, de lo que todo esto implica y de lo que toda está nos tiene por mostrar y entender.

Desgraciadamente existen algunos padres que no tienen la iniciativa de hablar con sus hijos de todos estos temas de la sexualidad, porque a muchos les da pena o porque no saben o porque no creen conveniente que ellos sepan esos temas, algunos de ellos porque están mal vistos por su religión, por su cultura o porque simplemente no se los enseñaron a ellos.

La mayoría de las personas en adultez temprana, tanto hombres como mujeres tienen miedo a preguntar, por vergüenza o pudor, o bien porque piensan que los van a regañar, que les van a decir algo malo y feo del porque están no solo pensando si no diciendo eso en sus casas, así como también se vayan a sentir avergonzados de decirles a sus compañeros ya que ellos están más experimentados y saben más de este tema o lo que ellos creen saber acerca de la sexualidad.

La sexualidad es un tema muy extenso y abarca varias cosas de nuestra vida cotidiana que no nos damos cuenta ya que no sabemos mucho acerca del tema.

Por todo esto y más cosas es que este tema es tan interesante, los adultos jóvenes necesitan una buena orientación acerca de los temas relacionados con la sexualidad, para así poder tener una mejor vida sexual satisfactoria y saludable,

Se trabajará bajo el enfoque cognitivo, porque se pretende modificar el pensamiento. Y los procesos cognitivos del individuo.

#### **1.4 Formulación de hipótesis**

El programa de apoyo psicológico para las personas en la adultez temprana entre 18 a 22 años de edad en la Universidad de Sotavento “la sexualidad sí importa”, favorecerá la sexualidad plena y saludable.

##### **1.4.1 Determinación de variables.**

Variable independiente: Programa sobre sexualidad.

Variable dependiente: Sexualidad plena y saludable.

### 1.4.2 Operacionalización de variables.

VARIABLE	Sexualidad plena y saludable.	Programa de sexualidad
TEORIA	La sexualidad es el resultado de la interacción de la evolución biológica y del ambiente sociocultural, este último influye poderosamente en el funcionamiento del individuo, es producto de la experiencia y el aprendizaje.	Proyecto o planificación ordenada de las distintas partes o actividades que se componen en una cosa que se va a realizar.
METODOLOGICAMENTE	Dependiente	Independiente
OPERACIONALMENTE	Mediante un cuestionario se conocerá el conocimiento que tenga el individuo sobre sexualidad.	Se expondrán diversos temas de sexualidad por medio de diapositivas.

### 1.5 Objetivos de la Investigación.

#### 1.5.1 Objetivo general

Aumentar el conocimiento sobre sexualidad mediante la exposición de diversos temas de sexualidad, para las personas en adultez temprana entre 18 y 22 años de las licenciaturas de enfermería y psicología de la Universidad de Sotavento Campus Orizaba, en base a la carencia de conocimientos, para tener una vivencia de sexualidad plena y saludable.



### **1.5.2 Objetivos particulares**

- Elaborar un cuestionario que nos permita saber el nivel de conocimientos acerca de sexualidad.
- Analizar los resultados de las muestras.
- Realizar un programa de sexualidad que contenga las áreas de: conceptos de sexualidad, anatomía de los sistemas reproductores, masturbación, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos y erotismo.

## **1.6 Marco conceptual**

### **1.6.1 Sexualidad**

La sexualidad está presente desde que nacemos en muchos aspectos de nuestra vida: en las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se hace evidente que la sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y el adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado, y observa las expresiones de afecto y las actitudes sexuales de los adultos que le rodean, que en ocasiones trata de imitar. Durante el

periodo prepuberal se establece la identidad sexual y el niño continuo recogiendo información sobre la sexualidad a partir de los amigos, los maestros y la familia.

### **1.6.2 Adultez temprana**

En una de las etapas que maneja K. Wegsner Schaie nos menciona que el adulto joven (entre 18 y 21 años a los 30) ya no adquiere conocimiento solo por utilizarlo sino que emplea lo que sabe para conseguir objetivos, como estudiar una carrera y tener una familia.

Las actividades sexuales y reproductoras pueden causar placer y, algunas veces, conducir a la paternidad. Estas funciones naturales e importantes también pueden acarrear preocupaciones físicas, entre las que se encuentran la disfunción sexual, las enfermedades de transmisión sexual, los problemas menstruales y la infertilidad.

En la edad adulta temprano los riesgos de actividad sexual sin protección y con varios compañeros no son diferentes de los de la adolescencia. Las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales también pueden adquirirse por otros medio, como transfusiones sanguíneas.

### **1.6.3 Psicología de la salud**

La psicología de la salud es un área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la psicología experimental, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud.

## CAPÍTULO II

### MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

#### 2.1 Antecedentes de la ubicación.

Esta investigación se llevará a cabo en la Universidad de Sotavento Campus Orizaba. La Universidad de Sotavento, cuenta con más de dieciocho años impartiendo servicios educativos. La institución nace en la ciudad de Coatzacoalcos Veracruz, en el año de 1994, bajo la visión emprendedora del rector y fundador el Doctor Juan Manuel Rodríguez García, que busca impartir educación de excelencia en todos los estudiantes. Actualmente, la institución cuenta con presencia en las ciudades de Coatzacoalcos y Orizaba Veracruz así como en la ciudad de Villahermosa Tabasco.

## **Misión**

“Formar profesionistas de Excelencia Académica, capaces de comprometerse con el desarrollo de su entorno con un amplio sentido analítico, creativo y humanista, que le otorgue liderazgo nacional e internacional, mediante la docencia, el conocimiento científico, la investigación, la difusión de la cultura y el deporte.”

## **Visión**

“Ser una institución educativa líder con reconocimiento nacional e internacional que otorgue prestigio a su egresado en un campo profesional, con el más alto nivel de calidad y excelencia académica”.

## Valores

- Honestidad
- Liderazgo
- Respeto
- Ética
- Sentido ecológico
- Calidad, responsabilidad y productividad
- Lealtad disciplina
- Integración
- Autoestima
- Espíritu
- Innovación

## 2.2 Ubicación geográfica.

La Universidad de Sotavento Campus Orizaba Veracruz México está ubicada en la calle Emiliano Zapata 175, colonia el Espinal, C.P. 94310.

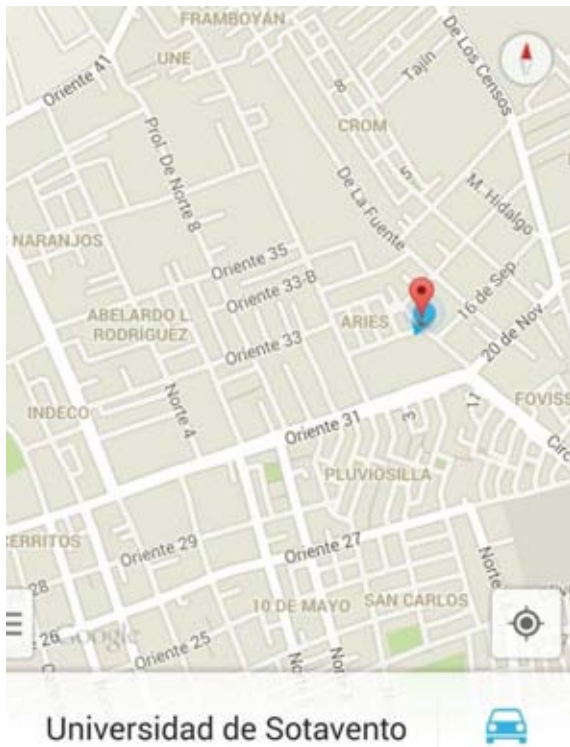


Figura 1 croquis de la Universidad de Sotavento



Figura 2 Fachada de la Universidad de Sotavento

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Fundamentos teóricos de la psicología de la salud.

Los psicólogos siempre han estado interesados en cuestiones de la salud. Sin embargo, hasta finales de 1960 no existió un enfoque dentro de la psicología que se pudiera denominar psicología de la salud.

Es a partir de 1978 que esta se constituye formalmente, por un grupo de psicólogos de diferentes áreas (clínica, social, experimental, etc.) interesados en cuestiones relacionadas con la salud, forman una división de la psicología de la salud de la asociación americana de la psicología (APA).

La psicología de la salud es un área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la psicología experimental, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud.

Carrobbles (1993) dice que la psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos casos de que



tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. (Carrobles, 1993 en Oblitas, Becoña, 2000)

La psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica la promoción fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad.

La psicología de la salud tiene como objetivo principal la prevención, y en este sentido la modificación de los patrones de comportamientos y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas. (Oblitas, Becoña, 2000)

### *Modelos explicativos de la psicología de la salud*

Existe algunos modelos que explican, porqué las personas ponen en prácticas determinadas conductas de salud y sobre todo como se desarrollan de forma eficaz los hábitos de salud.

#### ➤ Modelo de creencias sobre la salud

Hochbanm en 1958 sugirió que una persona adoptara o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud y de las percepciones sobre:

1. Susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad. Es las creencias de poder contraer o no una enfermedad.

2. Percepción de la gravedad de las consecuencias de la enfermedad en caso de contraerla.
  3. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y la gravedad percibidas.
  4. Los costes físicos, psicológicos, económicos entre otros de llevar a cabo la acción.
- Teoría de la acción razonada y conducta planificada

Esta teoría comprende que los comportamientos están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano. La voluntad es la que nos hace llegar a cabo no una acción. Los dos aspectos que determinan una acción razonada son:

- Se refiere al aspecto personal, es decir a la actitud que tenga la persona hacia una conducta, la persona realiza una evaluación positiva o negativa con respecto a una acción y los resultados que pueda traer esta. Por lo tanto el comportamiento se basa en las consecuencias positivas y si la mayoría de las creencias que se tiene son efectos negativos el comportamiento será desfavorable.
- El segundo se refiere a la percepción que tiene la persona acerca de la presión social que esta tiene sobre la persona al momento de realizar o no una acción.

Esta teoría dice que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario además de los dos puntos anteriores,

que se sienta capaz de llevar acabo y que tenga garantía de que el comportamiento le ayudara a obtener el resultado deseado.

➤ Teoría de la motivación protectora

Rogers, Harris y Middleton proponen que la probabilidad de que una persona tenga la intención de adoptar una o varias conductas saludables y poder aumentarlas es cuando la persona percibe que su salud está amenazada, pero en la persona está la posibilidad también de hacer cosas eficaces y a un coste bajo para que dicha amenaza se reduzca.. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004)

➤ Modelo del proceso de la adopción de precauciones

Weinstein en 1988 pronuncio que el modelo creencias sobre la salud y la teoría de la acción razonada y planificación se limitan a las variables que influyen en la adopción de comportamientos relacionados con la salud, y estos no profundizan en el modo en que las variables pueden combinarse para predecir la probabilidad de una persona realice o no un comportamiento. . (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004)

El modelo de Weinstein contempla 7 etapas de creencias para poder llevar a cabo una acción.

1. La persona no tiene información acerca de que su comportamiento tiene influencia sobre su salud.

2. La persona adquiere conciencia del riesgo, cuando cree que el peligro acecha a otras personas.
3. Reconoce su susceptibilidad y acepta la idea de que la precaución podría ser de gran ayuda para que él no corra riesgo de la enfermedad.
4. Toma la decisión de pasar a la acción.
5. Aunque tomo la decisión de entrar en acción, decide que esta es innecesaria.
6. Adquiere las precauciones necesarias para reducir riesgos.
7. Mantiene la precaución en caso de resultar necesario. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004)

Existen 4 niveles de intervención los cuales son:

- ❖ Primario o de prevención: es el nivel en el cual se previene la enfermedad o el daño en personas sanas, empleando técnicas de modificación de conducta, para así evitar los riesgos y mantener la calidad de vida de una persona.
- ❖ Secundaria: en este nivel hay un desarrollo leve de la enfermedad, en algunos casos no hay un diagnóstico de la misma o aunque se puede estar diagnosticada se desarrolla de forma lenta. Se trabaja con el paciente la adquisición del tratamiento médico, la modificación de su conducta y proporcionar a este las habilidades adecuadas para poder afrontar su padecimiento.
- ❖ Terciaria: en este nivel se trabaja con el individuo cuando se presentan los primeros síntomas de la enfermedad, para así poder prevenir estados más

avanzados y evitar los factores de riesgo que complicarían la rehabilitación de la persona, se modifican los hábitos que podrían producir un mayor deterioro, para que así se eleve la calidad de vida, se favorezca la independencia y la readaptación del paciente.

- ❖ Cuartearía: este nivel se produce cuando ya el paciente tiene o tuvo la enfermedad, y este ha sido tratado y está curado o al menos no siente los efectos nocivos y está trabajando para evitar las recaídas, y más si hay un alto porcentaje en presentarse. (Reynoso y Seligson, 2002)

### *Actividades de los psicólogos de la salud*

Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en 3 categorías las cuales son: investigación, aplicación y formación. (Weiss, 1982 en Oblitas y Becoña, 2000)

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud. La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Uno de los temas más nombrados en estos momentos, y al cual se le está presentando una gran atención, es el de las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente. Así mismos los psicólogos de la salud han investigado otro tipo de temas como son la prevención

para no fumar y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, practicas dietéticas saludables, etc. (Oblitas y Becoña, 2000)

Una línea de investigación importante dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad. Los psicólogos de la salud tampoco han descuidado las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados de la salud y la política de salud.

Otra faceta en las que se ha implicado los psicólogos de la salud, son ofreciendo evaluaciones psicológicas a los pacientes, médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud. (Oblitas y Becoña, 2000)

Los psicólogos de la salud también han utilizado una amplia gama de técnicas como son métodos psicoterapéuticos, modificación de conductas, biofeedback, etc. para así poder tratar diversos y numerosos trastornos, que van desde la obesidad asta enfermedades cardiovasculares. (Prokop y Bradley, 1981 en Oblitas y Becoña, 2000)

Los psicólogos de la salud también participan en la educación y el entrenamiento. Muchos psicólogos de la salud han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo su conocimiento acerca de los factores psicológicos respecto a la salud. (Oblitas y Becoña, 2000)

### **3.2 Fundamentos teóricos de la Sexualidad.**

#### *Historia de la sexualidad.*

La sexualidad es un fenómeno que ha ido cambiando a lo largo de los tiempos y de los diferentes tipos de cultura que han existido y que existen en el mundo. Pero todas ellas tienen hasta cierto punto el mismo fin que es el de socializar con otras u otras personas.

En la prehistoria existieron dos etapas importantes para la sexualidad de esos tiempos nos lo menciona Vera- Gamboa (1998) monogamia natural, en la cual de manera similar a los animales, llevaba una vida sexual regulada por los periodos de acoplamiento. Este patrón de sexualidad prevalece con el advenimiento de la agricultura y la ganadería, práctica económica que movió el surgimiento de la propiedad privada. Para entonces la monogamia tenía como finalidad asegurar el patrimonio familiar, condición que define la segunda etapa.

Para el judaísmo el matrimonio tenía como finalidad la decencia y la esposa hebrea tenía el privilegio de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias, pero si ella le era infiel era apedreada.

Dentro de la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, práctica adoptada posteriormente por los judíos, tenía un carácter ritual en la ceremonia de iniciación de la adolescencia.

Como hemos visto hasta aquí, cada cultura representaba la sexualidad dependiendo del medio, los primeros habitantes además de ser seres nómadas también tenían una sexualidad como la que practican los animales cuando se encuentran en celo, esto viene a cambiar cuando el hombre empieza a dirigir su atención en otras y empieza a ser un ser sedentario, y su tiempo y energía lo ocupa en realizar otras actividades.

En la antigua Grecia se hacía culto a la virginidad, representada por Artemisa que era una diosa virgen. En época clásica conocían la importancia de desarrollar plenamente la sexualidad. Procuraban exaltar el erotismo, educaban a sus niños en el conocimiento de las funciones sexuales. Las consideraciones griegas sobre la sexualidad permitían conductas que otras culturas sancionarían. Adoraban y admiraban la belleza, su prototipo de belleza era el hombre joven. Como practica social existían relaciones entre hombres. La sexualidad en el matrimonio muchas veces estaba limitada a la reproducción. La mujer era considerada como de segunda categoría y ante todo una portadora de hijos. En la Grecia posclásica, por las corrientes filosóficas vigentes, se empieza a ver a lo corporal y a la sexualidad desde una óptica despectiva (Conversando sobre salud y sexualidad, 2009).

Vera-Gamboa (1998) nos menciona que en Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusivo de las hetairas (prostitutas finas), quienes podían andar públicamente con los hombres y las *pornoieran* las prostitutas más bajas, vocablo del que deriva la palabra pornografía. La mujer era como un ciudadano de segunda categoría y era ante todo una *gye* cuyo significado era portadora de hijos.



Con el surgimiento de la familia patriarcal se da una serie de dualidades en lo sexual:

- a) En el plano social la aparición de la esfera privada restringida al ámbito a la mujer, que dando a su cargo la reproducción, la educación y la pública a cargo de los varones.
- b) Una doble norma establecida: permisividad al varón y representación a la mujer a la que se le exige virginidad y fidelidad al marido sin importar su propio placer.
- c) Doble imagen de la mujer dependiendo de las necesidades y exigencias sociales. La mujer buena es la mujer de casa, la madre o la virgen. La mujer mala es la mujer pública dedicada al placer.
- d) En cuanto a la sexualidad un doble significado: reproductivo como una forma lícita y socialmente aceptada vinculada al matrimonio y a la familia. O bien, placer como la forma válida para el hombre pero devaluar su moral.

En la cultura griega la mujer tiene que ser una perfecta dama para al menos poder ser tratada de buena forma, aquí la familia es el eje central de la mujer no puede pensar en ella si no que tiene que vivir y pensar en los demás miembros de la familia y no importa lo que esta quiera o sienta. El hombre es la figura de autoridad, busca su placer sin importarle si la mujer sufre con eso o no.(Vera-Gamboa, 1998)

Vera-Gamboa (1998) menciona que la sexualidad en la edad media, la iglesia consolidaba su poder, de modo tal que la teología se equiparaba a la ley civil. En esta época aparecieron los famosos cinturones de castidad y se hicieron evidentes

muchos problemas sexuales, por lo que la iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoniaco dando origen así a la Santa Inquisición. A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades venéreas y que fueron consideradas un castigo celestial por los excesos sexuales.

Durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, conductas sexuales como por ejemplo la menstruación, eran consideradas inapropiadas y se le culpaba de desórdenes como la epilepsia. Durante este tiempo vivían su sexualidad dependiendo a que clase social pertenecías. En la clase media, el pensamiento religioso daba una gran importancia a la familia pero sin hacerles olvidar que el sexo era una necesidad y que no se podía disfrutar de él. En el caso de las mujeres el sexo era algo que se tenía que soportar, lo que trajo como consecuencia la aparición de mitos que mezclaban la culpa y el miedo. Los médicos fueron responsables de esos mitos. Incluso se nombró que aquella mujer que disfrutara al momento de mantener una relación sexual estaba destinada a morir joven. Mientras que en la clase alta vivían su sexualidad de forma libre sin ningún tipo de restricción. En esta época se aprobaron las primeras leyes en contra de la pornografía.

Richard Kraft-Ebing en 1882 realiza un trabajo en donde describe los diferentes tipos de comportamientos sexuales etiquetándolos como patologías y surgiendo así el término de desviación sexual. Sus escritos ligan la sexualidad no

reproductiva con el concepto de enfermedad sexual mismo que persiste hoy en día. (Vera-Gamboa, 1998)

Sigmund Freud desarrollo su teoría de la personalidad, la cual tiene como eje el desarrollo sexual. Introduce el término de libido como la energía de la que emanamos todas las actividades de los hombres. Afirma que las fobias y los miedos tienen relación con las frustraciones de índole sexual. Freud realizo estudios con niños y adulto dando por sentado que desde niños somos seres sexuales. Ellis menciona que el deseo sexual es igual para el hombre y la mujer y refuta el concepto de que la masturbación ocasionaba insania. Stopes decía que el sexo debería de ser disfrutado libremente y sin temores. (Vera-Gamboa, 1998)

A través de los años la sexualidad se ha visto de diferentes formas, desde un forma de reproducción hasta una forma de sentir placer, así como también de forma patología, demoniaca en algunas otras épocas, incluso en algunas culturas de la actualidad o religiones se sigue considerando esto.

En cada época y en cada religión le da su propio sentido a lo que para ellos es la sexualidad como veremos a continuación.

López y Fuentes en 1999 definen la sexualidad como la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción, es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica. (Torices y Ávila, 2012)

Lo que ellos nos quieren decir es que el ser humano por naturaleza es un ser sociable y eso le permite que tenga una buena relación con las personas que lo rodea y que no importa si tiene o no hijos, sino que lo importante para ellos es poder relacionarse con los demás.

Bandura en 1979 dice que la sexualidad es el resultado de la interacción de la evolución biológica y del medio ambiente sociocultural, este último influye poderosamente sobre el funcionamiento biológico del individuo. Además es producto de la experiencia y el aprendizaje. (Torices y Ávila, 2012)

Bandura nos dice que es una forma de interactuar con los demás y que tiene que ver nuestras experiencias para saber cómo seremos con las demás personas y que tienen que ver para que tengamos las herramientas necesarias para poder reproducirnos.

Muchas veces cuando mencionamos la palabra sexo nos referimos a la actividad sexual en donde entran en contacto los genitales de una persona con otra cuando, cuando en realidad sexo significa otra cosa.

Para la OPS/OMS (2000) el sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembra y macho. (Torices y Ávila, 2012)

Ya sabemos que el sexo se refiere al conjunto de características biológicas que nos dicen si somos hembras o machos, pero en si no tenemos claro que sería la actividad sexual.

Para la OPS y la OMS (2000) dicen que la actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (Torices y Ávila, 2012)

Hablar de sexualidad no es solamente hablar del bienestar físico social y psicológico, ni de la actividad sexual o el sexo que nos define biológicamente, sino que también debemos de hablar sobre el género ese que tiene tanta polémica entre los hombres y las mujeres y lo que este conlleva.

OPS/OMS (2000) da a conocer que el género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y, en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetua las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. (Torices y Ávila, 2012)

Para la OMS (2009), el género es lo que una sociedad dada cree acerca de las funciones y actividades propias de hombres y mujeres y los comportamientos que resultan de estas creencias. (Torices y Ávila, 2012)

Mientras que la ONU (2005) menciona que el género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre las mujeres y los hombres forman la base de las normas sociales que definen los hombres en un determinado grupo. (Torices y Ávila, 2012)

Bustos (1994) define el género como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a las mujeres y a los hombres como producto de un proceso histórico de construcción social. (Torices y Ávila, 2012)

Las definiciones anteriores de género nos hablan que son las diferencias que existen en las actividades culturales y personales que realizan los hombres y las mujeres.

La identidad de género la OPS/OMS 2000 define como el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (Torices y Ávila, 2012)

Álvarez- Gayou en 1990 dicen que es la vivencia psíquica y emocional obtenida mediante el proceso de identificación, de pertenecer al género masculino o al femenino. (Torices y Ávila, 2012)

John Money ha estimado que esto sucede a partir de los 18 meses de edad, aunque esa identidad este basada en aspectos concretos tales como la ropa y los juguetes, la construcción primaria de la identidad de género continua hasta los cuatro años, cuando se establece un concepto de permanecía y no es sino

hasta el final de la adolescencia entre los 17 y 21 años en que se constituye en forma definitiva. (Torices y Ávila, 2012)

La identidad de género es la sensación de ser hombres o mujeres de una forma muy personal e íntima de acuerdo a nuestro propio desarrollo desde el cómo vestimos hasta nuestro comportamiento dentro y fuera de la sociedad.

La OPS/OMS 2000 dice que la orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales o en una combinación de estos elementos.

La OPS/WAS 2000 menciona que la identidad sexual es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tienen de sus capacidades sexuales. (Torices y Ávila, 2012)

Según Álvarez–Gayou (1986) la preferencia sexual es el gusto o la preferencia para relacionarse afectivamente y/o eróticamente con las personas, esta puede ser heterosexual cuando la atracción es hacia personas del otro sexo, homosexuales cuando la atracción es hacia personas del mismo sexo y bisexuales cuando la atracción es hacia personas de uno y otro sexo indistintamente. (Torices y Ávila, 2012)

Se nos menciona que en la preferencia sexual puede o no existir una relación erótica con otra persona, para la OPS y la OMS (2000) el erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evoca los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitante sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.(Torices y Ávila, 2012)

La OPS y la OMS (2000) nos dicen que las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.(Torices y Ávila, 2012)

Que nos quiere decir con esto que es el acto de un individuo de expresar eróticamente lo que siente y quiere tanto a uno como a varios individuos, así como una comunidad puede tener algunas costumbres específicas para que sus individuos demuestren eróticamente lo que sienten.

Para poder llevar una buena práctica sexual debemos de tomar en cuenta las relaciones sexuales sin riesgo.

OPS Y OMS (2000) nos dice que la expresión de relaciones sexuales sin riesgo se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH. (Torices y Ávila, 2012)

Para poder llevar esto a cabo, tenemos que tener una salud sexual idónea.



La OPS (2000) se refiere a Salud Sexual a la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriquecimiento de la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedades. (Torices y Ávila, 2012)

La salud sexual se refiere al equilibrio físico, social y psicológico que tiene una persona con relación a su sexualidad y todo lo que esta conlleva. Así también son todas esas experiencias que nos hacen llevar una buena sexualidad.

### *Anatomía sexual*

La anatomía del hombre y de la mujer es diferente en muchos aspectos aunque tiene algunas similitudes.

La anatomía sexual reproductiva incluye los órganos sexuales internos y externos y los órganos reproductivos internos (PlannedParenthood, 2014).

A continuación se presenta la anatomía sexual:

#### *A) Anatomía sexual externa de la mujer*

La vulva incluye todos los órganos externos de una mujer.

Los labios externos también se les llama labia mayores o labia externos. Los labios externos son carnosos, están cubiertos con vellos púbicos y conectados a los muslos. La mayoría de las mujeres tiene los labios externos más grandes

que los internos, pero muchas tienen los labios internos más grandes que los externos.

Los labios internos también se los llama labia menores o labia interna. Cubre la abertura vaginal y la uretra. Los labios internos son visibles cuando los externos se separan. En muchas mujeres los labios internos pueden ser cortos o largos, arrugados o lisos. También son sensibles y se pueden hinchar cuando la mujer se excita. Los labios internos pueden variar de color, desde un rosa a un negro amorronado, dependiendo del color de piel de la mujer. Los labios internos pueden cambiar de color a medida que la mujer envejece.

El clítoris es el tejido esponjoso que se llena de sangre durante la excitación y se erecta. Es muy sensible al contacto. La punta externa del clítoris está en la parte superior de la vulva, donde se unen los labios internos. La estructura interna del clítoris incluye el tronco y dos cruras, raíces o piernas, de tejido eréctil que se extiende hasta cinco pulgadas en el cuerpo de la mujer ambos lados de la vagina. Sistema de redes de nervios muy sensibles se extienden desde las cruras hacia el área pélvica. El clítoris es el único órgano del cuerpo humano cuyo único propósito es el placer sexual.

La capucha del clítoris es la piel que cubre y protege la punta externa del clítoris.

La abertura de la uretra es el conducto que vacía la vejiga y transporta la orina fuera del cuerpo. La apertura de la uretra está debajo del clítoris. Es bastante pequeña y difícil de ver o sentir.

La abertura de la vagina está debajo de la abertura de la uretra. La abertura vaginal es donde los dedos, el pene o los tapones pueden entrar a la vagina y también es por donde sale el sangrado menstrual y el feto.

El monte de venus es un abultamiento constituido por tejido graso que está situado por delante de la sínfisi pubiana; no es un órgano, sino tan solo una región. En la pubertad se cubre de vello grueso y oscuro, en la edad adulta es vello pubiano es abundante, después de la menopausia se vuelve escaso formando un triángulo de base superior. La piel del monte de Venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas; la circulación sanguínea se realiza por medio de ramas de la arteria y vena pudendas externas (Torice y Ávila, 2012).

El himen señala la entrada de la vagina, su inervación e irrigación están dadas por vasos arteriales y venosos, los nervios pertenecen a los trocos pudendos y rectales inferiores. Los restos del himen se denominan carúnculas mirtiformes o himenales, cuando el tejido del himen es muy rígido, puede provocar dolor ante la penetración de algún objeto o el pene durante una relación sexual, cuando esto se presenta se hace necesario una himenotomía (corte quirúrgico del himen). Un himen elástico puede romperse fácilmente ante la presencia de un traumatismo incluso leve y sin la mujer se dé cuenta, es por eso que muchas ocasiones en la exploración no se encuentran presente.

Las mamas representan una de las más notables características sexuales secundarias en la mujer; están situadas en los músculos del pecho y se extienden entre la segunda y la séptima costilla y de la línea media del pecho hasta la parte

inferior de la axila. La forma de las mamas es muy variable, según las razas, la edad, el embarazo la lactancia o el periodo menstrual; lo mismo sucede con la consistencia, es firme y elástica en la mujer joven y que no ha tenido hijos; blanda y flácida en la mujer adulta mayor. Sus dimensiones son igualmente variables, inclusive entre ambas mamas y no guardan relación con la talla de la persona. La mayor parte de la mama está cubierta por piel fina y móvil; la areola constituye el vértice de la mamá, es una zona redonda y pigmentada que mide de entre 1.5 y 2.5 cm de diámetro, su coloración también varía, es rosada en la mujer joven y posteriormente adquiere un color amarronado que se marca más en el embarazo, su superficie presenta ciertos puntos levantados llamados tubérculos de Morgagni. En el centro de la areola, se encuentra la papila mamaria o pezón, es cilíndrica, cónica, saliente y ricamente sensible. Por el efecto de algunos estímulos como el frio, tocamiento o excitación sexual, la piel de la areola se contrae y proyecta el mamelón hacia delante; J. Duval denomino este fenómeno como telotismo. (Torices y Ávila, 2012)

### *B) Anatomía sexual interna de la mujer*

La vagina es un canal distensible que conecta los órganos sexuales externos de la mujer con el cuello del útero y el útero. La vagina es un conducto con paredes de tejidos arrugados colocados una contra otra. Las paredes se abren lo suficiente como para permitir que algo entre en la vagina, como un tampón, un dedo o el pene. La vagina tiene de 2 a 4 pulgadas de largo cuando la mujer no está excitada y de 4 a 8 pulgadas cuando esta excitada sexualmente. La vagina permite que el flujo menstrual salga hacia afuera del cuerpo. Permite que

ocurra la penetración sexual (ya sea con la mano, un juguete sexual o el pene).  
Permite el paso del feto durante el parto vaginal.

El cuello del útero es la parte más baja y angosta del útero. Tiene una abertura que conecta el útero con la vagina. Esta abertura permite que el sangrado menstrual salga del cuerpo y que el esperma entre en el útero y es lo que se dilata, se abre y se estira, durante el parto.

El útero es un órgano reproductivo muscular con forma de pera por el cual las mujeres menstrúan y donde se desarrolla un embarazo normal. El útero normalmente es de tamaño del puño de la mujer. Durante el embarazo, se estira muchas veces ese tamaño. A veces, se le llama matriz. Durante la excitación sexual, el extremo inferior del útero se eleva hacia el abdomen lo cual crea más espacio en el extremo de la vagina. Esto se denomina expansión vaginal.

Extendiéndose lateralmente desde los cuernos uterinos se encuentran las trompas uterinas, son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm de longitud, éstas transportan los ovocitos del ovario y el esperma del útero hacia el lugar donde ocurre la fecundación; la ampolla de la trompa uterina. La trompa también transporta, por medio de movimientos peristálticos, el ovulo fecundado en la fase de división hasta la cavidad uterina. En su extremo distal, las trompas uterinas establece una comunicación entre la cavidad peritoneal; en la proximidad del ovario y el exterior del cuerpo (Torice y Ávila, 2012).

Las fimbrias son como docenas de pequeños dedos en el extremo de cada trompa de Falopio que barren el ovulo desde el ovario hasta la trompa.

MacCary (1996) no dice que los ovarios son las glándulas sexuales de la mujer, también llamadas gónadas, en las cuales se producen los estrógenos, siendo estos los principales responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias en la pubertad y de la conservación de los órganos sexuales internos y externos. Existen uno derecho y otro izquierdo, se ubican en ambos lados del útero, tienen una forma ovoide y miden aproximadamente 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor; su color es blanco rosáceo, su superficie es lisa durante la niñez luego se va arrugando progresivamente por el desarrollo regular de los folículos ováricos, aumentando de tamaño con la edad y sufriendo una regresión después de la menopausia; los folículos son numerosas vesículas que albergan un ovocito y oocito (óvulo que se encuentra en desarrollo). Con el crecimiento corporal aparecen el desarrollo y las secreciones hormonales, algunos oocitos maduran para transformarse en óvulos maduros, lo que marca el inicio de la pubertad. Alrededor del séptimo mes de vida de un feto mujer existen aproximadamente siete millones de folículos en sus ovarios, al nacer, la mayoría se desintegran dejando de 200,000 a 400,000 folículos en cada ovario, en la pubertad este número quizá haya disminuido a 100,000 o 200,000 y luego desciende de modo constante durante los años reproductivos de la mujer (Torice y Ávila, 2012).

Las glándulas de Bartolino son dos glándulas que liberan un líquido que sirve para lubricar la vagina durante la excitación sexual. Se encuentran a cada lado de la abertura vaginal.

El punto G o punto de Gräfenberg está ubicado en la pared delantera de la vagina, la pared más cercana al abdomen. Esta aproximadamente de 1 a 2 pulgadas hacia adentro de la vagina. El punto G es muy sensible y se hincha durante la excitación sexual.

Las glándulas de Skene están ubicadas en la vulva en los lados opuestos de la abertura de la uretra. Estas glándulas liberan el líquido que se eyacula durante la eyaculación femenina. También se las llama glándulas parauretrales o glándulas prostáticas femeninas. (Planned Parenthood, 2014)

### *C) Anatomía sexual externa del hombre*

El pene es el órgano sexual y reproductivo del hombre. Está formado por tres columnas de tejido esponjoso, el cuerpo esponjoso y dos cuerpos cavernosos, que se llenan de sangre durante la excitación sexual, provocando la erección. El pene se extiende desde a porción más baja del vientre. Está formado por un tronco y un glande (también conocido como la cabeza) que es muy sensible al contacto. La uretra del hombre está adentro del pene. Transporta la orina, el líquido preeyaculatorio y el semen hacia afuera del cuerpo.

El tronco tiene forma de tubo. El tronco del pene es de 1 a 3 pulgadas de largo, aproximadamente, cuando está blando. Durante una erección, el tronco se expande hasta alcanzar generalmente de 4 a 6 pulgadas.

El glande o extremo del pene está rodeado por el prepucio, un pliegue cutáneo que puede ser retirado hacia atrás. Cuando la abertura del prepucio es muy estrecha y no permite que se asome el glande durante la erección, puede

resultar en relaciones sexuales dolorosas o incómodas; a esa manifestación se le conoce como fimosis. La fimosis puede resolverse fácilmente con cirugía, mediante una circuncisión; en ocasiones se practica su extirpación completa o parcial, la cual puede ser por motivos terapéuticos o religiosos (Natureduca, 2014).

La abertura de la uretra está ubicada en la punta del pene. Ahí es por donde salen hacia afuera del cuerpo el líquido preeyaculatorio, el semen y la orina.

El prepucio es un repliegue cilíndrico de piel que cubre y protege la cabeza (glande). A algunos hombres se les quita el prepucio mediante la circuncisión durante la infancia. Algunos eligen ser circuncidados más adelante.

El frenillo es de donde se sujeta el prepucio a la parte inferior del pene justo debajo del glande. Comúnmente, después de la circuncisión queda una porción de frenillo.

El escroto es una bolsa de piel dividida en dos partes, que contiene los órganos reproductivos internos, los testículos. (Planned Parenthood, 2014)

#### *D) Anatomía sexual interna del hombre*

Los testículos producen espermatozoides de forma continua, en un proceso denominado espermatogénesis, este comienza en la pubertad (alrededor de los 12 o 13 años) y finaliza con el climaterio masculino, alrededor de los 70 años. Cada uno de los testículos que contienen numerosos túbulos seminíferos, dispone de un órgano alargado y contorneado sobre sí mismo llamado epidídimo, que continúa



con el asa epididimodeferencial y ésta con el conducto deferente o espermiducto, el cual penetra en el interior del cuerpo por el cordón espermático. Tras rodear la vejiga, se unen ambos conductos en uno solo, la uretra, que finaliza en el extremo del glande del pene (Natureduca, 2014).

El epidídimo es un abultamiento insertado en cada testículo, dentro de un tubo enrollado de alrededor de 6 m de longitud; en el epidídimo maduran los espermatozoides permaneciendo ahí hasta por seis semanas, tiempo durante el cual los nutre su epitelio (McCary, 1996, en Torice y Ávila, 2012).

Cremáster es el músculo que automáticamente acerca los testículos al cuerpo cuando la temperatura baja o cuando la parte interna o de latera del muslo es estimulado. La respuesta automática del músculo cremáster se llama reflejo cremasteriano. Si solo se estimula un musculo, solo se eleva el testículo más cercano al muslo estimulado.

El conducto deferente se trata de un conducto angosto y largo que transporta el espermatozoides desde el epidídimo hasta las vesículas seminales durante la eyaculación. Hay dos, uno conectado a cada epidídimo.

La glándula prostática produce un líquido que ayuda al espermatozoides a moverse a través del aparato reproductor del hombre. La glándula prostática es aproximadamente del tamaño de una nuez o de una pelota de golf. La próstata es sensible a la presión y al contacto, es el punto G masculino.

Las glándulas de Cowper están debajo de la próstata y conectadas a la uretra. Producen un líquido, llamado líquido de pre-eyaculación o líquido

preeyaculatorio, que prepara a la uretra para la eyaculación. Este líquido reduce la fricción en la uretra y hace que sea más fácil para el semen atravesarla. Las glándulas de Cowper también se llaman glándulas bulbouretrales.

Las vesículas seminales son dos pequeños órganos que producen el líquido seminal. Las vesículas seminales se encuentran debajo de la vejiga.

La uretra constituye un conducto común al aparato reproductor y urinario, por el que se desplazan tanto los espermatozoides durante la eyaculación, como la orina durante la micción, aunque nunca ambos a la vez. Alrededor se encuentran la próstata y las glándulas de Cowper, que segregan líquidos cargados de enzimas y nutrientes a los espermatozoides, formando parte del seme (Natureduca, 2014).

### *Malformaciones del desarrollo genital*

Existen diferentes tipos de malformaciones en el desarrollo genital y algunas se dan por alguna alteración genética y/o hormonal.

Las malformaciones del pene son poco frecuentes en ausencia de genitales ambiguos.

Pueden encontrarse macrófago y microfalo y en este último caso se debe tener en cuenta que en los niños obesos el pene puede estar oculto en la grasa subcutánea prepúbicas. (Pinto, 1998)

La ausencia y la duplicación peniales son raras, lo mismo que las del clítoris y es más frecuente que este sea hipertrófico y el pene rudimentario, lo que puede ocurrir aisladamente o en relación con hermafroditismo. (Pinto, 1998)

El pene doble suele coincidir con anomalías del intestino distal y vías genitourinarias, tales como ano imperfecto y displasia vesical. Se conoce la duplicación de las vías urinarias inferiores, con dos penes completamente formados, cada uno con su respectiva uretra e inclusive con sendas vejigas independientes. El pene oculto y la transportación del pene y del escroto son rarísimos. (Pinto, 1998)

El hipospadia son las malformaciones uretrales la que el meato no se encuentra en la situación normal, es decir la punta del glande, sino que está desplazando hacia abajo, desde el surco balano-prepucial hasta el periné. Es una malformación muy frecuente 1% de niños. El prepucio no existe ventralmente y queda reducido a un colgajo de piel prepucial situado dorsalmente. Esta piel prepucial debe conservarse, pues será de gran valor en la reconstrucción quirúrgica de las formas más graves proximales de hipospadias. En algunos hipospadias, sobre todo en los casos más graves, el pene esta incurvado ventralmente y como enterrado entre los pliegues dela piel escrotal. (Escribano, S/A)

La malformación menos grave es el epispadias que ocurre en uno de cada mil nacimientos. En el varón constituye la falta de cierre de la uretra dorsal. Puede estar limitada al glande, afectar también la uretra peneana o a toda la uretra,

incluso la posterior. En la mujer falta toda la uretra y el cuello vesical está situado entre los labios mayores, por debajo del clítoris, que es bífido. Las formas más importantes en el varón y las femeninas implican la incontinencia urinaria, porque falta el mecanismo esfinteriano vesicouretral. El varón presenta también un acortamiento del pene, que tiene una incurvación dorsal. (Escribano, S/A)

La duplicación en la vulva es de ocurrencia excepcionalmente rara, con muy pocas referencias en la literatura. Se informó un caso en el que había también doble aparato genital interno, tres ovarios y duplicación del intestino terminal, con dos años y fue considerado como gemelidad imperfecta. (Pinto, 1998)

La fusión de labios, es poco común al nacimiento, muy frecuente posteriormente. La forma de los labios es muy variable de una a otra niña. (Pinto, 1998)

La hipertrofia neonatal del clítoris se debe casi invariablemente a hiperplasia suprarrenal congénita, pseudohermafroditismo (masculino o femenino), hermafroditismo y yatrógeno o hermafroditismo verdadero. Lo usual es estos casos es que se encuentren anomalías de vulva y que el meato urinario y el orificio vaginal no tengan la localización anatómica normal. (Pinto, 1998)

Los defectos de la vagina pueden representar fallas del desarrollo de los conductos paramesonérfico o del crecimiento del seno urogenital. Lo usual es que no se expresen ni se diagnostiquen en la infancia. (Pinto, 1998)

La vagina doble es de muy rara ocurrencia y es más frecuente la vagina tabicada, en la que hay una formación sagital que la divide, parcial o totalmente en sentido longitudinal, y en este caso la regla es que haya dos cérvix. (Pinto, 1998)

La hipoplasia vaginal consiste en un canal estrecho, habitualmente más corto e inelástico. (Pinto, 1998)

La atresia vaginal obedece a una falla en la canalización del conducto, que pasa a ser representado por un cordón epitelial sólido. Esta atresia puede ser también total o parcial. (Pinto, 1998)

La agenesia, también rara, se debe a la atresia de la placa vaginal o a una falla en la proliferación de la unión uterovaginal. (Pinto, 1998)

La hipoplasia tiene grados variables. El útero no alcanza el tamaño normal y en casos extremos no sobrepasa el correspondiente a la edad fetal, o se reduce a un cordón fibroso, sin cavidad. (Pinto, 1998)

La aplasia verdadera es muy rara y se acompaña de la presencia de sendos cordones laterales que representan los conductos paramesonefricos fusionados. Por lo regular son también aplásicos o hipoplásticos los oviductos, pero los ovarios están desarrollados. La atresia uterina verdadera se acompaña de atresia vaginal. (Pinto, 1998)

Los defectos de fusión de los conductos paramesonefricos dan lugar a duplicación parcial o completa del útero y comprende:

1. Útero bicorne, en el que los dos cuerpos convergen a un solo cérvix.

2. Útero arcuato, en el que hay una depresión en la parte media del fondo.
3. Útero parcialmente septo, con un tabique mediano parcial.
4. Útero unicornio, con un cuerno rudimentario.

El ovario ectópico ocurre por falla en su descenso normal. Puede llegar al canal inguinal y a través de él, llegar al labio mayor o a la zona inguinal. (Pinto, 1998)

El hermafroditismo o intersexualidad se genera desde el periodo de gestación, durante el cual las glándulas suprarrenales de la embarazada fabrican más hormonas masculinas de lo normal, lo que provoca alteración de los genitales externos que varía desde aumento en tamaño del clítoris hasta el desarrollo de pene y testículos. (Serrano, 2014)

La intersexualidad se puede dividir en 4 categorías:

Intersexualidad 46 XX: la persona tiene los cromosomas de una mujer, los ovarios de una mujer, pero los genitales externos con apariencia masculina. Esto generalmente es el resultado de un feto femenino que ha estado expuesto a hormonas masculinas en exceso antes del nacimiento. Los labios mayores se fusionan y el clítoris se agranda para aparecer como un pene. Esta persona generalmente tiene un útero y trompas de Falopio normales. Esta afección también se denomina 46, XX con virilización y solía llamársele pseudohermafroditismo femenino. Existen algunas causas posibles:

- Hiperplasia suprarrenal congénita.

- Hormonas masculinas como la testosterona, consumidas por la madre durante el embarazo.
- Tumores productores de hormonas masculinas en la madre, entre los cuales los más comunes son los tumores ováricos.
- Deficiencia de aromatasa, que puede no notarse hasta la pubertad. La aromatasa es una enzima que normalmente convierte las hormonas masculinas a hormonas femeninas. El exceso de actividad de la aromatasa puede llevar a exceso de estrógenos (hormona femenina) y la escasez de actividad intersexualidad 46, XX, que han sido criados como niñas, pueden comenzar a tomar características masculinas. (MedlinePlus, 2013)

Intersexualidad 4, XY: la persona tiene los cromosomas de un hombre, pero los genitales externos no se han formado completamente, son ambiguos o claramente femeninos. Internamente, los testículos pueden ser normales, estar malformados o ausentes. Esta afección también se denomina 46 XY con subvirilización y solía llamarse pseudohermafroditismo masculino. La formación de los genitales masculinos, externos y normales depende del equilibrio apropiado entre las hormonas masculinas y femeninas; por lo tanto, requiere una producción y funcionamiento adecuado de las hormonas masculinas. La intersexualidad 46, XY tiene muchas causas posibles:

- Problemas con los testículos. Los testículos normalmente producen hormonas masculinas pero, si no se forman apropiadamente, esto

llevara a subvirilización. Existen muchas causas posibles para esto, que incluyen disgenesia gonadal pura XY.

- Problemas con la formación e testosterona. Ésta se forma a través de una serie de pasos; cada uno requiere una enzima diferente. Las deficiencias en cualquiera de estas enzimas pueden provocar testosterona inadecuada y producir un síndrome de intersexualidad 46 XY diferente. Tipos diversos de hiperplasia suprarrenal congénita pueden encajar en esta categoría.
- Problemas con el uso de testosterona. Algunas personas tienen testículos anormales, producen cantidades adecuadas de testosterona, pero todavía tienen intersexualidad 46 XY.
- El síndrome de insensibilidad a los andrógenos es la causa más común de intersexualidad 46 XY. También se ha denominado feminización testicular. Aquí las hormonas son todas normales, pero los receptores para las hormonas masculinas no funcionan apropiadamente. Existen más de 150 defectos diferentes identificados hasta ahora y cada uno causa un tipo diferente de SIA.

(MedlinePlus, 2013)

Intersexualidad gonadal verdadera: aquí la persona debe tener tanto tejido ovárico como testicular. Esto podría ser en la misma gónada (un ovotestículo) o la persona podría tener un ovario y un testículo. Puede tener cromosomas XX, cromosomas XY o ambos. Los genitales externos pueden ser ambiguos o pueden tener apariencia masculina o femenina. Esta afección solía llamarse



hermafroditismo verdadero. En la mayoría de las personas con intersexualidad gonadal verdadera, la causa subyacente se desconoce, aunque en algunos estudios con animales ha sido vinculada a la exposición a pesticidas comunes para la agricultura. (MedlinePlus, 2013)

Trastornos de intersexualidad compleja o indeterminado del desarrollo sexual: muchas configuraciones de cromosomas distintos a las combinaciones simples 46, XX o 46, XY pueden ocasionar trastornos de desarrollo sexual y abarcan, entre otros, 46XO (solamente un cromosoma X) y 47 XXY 47, XXX: ambos casos tienen un cromosoma sexual adicional, sea un X o un Y. Estos trastornos no ocasionan una condición de intersexualidad donde haya discrepancia entre órganos genitales externos e internos. Sin embargo, puede haber problemas con los niveles de hormonas sexuales, el desarrollo sexual en general y alteración en los números de cromosomas sexuales. (MedlinePlus, 2013)

### *Desarrollo sexual*

Mientras crecemos empiezan a existir cambios tanto en los hombres como en las mujeres, estos cambios se van dando de forma paulatina. Siendo estos cambios los siguientes:

#### *A) Cambios en la mujer durante el crecimiento*

McCary (1996) nos dice que durante la pubertad hay un crecimiento de los ovarios con el aumento en la producción de estrógenos y progesterona. Desde los tres años inician un progresivo aumento que se acentúa a partir de los 9 años para

llegar a alcanzar su máximo volumen. En esta etapa el ovario incrementa su tamaño a un máximo aproximado de 30 veces su peso al nacimiento midiendo 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor. Su superficie, en la infancia lisa, se va arrugando progresivamente por el desarrollo regular de los folículos ováricos; los folículos son numerosas vesículas que albergan un oocito (ovulo que se encuentre en desarrollo). En la pubertad existe un número aproximado de 100 000 a 200 000 oocitos. Algunos maduran para transformarse en óvulos maduros. (Torice y Ávila, 2012)

Las mamas representan una de las más notables características sexuales secundarias en la mujer, los pechos crecen en general a lo largo con el tejido subcutáneo, incrementan su tamaño y empiezan a envolverse de grasa; a la iniciación del desarrollo mamario se denomina telarca. Este desarrollo se registra por estadios, denominados de Marshall y Tenner y es dependiente de los estrógenos (Herriot, Laufer, Goldstein, 2000, en Torice y Ávil, 2012).

Junto con el desarrollo de las mamas, los órganos sexuales y las características sexuales secundarias aparece la menarca. Los primeros periodos menstruales son generalmente anovulatorios aunque hay que considerar que la generalidad no asegura que durante estos primeros periodos menstruales o antes de la menarquia pueda presentarse alguno o varias ovulaciones. El ciclo menstrual, puede dividirse en tres fases: hemorrágica o menstrual también llamada destructiva, proliferativa o folicular y secretoria o leutínica, teniendo una duración media de 20 días con una variabilidad entre 21 a 35 días. La progesterona que ha preparado y mantenido las paredes uterinas para la

implantación del óvulo en casi de que haya sido fecundado, deja de producirse cuando el cuerpo amarillo se atrofia. Esta suspensión o, inclusive, la disminución de la concentración de la hormona, provoca que el endometrio se desintegre, se gangrene y se desprenda del cuerpo bajo la forma desangrado. La fase menstrual o destructiva dura por lo general de 3 a 7 días con un promedio general de 4 a 5 días. El día que se comienza el sangrado menstrual se considera el día uno del ciclo, a partir del día cuatro comienza la fase proliferativa o folicular que dura hasta la ovulación (Redondo y Galdó, 2008, en Torice y Ávila, 2012)

El monte de venus aumenta de grosor por acumulo de grasa. (Torices y Ávila, 2012)

La vulva bajo la progresiva influencia de la secreción ovular estrogenica y cortico suprarrenal se modifica orientándose poco a poco hacia abajo y agrandándose en todos los sentidos, los labios mayores forman rodetes que engrosan, aparece el vello púbico escaso en un inicio, delgado y lacio que ira multiplicándose, rizando, engrosando y oscureciendo hasta cubrir el pubis y alcanzar la raíz de los muslos en un área triangular de base superior y cúspide vulvar en un periodo de dos a tres años. El desarrollo de la pilosidad está regido por las secreciones suprarrenales. (Torices y Ávila, 2012)

Los labios menores aumentan en anchura hasta alcanzar de 2 a 4 cm mientras que en longitud se prolongan hacia atrás hasta unirse en la horquilla.

Al llegar la pubertad la membrana del himen se engrosa así como su orificio, cuyo diámetro alcanza 18-20 mm, no se abre espontáneamente y adopta

la forma de una corola cuyos bordes se adhieren y forman una saliente ligeramente abombada.

En dirección anal desembocan los orificios de las glándulas vestibulares mayores o Glándulas de Bartholino, inician su funcionamiento en la pubertad segregando un líquido que puede ayudar a la lubricación durante la excitación sexual; se ubica en el tercio posterior de los labios mayores a la altura del introito vaginal, entre los labios menores y la pared en ambos lados. (Torices y Ávila, 2012)

El clítoris presenta abundantes terminaciones nerviosa sensoriales que al estimularse puede agrandarse hasta duplicar su tamaño. En la pubertad el capuchón del clítoris y el mismo clítoris aumentan, pero proporcionalmente menos que la vulva en su conjunto (Sersiron, 1985, en Torice y Ávila, 2012).

El glande la parte visible del clítoris de una mujer de 11 a 15 años mide 3X3 mm y de los 15 a los 19 años mide de 4 a 5 mm (Greydanus y Shearin, 1990, en Torice y Ávila, 2012).

La vagina crece en longitud haciéndose su mucosa más húmeda, gruesa y mate, llegando a alcanzar de 8-10 cm en la edad adulta. La mucosa vaginal del pre púber es delgada y roja a diferencia de la mucosa estrogenizada húmeda y rosa de la púber. En la pubertad se presenta una secreción vaginal fisiológicamente llamada leucorrea que corresponde a l descamación de células epiteliales y moco de la mucosa estrogenizada, no es un signo de infección; el

cambio en la flora bacteriana ocasiona que el PH se torne ácido (Herriot, Laufer y Goldstein, 2000, en Torice y Ávila, 2012).

El útero aumenta de tamaño de manera notable, se desarrolla el endometrio, se modifica su morfología y posición, recae a la par que todo el cuerpo y se establecen los ciclos menstruales (Lockhart, Hamilton y Fife, 1965, en Torice y Ávila, 2012).

El máximo estirón del crecimiento en altura ocurre aproximadamente en la mitad de la pubertad de una niña. El crecimiento procede de las extremidades hacia el centro, los dedos de las manos y los pies se alargan antes que las manos y los pies; las manos y los pies se alargan antes que los brazos y las piernas y los brazos y las piernas se alargan antes que el torso. (Torices y Ávila, 2012)

Comienza un incremento de peso, las mujeres ganan más grasa global, de modo que finalmente alrededor de un cuarto de su peso corporal es grasa casi el doble de la ganancia promedio de los hombres. Las diferencias sexuales en la grasa corporal son especialmente notables en las piernas y en las caderas. (Torices y Ávila, 2012)

#### *B) Cambios en el hombre durante el crecimiento.*

Estos crecimientos se dan más durante la etapa de la pubertad hasta la adultez, y suelen ser paulatinos cada uno de ellos.

Hay crecimiento de los testículos, aumenta la producción de testosterona poco después de que la hipófisis ha empezado a actuar sobre ellos; las estructuras testiculares que producen esta hormona se encuentran entre los

túbulos seminíferos y se conocen como células intersticiales o células de Leydig, de los órganos sexuales pélvicos del hombre, los testículos son de los elementos más importantes, es en la pubertad cuando empiezan a producirse los espermatozoides. Las arterias de los testículos aportan la irrigación para su oxigenación y nutrición, en este momento empieza una maduración acelerada de los túbulos seminíferos e inicia la espermatogénesis, la testosterona aparece en la orina como evidencia de la producción de esta hormona en los testículos. (Torices y Ávila, 2012)

Comienza el crecimiento del pene en consecuencia a la producción de hormonas de los testículos y las glándulas suprarrenales, el pene incrementa su tamaño en longitud y circunferencia alrededor de un año después del crecimiento de los testículos. El momento de crecimiento súbito del pene está sujeto a múltiples variables relacionadas incluso con el incremento de la talla y varía de persona a persona. Ni en la adolescencia ni en la madurez hay un tamaño que deba de tener el pene. Aproximadamente a los dieciséis años alcanza su tamaño total. (Torices y Ávila, 2012)

El vello púbico puede aparecer en la base del pene antes de que inicie el incremento en la talla aunque generalmente inicia más tarde, los vellos son rectos o levemente rizados, gradualmente se va haciendo más grueso, más rizado y se extiende para cubrir a zona entre las piernas. (Torices y Ávila, 2012)

De las vesículas seminales sale el llamado conducto eyaculador, como continuación del conducto deferente, que atraviesa la próstata y desemboca en la

uretra prostática. En el púber, bajo el impacto de los andrógenos particularmente la producción de testosterona de los testículos, se empieza a tornar anchas y tortuosa y se inicia las poluciones o eyaculaciones nocturnas de manera esporádica. La actividad excretora de las vesículas seminales depende de las concentraciones adecuada de testosterona por lo que in descenso en la producción de esta hormona afectaría en funcionamiento adecuado de estas estructuras. (Torices y Ávila, 2012)

La próstata complementa su desarrollo en la pubertad y a partir de este momento permanece en continuo estado de actividad, parte de su secreción se vierte en la orina. La secreción prostática descargada en el momento de la eyaculación es un líquido alcalino, lechoso, contiene proteína, calcio, ácido cítrico, colesterol y numerosas enzimas y ácidos, es poco espeso, se elimina hacia la uretra prostática por contracción del músculo liso de la próstata, este junto con el contenido de las vesículas seminales forman el líquido seminal o semen (Torice y Ávila, 2012).

También comienza el funcionamiento de las Glándulas de Cowper secretando un líquido alcalino antes de la eyaculación el cual lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso de los espermatozoides que salen por la uretra. (Torices y Ávila, 2012)

A partir de la semenarquia empieza el incremento de peso corporal, el crecimiento de la masa muscular, los hombros se tornan más anchos en forma

evidente, la voz cambia a un tono más bajo y aparece el vello en la cara sobre el labio superior dirigiéndose hacia el mentón. (Torices y Ávila, 2012)

El vello púbico adquiere su distribución definitiva siendo abundante, largo, rizado y se extiende al monte de venus, el ombligo y la zona entre las piernas. (Torices y Ávila, 2012)

El estirón del crecimiento, al igual que en las niñas procede de las extremidades hacia el centro, los dedos de las manos y los de los pies se alargan antes que las manos y los pies; las manos y los pies se alargan antes que los brazos y las piernas y los brazos y las piernas se alargan antes que el torso y en muchos suele ser más evidente (Torices y Ávila, 2012)

### *Etapas del desarrollo sexual*

El desarrollo sexual del hombre y de la mujer no ocurre de un día para otro sino que se da desde que nacemos.

Las primeras manifestaciones primitivas de la actividad del aparato reproductor en un niño pueden observarse en la erección del tejido cavernoso de los genitales incluso a pocos días después del nacimiento. Este tipo de erecciones ocurre como respuesta a estímulos no específicos, por ejemplo como resultado de un susto, durante el llanto, al comer, al experimentar dolor, al reír, etc. (Antonov, 2012)



En esta primera etapa de este desarrollo sexual nos dice que desde pequeños tenemos manifestaciones en nuestro sistema reproductor por algún tipo de estímulo involuntario.

La segunda fase es conocida como la etapa de la intersexualidad juvenil que en la ontogénesis humana tiene lugar entre los 7-9 a los 15-17 años. En esta edad las glándulas sexuales incrementan la generación de andrógenos, hormonas sexuales masculinas que también están presentes en el organismo femenino y que son reguladores universales de la sexualidad (al nivel del sistema endocrino) en ambos sexo.

La influencia de los andrógenos provoca la intensificación considerable de las manifestaciones sexuales, específicamente en los varones. La usencia de una orientación sexual definida hacia los representantes de sexo opuesto de la misma especie biológica es típica de esta fase, lo cual es determinado por la inmadurez de las estructuras cerebrales correspondientes. En esta etapa la excitación sexual puede ser provocada fácilmente por estímulos inadecuados, tales como objetos inanimados, animales o representantes del mismo sexo. Esto no debe verse como algún tipo de patología. Sin embargo, la transformación de estas reacciones en reflejos condicionados – a lo cual contribuye la falta de información apropiada entre los adolescentes acerca de las relaciones sexuales normales de los adultos- puede provocar la perversión de la inclinación sexual por el resto de la vida. (Antonov, 2012)

En la segunda etapa es cuando empezamos a descubrir que es lo que queremos ser y hacia donde esta nuestra identidad sexual y lo que esta conlleva. Así como también nuestros gustos y disgustos en algunas otras cosas. (Antonov, 2012)

La tercera fase del desarrollo de la sexualidad –la fase de la sexualidad adulta- comienza en los varones cuando se termina el proceso de maduración de las estructuras cerebrales responsables de la orientación sexual adecuada. En las mujeres esto corresponde al momento en el cual están psicológicamente preparadas para comenzar su vida sexual (Antonov, 2012).

En esta etapa nos habla de cuando ya estamos preparados en algunos sentidos las mujeres para poder empezar con una relación sexual y el hombre cuando ya sabe lo que quiere y hacia dónde va su orientación sexual.

### *Etapas del desarrollo psicosexual*

De la concepción popular del instinto sexual forma parte la creencia de que falta durante la infancia, no apareciendo hasta el periodo de la pubertad. Constituyendo esta creencia un error de consecuencia graves, pues a ella se debe principalmente nuestro desconocimiento de las circunstancias fundamentales de la vida sexual. (Fort, S/A)

Existen zonas erógenas es decir regiones del cuerpo que son susceptibles de producir placer, preponderantes según las edades; cada una de estas zonas determinara las sucesivas fases por las que ira atravesando el niño.

Del éxito o fracaso en superar cada una de las fases, dependerá en parte la personalidad adulta. Se producen fijaciones en cada una de las etapas, las cuales, posteriormente originaran un tipo peculiar de carácter.

Las manifestaciones de la sexualidad infantil no son pensadas, sino que son naturales y espontaneas. (Freud, 1905, en Fort, S/A)

Freud 1905 nos dice que la primera etapa es la fase oral y su duración abarca desde el nacimiento hasta aproximadamente el año y medio de vida. En ella, la zona erógena predominante es la boca. Las manifestaciones típicas consisten en tres actividades: la succión del pulgar, el chupete y el acto de morder. Para el niño, el contacto con el mundo se produce principalmente a través de la boca; así, además de conocer e identificar los objetos, obtiene placer. (Fort, S/A)

Freud 1905 nos dice que la segunda fase es la fase anal, que dura desde el primer año y medio hasta los tres años. En ella, la sensibilidad ira dirigida a la mucoso anal y al acto de la defecación –sin olvidar el placer bucal-, la cual aparecerá como nuevo foco de sensaciones placentera, reforzando por el aprendizaje del control de esfínteres. Este aprendizaje supondrá la aparición de las primeras prohibiciones, y también de los primeros regalos (las heces). En paralelo con el placer que el niño obteniendo a través de la defecación esta la realidad de la limpieza, y el control a que esta es sometida por parte del entorno.

El niño aprende que produce algo valioso y que su control le permite, en cierta medida, manipular a su madre. (Fort, 1905)

Freud en 1905 dice que la tercera fase es la denominada fase fálica, que comprende aproximadamente de los tres a los cinco años o seis años. En ella, la zona erógena preponderante es el pene en el caso de los niños y el clítoris en el caso de las niñas, aunque en menor grado. En esta etapa se despierta el interés sexual propiamente dicho: la curiosidad conduce a una intensa exploración sexual y al descubrimiento de los órganos genitales como fuente de placer. La curiosidad, asimismo, se centra básicamente en el propio origen y en las diferencias entre los sexos, que intentan aclarar a través del juego y de la exhibición de sus genitales. (Fort, S/A)

Freud (1905) señala que a partir de los siete años hasta aproximadamente los diez o doce años se entra a la denominada fase de latencia. En esta fase no existe ninguna zona erógena preponderante, considerándose como una etapa de tranquilidad. Esto no quiere decir que las inquietudes por la sexualidad desaparezcan sino que surgen otros intereses y preocupaciones con más fuerza. Como hechos importantes a destacar, cabe resaltar la escolarización, el aprendizaje intelectual y unas mayores relaciones sociales. (Fort, S/A)

Freud 1905 dice que finalmente la organización completa solo se alcanzara a través de la pubertad, en la fase genital. Esta fase comienza durante la pubertad y dura para el resto de la vida de una persona. La gente empieza a desarrollar un

fuerte interés sexual para el sexo opuesto. Si se han complementado las fases anteriores, el individuo ahora debe estar bien equilibrado. (Fort, S/A).

Durante estas cinco fases se da el desarrollo de una persona, empieza desde que nacemos hasta que alcanzamos la adultez, sienten algunas zonas las que nos dan placer como es la boca, el ano y los genitales. Así como existe una fase en donde estamos en reposo debido a que tenemos otras cosas que realizar y es más o menos cuando empezamos la primaria. Siendo la última la fase en donde se empieza a dar un cambio más notable y empieza más o menos lo que es la adolescencia.

### *Respuesta sexual humana*

La respuesta sexual son todos esos cambios fisiológicos y anatómicos que se dan durante la actividad sexual, los cuales pueden variar en cada persona.

La primera descripción de la respuesta sexual fue elaborada por H. Ellis en 1906. Propuso la existencia de las fases de la tumescencia y la detumescencia, haciendo referencia la primera a la acumulación física de la energía sexual y a la segunda a la liberación de la misma.

En 1927, Reich, habla de otras dos fases: el control voluntario de la excitación y las contracciones involuntarias propias de la respuesta orgásmica. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

Masters y Johnson ahondan en el estudio de la respuesta sexual, convirtiendo su investigación en un gran hito científico. Ellos dividen en cuatro

fases la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo, resolución o refractario. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

En 1979- Kaplan añade la fase de deseo y omite la de la meseta de los dos estudios anteriores. Scnarch, en 1991 indican que el deseo debe ser incluido en todo el proceso sexual y Carrobles y Sanz añaden ese mismo año una última fase, la de valoración de la respuesta sexual, que tiene que ver con la satisfacción o no de la experiencia sexual.(Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

Wipple y McGreer apuntaron en 1997 que la mujer puede experimentar excitación sexual, orgasmo y satisfacción sin deseo sexual y puede experimentar deseo, excitación y satisfacción sin el orgasmo.(Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

Basson en 2000 sugirió que existen dos modelos de respuesta sexual. El tradicional lineal para los hombre y para las mujeres enamoradas o emparejadas desde hace poco tiempo, y otro para las mujeres que no lo están. En el segundo caso, el proceso seria circular y empezaría con intimidad y seguiría con comunicación, estimulación, valoración interna de la excitación que se regiría por las cuatro fases clásicas, la valoración de la experiencia sexual realizada y el añadido de nuevo de intimidad. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

## *Fases de la respuesta sexual*

### Fase de deseo

Esta primera fase se caracteriza porque la persona recibe algún estímulo de tipo físico o psíquico que le predispone a la actividad sexual. Puede ser la visión de imágenes eróticas, un olor excitante, a través del tacto experimentar sensaciones estimulantes, escuchar o leer algún comentario que despierte el interés sexual, una velada romántica acompañada de una sugestiva cena en un ambiente que potencie la intimidad o simplemente la presentación de alguien que para el sujeto es altamente atractivo. Estos son elementos que ayudan a que el deseo aflore en las personas. La fase de deseo es necesaria para que se pueda desencadenar la respuesta sexual y pasar a la siguiente fase. (Sánchez, Honrubia, Sánchez, 2005)

### Fase de excitación

Como resultado de una estimulación sexual, que puede ser física o psíquica es su origen como ya hemos comentado anteriormente. Esta fase nos parece de suma importancia porque la intensidad del orgasmo dependerá en gran medida del grado de excitación que se logre. Podemos hacer que aumente la excitación con juegos eróticos en los que cada persona colaborará con todas aquellas actividades que estimulen, como caricias, besos, masajes que abarquen el máximo de superficie corporal, frases de claro contenido erótico y todos aquellos pensamientos que ayuden a favorecer el proceso excitatorio. Algunas veces la fase de excitación puede ser de corta duración dependiendo del tiempo

que se tenga para realizar el acto sexual o de una fase de deseo previo muy intensa. Hay que tomar en cuenta que cualquier ruido, tensión, problema que nos afecten, fatiga y otras situaciones pueden interrumpir la excitación porque están interfiriendo nuestros pensamientos distrayéndonos o inhibiendo todo el proceso. (Sánchez, Honrubia, Sánchez, 2005)

La fase de excitación es en la que aumenta la tensión sexual y en la que se incluye la lubricación y expansión de los dos tercios de la vagina, vasocongestión de los labios mayores y menores junto a la erección del clítoris de la mujer, y a la erección del pene y la elevación de los testículos. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

#### Fase de meseta

En esta fase hay un alto grado de excitación sexual que desembocara en el orgasmo. (Sánchez, Honrubia, Sánchez, 2005)

Si la excitación se mantiene, el tercio exterior y la entrada de la vagina adquiere una mayor hinchazón, el clítoris se retrae hasta la unión de superficies óseas del pubis aumentando la vasocongestión genital; en el hombre, el glande y el tronco del pene aumentan de tamaño así como los testículos continúan elevados. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

#### Fase de orgásmica

El orgasmo está marcado por contracciones rítmicas tanto en el hombre como en la mujer. Van acompañadas de movimientos pélvicos y de jadeos que en



ocasiones pueden convertirse en gemidos de satisfacción. La duración y la intensidad del orgasmo van a depender del grado de excitación y la medida del mismo vendrá determinada por la satisfacción personal. (Sánchez, Honrubia, Sánchez, 2005)

La vasocongestión y miotomía desarrolladas hasta el momento se liberan produciendo una serie de contracciones espasmódicas en la zona genital que se extienden por el resto del cuerpo. En la mujer supone las contracciones musculares del tercio exterior de la vagina, del útero y de la zona anal. En el varón conlleva la contracción de los órganos genitales internos y el segundo la contracción del pene y la uretra con el que el semen es expulsado al exterior a borbotones. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

### Fase de resolución

Una vez que el orgasmo se ha producido las contracciones dejan de darse y se vuelve a la situación anterior a la excitación. Se resuelve dejando a la persona totalmente relajada y satisfecha. (Sánchez, Honrubia, Sánchez, 2005)

Después de la descarga orgásmica se entra en un periodo de resolución o refractario en el que la vasocongestión y miotomía acumulada en diversos órganos y partes del cuerpo va perdiéndose de forma gradual hasta llegar al estado previo de reposo. (Federación Española de Sociedad de Sexología, 2014)

Las fases más completas son las de Masters y Johnson ya que describen de mejor manera los cambios del organismo. A continuación se describe cada una de las respuestas sexuales en la mujer y en el hombre:

### *A) Respuesta sexual de la mujer*

A las respuestas sexuales femeninas descritas por Masters y Johnson también se les denomina “Respuesta Sexual Clitorídea” debido a que para ellos el orgasmo femenino tiene como único centro de placer el clítoris. (Koffer, S/A)

El clítoris es el único órgano sexual que no está ligado a la reproducción y su única función es si se estimula dar placer.

#### Fase de la excitación

La primera señal física de respuesta sexual en la mujer se manifiesta cuando la vagina segrega un líquido lubricante. La secreción puede ocurrir involuntariamente y sin que exista ningún estímulo emocional en particular. Esta secreción no significa que la mujer ha tenido un orgasmo o que ha emitido alguna sustancia reproductora similar al pene; en ocasiones puede resultar penoso para la mujer, al igual que para el hombre la erección inoportuna. Generalmente preparada para el sexo y, si desea continuar, marca el inicio de una serie de cambios físicos.

Durante la etapa de la excitación también ocurren cambios en el clítoris, se vuelve erecto e inflamado. El contacto directo con el clítoris no es necesario para estimular. Como el pene, el clítoris responde a la imaginación erótica, a los besos o a las caricias de los senos, espalda o cuello. Sin embargo solo el 30% de las mujeres puede alcanzar la etapa final del orgasmo clorídeo sin una estimulación directa, ya se oral o manual, aun cuando exista el coito que estimula directamente el clítoris.

Durante esta misma fase los senos se expanden, los músculos se endurecen y los pezones se ereccionan. La excitación de la mujer se caracteriza también por la vasocongestión genital. En estado de reposo la vagina es un orificio cerrado, seco y relativamente pequeño, pero la excitación la convierte en un receptáculo abierto y lubricado, dispuesto a recibir al pene. En estado de reposo las paredes de la vagina tienen un color pálido y solo están ligeramente húmedas. La excitación produce que la sangre fluya rápidamente a la zona genital, inflamando y coloreando los labios vaginales se vuelven turgentes, dando origen a lo que se ha denominado “la plataforma orgásmica”. La vagina se hincha en una erección interna, la vulva, cambia de color y pasa de un rosado pálido a un rojo vivo y se produce la secreción de las paredes vaginales. Hacia el final de la fase de excitación los labios exteriores de la vagina se abren y se desplazan en dirección al clítoris.

Pero no solo los órganos sexuales responden, es todo el cuerpo de la mujer el que participa en este proceso gradual de estimulación sexual. Los músculos se tensionan, el ritmo del pulso se acelera y sube la presión sanguínea. Con frecuencia un “sonrojamiento sexual” se extiende desde el abdomen hasta los senos. (Koffer, S/A)

### Fase de la meseta

En la fase de “la meseta”, el breve periodo antes del clímax, la respiración y el ritmo el pulso se acelera aún más, la presión sanguínea sigue subiendo y las paredes vaginales se llenan de sangre y se inflaman a tal punto que la parte exterior del pasaje se cierra firmemente sobre el pene. En este momento el clítoris se vuelve hipersensible y no se desea más estimulación ya que esta puede llegar a causar dolor o incomodidad los sentidos de la mujer tienden a bloquearse de tal forma que la hacen perder la noción del ruido o del dolor, mientras que la tensión mental y física se incrementan y ella se introduce así en la tercera fase de respuesta sexual: el orgasmo.

El factor predominante de la plataforma orgásmica, según lo establecen Masters y Johnson, es una serie de contracciones musculares de los tejidos ya congestionados que rodean la parte exterior de la vagina. Estas contracciones son propias de la fase conocida como el orgasmo y surgen tras un periodo de excitación, que según la estimulación, lo mismo puede durar una hora o un minuto. (Koffer, S/A)

### Fase del orgasmo

El principio del orgasmo se presenta al mismo tiempo que un espasmo inicial de la “plataforma”, seguida de una rítmica serie de organismos a lo largo de unos cuantos segundos. Las primeras contracciones se presentan en intervalos de un segundo aproximadamente; después se empiezan a desvanecer poco a poco. En un orgasmo leve solo se presentan de tres a cinco contracciones, mientras que

en un orgasmo intenso pueden ocurrir entre ocho y doce contracciones. Estas contracciones son similares pero no tan fuertes como las que ocurren durante el parto, y mientras más intenso sea el orgasmo más intensas son éstas.

En esos momento la parte interna de la vagina se extiende, a menudo la parte interna de la vagina se extiende, a menudo como un globo, debido a la elevación del útero en el interior del abdomen. A esta situación le denominan Masters y Johnson “efecto de tienda de campaña” y lo que sucede es que la musculatura pubococcígea se contrae extraordinariamente mientras que la porción interior de la vagina se dilata tanto que se pierde todo contacto con el miembro. Este efecto se nota más claramente cuando se tatea con el dedo.

Otros músculos también pueden contraerse, como los que se sitúan alrededor del ano. Además pueden presentarse fuertes contracciones en los brazos, músculos, espalda y pelvis. Las manos y los pies con frecuencia se engarrotan. Pese a todo esto, las mujeres generalmente perciben estas contracciones posteriormente, cuando se presentan las molestias y dolores que provoca el ejercicio intenso. (Koffer, S/A)

### Fase de la resolución

El órgano es la más corta de las cuatro fases, la etapa de la “resolución” prosigue. Se inicia con el relajamiento de la tensión muscular a lo largo del cuerpo y la liberación de sangre de los vasos congestionados. Primero la areola inflamada que rodea los pezones regresa al tamaño normal. El sonrojo sexual desaparece y en su lugar es posible que la mujer empiece a sudar. En un lapso de

unos cuantos segundos el clítoris regresa a su posición usual sobre el hueso púbico, pero tarda aun unos diez minutos en recobrar su tamaño normal. La plataforma orgásmica se relaja. La hinchazón de la vagina decrece, el útero empieza a encoger, y la cerviz regresa a su posición ordinaria. Toda esta serie de cambios de “restablecimiento” pueden exigir hasta media hora.

La descarga de tensión trae consigo un sentimiento de paz y satisfacción si el amante continúa siendo tierno en lugar de ser indiferente. Sin embargo, no existe ninguna regla que decreta que la relación sexual deba terminar en este momento; si la mujer se siente dispuesta puede excitarse nuevamente en pos de nuevos órganos. (Koffer, S/A)

#### *B) Respuesta sexual del hombre*

Para los hombres también se aplica las mismas fases de respuesta sexual descritas por Masters y Johnson. (Koffer, S/A)

#### Fase de la excitación

La fase de la excitación o deseo sexual se conoce por diferentes signos. Primero la erección del pene producida por un proceso de vasocongestión. Las arterias del pene se abren y las venas se cierran, mediante este mecanismo las cavernosidades del interior del pene se llenan de sangre. Todo esto permite la erección del pene y facilita su entrada a la vagina. Durante esta fase se predisponen los genitales para la realización del coito.

Otros signos de excitación son la elevación de los testículos y la secreción de las glándulas de Cowper. Otro cambio observado por Masters y Johnson, aunque solo en tres quintas partes de los hombres la erección en las tetillas.

La duración de esta fase es muy variable. El Dr. Kinsey pudo notar que una erección se mantiene, con una adecuada estimulación, hasta por varias horas. Sin embargo, un hombre en su plenitud sexual puede mantener su erección alrededor de una hora y cuando se acerca a los sesenta años de edad, solo la conserva uno siete minutos. De acuerdo con Kinsey el grado de erección varía de la siguiente manera: solo el 8% de los hombres alcanza un grado complejo de verticalidad, un poco más del 70% es decir el promedio, mantiene una posición horizontal y en un 20% el ángulo de erección es de 45°. Tanto el ángulo como el tiempo de duración declinan con el avance de la edad. (Koffer, S/A)

### La fase de la meseta

La siguiente fase es la meseta. Esta fase tiene una corta duración y se reconoce por una total elevación de los testículos y el cambio a un color rojo purpura del glande pene. Esta fase ocurre unos instantes antes del orgasmo. La Dra. Kaplan incluye esta fase en la anterior, es decir la considera como el momento cumbre como el momento culminante de la excitación. Hacia el final de esta fase se incrementa el ritmo respiratorio, la presión sanguínea y el pulso. También se contraen los músculos del recto. (Koffer, S/A)

## Fase del orgasmo

Desde un punto de vista muy simplista, la finalidad del orgasmo masculino es depositar el semen en la vagina de la mujer. Sin embargo, esta tercera fase de la respuesta sexual del hombre es en realidad un complejo mecanismo. El orgasmo se podría situar en un nivel fisiológico, en el orden de los reflejos, algo parecido al parpadeo.

Las terminaciones nerviosas se encuentran en la piel del pene de manera especial en el glande. Las sensaciones que se perciben en estos puntos se transmiten hasta el centro del reflejo orgásmico que se halla en la medula espinal. Después de ahí mismo se estimula un nervio que mueve los músculos genitales que intervienen en el orgasmo. Todo este proceso se relaciona con las zonas del placer que se encuentran en el cerebro y pueden ser controlados desde aquí. De ahí la razón por la que un estado de ánimo influya tanto en el resultado de una relación sexual placentera.

El orgasmo masculino se puede dividir en dos etapas. La primera se produce en los órganos internos, entre ellos la próstata tiene una vital importancia. En este momento el hombre experimenta una sensación que le informa de que el orgasmo empieza y que uno no se puede detener. La segunda etapa ocurre en los sensibles genitales externos y produce una sensación extremadamente placentera. En ella intervienen las contracciones de los músculos de la base del pene que empujan al semen hacia afuera. Durante un vigoroso orgasmo pueden producirse de cinco a ocho contracciones y cada una de ellas con una duración de



0-8 segundos que es exactamente el tiempo de las contracciones orgásmicas femeninas.

Para tratar de continuar el placer, el hombre puede voluntariamente, y mediante un ejercicio de control, prolongar el tiempo entre la sensación interna y la eyaculación. Sin embargo, no es posible mantener este control por mucho tiempo debido a una distancia considerable. Kinsey nos habla que se puede alcanzar una distancia de metro y medio, pero en el promedio de los hombres jóvenes el semen puede ser impulsado unos 50 centímetros. (Koffer, S/A)

#### Fase de la resolución.

Esta fase ocurre inmediatamente después del orgasmo y se caracteriza principalmente por la pérdida de la erección del pene. Ese regreso al estado de reposo del pene, sucede paulatinamente. En un principio, se mantienen en un estado de tumescencia aunque no de rigidez y poco a poco se relaja. También se produce un inmediato retorno al nivel de normalidad física; se regulariza la presión sanguínea, el pulso y la respiración. Los testículos descienden y el escroto se relaja. En resumen esta fase no es otra cosa que la vuelta al estado normal de los órganos sexuales.

Algunos hombres pueden conseguir seis o más orgasmos en unas cuantas horas, y otros pueden alcanzar solo un orgasmo cada día. Sin embargo, durante la relación sexual, lo importante no es la cantidad de orgasmos que se pueden obtener consecutivamente. Más significativa es la capacidad de retrasar el propio orgasmo durante el tiempo que se desee, o de continuar aun después de haber

eyaculado con la finalidad de proporcionarle a la compañera su propio placer sexual. (Koffer, S/A)

### *Identidad sexual*

Identidad sexual incluye la forma en que el individuo se identifica como hombre o mujer y la orientación sexual del individuo (Villalobos 2012).

La identidad sexual es una compleja integración de todos los factores cognitivos, emocionales y sociales que dan a la persona el sentido de sí misma.

Identidad sexual: Forma en que se identifica como hombre o mujer la orientación sexual del individuo. Es el marco de referencia interno que forma con el correr de los años que permite en un individuo formular un aspecto sobre sí mismo sobre la base de un sexo género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (OPS/WAS, 2000, en Torice y Ávila, 2012)

La identidad sexual y orientación sexual se entienden como tendencias sexuales en cuanto a aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre o mujer) y en cuanto a atracción sexual hacia un sexo, otro o ambos (heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad).

La identidad sexual comprende:

La identidad de género: capacidad para reconocerse como niño o como niña; se adquiere alrededor de los 3 años de edad.

El rol sexual: expectativas sociales y culturales que se atribuyen a este sexo. Se suele adquirir entre los 5 y 7 años.

La personalidad: donde confluyen todos los rasgos individuales y de predisposición.

La orientación sexual: comprende conductas físicas y atracciones emocionales y eróticas hacia los demás.

El camino hacia la identidad sexual no es continuo ni constante, ni progresivo. Se trata de unos objetivos a desarrollar, sin que sea preciso un orden determinado, a lo largo de toda la vida (va más allá de la culminación de la adolescencia y la juventud) y que conducen a la madurez. Dichos objetivos, según Sarrel y Sarrel, son:

- ✓ Tomar conciencia de ser sexuado y sexual
- ✓ Construcción de una imagen corporal sin distorsiones
- ✓ Ausencia de conflictos o confusiones sobre la orientación sexual.
- ✓ Incorporación de lo afectivo como elemento enriquecedor del vínculo sexo-erótico
- ✓ Progresiva satisfacción en la vida sexual
- ✓ Responsabilidad: hacia sí mismo, la pareja, la sociedad.
- ✓ Superar sentimientos de culpa o vergüenza, o dificultades en la niñez
- ✓ Corte gradual de los lazos con los padres. (Cornella, Llusent, Mir, 2005)

La identidad sexual y orientación sexual se entienden como tendencias

Sexuales en cuanto a aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre o mujer) y en cuanto a atracción sexual hacia un sexo, otro o ambos (heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad).

- ✓ El sexo, la identidad sexual, está determinada biológicamente de forma muy clara
- ✓ La orientación sexual y la conducta sexual (heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad, ... ), aun cuando tienen una base biológica, son configuradas por otros factores como la educación, los estereotipos, los factores culturales y el propio comportamiento elegido, puesto que hay un margen muy amplio de libertad en el modo en que cada sujeto conduce su sexualidad.

La orientación sexual se manifiesta como un sentimiento profundo y esencial, es una vivencia muy estable en la mayoría de las personas, y que una vez que se establece suele mantenerse constante a lo largo de la vida. La orientación sexual no se transmite de padres a hijos. Empezamos a gestar nuestra orientación sexual en la infancia y la desarrollamos fundamentalmente en la adolescencia, es en esta etapa de nuestra vida cuando la mayoría de las personas tomamos conciencia de hacia dónde se dirige nuestro deseo sexual Sin embargo, hay también quien descubre su orientación sexual homosexual o bisexual en la edad adulta. El proceso de construcción de la orientación sexual es muy similar en heterosexuales y homosexuales; el deseo, la atracción, el enamoramiento, el placer sexual... es el mismo para heterosexuales, homosexuales y lesbianas. (Mujika, Basañez, 2007)

La homosexualidad no es una enfermedad. Todas las organizaciones de salud mental importante, inclusive la American Psicológica Asociación, APA (Asociación psicológica estadounidense) han afirmado que la homosexualidad no es un trastorno mental. Sentirse inseguro o incómodo acerca de sus sentimientos puede causar ansiedad y estrés lo cual a veces puede causar problemas físicos como dificultad para dormir, náuseas y dolor de cabeza. Hablar con gente de confianza —tal como miembros de familia y amigos—acerca de cómo usted se siente le puede ayudar a disminuir su estrés y su ansiedad. (familydoctor.org, 2010)

Identidad homosexual, se define en 4 fases que no son lineales y no tienen una duración establecida. Sin embargo, cada una de ellas se encuentra teñida por conflictos y dificultades que el joven, desde la pubertad hasta la adultez, debe enfrentar y para lo cual no se encuentra preparado, sin mencionar las presiones sociales y el cuestionamiento de sus propios sentimientos y de su autoimagen.

Las etapas planteadas por Troiden (1988) son las siguientes:

- Sensibilización: inicialmente aparecen generalizados sentimientos de marginalidad y de ser diferentes a los pares del mismo sexo, sin entender por qué, lo que incide en sentimientos de inadecuación o desinterés.
- Confusión de Identidad: la posibilidad de poder ser homosexuales genera confusión, temor y ansiedad. Ello los lleva a buscar una “cura”, inhibiendo intereses y conductas homosexuales, buscando

relaciones heterosexuales, generando pensamientos homofóbicos, y buscando escapar de su confusión con conductas sexuales de riesgo y consumo de drogas.

- Aceptación de la Identidad: reanudación de contactos con experiencias homosexuales, autodefinición homosexual, y exploración de la cultura homosexual, participando activamente de movimientos homosexuales.
- Compromiso: generalmente ocurre en la adultez, la homosexualidad es integrada en la vida psicológica, hay un cambio en el significado y la valoración del ser homosexual, una satisfacción al poder mostrarlo, sin culpa por ello.

El Dr. Van den Aardweg demuestra que la homosexualidad es una de las patologías a las que todos estamos expuestos. El origen radica en la forma en que somos educados y en diversas experiencias de nuestra vida. Como cualquier otra patología, podemos entenderla y curarnos de ella. Van den Aardweg extrae la homosexualidad de un sistema extremadamente irracional y la coloca en un contexto racional y realista.

La Heterosexualidad Hace referencia a la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Freud quien consideraba la heterosexualidad como la condición adulta normal y la homosexualidad como un estado patológico de desarrollo interrumpido causado primordialmente por factores educativo familiares (carácter absorbente de

la madre, la hostilidad, debilidad o ausencia del padre, celos infantiles u otros factores)(Bardi,Leyton, Martínez, González, 2005)

### *Erotismo*

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo construye tanto a nivel individual como social como significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. (OPS/OMS, 2000, en Torices y Ávila, 2012)

### *Zonas erógenas*

Las zonas erógenas son partes del cuerpo que tienen una concentración de terminales nerviosas que pueden ser estimuladas para causar excitación sexual.

Las zonas erógenas son las partes del cuerpo, que al ser estimuladas provocan mayor placer y excitación sexual. Toda la piel es una gran zona erógena, no existe partes que biológicamente están especialmente diseñadas como erógenas y partes que no.

Algunas áreas de nuestro cuerpo son más sensibles que otras, lo cual muchas veces depende de lo expuesto que este al contacto o al uso, no obstante el hecho de que sean sensibles al tacto no implica directamente que sean

erógenas, es decir que estén vinculadas con la excitación y el placer. Lo que le da el matiz erógeno a cada fragmento de nuestra piel depende de la mayor zona erógena que poseemos los seres humanos es el cerebro. (Torres, 2012)

La sensualidad y la sensibilidad para acariciar tiene que desarrollarse y conectarse con se relación sexual amorosa. Nuestras zonas erógenas son más parecidas que diferentes. Algunos individuos experimentaran más sensibilidad y excitación desde ciertos puntos erógenos que de otros. (Rosenbau, 2003)

El cerebro es el que procesa toda la información y le otorga el sentido sexual a una caricia determinada, a un contexto, a la persona que nos toca, todo ello es fundamentalmente para despertar el erotismo. Si nuestra mente no está predispuesta, es decir, si nos encontramos fuera de contexto, real o mentalmente, puede dar exactamente igual donde nos toque o nos toquemos. Así mismo, el cerebro, interpreta y valora la información en función de un aprendizaje previo, el cual en general, suele estar mediado por la cultura, por eso, existen sociedades en las que, por ejemplo, los pechos no resultan nada erógenos, pese a que sean sensibles, o como puede ocurrir en la otras, que las zonas sensibles no resulten erógenas por estar impregnadas de algún tabú cultural, como el ano, en el caso de los hombres. (Torres, 2012)

Nuestro cerebro es la zona erógena más grande que podemos tener ya que es él el que hace que algunas de las partes del cuerpo sean más sensibles que otras, muchas zonas pueden variar dependiendo del lugar donde nos estemos, ya que la cultura influye en cada uno.



Las áreas erógenas pueden ser divididas en tres niveles de acuerdo con su sensibilidad para producir la excitación sexual:

Tercer nivel: todo el cuerpo, con la piel y los terminales nerviosos. En realidad, la piel es el área más extensa de la sensualidad y todo el cuerpo disfruta cuando se le da masaje.

Segundo nivel: las partes del cuerpo, excluyendo los genitales y los pezones con mayor cantidad de terminales nerviosa y suministro de sangre. Estas áreas proporcionan grandes estímulos durante el juego sexual preliminar.

Algunas de las zonas erógenas de este segundo nivel son: la parte trasera de las rodillas, la parte interna de los muslos, las axilas, el área de los senos, el abdomen y el ombligo, la parte inferior de la espalda y las nalgas, el cuello de atrás hacia adelante, la palma de las manos y la planta de los pies, la cara, especialmente las comisuras de los ojos y las cejas, los bordes de la nariz sobre las cavidades de los senos nasales, la sien, la boca y la lengua.

Primer nivel: Las más sensibles y sexualmente excitantes zonas erógenas son los pezones y los genitales. Los genitales son los que más estimulan directamente la excitación sexual. Los pezones son un punto favorito tanto de hombres como de mujeres para la estimulación de la excitación sexual. Las terminaciones nerviosas son especialmente sensitivas y están conectadas a la excitación sexual. (Rosenbau, 2003)

## Zonas erógenas del hombre

Los pezones del hombre son sensibles a las caricias y producen sensaciones de placer cuando se les estimula manual u oralmente y a menudo se endurecen como en el caso de las mujeres. (Rosenbau, 2003)

El pene, la estimulación manual es por lo general más firme cuando toda la mano rodea el órgano y a menudo más rápida que lo que ella esperaría, especialmente cuando se acerca el orgasmo. La parte inferior del pene es frecuentemente muy sensible y responde bien al frote de las yemas de los dedos. La mayor concentración de terminaciones nerviosas está en la cabeza del pene. La estimulación oral, la mano bien lubricada o la vagina excitada. Otra vez, debe ser una estimulación firme, o no sentirá ni apreciara mucho. Una persona puede poner su mano sobre la de su pareja y aprender las caricias y el ritmo que él más aprecia.

El escroto y los testículos, los testículos son sensibles a los golpes, pero pueden ser tocados con firmeza si se hace de manera gentil. Estas muy eróticas partes del cuerpo masculino producen sensaciones con las caricias o pequeños tirones del saco del escroto.

Perineo, esta es el área que esta entre el escroto y el ano. Se halla sobre la glándula prostática, así como en la base del pene. Puede ser muy excitante frotar esta área con moderada firmeza; especialmente si se hace junto con la caricia manual del pene con la otra mano. (Rosenbau, 2003)

## Zonas erógenas de la mujer

El cuello, la nuca y los hombros son partes muy sensibles, en las que a la mayoría de mujeres les encanta ser acariciadas, besadas, mordisqueadas, etc. Esto es algo bastante generalizando y casualmente son partes para las que, actualmente, no hay un patrón tan estandarizado de belleza como para otras. El lóbulo de la oreja, por lo general también suele resultar muy excitante, sin embargo hay chicas a las que les desagrada.

Los brazos en toda su extensión. En la zona interna suelen resultar más agradables las caricias delicadas, mientras que en la zona externa y más cerca a los hombros un poquito más fuerte, por ejemplo mordiscos suaves.

Las manos también pueden ser muy erógenas según como las acaricien o beses, por ejemplo pasar la lengua entre los dedos o mordisquear con delicadeza la palma de la mano.

El vientre, la cintura y las caderas, son zonas muy sensibles, por ello puede que te provoquen cosquillas, una buena forma de que esto no ocurra, es que antes de besarte en esta zona, deslice sus manos fuertemente desde la cintura hasta la cadera.

Las piernas y los glúteos. Al igual que ocurre con los brazos, la zona interna de los muslos es más sensible y, por lo general, es más agradable la suavidad en esta parte, especialmente en las ingles, mientras que en los gemelos, en la cara externa del muslo y en los glúteos se pueden ejercer más presión, apretar, mordisquear, pellizcar despacito. Algo que puede resultar curioso es que muchas chicas consideran sus rodillas como zona erógena.

Los tobillos y los pies también son una parte muy sensual para y en la mujer, sin embargo a muchas chicas les incomoda que se los toquen o incluso se los vean. Para evitar las cosquillas en los pies, al igual que en la cintura, es aconsejable que antes de acariciar o besar esta parte, aprieten suavemente, pero con firmeza la planta del pie, de abajo hacia arriba preferiblemente. (Torres, 2012)

Los senos y los pezones son muy excitantes tanto en la mujer como el hombre. La pareja disfruta de la feminidad única de los senos de su mujer y ve la erección de los pezones como una obvia señal de la excitación sexual. Este debe recordar que su pareja no apreciará normalmente un ataque directo a los pezones o al área genital. Con más frecuencia una mujer aprecia una aproximación incitadora e indirecta. También es de sabios comprender que una mujer varía más que un hombre de un episodio amoroso al otro en cuanto a sentir estimulación o irritación. Por ejemplo los pezones pueden afectarse por fluctuaciones hormonales. (Rosenbau, 2003)

Las mujeres relatan que carecen de sensibilidad sexual tanto en los pechos como en los pezones, afirman que les da completamente igual a otras incluso les resulta molesto e incómodo, y a otras, les puede gustar y excitar muchísimo.

En los pechos a muchas chicas les gusta sentir algo frío, desde humedecer el pezón con la lengua y soplar suavemente, hasta jugar con hielo. (Torres, 2012)

Los labios exteriores e interiores tienen muchas terminales nerviosas y suscitan excitación sexual. Otra vez, cambie el toque cuando comienza con los

labios exteriores y el montículo. Coloque toda la mano sobre el área genital; deslice un dedo de la base a la cima del labio exterior, frote suavemente ambos labios sobre el área del clítoris. Permita que se desarrolle la tensión sexual. El pene es una varita mágica para crear placer, especialmente la cabeza suave. Úselo para estimular gentilmente los labios interiores y el clítoris.

El clítoris, la mujer tendrá que descubrir los toques y lugares que ella prefiere para la estimulación del clítoris y enseñárselos a su pareja. Ella deberá sensibilizarse poco a poco para experimentar el goce de las sensaciones que su clítoris es capaz de proveer. Puede sugerirle técnicamente a su esposo que ayuden a excitarla y a crear el ritmo que ella necesita. La estimulación directa, salvo cuando hay una elevada excitación, puede a menudo ser demasiado intensa; en su lugar usted puede frotar un costado de la capucha del clítoris utilizando la boca con más delicadeza.

El tercio exterior de la vagina es el más sensible. Debe prestarse atención a esta sensibilidad tanto con la estimulación del pene como manual. Toques rápidos y superficiales, así como movimientos lentos, sensuales y más prolongados, pueden ser muy excitantes. A menudo la sensación es mayor en dirección a las doce de las manecillas del reloj (hacia el clítoris) y a las seis (hacia el ano) dentro de la vagina. Las posiciones que estimulan estas áreas crean sensaciones de excitación.

El perineo y las áreas adyacentes a la vulva. El perineo o tejido entre el ano y la vagina, es sensible a los toques. Cualquier piel o tejido que rodea la vulva se

le da la categoría de zona erógena e segundo nivel, e incluiría áreas como el interior de los muslos y el estómago. Aunque no es área genital directa, esas zonas son muy sensibles a las caricias, el lamido y los toques delicados; casi se convierten en una extensión de la vulva. (Rosenbau, 2003)

Ninguna mujer es igual en su sexualidad y mucho menos es igual a la hora de establecer una actividad sexual, ya que no responden de la misma forma ante algún estímulo, puede que a una persona del sexo femenino le guste que le toquen las orejas con las yemas de los dedos y que eso le produzca algún tipo de placer o incluso que la excite, mientras que a otra puede incluso que le desagrade ese tipo de caricias o incluso que esté realizando una actividad sexual y que su pareja le toque las orejas y baje su nivel de excitación.

### *Masturbación*

Las primeras experiencias sexuales de mucha personas consisten en la masturbación. Pero, como hemos visto, los datos indican que un número importante de mujeres nunca se masturban y muchas lo hacen a una edad más tardía que los varones. Esta circunstancia puede tener también importantes consecuencias en otras áreas de la sexualidad. (Hyde, 1995)

Wood Allen describe la masturbación como una manera sugerente y nos dice que se trata de sexo con alguien a quien quieres.

Le libro de La Vida Sexual responde a la idea que casi todos tenemos en la cabeza: estimulación física y directa de los genitales con el objetivo de acrecentar

la excitación sexual para procurarse placer, ya sea o no con resultado de orgasmo.

La masturbación es toda forma de autoplacer sexual obtenido mediante cualquier tipo de estimulación física directa. (Burgos, 2012)

No hay huellas paleontológicas que indiquen si nuestros antepasados se masturbaban o no pero teniendo en cuenta que los mamíferos y en concreto los primates, lo hacen y que la especie humana pertenece a estos dos grupos, parece razonable pensar que la masturbación ha formado parte de las prácticas sexuales de los homínidos a lo largo de su evolución. En este sentido, la masturbación humana forma parte de la herencia e nuestra evolución.

En función de lo que tocaba sentir, pensar y actuar en cada época y lugar, la masturbación recibía un nombre u otro. Como comprenderás enseguida, unos hombres son más inquietos que otros. Términos como vicio solitario, autoabuso, autopolución, descargas ilegales, violencia manual y otras más, nos transmiten un fuerte rechazo hacia la masturbación. En cambio sexo, manual o autoestimulación son términos más neutros que parecen huir de cualquier connotación moral o enjuiciamiento negativo. Hay también expresiones más favorables y conciliadoras, como amor en solitario, sexo para uno y autoerotismo, que le dan la vuelta a los términos vicio solitario y autoabuso.

La masturbación provoca una cascada de sentimientos y emociones que pueden ir desde la culpa y el rechazo a la satisfacción y el bienestar más placentero y deseado. Esto no es banal, ya que nuestra actitud ante la

masturbación condicionara y modulara nuestra conducta masturbatoria, y la opinión que tenemos de nosotros y de los demás al practicarla. Además estos sentimientos y actitudes nos inducirán a actuar de un modo concreto. (Burgos, 2012)

Una de las manifestaciones sexuales típicas de la edad adolescente es la masturbación. Más del 90% de los varones y aproximadamente un 50% de las mujeres han tenido este tipo de experiencias en su pasado. En el pasado la masturbación era considerada como un vicio terrible, un pecado y la causa de todas las enfermedades conocidas. No obstante, hoy esta opinión es rechazada como completamente infundada. Puede decirse con certeza que la masturbación (salvo los casos de su práctica excesiva) no causa directamente ninguna enfermedad específica y es la manifestación natural de la sexualidad. Por el contrario, los adolescentes que son intimidados con las terribles consecuencias de la masturbación, siendo incapaces de resistir el intenso deseo de liberar la tensión sexual, pueden desarrollar enfermedad mental (Antonov, 2012).

El asunto es que la bioenergía durante los organismos provocados por la masturbación no se usa racionalmente. En vez de ser simplemente pérdida durante tal organismo, esta energía podría haber sido sublimada y usada para el desarrollo intelectual y físico. Para lidiar con la masturbación adolescente, debemos usar métodos positivos de corrección es decir, en vez de intimidar o amenazar al joven, debemos dirigir su atención a alguna actividad beneficiosa. Partir de esto, la sexualidad juvenil excesiva puede atenuarse con una dieta



balanceada, específicamente a través de sustituir los platos con carnes y pescados por productos lácteos y huevos de aves (Antonov, 2012).

La masturbación hoy en día sigue siendo un tema de polémica y por lo regular a los adolescentes se les trata de meter ese temor de que si se masturban algo malo les puede pasar o que si los hacen diosito los va a castigar. La masturbación es totalmente normal mientras que sea de manera moderada.

La masturbación de la mujer.

Para la mayoría de las mujeres el orgasmo autoproducido es un medio más de desenvolvimiento sexual. Para Shere Hite queda claro que la sociedad ya acepta el derecho que la mujer tiene a disfrutar del sexo cuando este placer se logra en compañía de un hombre. Sin embargo, afirma que no se reconoce aun el derecho de la mujer de la mujer a gozar de su propio cuerpo exclusivamente por sí misma.

Hite nos dice que la masturbación es motivo de celebración, pues es la vía sencillísima para alcanzar el orgasmo en la mayoría de las mujeres. (Koffer, S/A)

La masturbación es una forma de descarga física, pero no de realización sexual, es normal y no debe reprenderse. Tampoco constituye, como sostienen los freudianos, un signo de inmadurez; a no ser que se le ocurra a un adulto en circunstancias en las cuales otras formas fueron accesibles.

El sexólogo John Gagnon dice que quizá las mujeres jóvenes sepan de la masturbación, pero no saben cómo masturbarse: como producir placer e incluso,

cuáles pueden ser los placeres del orgasmo. Algunas mujeres jóvenes dicen que han aprendido como masturbarse después de haber tenido orgasmos en el coito y con caricias, decidiendo después hacerlo por sí mismas. (Hyde, 1995)

Kinsey descubrió que bastantes mujeres de su investigación no sólo no habían practicado la masturbación, sino que incluso ignoraban que esta era posible para la mujer. También descubrió que las mujeres empezaban a masturbarse a una edad mucha más avanzada que los hombres. Este hecho no sólo indicaba una menor dependencia respecto a dicha práctica, sino también que las mujeres no estaban preparadas para discutir sus experiencias sexuales tan abiertamente como los hombres.

Otro dato interesante que surgió de los estudios de Kinsey fue que entre las muchachas adolescentes había una impresionante correlación entre el nivel de escolaridad y la práctica de la masturbación. El grupo menos escolarizado frecuentemente la consideraba como una práctica físicamente dañina o moralmente inadecuada. (Koffer, S/A)

Kinsey nos dice que las mujeres escogen entre una mayor variedad de técnicas que los hombres. El distinguió seis métodos distintos, que normalmente se combinan en las prácticas masturbatoria, las cuales son las siguientes:

1. La estimulación del clítoris y los labios vaginales interiores, con caricias rítmicas de uno o más dedos (el método más popular).
2. Frotándose los labios vaginales exteriores y el área genital completa.
3. Cruzando las piernas y ejerciendo presión rítmica y regular de los muslos.

4. Recostándose sobre la espalda o el estómago y desarrollándose tenciones musculares y nerviosas a lo largo del cuerpo mediante la simulación de los movimientos del coito.
5. La estimulación de los pezones.
6. La penetración vaginal con los dedos o con algún objeto.

Aunque solo el 20% de las mujeres practica la penetración vaginal al masturbarse y la mayoría de estas solo una leve inserción en el vestíbulo de la vagina y no una penetración completa, los hombres tenían una tendencia a creer que la penetración vaginal profunda era para las mujeres la forma principal de obtener satisfacción por medio de la masturbación. Kinsey señalo que esto era una concepción errónea, basada en la presunción de los hombres en torno a la importancia de los genitales masculinos en el coito.

Los datos de Kinsey sugieren que la masturbación prematrimonial contribuye a incrementar la capacidad de la mujer para responder sexualmente en su matrimonio. Muchas mujeres jóvenes no experimentaban orgasmos y esto ocasionaba con frecuencia problemas matrimoniales. De aquellas que padecían esta dificultad tres d cada cuatro no habían aprendido a masturbarse hasta el punto de tener un orgasmo.

Hoy en día aunque muchas mujeres afirman que la masturbación ha tenido efectos benéficos para el manejo de su respuesta sexual, en la mayoría de ellas produce sentimientos de culpa y vergüenza y menos precio de sí misma. (Koffer, S/A)

La masturbación de la mujer no se debería de ver como algo malo, si no como algo que le sirve a la mujer para poder explorar los límites de su cuerpo, así como las posibles respuestas sexuales que este pueda tener.

#### La masturbación en el hombre

Los hombres se masturban por placer o para desensibilizarse y así evitar una reacción demasiado rápida durante el coito. No se debe de asociar la masturbación con la inmadurez sexual. (Koffer, S/A)

La masturbación es una buena manera de conocer tu cuerpo y saber cómo te gusta que te toquen. Además puede ayudar a identificar cuando estas cerca del orgasmo y de esa manera, aplicar esa experiencia del sexo con tu pareja. (Lifshitz, 2009)

Según los datos de Kinsey la mayoría de los varones dicen haber oído hablar de la masturbación antes de tratar de hacerlo por su cuenta y una proporción importante de ellos ha observado como lo hacían otros. La mayoría de los varones ha aprendido a relacionar los órganos genitales con el placer hacia la época de la pubertad. Las primeras experiencias sexuales de los chicos son masturbatorias, aprendiendo así que pueden provocarse su propio placer. (Hyde, 1995)

Existen varios tipos de técnicas de estimulación en el hombre algunas son:

- Estimulación del pene: se trata de la estimulación de la zona del pene y glande, esta puede ser de abajo hacia arriba. Aquí se pueden tocar los testículos para alcanzar una mayor estimulación.
- Estimulación anal y prostática: al igual que con la mujer el ano es sumamente sensible, pero en los hombres es todavía más, ya que se conecta directamente con la próstata, que en opinión de muchos expertos es el punto G masculino. Se acaricia el pene mientras acompañas está masturbación de la inserción de uno o dos dedos en el ano.
- Estimulación de los testículos: se toma el pene con una mano y use usa la otra para cubrir y acariciar la zona entre los testículos y el ano. (Tu guía sexual, 2014)

Para el hombre es más sencillo masturbarse y explorar su cuerpo, conocerlo y saber que le gusta y que no.

### *Enfermedades de transmisión sexual*

Las enfermedades transmitidas por contacto sexual son padecimientos infecciosos que pueden transmitirse del huésped a otra persona. El contacto puede ser bucobucal, bucogenital, bucoanal, genitogenital o genitoanorrectal.

Algunas de estas infecciones pueden transmitirse por otra vía que no es necesariamente la sexual. En general las ETS tienen el potencial de lesionar en

forma permanente las vías genitales de ambos sexos, lo cual origina infertilidad. Pueden llegar a afectar al feto y, en algunos casos, causa la muerte. (Koffer, S/A)

Las enfermedades de transmisión sexual continúan presentando un problema de salud pública en nuestro país, ya que ocupan los primeros lugares como enfermedades de declaración obligatoria. (Gómez, 2007)

Son enfermedades que han sido denominadas, eufemísticamente, como enfermedades del amor, para quitarles las connotaciones negativas que ellas implican, sin embargo no le quitan el riesgo de morir o de lesionar gravemente al individuo.

Son aquellas enfermedades que se transmiten a través del contacto sexual; estas pueden ser de varios tipos: virales, micoricas, bacterianas, microbianas, entre otras. Actualmente existen más de 50 enfermedades que se transmiten por vía sexual. Su incidencia mayor se encuentra en los sujetos de 20 a 24 años, seguidos por rango de población de los 15 a los 19 años y en tercer lugar los de 25 a 29 años. (Caudillo y Cerna, 2007)

Son enfermedades repetitivas porque el organismo humano no genera un sistema de protección y, en algunos casos, como las enfermedades virales, no existen curas o vacunas para dichas enfermedades.

Se caracterizan por ocasionar consecuencias permanentes en el sistema, como esterilidad, dolores crónicos, secreciones, malos olores, irritaciones, entre otras cosas, lo cual depende de cuán agresivas sean y de la respuesta del organismo a la invasión. También hay enfermedades de transmisión sexual que son

menos violentas y con un tratamiento adecuado no causan tanta destrucción en el sistema.

Los posibles factores que pueden predisponer el contagio de las E.T.S. son:

- Inicio temprano de relaciones sexuales.
- Menos temor a las enfermedades de transmisión sexual por la existencia de cura para casi todas ellas.
- Creación de nuevos medicamentos en especial los antibióticos.
- Mayor movilidad de la población.
- Preferencia en los métodos anticonceptivos hormonales y de dispositivos en detrimento de los métodos de barrera.
- Falta de medidas de prevención sanitaria.
- Falta de educación sexual. (Caudillo y Cerna, 2007)

Tipos de enfermedades de transmisión sexual.

A continuación se describirán los diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual que existen en la actualidad.

### Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Es un deterioro en el sistema inmunológico por la destrucción de los linfocitos T auxiliares, denominados linfocitos T4, a consecuencia de un virus linfotrópico T humano. Las células T defienden al organismo contra ciertos microbios: virus, microbacterias, hongos y parásitos. Cuando se disminuyen las defensas hay enfermedades malignas e infecciones que atacan el sistema.

Los primeros síntomas pueden ser crecimiento de los ganglios linfáticos, anorexia, diarrea crónica, pérdida del peso, fiebre o fatiga. Algunas personas pueden tener la infección sin desarrollar síntomas.

El SIDA se contrae mediante contacto íntimo con una víctima, a través de transfusiones de sangre infectada o por el uso de agujas contaminadas. El contacto casual con enfermos de SIDA no tiene riesgo. (Koffer, S/A)

El periodo de transmisibilidad del sida varía de una persona a otra. En algunas personas infectadas los síntomas pueden aparecer a los pocos meses del contagio; en cambio en otras personas pueden permanecer años (de 5 a 10 años) sin presentar síntomas. A la persona infectada se le llama portadora y a pesar de estar aparentemente sana, puede transmitir el virus a otras. Entre los principales síntomas están: Fiebre, vomito ocasional, dolor de cabeza, diarrea ocasional, gran cansancio, pérdida de peso, dificultad para concentrarse, posibles erupciones o manchas en la piel, dolores musculares y de las articulaciones y ganglios linfáticos del cuello inflamados.

Tres años después del contagio, del 5% al 20% de las personas infectadas con el VIH han presentado uno más de los siguientes síntomas: depresión, pérdida de peso, diarreas persistentes, cansancio exagerado, pérdida de memoria, abundante sudoración nocturna y ganglios linfáticos inflamados popularmente, conocidas como "secas". (Gómez, 2007)

Los pasos que se pueden seguir para no contraer SIDA son:



1. Ser monógamo o seleccionar cuidadosamente su pareja sexual. En este último caso debe utilizar siempre condones.
2. Se debe de utilizar siempre jeringas nuevas desechables.
3. Se deben seleccionar cuidadosamente, con ayuda de personas especializadas, los medicamentos derivados de sangre y los donadores de la misma.
4. Antes de tener un hijo, si usted o su pareja pertenecen a un grupo de alto riesgo, debe de hacerse los análisis de laboratorio pertinentes para eliminar las posibilidades de padecer y contagiar al feto. (Koffer, S/A)

## VIH

Es un virus, específicamente, un retrovirus que ataca el sistema inmunológico del ser humano, por lo cual este no puede defenderse de los ataques de cualquier otra enfermedad. Estas enfermedades se denominan oportunistas, porque atacan al organismo cuando este no puede defenderse. Por eso la muerte no es causada por el VIH, sino por las enfermedades que han aprovechado la oportunidad de diseminarse en el organismo.

Existen 3 tipos de VIH los cuales son:

- VIH-1 que es uno de los más benignos. Fue descubierto por Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de París, en un auxiliar de vuelo que provenía de África Central.
- El VIH-2 es un tipo de virus que existe en el lejano Oriente, en especial en países como Tailandia y otros del sudeste asiático. Este nuevo virus

fue descubierto por Robert Gallo en dos pacientes masculinos que murieron en la ciudad de San Francisco.

- El VIH-3 es un virus que existe en la región subsahariana y región central de África, hasta el norte de Sudáfrica. Es sumamente agresivo y actualmente hay más de 39 millones de personas infectadas en esos países. (Caudillo y Cerna, 2007)

Las formas más comunes de contagio del VIH son:

- Transmisión sexual: es la forma más común y se produce por coitos (vaginal y anal), tanto heterosexuales como homosexuales. La mayoría de los casos se dan en las relaciones homosexuales entre varones, ya que el epitelio que recubre el recto es débil y se agrieta con facilidad, resultando una vía favorable para que el virus penetre.
- Transmisión parenteral: se da por transfusión de sangre o de derivados sanguíneos procedentes de personas portadoras o con SIDA. La infección también ocurre por el uso de agujas hipodérmicas u otros objetos punzantes contaminados con el VIH.
- Transmisión perinatal: una madre embarazada e infectada con el VIH puede contagiar al bebé por vía placentaria o durante el parto, por medio de la sangre contaminada. (Gómez, 2007)

En la actualidad existen dos pruebas con la que se dan cuenta de la presencia del virus en el organismo, ambas pruebas permiten diagnosticar la presencia del virus en el torrente sanguíneo de una persona, estas pruebas son:

1. Es la prueba de ensayo de transferencia enzimática absorbente (ELISA por sus términos en inglés).
2. Es conocida como Western Blot, llamada así por el laboratorio que realiza dicho estudio a través de una electrotransferencia enzimática. (Caudillo, Cerna, 2007)

### Virus del herpes simple

El herpes simple I (HSV-I) y II (HSV-II) es una enfermedad infecciosa viral incurable y en ocasiones dolorosa que puede durar toda la vida o ser recurrente. El virus entra en la célula, causa una infección ampollar y después queda latente hasta que se reactiva. El virus HSV-I infecta principalmente el área facial y se conoce como herpes labial, fuegos o fogones, el HSV-II infecta normalmente el área genital y ha llegado a denominarse herpes genital. Sin embargo pueden infectar indiscriminadamente las áreas por arriba y por debajo de la cintura.

La infección inicial por herpes simple I y II suele manifestarse sobre el perineo, vulva, vagina, cuello uterino, pene, muslos o nalgas, siete días después del coito o del contacto bucogenital, durará hasta tres semanas. Las lesiones aparecen como pequeñas vesículas y causan comezón y dolor. La vesícula a menudo se romperá y después se convertirá en una ulcera de base gris.

Se transmite por contacto directo íntimo con áreas infectadas: bucobucal, genitogenital, genitobucal, genitorrectal o bucorrectal. También puede adquirirse al

tocar y extender con los dedos una lesión activa o una vesícula llena de líquido.  
(Koffer, S/A)

La mayoría de las personas que tiene herpes no presentan síntomas o si los presentan son muy leves. Es posible que no se dé cuenta de los síntomas leves o que los confunda con otra afección de la piel como un grano o pelo encarnado. Es por esto que la mayoría de las personas que tienen herpes o lo saben.

Las llagas del herpes genital, por lo general, se ven como una o más ampollas en los genitales, el recto o la boca. Las ampollas se abren y dejan llagas dolorosas que pueden tardar semanas en curarse. A estos síntomas a veces se les llama brotes. La primera vez que una persona tiene un brote es probable que también presente síntomas similares a los de la influenza como fiebre, dolores corporales e inflamación de glándulas.

Es común que los brotes de herpes genital se repitan, en especial el primer año después de la infección. Los siguientes brotes generalmente duran menos tiempo y son menos graves que el primer brote. Aunque la infección puede permanecer en el cuerpo por el resto de su vida, la cantidad de brotes tiende a disminuir con los años. (CDC, 2014)

### Infecciones por Clamidia

*Chlamydia trachomatis* es un parásito intracelular. Es un microorganismo difícil de aislar, dificultando así el diagnóstico en individuos infectados. Las infecciones por clamidia del cuello uterino, la uretra y el recto son las

enfermedades transmitidas por contacto sexual más frecuente. Suelen originar complicaciones graves, entre ellas enfermedad inflamatoria pélvica (EOP); epididimitis y proctitis. Clamidia origina también el padecimiento de tracoma, que sigue siendo una de las causas a nivel mundial de ceguera. En varones, clamidia contribuye al 40% de los casos de uretritis no relacionados con gonorrea. (Koffer, S/A)

La mayoría de las personas que tienen infecciones por clamidia no presentan síntomas. Si ustedes presentan síntomas, es posible que no aparezca por varias semanas después de que haya tenido relaciones sexuales con una persona infectada. Incluso cuando no causa síntomas, la infección por clamidia puede dañar el aparato reproductor.

Las mujeres con síntomas podrían notar secreción vaginal anormal y/o sensación de ardor al orinar.

Los síntomas de los hombres podrían ser secreción del pene, sensación de ardor al orinar y/o dolor e inflamación de uno o ambos testículos.

Los hombres y las mujeres también pueden infectarse por clamidia en el recto, ya sea mediante las relaciones sexuales anales receptivas o la propagación desde otra parte infectada (como la vagina). Aunque por lo general estas infecciones no causan sintomatología, pueden provocar dolor en el recto, secreción y/o sangrado. (CDC, 2012)

Se adquiere por contacto sexual con enfermos sintomáticos o asintomáticos. A los recién nacidos se les puede contagiar la enfermedad al pasar por el conducto vaginal. (Koffer, S/A)

### Virus del Papiloma Humano

El virus del papiloma humano (VPH) o Papilomavirus, es un grupo de más de 100 tipos de virus. Se les llama Papilomavirus porque algunos pueden causar verrugas o papilomas, los cuales son tumores benignos. Los papilomavirus que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies son diferentes de los que causan formaciones en la garganta o en el área genital. Algunos tipos de los virus del papiloma humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer.

Más de 30 VPH de más de 100 tipos puede pasarse de una persona a otra por medio de contacto sexual. Aunque generalmente se transmite por contacto sexual, los médicos no pueden decir con certeza cuando ocurre la infección. La mayoría de las infecciones de VPH aparece y desaparece en el transcurso de unos pocos años, causando o no anomalías en las células. (Caudillo, Cerna, 2007)

Generalmente las verrugas genitales aparecen como pequeños bultos o grupos de bultos en la zona genital. Las verrugas genitales pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas, o tener forma de coliflor.

El VPH se puede contraer al tener relaciones sexuales orales, vaginales o anales con una persona que tenga virus. Se transmite con mayor frecuencia

durante las relaciones sexuales vaginales o anales. El VPH puede transmitirse incluso cuando la persona infectada no presenta signos ni síntomas.

Toda persona sexualmente activa puede contraer el VPH, incluso si tiene relaciones sexuales con una persona. También es posible que presente los síntomas años después de tener relaciones sexuales con una persona infectada, lo que dificulta saber cuándo se infectó por primera vez.

La mayoría de las personas con VPH no saben que están infectadas y nunca presentan síntomas o problemas de salud por el virus. Algunas personas descubren que tienen el VPH cuando presentan verrugas genitales. Las mujeres pueden enterarse de que tienen VPH cuando obtienen un resultado anormal de la prueba de Papanicoláu. Es posible que otras solo lo averigüen una vez que presentan problemas más graves por el VPH como cánceres.

Para reducir la probabilidad de contraer VPH se puede:

- Vacunarse: las vacunas contra el VPH son seguras y eficaces. Pueden proteger a los hombres y a las mujeres si se administran en las edades recomendadas. Las vacunas contra el VPH se administran en tres inyecciones en un periodo de seis meses.
- Use un condón de látex n forma correcta cada vez que tenga relaciones sexuales. El VPH puede infectar zonas que el condón no cubre, de modo que los condones pueden no ofrecer una protección total contra el VPH
- Que se tenga una relación mutuamente monógama. (CDC, 2014)

## Condilomas

Los condilomas son verrugas venéreas que se originan por un virus de DNA pequeño y clasificado según sus tipos. Difieren de las verrugas cutáneas en que las adquiridas por contacto sexual son infecciones en alrededor del 60% de los casos. El periodo de incubación es de dos a ocho meses. Parece haber relación entre ciertos tipos de condilomas del cuello uterino en mujeres y anales en homosexuales, que conduce cáncer de los mismos. (Koffer, S/A)

Los condilomas son ocasionados por el virus de papiloma humano. Los virus del papiloma ocasionan pequeños crecimientos (verrugas) sobre la piel y membranas mucosas. La infección de las regiones anales y genitales con VPH puede ocasionar verrugas (condiloma ano-genital) sobre el pene, vulva, uretra, vagina, cuello del útero y alrededor del ano (perianal).

Las lesiones sobre los genitales externos se reconocen fácilmente (verrugas en coliflor). En el pene, las verrugas genitales tienden a ser más pequeñas que sobre los genitales femeninos o que las perianales en ambos sexos. Los condilomas crecen mejor en el área genital húmeda. Son ásperos, coloreados y duros apareciendo solo o en racimos. Si no se tratan, las verrugas alrededor del ano y de la vulva pueden agrandarse rápidamente tomando un aspecto de coliflor ya que el mantener el área infectada seca puede ser un problema y las verrugas se asientan frecuentemente en las áreas húmedas. (Tu otro médico, 2014)



Casi siempre se transmiten por contacto sexual directo. El contagio de las manos a los genitales es raro. Al parecer los portadores que no muestran signos externos de la infección pueden transmitirla. Para prevenir el contagio es conveniente evitar la promiscuidad sexual. En todo caso, los condones y otros métodos de barrera ayudaran a prevenir la adquisición y diseminación de verrugas venéreas. Para prevenir el cáncer cervical las mujeres deben someterse a pruebas citológicas cada año. (Koffer, S/A)

### Gonorrea

La gonorrea es una infección causada por la bacteria *Neisseriagonorrhoeae*. Esta puede diseminarse a través del torrente sanguíneo a otras áreas del organismo tales como: órganos genitales internos, ojos, articulaciones, piel, pericardio, hígado y meninges. El 1% de los casos evolucionará en alguno de estos sentidos. (Koffer)

Se transmite casi en forma exclusiva por contacto sexual con una persona infectada. El periodo de incubación es de 2 a 7 días o más. El periodo de transmisibilidad puede ser de meses o años cuando no hay tratamiento, en especial las mujeres que con frecuencia no presentan síntomas.

Debido a los dolores tan frecuentes al orinar, los hombres deben buscar atención médica. En cambio en la mujer solo hasta que la infección se ha extendido a la matriz y trompas de Falopio, producen dolores agudos. Si no se cura, puede producir: meningitis (inflamación de las membranas del cerebro); ceguera, pulmonía, enfermedades del corazón, hígado, riñones y próstata,

esterilidad, artritis y ceguera en los recién nacidos, que se contagia al pasar por el canal vaginal durante el parto. (Gómez, 2007)

El 60% de las mujeres no tiene síntomas visibles en comparación con el 20% de los varones. El periodo de incubación es de tres a cinco días. En los hombres hay molestias o ardor al orinar. Esto puede ser seguido por secreción uretral que se hace espesa, cremosa y de color amarillo verdoso. En las mujeres puede haber o no secreción vaginal anormal, así como sensación de ardor al orinar. En caso de infección del útero o de las trompas de Falopio se presenta sangrado menstrual anormal y dolor en la parte baja y media del abdomen, acompañados de fiebre y escalofríos.

Se transmite de un individuo infectado a uno sano por contacto personal directo, por general sexual. No se adquiere en asientos de retrete o de orinales sino por contacto directo de una membrana mucosa infectada con una sana vía oral, vaginal, uretral, rectal o por el cuello uterino. (Koffer, S/A)

### Sífilis

La sífilis es una infección originada por una bacteria denominada *Treponema palladum*, del orden Spirochaeta. El padecimiento se divide en cuatro fases y llegar a producir minusvalidez permanente y problemas cardiovasculares que pueden tener un desenlace fatal. (Koffer, S/A)

La sífilis se desarrolla en 4 periodos los cuales son:

- 1) Periodo primario: entre 3 a 12 semanas después de la relación sexual, aparece un grano o llaguita llamada chancro en el pene o en los organos genitales externos o internos dela mujer. Generalmente el chancro no duele y puede confundirse con irritación o con una raspadura. Como el chancro desaparece, aunque no se reciba tratamiento, el enfermo cree que se ha curado, pero los microbios siguen vivos y reproduciéndose en su cuerpo.
- 2) Periodo secundario: a las 2º 3 semanas después de haber desaparecido el chancro, a la persona le salen vejigas o manchas en la espalda, las palmas de las manos y las plantas de los pies. El enfermo puede confundir estas manchas con alergias o con algún salpullido. Desaparecen sin ningún tratamiento. (Gómez, 2007)
- 3) Periodo lactante: en este periodo no hay síntomas y puede durar varios años. No obstante las pruebas de laboratorio serán positivas.
- 4) Neurosífilis: puede ocurrir cinco años después de una infección no tratada. Se presentan enfermedades en piel, huesos sistema nervioso central, órganos internos y grandes vasos sanguíneos. Puede generar cambios de personalidad, alucinaciones, deterioro intelectual, habla anormal, convulsiones e insomnio. (Koffer, S/A)

La sífilis se contrae cuando, durante el coito, las lesiones mucosas entren en contacto con las superficies mucosas húmedas de la pareja sexual. La excepción es la sífilis congénita, que el recién nacido la adquiere a través de la placenta. (Koffer, S/A)

## *Métodos Anticonceptivos*

Los métodos hormonas son mezclas de hormonas tipo estrógenos y progesterona, generalmente sintética, que altere el ciclo femenino. Las hormonas naturales se distribuyen por vía oral. Los estrógenos sintéticos empleados con principalmente el etinilestradiol y mestranol, mientras que hay más de 20 tipos de progesterona sintética. Es un método anticonceptivo de gran eficacia y comodidad, pero es el que más presenta los mayores riesgos para la salud. (Introducción a la bioética, 2013)

### Píldora

Es una pastilla que contiene estrógenos sintéticos y hormonas de progesterona en diversas proporciones según su tipo, para adaptarse a los requerimientos específicos del usuario. (Koffer, S/A)

Es uno de los métodos anticonceptivos reversibles, más eficaces y seguros, actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación está compuesta de dos. Existen diferentes tipos de píldora anticonceptiva, que varían según la dosis hormonal y la pauta de presentación.

Algunas ventajas de este método son: es el método más eficaz, causa menos flujo menstrual, no interfiere con la actividad o espontaneidad sexual. Favorece ciclos muy regulares, disminuye la tensión premenstrual, contrarresta la dismenorrea, proporciona algo de protección contra ciertas enfermedades y puede corregir el acné.

Algunas desventajas podrían ser: requiere de prescripción médica, puede tener efectos colaterales negativos, existen contradicciones absolutas y relativas, y no puede usarse durante el amamantamiento.

Tiene una efectividad del 98 a 99.5%. (Koffer, S/A)

### La píldora de emergencia

Es casi lo mismo que la píldora. Se prescribe dentro de las 24 a 72 horas después del coito, aun cuando ya estuviera presente la ovulación, interfiere el transporte normal de los espermatozoides. (Koffer, S/A)

Comúnmente llamada "píldora del día después" es un método de emergencia y no se puede utilizar como un método anticonceptivo habitual debe ser usada tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección permitiendo evitar el embarazo no deseado. (Ministerio De Salud, 2002)

Tiene un tasa de efectividad de 99.4 a 99.7%, aun así todavía no se debe confiar en ellos como un método anticonceptivos aceptables. (Koffer, S/A)

### Anillo vaginal

Son anillos de plásticos o silástico de 5-6 cm de diámetro, que se colocan en el interior de la vagina. Contiene hormonas que se liberan regularmente para ser absorbidas por la mucosa vaginal, que tiene gran capacidad de absorción, y pasa a la circulación sanguínea para ejercer su acción anticonceptiva. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco 2013)

Pueden ser anillos simples con solo progestágeno, que actúan durante tres semanas y luego se quita para que produzca la menstruación, o don de depósitos y se mantienen puesto tres meses. Hay también anillos combinados con estrógeno y progestágeno de distintos compartimientos, que se deben de retirar cada tres semanas para que produzca una menstruación farmacológica y aumente la aceptabilidad.

Es una alternativa a la anticoncepción oral, con la ventaja de una mayor efectividad práctica, al no tener que tomar diariamente la píldora, de forma que los efectos secundarios son menores aunque pueden producir vaginitis, generalmente de tipo nicótico. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

#### Parche anticonceptivo

Son parches cuadrados de 4 cm que se adhieren en la piel de cualquier parte del cuerpo, que contienen las mismas hormonas que la píldora, que pasa de forma continua a la sangre a través de la piel. Los parches duran 7 días, el primero se coloca el primer día de la menstruación y se debe cambiar cada semana durante 3 semanas consecutivas, colocándose en lugares distintos al producir irritación. En la cuarta semana no se coloca, lo que produce una menstruación farmacológica.

Se comercializa desde el 2002, y según se advierte en los prospectos del fabricante, tiene más riesgo de trombosis, con más muertes y coágulos en las piernas y pulmones, al existir una mayor exposición en los estrógenos. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

### Inyectables intramusculares

Este tipo necesita menores dosis, al evitarse el paso hepático de la vía oral, que destruye parte de la hormona. La hormona se deposita intramuscularmente y se libera de forma lenta y mantenida. Contiene solo progestágenos, siendo la forma más común la inyección trimestral. Los fallos se producen principalmente en los últimos días, al disminuir los niveles plásmicos de la hormona.

Produce trastornos menstruales, falta de menstruación prolongada. También se han descrito aumento de peso, disminución de la libido, etc. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

### Espermicida

Es un método anticonceptivo confirmado por sustancias químicas, formado de dos componentes: nonoxinol-9, componente químico y otro componente inerte.

Las ventajas son: fácil uso, no tienen efectos sistémicos, fácil de iniciar y discontinuar y no requiere visitas a la clínica.

Las desventajas son: su efectividad es menor a la de otros métodos. (Orjuela, Almonacid y Chala, 2009)

### Implante subdérmico

Consiste en la colocación subdérmica de capsulas silásticas, que son de silicona biocompatibles y permeables, rellenas de un progestágeno que se libera

en pequeñas cantidades y de forma relativamente constante. Se le denomina también superpildoras de implantación.

El implante se realiza en la cara interna del antebrazo, en 10 minutos mediante un inyector desechable. Se puede extraer en cualquier momento para ser reemplazado.

Es un método de gran eficacia al no presentar el problema de olvidos aunque está condicionada al periodo de implantación, disminuyendo su efectividad con el paso del tiempo.

Los efectos secundarios son menores a la píldora oral, al no contener estrógenos y libera pequeñas cantidades de progestágeno. Se han descritos dolores de cabeza, acné, mareo, eczema, prurito, aumento de peso, cambios de humor, menstruación dolorosa e irregularidades menstruales. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

#### Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un objeto pequeño de plástico o acero inoxidable, puede agregarsele cobre o progesterona, que se coloca en la cavidad uterina para evitar la implantación del óvulo fecundado. (Koffer, S/A)

Algunas ventajas son: es económico, solo requiere de dos visitas al médico, para la inserción y para la revisión, no requiere sustituirlo durante 3 años si es de variedad inerte, 2 años si es de cobre y uno si es de progesterona. Si se inserta de forma adecuada no interfiere con la actividad y espontaneidad sexual.



Es conveniente en mujeres que no pueden utilizar anticonceptivos orales, o en caso de amamantamiento.

Algunas desventajas son: puede causar aborto espontáneo si se implanta a una embarazada, si el tamaño del útero es normal puede ser expulsado o perforar la pared uterina, existe un 4% de embarazo ectópico, no se debe insertar si hay infección vaginal pues esto puede dañar las trompas de Falopio. Las mujeres con predisposición a la endocarditis o que estén tomando anticoagulantes no deben de usar el DIU.

Tiene una efectividad del 94-99% de efectividad. (Koffer, S/A)

### El diafragma

Es un capucho de goma flexible de látex, suave, que posee un borde anular y en el fondo una lámina metálica plana o en espiral y en cuyo interior hay crema espermicida. Mecanismo de acción el diafragma impide el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina. El espermicida proporciona protección adicional al dañar a los espermatozoides.

Las ventajas del método son: no tienen ningún efecto secundario sistémico, no tiene efecto en la lactancia, se puede discontinuar su uso en cualquier momento.

Las desventajas son: que se requieren de un examen pélvico para determinar la medida del diafragma y del suministro constante de espermicida. (Orjuela, Almonacid y Chala, 2009)

### Preservativo femenino

Es una bolsa de poliuretano o látex que se ajusta y cubre la vagina. Tiene poca aceptación por ser incomodo, poco estético y un elevado índice practico de fallos. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

### Ligadura de trompas

Operación quirúrgica de la mujer, consiste en las ligaduras u oclusión de las trompas, de modo que no puede unirse el óvulo y los espermatozoides.

Las posibles ventajas son: a la semana pueden reanudarse las actividades normales sin riesgo alguno.

Las posibles desventajas son: es necesario determinar si existe alergia en los agentes anestésicos pues se utiliza anestesia general. Puede tener efectos posoperatorio desagradables, puede generar complicaciones si el procedimiento no se afecta en forma adecuada, fiebre alta, dolor abdominal e intenso perdida de la conciencia, hemorragia anormal.

Su efectividad es del 100%.(Koffer, S/A)

### Condón

Es una bolsa o funda de plástico (látex) delgada y elástica. El preservativo o condón contiene un lubricante o un espermicida que mata los espermatozoides.

Es el único método anticonceptivo que también protege contra todas las ETS, incluido el VIH; su eficacia anticonceptiva es muy alta, del 86 al 98%. Tiene las ventajas de obtenerse, usarse y discontinuar su uso fácilmente. (Orjuela, Almonacid y Chala, 2009)

### Vasectomía

Operación quirúrgica del hombre. Bajo anestesia local se hacen pequeñas incisiones en el escroto, se cortan los conductos eferentes de cada lado y se ligan los extremos, de esta forma se evita que los espermatozoides, que forman una porción muy pequeña del eyaculado total, se combinen con otros elementos de la eyaculación. (Koffer, S/A)

Para que sea efectivo debe de transcurrir 3 meses o 20 eyaculaciones de forma que todos los espermatozoides se drenen de los conductos seminales. (Kuthy, Pérez, Martínez, Tarasco, 2013)

Las posibles ventajas son: es el procedimiento de esterilización menos arriesgado, no tiene efecto colaterales negativos, a los 2 o 3 días ya pueden reanudarse sin riesgo y con comodidad de las actividades normales. Después de la vasectomía no abra cambios en el deseo o rendimiento sexual.

Las desventajas son: es generalmente irreversible, aun cuando se permita el coito a las 48 horas no deberá efectuarse sin protección hasta después de los conteos negativos de los espermatozoides. Se debe analizar el semen cada 3 años.

Tiene una efectividad de 99.9%. (Koffer, S/A)

### Método de calendario

Se intenta descubrir el momento de la ovulación por medio del registro de fecha de menstruación durante seis o más ciclos.

El coito se limita a los días infértiles de la mujer. Al ciclo menstrual más corto se le restan 19 días y al más largo 11. Los días intermedios son días fértiles.

Las ventajas son: que es económico, sin riesgos, contribuye a mayores conocimientos de la fisiología sexual femenina. Es el único método aprobado por la iglesia Católica.

Las desventajas son: se requiere de registros muy precisos, limita el acto sexual a ciertos días hábiles, no es confiable si los periodos menstruales son irregulares.

Solo obtiene una efectividad del 65-85% debido a que no se cumple con la abstinencia sexual en el tiempo requerido. (Koffer, S/A)

### Moco cervical o método Billings

Se intenta descubrir la fecha de la ovulación reconociendo los cambios en las secreciones vaginales.

No debería haber coito desde el primer signo del moco hasta la cuarta noche después del máximo. La secreción vaginal debe revisarse diariamente al colocar un dedo dentro de la vagina para valorar que tan húmedo se siente. Ha de

revisarse la filantez, es decir, la capacidad para formar hilos y la textura lubricante y deslizante.

Las desventajas son: diversos factores pueden afectar la adecuada valoración del moco: infecciones vaginales, coito la noche anterior, uso de preparaciones espermicidas y lubricantes, aplicación de duchas y cremas o supositorios vaginales con medicamentos. En quienes normalmente tiene secreción todo el ciclo, puede ser difícil valorar un patrón fértil de secreción. Es preciso que la mujer aprenda a valorar los cambios en las secreciones vaginales. Limita el acto sexual a ciertos días hábiles.

En la práctica solo tiene una efectividad del 65-85% debido a que no se cumple con la abstinencia sexual en el tiempo requerido. (Koffer, S/A)

#### Registro de temperatura corporal basal

La temperatura corporal basal es la menor temperatura corporal alcanzando por una persona sana al levantarse. Se intenta descubrir por medio de los cambios de TCB la fecha de ovulación.

Se toma la temperatura diariamente al levantarse por vía rectal o bucal, pero siempre el mismo sitio. Se deben hacer graficas durante seis u ocho meses para confiar en la exactitud. La TCB disminuye un poco el día de la ovulación, seguida por un incremento leve inmediato que continúa hasta que empieza el flujo menstrual. Después de 3 días seguidos de incremento de temperatura se puede considerar que ya hubo ovulación.

Las desventajas: exige registros muy precisos para descubrir los cambios leves de TCB. Las infecciones fiebres, pesadillas o trastornos del sueño pueden alterarse la temperatura. La TBC solo aumenta después de la ovulación. En consecuencia debido a que los espermatozoides pueden continuar vivo entre 48 a 96 horas después del coito, es precisó utilizar otro método preventivo antes de la ovulación.

Tiene una efectividad del 65-85% debido a que no se cumple con la abstinencia sexual en el tiempo requerido. (Koffer, S/A)

#### Coito interrumpido o coitos interruptos

Este método consiste en retirar el pene de la vagina, antes de la eyaculación o salida del semen durante la relación sexual, lo que significa que el semen no quedara dentro de la vagina. De esta forma los espermatozoides no llega a la vagina y no hay embarazo. No es un método muy eficaz porque se necesita de control y habilidad por arte del hombre y, por otro lado, antes de la eyaculación, es decir en la pre-eyaculación, el hombre arroja líquido seminal que contiene espermatozoides que pueden entrar en la vagina antes de retirar el pene y fecundar el ovulo. (Orjuela, Almonacid y Chala, 2009)

## *Juguetes Sexuales*

### *Historia De Los Juguetes Sexuales*

Los complementos sexuales existen desde hace unos 2.500 años, aunque hay datos arqueológicos de monumentos fálicos de dos o tres metros de alto, pertenecientes a la edad de bronce unos 4.000 años a.c.

Los utilizaban los antiguos griegos, egipcios y romanos, que hacían figuras de cera que imitaban el falo. Las solteras de Grecia utilizaban los "olivos", especie de penes de madera que lubricaban con aceite de oliva, y en las áridas tierras del Oriente Medio los fabricaban con boñiga de caballo que luego recubría con resina, antiguos manuscritos chinos muestran como los hombres se ataban una seda en la base del pene, para mantener la erección, la misma función que hoy cumplen los aros y anillos.

En la mitología griega, cuando Zeus separo al ser andrógino el que llevaba un solo cuerpo los principios masculino y femenino, lo hizo para que la especie se multiplicara. En las pinturas paleolíticas ya el falo aparece representado en las cuevas de Altamira y de Lascaux, y en la Mesoamérica precolombina hicieron asombrosos falos de cerámica para representar la fertilidad.

La mitología de alguna palabra lleva implícito su contenido de placer. Por ejemplo dildo-consolador-viene del italiano dildetto que significa complacer, y para complacer y consolar se usa desde el siglo XVI. En el fondo, todo se conecta con el ancestral culto del falo, una de las más antiguas practicas relacionadas con el culto de la fertilidad.

Los vibradores se usaron ampliamente en el mundo médico en la década de 1890, cuando se diagnosticó una “epidemia” de histeria entre las mujeres occidentales. Los síntomas de esta enfermedad, que en el pasado los médicos griegos descubrieron como el “útero ardiente”, la ansiedad, irritabilidad, fantasías sexuales o una excesiva lubricación vaginal, se consideraban los primeros síntomas de la enfermedad. Se creía que el origen de la histeria era simplemente el resultado de la frustración sexual femenina.

Durante el siglo XIX las mujeres que sufrían de histeria los médicos les masajearon el clítoris hasta producir un “paroxismo histérico”, que hoy simplemente denominamos orgasmo. En la década de 1880, esta práctica médica se volvió en muchos casos tediosa y el médico británico Joseph Mortimer Granville patentó un aparato electromecánico de forma fálica como instrumento terapéutico para efectuar el “masaje pélvico” en forma más fácil, rápida y limpia.

Naturalmente el masaje pélvico no curaba la histeria, y las pacientes tenían que recibir tratamiento médico periódico. Este comportamiento se explicaba por la aceptación del “modelo androcéntrico de la sexualidad”, que consideraba que el sexo era exclusivamente para la penetración y eyaculación masculina. Puesto que el uso del vibrador era sobre el clítoris y externo a la vagina, se concluía que no había contacto sexual y que el procedimiento era puramente médico.

A principios del siglo XX, los dildos y los vibradores comenzaron a aparecer publicitados en las revistas y catálogos femeninos como “instrumento para la tensión y la ansiedad femenina”. (aidepsicología S/A)



### *Dildos o consoladores*

Es simplemente un pene artificial. Este instrumento en forma cilíndrica, puede hacer llegar al orgasmo con una buena estimulación sexual, estos aparatos puedes estar fabricados de diversos materiales, silicona, madera, acero inoxidable, etc. (aidepsicología S/A)

### *Vibradores*

Aparatos electrónicos de diferentes tamaños y formas que ofrecen estimulación, suelen ser utilizados con lubricantes para que la experiencia sea más placentera.

Es la versión moderna del dildo o del mal llamado “consolador”, y se ha convertido en el complemento sexual con más éxito, para mucha gente se trata del mejor juguete sexual. (Montoya, S/A)

### *Aceites para masaje*

Estos aceites permiten aprovechar la sensualidad que ofrece un buen masaje, gracias a estos líquidos oleaginosos, podrás presionar, frotar o golpear rítmicamente con la intensidad adecuada determinadas regiones del cuerpo, principalmente las más musculares.

Algunos aceites de masaje, tienen sabores para el sexo oral resulte todavía más atractivo y divertido y otros con sustancias estimulantes, para fomentar las sensaciones. (Aidepsicología S/A)

## *Anillos*

Suelen ser de cuero, goma, o metal y son utilizados para sostener los testículos y el pene para que estos se ajusten con firmeza y sea posible prolongar la actividad sexual. (Montoya, S/A)

Algunos anillos vienen para estimular el clítoris de la pareja durante el acto sexual.

## *Masajeadores*

En apariencia son objetos normales, pero utilizados con un toque de sensualidad y son capaces de convertirse en pequeños aparatos de placer, pueden ser utilizados como complemento a los aceites para masaje, e incluso algunos por su forma pueden utilizarse como consoladores.

## *Bolas Ben Wa*

Son bolas bastante ligeras y se introducen en la vagina o en el ano, suelen estar hechas de algún material de plástico por fuera, conteniendo en su interior otras bolas de metal de menor tamaño, que son las que provocan la vibración con el movimiento, originando sensaciones placenteras.

## *Plug*

Semejantes a los dildos, tienen una característica especial, y es que cuentan con una base que permite su uso sin necesidad de utilizar las manos para sujetarlo, pudiéndolo fijar al suelo o a cualquier otra superficie más o menos lisa.

### *Muñeca inflable*

Se trata de artículos con forma femenina, que reproduce lo más fielmente el cuerpo, o partes del mismo de una mujer, con todos sus orificios (aidepsicología S/A)

### *Posturas sexuales*

Existen diferentes tipos de posturas sexuales algunas de ellas son las siguientes.

#### *La posición del misionero*

Es la posición más conocida, universalmente es del gusto de los principiantes como de los más experimentados, el hombre se tumba entre las piernas de su pareja.

Variantes: varios cojines puestos bajo las nalgas de la mujer permitiendo una penetración más profunda cambiando el ángulo de inclinación de la vagina.

Ventajas: posición cómoda y natural para la pareja. Buena libertad de movimientos para el hombre. Permite mirarse y abrazarse fácilmente a la pareja.

Desventajas: libertad de movimientos muy limitada para la mujer. Posición que puede llegar a ser aburrida.

### *La posición de la danza del misionero*

A partir de la posición del misionero, la mujer aprieta las nalgas y alza su cadera y entonces ondula su cintura en un movimiento circular lateral y vertical.

Ventajas: la estimulación es muy buena, existe un desencadenamiento rápido del orgasmo para el hombre.

Desventaja: es una posición difícil de mantener mucho tiempo porque es fatigante para la pareja.

### *La unión de la abeja*

La mujer se sienta sobre el pene de su pareja, el miso sentado y las piernas desplegadas hacia adelante. La mujer puede entonces ir y venir verticalmente apoyándose sobre las manos y las piernas. El hombre acompaña al movimiento levantándola por las nalgas o los muslos.

Variante: el hombre puede posicionarse de espaldas a la pared para un mejor apoyo. La mujer puede arrodillarse en vez de sentarse para poder agacharse más fácilmente hacia adelante y cambiar de ángulo.

Ventajas: la mujer controla mejor la profundidad de la penetración que en las demás posiciones con penetración por detrás. Las paredes de delante de la vagina y el punto G están bien estimulados. El hombre en posición pasiva puede acariciar prolongadamente los senos y el clítoris de su pareja.

Desventaja: Posición cansina para el hombre en ausencia de apoyo.

### *La unión del águila*

Tumbados sobre el costado, la pareja se abraza con los brazos y las piernas, la mujer apretando la cadera de su pareja entre sus piernas. El hombre repliega ligeramente sus piernas para facilitar la penetración.

Ventajas: posición muy íntima ofreciendo un contacto máximo entre la pareja. Buena profundidad de penetración si el hombre pliega suficiente sus muslos entre los de su pareja.

Desventajas: Amplitud de movimientos limitado.

### *La posición de la alineación perfecta*

La mujer se tumba sobre el hombre las piernas abiertas para facilitar la penetración. Una vez el pene bien asentado, ella aprieta las piernas para que los cuerpos de la pareja se superpongan en una alineación perfecta. La mujer puede entonces empezar la estimulación frotando su cuerpo lateralmente y horizontalmente contra el de su pareja.

Ventajas: posición muy íntima ofreciendo un contacto máximo entre la pareja. Las paredes vaginales más apretadas favorecen sensaciones más intensas. Recomendado para el amor tántrico.

Desventajas: profundidad de penetración y amplitudes de movimiento limitadas.

### *La unión de los amantes*

La pareja de pie cara a cara, el hombre frota su pene sobre la vulva de su pareja. Después de varios minutos de fricción, la vulva se abrirá naturalmente para permitir una penetración superficial. Si la mujer es de más pequeña estatura que el hombre, ella podrá agrandarse llevando zapatos de tacones de agujas o agrandándose artificialmente con un soporte (tal como una guía de teléfono) debajo de cada pie.

Ventajas: posición prácticamente realizable al imprevisto en todas las situaciones. Buena estimulación del clítoris y del glande.

Desventajas: penetración superficial. Posición difícilmente realizable si la pareja es de estatura muy diferente.

### *La posición de la amazona*

El hombre está sentado sobre una silla. La mujer se sienta en amazona sobre uno de los muslos de su pareja y guía al pene hasta la apertura de la vagina. Una vez el pene introducido, ella podrá contraer sus músculos vaginales para guardar la penetración, y evitarles salidas inapropiadas.

Ventajas: el hombre puede fácilmente acariciar los senos y el clítoris de su pareja para llevarla más fácilmente al orgasmo. Posición recomendada los hombres que sufren de eyaculación precoz.

Desventaja: amplitud de movimientos limitada y penetración poco profunda.

### *La posición de Andrómaca*

El hombre esta tumbado sobre la espalda, su pareja se posiciona encima de él, en cuclillas o arrodillada, el busto completamente erguido. Ella controla perfectamente la profundidad y el ritmo de la penetración y puede liberar a sus anchas sus fantasías de dominación.

Ventajas: la mujer guarda un control total permitiéndole estar más en confianza y encontrar los correctos movimientos para maximizar su placer. El hombre tiene las manos libres para proporcionar todavía más placer a su pareja acariciado sus senos, sus nalgas o su clítoris. Posición ofreciendo una buena estimulación el punto G.

Desventaja: ángulo de penetración a veces incómodo para el hombre, hasta doloroso si el pene se dobla.

### *La unión del antílope*

De rodillas sobre el suelo, la mujer se yergue tomando apoyo contra el borde de la cama. El hombre la penetra por detrás, erguido sobre las rodillas.

Variante: la mujer puede, poner sus piernas abiertas, colocándolas por ambas partes de las de su pareja para ofrecer una apertura vaginal máxima, o cerrar sus muslos uno contra el otro para comprimir la vagina y así apretar el pene.

Ventajas: buena estimulación de las paredes frontales de la vagina y del punto G. Posibilidad para el hombre de estimular el clítoris y los senos de su pareja. La mujer puede fantasear más fácilmente sobre parejas imaginarias.

Desventaja: las rodillas sufren rasguños.

#### *La postura de la balanza*

El hombre está sentado sobre el borde de la cama o sobre una silla. La mujer le da la espalda antes de sentarse sobre sus muslos. Una vez el pene en ella, ella puede entonces agacharse hacia adelante para llegar a una posición de equilibrio y balancearse a lo largo del pene. Para estabilizar la posición, la mujer agarrara apoyo sobre las rodillas del hombre que la sostendrá por los senos.

Ventajas: es una posición que permite una penetración bastante profunda y una buena amplitud de movimientos verticales. El hombre puede fácilmente acariciar los senos y el clítoris de su pareja para llevarla más fácilmente al orgasmo.

Desventaja: es una posición en el cual el equilibrio es difícil de dominar.

#### *La postura del columpio*

La mujer da la espalda a su pareja y puede según su deseo sentarse sobre él, los pies sirviendo de apoyo, o bien arrodillarse por ambas partes de las caderas de su pareja, esta última posición favoreciendo una gran amplitud de estimulación.

Ventajas: posición ofreciendo al hombre un ángulo de vista excepcional sobre la penetración y un panorama muy excitante sobre las nalgas y el sexo de



su pareja. Autoriza una gran amplitud de movimientos para aportar un placer máximo al hombre y llevarle deprisa al orgasmo. Permite fantasear más fácilmente a la mujer sobre parejas imaginarias.

Desventajas: el ángulo de la penetración puede ser incomodo ara algunos hombres.

### *La unión de la boa*

La mujer tumbada sobre la espalda, ligeramente sobre el costado, apoya sus piernas sobre la cadera de su pareja. El hombre puede entonces guiar su pene para penetrarla con suavidad. Ella deberá entonces comprimir los músculos para conservar el pene bien asentado y maximizar las sensaciones.

Ventajas: es una posición original para hacer el amor con suavidad, y sin prisas. Recomendado para el amor tántrico.

Desventajas: amplitud y profundidad de movimientos limitadas. Riesgos de salida involuntaria si el pene no está correctamente apretado.

### *La postura de la carretilla*

Tumbada sobre la espalda, la mujer lleva sus nalgas sobre el borde de la cama y aprieta con sus piernas la cintura de su pareja. El hombre se arrodilla sobre el suelo para penetrarla guardando el pene horizontal, paralelo al eje de la vagina.

Variante: el hombre puede estar de pie mientras la mujer se tumbara sobre un escritorio o una mesa.

Ventajas: la alineación horizontal del pene y de la vagina proporciona sensaciones diferentes de la proporcionadas cuando la penetración se hace desde arriba hacia abajo. La penetración profunda proporciona una buena estimulación de las paredes de la vagina. Posición excitante, particularmente para la variante practicada de pie.

Desventajas: el confort y la factibilidad de esta posición dependen en gran parte de la altura de la cama o de la mesa.

### *La unión del gato*

A partir de la posición del misionero o de la monta, la pareja bascula sobre el costado y suavidad para evitar una salida inoportuna del pene.

Ventajas: posición íntima y dulce permitiendo a la pareja mirarse y abrazarse sin que uno se sienta dominado por el otro.

Desventajas: La profundidad de penetración y amplitud de movimientos es limitado. Existe un riesgo de salida involuntaria durante el balanceo.

### *La posición de la Monta*

El hombre se tumba sobre la espalda mientras su pareja se arrodilla encima de él y abraza sus muslos con los suyos. Ella controla la amplitud del movimiento vertical y horizontal para maximizar las sensaciones sobre su clítoris y sus paredes vaginales o para llevar al hombre rápidamente al orgasmo.

Ventajas: La mujer está más libre y más activa: ella escoge el ritmo, la velocidad y el tipo de movimiento. El hombre, quedando pasivo, puede

concentrarse sobre las sensaciones y el placer acariciando la espalda de su pareja.

Desventajas: posición con un poco de falta de originalidad, pasando así a otra cosa después de varios minutos de estimulación.

#### *La posición de la cortesana*

El hombre esta arrodillado sobre el suelo y penetra sentada sobre el borde de la cama o sobre una silla. Ella puede entonces estrechar sus piernas alrededor de la cintura de su pareja.

Variante: la mujer esta tumbada sobre una mesa o un escritorio, mientras el hombre la penetra de pie.

Ventaja: posición cómoda y poco cansina para la pareja. Existe una buena profundidad de penetración y amplitud de movimientos de la pelvis. Es práctica en la oficina, especialmente en la versión de pie.

Desventaja: la factibilidad de la posición depende en gran parte de la altura del soporte sobre el cual se apoya la mujer.

#### *La unión del cangrejo*

La mujer monta de espaldas a su pareja, acostada sobre la cama. Ella guía al pene en la vagina y entonces se mueve hacia atrás tomando apoyo sobre sus brazos. Ella puede entonces ir y venir verticalmente accionando sus piernas.

Ventajas: la mujer controla la profundidad y la velocidad de la penetración. El hombre puede libremente acariciar los senos de su pareja. La sensación del cabello de la mujer acariciando la cara del hombre es especialmente agradable y excitante.

Desventajas: riesgo de salida involuntaria en caso de movimientos demasiados rápidos e incontrolados.

#### *La postura de las cucharas*

La mujer se tumba sobre el costado, las piernas plegadas como si se acurrucara. El hombre se posiciona detrás y esposa los contornos del cuerpo de su pareja para penetrarla. Puede entonces fácilmente acariciar sus senos y su clítoris, así como besarle la nuca y detrás de las orejas.

Ventajas: posición dulce y descansada favoreciendo las caricias y la intimidad de la pareja. La mujer puede fácilmente masturbarse o guiar la mano de su pareja para llegar más rápido al orgasmo.

Desventajas: Los movimientos pélvicos son limitados.

#### *La unión de la diosa*

El hombre está sentado sobre la cama, eventualmente la espalda contra la pared para un mejor apoyo. La mujer se sienta sobre su pene guiándole hacia la vagina y entonces aprieta la cintura de su pareja con las piernas. Ella puede entonces ondular de la pelvis para estimular bien el clítoris y las paredes.

Ventajas: posición íntima permitiendo a la pareja abrazarse y le permite al hombre lamer los senos de su pareja. La penetración es profunda ofreciendo también una buena estimulación del clítoris. Recomendado para los hombres que sufren de eyaculación precoz, ya que retarda el orgasmo.

Desventajas: la estimulación es limitada para el hombre.

#### *La postura del Bambú*

A partir de la posición del misionero, la mujer desliza una pierna sobre el hombro de su pareja que echa simultáneamente su rodilla hacia delante. Después de varios instantes en esta posición, la mujer baja su pierna y repite el mismo movimiento debe ser repetido varias veces.

Ventajas: es una posición graciosa, original y bastante acrobática para las parejas más atrevidas.

Desventajas: estimulación limitada. Exige una buena agilidad de la mujer

#### *La postura de las tijeras*

A partir de la posición de Andrómaca, la mujer bascula hacia atrás hasta los pies de su pareja. Esta posición está recomendada para retrasar la eyaculación.

Ventajas: permite una muy buena estimulación manual del clítoris. Es una vista excitante para el hombre. Es una buena posición para retrasar el orgasmo masculino.

Desventaja: exige una muy buena agilidad de la mujer. (Vatsyana, 2003)

### 3.3 Adulthood temprana

Las características de la adulthood temprana es el vínculo entre comportamiento y salud apunta a la inter relación entre aspectos físicos, cognitivos y emocionales del desarrollo. Lo que saben las personas acerca de la salud afecta lo que hacen, y lo que hacen afecta la manera como se sienten. Sin embargo, no es suficiente conocer los hábitos que permiten mantener una buena salud. Con frecuencia la personalidad las emocioe y el entorno social importan más de lo que las personas saben que deben hacer, pues las conducen a seguir comportamientos no saludables. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2003)

En un estudio de 7 mil adultos de edades entre 20 y 70 años, la salud estaba directamente relacionada con varios hábitos comunes: ingerir las comidas normales, incluido el desayuno, y no comer a todas horas; comer y hacer ejercicio con moderación, dormir 7 a 8 horas todas las noches, no fumar o beber con moderación. 10 o más años después las personas que no siguieron estos hábitos saludables tienen dos veces más probabilidad de enfermarse que las personas que siguieron la mayoría de los hábitos (Breslow y Breslow, 1993, enPapalia, Wendkos y Duskin, 2003)

La afirmación según la cual “el hombre es lo que come” sintetiza la importancia de la nutrición entre la salud física y mental. El alimento que ingieren las personas afecta la manera de verse, sentirse y, probablemente, de enfermarse. En algunas ocasiones en esta etapa se da un incremento de peso, el cual es muy difícil de perder por lo tanto se recomienda, perder peso lentamente y

mantener esa pérdida. El método más efectivo para perder peso es comer menos, disminuir la cantidad de grasa en la dieta, emplear técnicas de modificación de comportamiento para cambiar patrones alimenticios y hacer más ejercicio. (NationalTaskForce, 1993 enPapalia, Wendkos y Duskin, 2003)

La actividad física regular durante esta etapa, es muy beneficiosa, pues ayuda a las personas a sentirse y verse bien, desarrolla los músculos, fortalece el corazón y los pulmones, mantiene el peso bajo y protege contra varios trastornos. (Papalia, Wendkos y Duskin, 2003)

El consumo de alcohol es peligro y se asocia a otros peligros características de la edad adulta temprana, como accidentes de tráfico, crímenes e infecciones de VIH. Conducir bajo los efectos del alcohol y otras drogas puede ser mortal. Una encuesta llevada a cabo en todo el país estima que cerca de cada 4 conductores es muy comúnmente un adulto joven, conduce dentro de las 2 horas siguientes a estar bebiendo, y 1 de cada 20 conduce después de consumir alguna droga, lo cual causa más de 16000 muertes y 1 millón de lesiones cada año. (SAMHSA, 1998, en Papalia, Wendkos, Duskin, 2003)

En la adultez temprana las relaciones personales pueden ser vitales para la salud, las personas que no tienen amigos o seres amados son susceptibles de sufrir una amplia gama de problemas, incluidos accidentes de tráfico, trastornos alimenticios y suicidios (Baumeister y Leary, 1995 en Papalia, Wendkos, Duskin, 2003)

Las actividades sexuales y reproductoras pueden causar placer y, algunas veces, conducir a la paternidad. Estas funciones naturales e importantes también pueden acarrear preocupaciones físicas, entre las que se encuentran la disfunción sexual, las enfermedades de transmisión sexual, los problemas menstruales y la infertilidad.

En la edad adulta temprano los riesgos de actividad sexual sin protección y con varios compañeros no son diferentes de los de la adolescencia. Las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales también pueden adquirirse por otros medio, como transfusiones sanguíneas. (Papalia, Wendkos, Duskin, 2003)

El sentido común afirma que los adultos piensan de manera diferente que los niños o los adolescentes, mantienen tipos de conversaciones diferentes, comprenden los materiales más complicados y emplean su amplia experiencia para resolver problemas prácticos.

En una de las etapas que maneja K. WegsnerSchaie nos menciona que el adulto joven (entre 18 y 21 años a los 30) ya no adquiere conocimiento solo pro utilizarlo sino que emplea lo que sabe para conseguir objetivos, como estudiar una carrera y tener una familia. (Papalia, Wendkos, Duskin, 2003)



## CAPÍTULO IV

### PROPUESTA DE TESIS

#### 4.1 Desarrollo de la Propuesta

**Nombre:** Programa de apoyo psicológico “la sexualidad sí importa”, en la adultez temprana entre 18 a 22 años de edad, para una sexualidad plena y saludable.

**Objetivo:** Informar mediante un programa de apoyo psicológico “la sexualidad sí importa”, de manera clara y adecuada a las personas en adultez temprana entre 18 y 22 años de edad, para que estos puedan tener una concepción psicológica sobre sexualidad y así puedan tener una sexualidad placentera y saludable.

#### Justificación

Se realizará un programa debido a los resultados arrojados en una encuesta que se les hizo a las licenciaturas de enfermería y psicología de la Universidad de Sotavento, ya que la mayoría de los alumnos a los cuales les fueron aplicados dichos cuestionarios tuvieron un promedio muy bajo en algunos temas esenciales de sexualidad.

Durante la aplicación del cuestionario se pudo observar, la falta de información que estos tienen acerca de la sexualidad, así también nos pudimos dar cuenta que aunque estén en el área de la salud muchos de ellos no toman con

seriedad este tema, ya que se observó que la mayoría de los alumnos se reían, platicaban y pedían opinión acerca de los temas abordados en el cuestionario.

Por la cual se realizara un programa que les hable acerca de las diferentes áreas de la sexualidad, para que así puedan tener un mayor conocimiento de estas y conozcan la importancia que esta tiene en su vida diaria.

La mayoría de los adultos jóvenes a esta edad tienden a tener una vida sexual activa, esto no quiere decir que tengan una vida sexual satisfactoria y saludable ni los conocimientos suficientes acerca de la sexualidad.

### **Población**

La población que se eligió fue de 139 alumnos entre 18 a 22 años de las licenciaturas de Enfermería y Psicología de la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.

### **Duración del Programa**

9 sesiones de aproximadamente 2 hora cada sesión.

### **Área:** Psicología educativa

Durante todo el tiempo que la psicología educativa ha existido se han originado debates acerca de lo que esta disciplina realmente es. Algunas personas consideran que la psicología educativa son solo conocimientos obtenidos de la psicología y aplicados a las actividades del salón de clase. Otros creen que implica el uso de técnica de psicología para estudiar el salón de clases y la vida escolar (Clifford, 1984; Grinder, 1981, en Woolfolk, S/A

Wittrock en 1992 dice que la psicología educativa es distinta de otras ramas de la psicología porque su principal objetivo consiste en la comprensión y el mejoramiento de la educación, en este caso de la educación sexual. (Woolfolk, S/A)

Pintrich en 2000 dice que tanto en el pasado como en la actualidad, los psicólogos educativos estudian el aprendizaje y la enseñanza y al mismo tiempo, buscan mejorar la práctica educativa. (Woolfolk, S/A)

La psicología de la educación es una disciplina específica con identidad propia, cuyo objeto de estudio son los procesos cognoscitivos y socio-afectivos del ser humano en los diversos ámbitos de la educación. Tiene como propósito promover el desarrollo de conocimientos psicológicos así como mejorar la educación, y a través de esta incidir en la mejora de la calidad de vida de las personas, además de generar el desarrollo de investigación básica y aplicada que favorezca el desarrollo de la propia disciplina.

El psicólogo educativo estudia los problemas de la educación desde una perspectiva psicológica, con la finalidad de contribuir a elevar la calidad y eficiencia de cualquier fenómeno educativo; e interesa por explicar de qué manera influye los procesos cognitivos, afectivos y socioculturales en los educadores y aprendices en los diferentes ambientes educativos.

Como resultado de las investigaciones en este campo se derivan principios teóricos, modelos, estrategias y recursos tecnológicos en general, que permiten

mejorar la enseñanza y el aprendizaje en todos los niveles y escenarios educativos.

El psicólogo de la educación analiza y resuelve de manera interdisciplinaria, las experiencias y los problemas educacionales propios de la sociedad, mismos que pueden ser a nivel individual, grupal e institucional. (Facultad de Psicología, 2014).

#### **4.2 Enfoque Cognitivo**

El principal referente histórico mencionado por los terapeutas cognitivos es el estoicismo, señalan Feixas y Miró. Agradan que la cita que aparece con más frecuencia corresponde al Enchiridion de Epicteto en el siglo I D.C. que dice “no son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas”. Los estoicos, desde Cicerón hasta Marco Aurelio, captaron algunos supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas, al enfatizar en el lado subjetivo de la realidad y en el papel del pensamiento en las emociones. Posteriormente Hume y Espinoza destacan también la relevancia del pensamiento sobre las emociones.

Las terapias cognitivas han emergido con diversos pioneros, los cuales, a pesar de sus diferencias, coinciden en el papel de los procesos mentales.

A Kelly en 1995 se le considera el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Él nos dice que el cambio psicológico resulta de la adopción de una

construcción alternativa de significados que ofrece un nuevo sentido de sí mismo y del mundo.

Dos fundadores destacados son Albert Ellis y Aarón T. Beck formados en el psicoanálisis, pero cuya trayectoria los llevo a rechazar los conceptos y la terapia psicoanalítica por considerar que carecían de eficacia y evidencia empírica. El enfoque de Ellis se sustenta en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente sus pensamientos irracionales por otros más razonables. El enfoque de Beck supone que la persona depresiva tiene pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, conocido como la triada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse mediante la obtención de datos que cuestionen su validez.

Se conoce a Bandura como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Está abandono la idea del determinismo ambiental de los conductistas clásicos: postulo procesos básicos de cambios conductuales que implican mecanismos de tipo cognitivo simbólico, reafirma la importancia de la expectativa del esfuerzo, como un concepto cognitivo para el control de la conducta. (Naranjo, 2002)

### Errores cognitivos

Beck llama errores cognitivo a las formas de procesamiento características de los pacientes deprimidos. Tales errores han sido identificados y tipificados. Los cuales son:

1. Pensamientos absolutistas de todo o nada: se manifiesta en la tendencia ver las cosas solo de dos maneras opuestas, y solo tomando una de ellas.
2. Sobregeneralización: proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otra situación.
3. Filtro mental: se trata del proceso de filtrar la experiencia de modo que se atiende solo a un detalle de la situación sin darse cuenta de otras cosas que pueden suceder a su alrededor.
4. Descalificación de lo positivo. Se rechaza las experiencias positivas insistiendo en que no cuentan por algún motivo u otro.
5. Sacar conclusiones precipitadas: se trata de llegar a conclusiones precipitadas sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presentan dos variantes las cuales son:
6. lecturas del pensamiento: se presume la capacidad de saber lo que otro está pensando sin molestarse en comprobarlo o preguntarlo.
7. Rueda de la fortuna: Se considera que algo va a salir mal antes de que haya indicios para pensarlo.
8. Engrandecimiento o minimizar: exageración la importancia de unos acontecimientos en decremento de otros.
9. Debes e imperativos: se trata de autoimposiciones que nos hacemos generalmente no son realistas. Cuando los debes no se cumplen aparecen sentimientos de culpa y Fracaso.

10. Personalización: tendencia a atribuir uno mismo la responsabilidad de errores o hecho externos aunque no haya base para ello. (Feixas y Miro, 1993)



*La sexualidad sí importa*



## **INDICE**

- 1) ¿Qué es la sexualidad para mí?
- 2) Mis conceptos sexuales.
- 3) Un método adecuado para mi
- 4) ¿Identifico las E.T.S.?
- 5) ¿Cómo disfrutar de mi cuerpo?
- 6) Disfrutando nuestra sexualidad
- 7) Cierre del programa.

## **INTRODUCCIÓN**

Este programa se trata de sexualidad en el cual se pueden encontrar 9 sesiones que constan de los principales temas y subtemas que hoy en día son importantes para poder tener una sexualidad plena y saludable.

Algunos temas son los conceptos de sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, anatomía de los sistemas reproductores masculinos y femeninos, erotismo.

También se puede concentrar algunas formas con las que se pueden trabajar estos temas al momento de implementar el programa. Así como los materiales que se pueden usar.

## TEMA I ¿QUE ES LA SEXUALIDAD PARA MÍ?

Objetivo: Saber cómo el individuo vive su sexualidad.

Numero de sesión: 1

<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Crear confianza dentro del grupo, creando así un primer acercamiento.</li><li>☉ Crear un cuestionamiento acerca de sus pensamientos con relación con lo que es la sexualidad.</li><li>☉ Crear un análisis de las ventajas y desventajas de la sexualidad.</li></ul>
<b>SUBTEMAS</b>	1.1 Pros y contras de la sexualidad (90 minutos)
<b>INSTRUCCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Las instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.-Realizaran una dinámica “conque animal me identifico” y preguntaran ¿Por qué se identifica con ese animal?</li><li>2.- Se le pedirá que se pongan de pie y formen un círculo.</li><li>3.- Se les dirá que cada uno diga con que animal se identifican y porque se identifican con ese animal.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- A los individuos se les dará una hoja y un lápiz</li><li>2.- se les pedirá que anotan sus conocimiento acerca de la sexualidad</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- se les dará una hoja con una tabla vacía que un lado diga ventajas y en otra desventajas.</li><li>2.- se les pedirá que anotan las posibles ventajas y desventajas de la sexualidad.</li></ol></li></ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Una grabadora para reproducir música clásica.</li><li>☉ Sillas ,Mesas ,Hojas ,Lápices</li><li>☉ Sillas ,Mesas ,Hojas ,Lápices</li></ul>

## TEMA II MIS CONCEPTOS SEXUALES

**Objetivo: Dar a conocer de manera general los conceptos acerca de la sexualidad.**

**Numero de sesión: 2**

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>Ⓢ Crear confianza en el grupo.</li><li>Ⓢ Conocer de manera general la historia de la sexualidad.</li><li>Ⓢ Conocer e identificar los conceptos de sexualidad.</li><li>Ⓢ Dar a conocer de manera detallada los diferentes tipos de identidad y género.</li><li>Ⓢ Reforzar el conocimiento adquirido.</li></ul>
SUBTEMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>Ⓢ 2.1 ¿Qué es la sexualidad para mí? (20 minutos)</li><li>Ⓢ 2.2 Historia de la sexualidad. (25 minutos )</li><li>Ⓢ 2.3 Conceptos principales de sexualidad.(50 minutos)</li><li>Ⓢ 2.4 Identidad y género. (25 minutos)</li><li>Ⓢ 2.5 ¿Qué aprendí de sexualidad? (20 minutos)</li></ul>
INTRUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>Ⓢ Las instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les darán unas hojas y diferentes colores, tanto lápices para colorear, acuarelas y crayones.</li><li>2.- Les indicaran que representen lo que para ellos es sexualidad, por medio de un dibujo.</li><li>3.- Dirán que al finalizar pasaran a exponer su dibujo.</li></ol></li><li>Ⓢ Las instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Expondrán y explicaran el tema.</li><li>2.- Preguntar y exponer sus dudas.</li></ol></li><li>Ⓢ Las instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.-Expondrán y explicaran el tema.</li><li>2.- Mostrar ejemplos para reafirmar el tema.</li><li>3.- Preguntar y resolver dudas.</li></ol></li><li>Ⓢ La instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Explicaran y expondrán el tema.</li><li>2.- Exposición de imágenes de acuerdo al tema.</li><li>3.- Resolverán preguntas que tengan las personas acerca de este tema.</li></ol></li><li>Ⓢ Instructoras:</li></ul>

	<p>1.- Les pedirán que se formen en equipos de 3 integrantes.  2.- Les darán algunas palabras y significados separados.  3.-Les dirán que tienen que buscar el significado de la palabra o lo que esa palabra significa.  4.- Gana el equipo que tenga todos los significados y palabras correctas.</p>
<p>RECURSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Hojas de papel. Lápices de colores. Acuarelas. Pinceles. Crayones.</li> <li>Ⓢ Sillas, Cañón, Computadora.</li> <li>Ⓢ Sillas, Cañón, Computadora.</li> <li>Ⓢ Sillas, Cañón, Computadora.</li> <li>Ⓢ Fragmentos de papel con las palabras y los significados.</li> </ul>

### TEMA III UN METODO ADECUADO PARA MÍ

**Objetivo: Dar a conocer los diferentes tipos de métodos sexuales.**

#### Numero de sesión 3

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Crear un ambiente favorable para el individuo.</li><li>☉ Saber cuál método femenino es el indicado para mí y/o mi pareja.</li><li>☉ Saber cuál método masculino es el indicado para mí y/o mi pareja.</li></ul>
SUBTEMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ 3.1 Métodos anticonceptivos femeninos. (70 minutos)</li><li>☉ 3.2 Métodos anticonceptivos masculinos. (70 minutos)</li></ul>
INSTRUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les pedirán a las personas que se sienten.</li><li>2.- Les pasaran una serie de videos divertidos acerca del condón.</li></ol></li> <li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Darán a conocer cuáles son los beneficios y posibles daños a la salud que puedan tener.</li><li>2.- Darán a conocer a través de imágenes y muestras los diferentes tipos de métodos femeninos.</li><li>3.- Enseñar cómo se ponen los algunos métodos, como son el preservativo femenino, el implante subdérmico, el parche, así como poder llevar el método del calendario.</li></ol></li> <li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Darán a conocer cuáles son los beneficios y posibles daños a la salud que puedan tener.</li><li>2.- darán a conocer a través de imágenes y de muestras los diferentes tipos de métodos anticonceptivos del hombre.</li><li>3.- Enseñar cómo se ponen algunos métodos, como el condón, y como se realiza una vasectomía.</li></ol></li> <li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les dirán que se dividan en equipos de 3 integrantes.</li><li>2.- A cada equipo se les pedirá que hagan una demostración de cómo poner el condón masculino, parche y cómo implementar el método del calendario.</li></ol></li></ul>
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Cañón. Computadora. Bocinas.</li><li>☉ Sillas, Cañón, Computadora, Mesas, Píldoras, Minipíldoras, Condomes, Anillo vaginal, DIU, Implantes subdermicos, Parches, Diafragmas.</li><li>☉ Sillas, Cañón, Mesas, Computadora, Condomes para hombre.</li><li>☉ Condomes, Dildos, Parches, Calendarios.</li></ul>

## TEMA IV ¿Identifico las E.T.S.?

Objetivo: Identificar la posible E.T.S que pueda tener la persona o pareja.

Numero de sesión: 4

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Crear un ambiente favorable para el individuo.</li><li>☉ Dar a conocer los tipos de E.T.S.</li><li>☉ Saber identificar el tipo de E.T.S que pueda presentar mi pareja y/o yo.</li><li>☉ Reforzar las E.T.S. cuales son y sus síntomas.</li></ul>
SUBTEMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ 4.1 Tipos de E.T.S. (70 minutos)</li><li>☉ 4.2 Síntomas de E.T.S. (70 minutos)</li></ul>
INSTRUCIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les dirán a las personas que formen un círculo.</li><li>2.- Les pedirán que se les pasaran algunos objetos y lo tendrán que pasar con la boca y a quien se le caiga el objeto se ira saliendo hasta solo tener 1 persona. Los que pierdan bailaran algún tipo de música.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Por medio de diapositivas darán a conocer los diferentes tipos de E.T.S</li></ol></li> <li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Por medio de diapositivas y ejemplo se explicaran la sintomatología de cada uno de las E.T.S.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les pedirán que se formen en quipos de 6 integrantes.</li><li>2.- Les presentaran el juego de serpientes y escaleras pero con síntomas, con alguna imagen o el nombre de una E.T.S. y ellos irán avanzando conforme contesten bien la pregunta de cuales la E.T.S. o el síntoma de esta. El equipo que gane serán los que empiecen la actividad de mañana.</li></ol></li></ul>
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Grabadora, Música movida, 6 Palitos gruesos de madera.</li><li>☉ Sillas. Mesas. Computadora. Cañón.</li><li>☉ Sillas. Mesas. Computadoras. Cañón.</li><li>☉ 8 Gomitas para pegar, Un tablero gigante de serpientes y escaleras, 2 dados.</li></ul>

## TEMA V ¿CÓMO DISFRUTAR DE MI CUERPO?

**Objetivo: Dar a conocer las diferentes maneras en las que una persona puede disfrutar de su cuerpo.**

**Numero de sesión: 5**

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Interesar a la persona con él tema.</li><li>☉ Dar a conocer cuáles son los órganos sexuales de la mujer, así como su funcionamiento y donde se localizan.</li><li>☉ Saber identificar las zonas erógenas de la mujer.</li><li>☉ Reforzar el conocimiento adquirido.</li></ul>
SUBTEMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ 5.1 Nombrando mis partes sexuales. (15 minutos)</li><li>☉ 5.1 Anatomía de la mujer. (45 minutos)</li><li>☉ 5.2 Zonas erógenas de la mujer. (60 minutos)</li><li>☉ 5.4 Armando mi sistema reproductor (10 minutos)</li></ul>
INTRUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les pedirán a los alumnos que se sienten y se pongan en círculo.</li><li>2.- Les dirán que cada uno por turno debe de nombrar la parte sexual de la mujer, y el que la repita obtendrá un castigo (bailando o cantando algo).</li><li>3.- Se terminara la dinámica cuando solo queden 10 personas.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Por medio de diapositivas darán a conocer, como funcionan y donde se localizan los órganos sexuales de la mujer.</li><li>2.- Mostrarán por medio de modelos los órganos sexuales de la mujer.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Por medio de diapositivas darán a conocer las diferentes tipos de zonas erógenas que puede tener una mujer</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les pedirán que se pongan en equipos de 5 integrantes.</li><li>2.- A los equipos es darán un rompecabezas con el sistema reproductor de la mujer y les pedirán que lo armen.</li></ol></li></ul>
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Grabadora. Disco de música movida.</li><li>☉ Sillas. Mesas. Modelos del aparato reproductor femenino. Cañón. Computadora.</li><li>☉ Cañón. Computadora. Colchonetas. Música. Pañuelos. Bocinas</li><li>☉ Rompecabezas. Mesas.</li></ul>

<b>Numero de sesión: 6</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Crear un ambiente adecuado para la persona.</li> <li>☉ Dar a conocer cuáles son los órganos sexuales del hombre.</li> <li>☉ Saber identificar las zonas erógenas del hombre.</li> <li>☉ Reforzar el conocimiento adquirido.</li> </ul>
<b>SUBTEMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ 5.3 Anatomía del hombre. (45 minutos)</li> <li>☉ 5.4 Zonas erógenas del hombre.(60 minutos)</li> </ul>
<b>INSTRUCCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Les pedirán a los alumnos que se sienten y se pongan en círculo.</li> <li>2.- Les dirán que cada uno por turno debe de nombrar una parte sexual masculina, y el que la repita obtendrá un castigo (bailando o cantando algo).</li> <li>3.-Terminaran la dinámica cuando solo queden 10 personas.</li> </ol> </li> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Por medio de diapositivas darán a conocer, como funcionan y donde se localizan los órganos sexuales masculinos.</li> <li>2.- Mostrarán por medio de modelos los órganos sexuales masculinos.</li> </ol> </li> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Por medio de diapositivas darán a conocer las diferentes tipos de zonas erógenas que puede tener un hombre.</li> </ol> </li> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Les pedirán que se pongan en equipos de 5 integrantes.</li> <li>2.- A los equipos les darán un rompecabezas con el sistema reproductor masculino y se les pedirá que lo arme.</li> </ol> </li> </ul>



RECURSO	<ul style="list-style-type: none"><li>Ⓢ Grabadora, Música movida.</li><li>Ⓢ Sillas. Mesas. Modelos del aparato reproductor masculino. Cañón. Computadora.</li><li>Ⓢ Cañón. Computadora. Colchonetas. Música. Pañuelos. Bocinas.</li><li>Ⓢ Rompecabezas con el aparato reproductor masculino, Mesas.</li></ul>
---------	---

## TEMA VI DISFRUTANDO NUESTRA SEXUALIDAD

**Objetivo: Dar a conocer las diferentes maneras en las que una persona puede disfrutar su sexualidad y/o la de su pareja.**

**Numero de sesión: 7**

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Crear un ambiente favorable para la persona.</li><li>☉ Saber cuáles son los diferentes tipos de juguetes sexuales que existen y cómo usarlos.</li><li>☉ Reforzar el conocimiento adquirido.</li></ul>
SUBTEMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ 6.1 Juguetes sexuales. (120 Minutos)</li></ul>
INSTRUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les pedirán que se dividan en equipos con 5 integrantes cada equipo.</li><li>2.-Les dirán que pongan atención a las imágenes o a alguna frase de alguna canción. Ya que están traerán algunas cosas escondidas de los temas que hemos visto y del que vamos a ver.</li><li>3.- les dirán que el equipo que gane será el último en pasar en la actividad final.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les darán a conocer los diferentes tipos de juguetes sexuales. Como son los vibradores, los aceites para dar masajes, las bolas Ben Wa, dildos, anillos y plug.</li><li>2.- A través de imágenes y de prototipos se les mostraran y especificaran como usar los juguetes sexuales.</li></ol></li><li>☉ Instructoras:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Les dirán que se dividan en equipos de 3 integrantes.</li><li>2.- A cada equipo se les pedirá que hagan una demostración de cómo se utilizan los vibradores, los aceites para dar masajes, las bolas Ben Wa, dildos, anillos y plug.</li></ol></li></ul>
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"><li>☉ Sillas. Mesas. Cañón. Computadora. Juguetes sexuales</li><li>☉ Vibradores, Aceites para dar masajes, Bolas Ben Wa, Dildos, Anillos, Plug.</li></ul>

<b>Numero de sesión: 8</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Crear un ambiente favorable</li> <li>☉ Conocer cuáles son las posiciones más adecuadas para mí y/o mi pareja.</li> <li>☉ Reforzar los tipos de posiciones que se vieron.</li> </ul>
<b>SUBTEMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ 6.1 Posiciones sexuales (130 minutos)</li> </ul>
<b>INSTRUCCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Instructoras               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Les pedirán a las personas que se pongan en pareja.</li> <li>2.- A cada pareja les darán un globo el cual contendrá el nombre de una posición.</li> <li>3.- Les dirán que tienen que romper el globo de las otras parejas y que el ultimo que quede con su globo será el que pasara al último a representar la posición que tengan.</li> </ol> </li> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Por medio de imágenes se les mostraran el tipo de posición.</li> <li>2.- Les explicarán y representara la forma para poder llevar a cabo una posición sexual.</li> <li>3.- Les explicarán las ventajas y desventajas de cada uno de las posiciones.</li> </ol> </li> <li>☉ Instructoras:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Les pedirán que hagan equipos de 5 integrantes cada uno.</li> <li>2.- Les darán un memoraba el cual tendrá el nombre y la figura con la posición sexual.</li> <li>3.-Les pedirán que busquen el nombre y la posición, hasta que terminen, si están mal algunas se les pedirá que esas las vuelvan a buscar.</li> </ol> </li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Globos. Grabadora. Música pop.</li> <li>☉ Sillas. Cañón. Computadora. Colchonetas.</li> <li>☉ Mesa. Memorama. Grabadora. Música instrumental.</li> </ul>

## TEMA VII CIERRE DEL PROGRAMA

Objetivo: Conocer si cambio el pensamiento del individuo.

Numero de sesión: 9

### OBJETIVOS

- ☉ Crear un ambiente adecuado.
- ☉ Crear un cuestionamiento acerca de sus pensamientos con relación con lo que es la sexualidad.
- ☉ Crear un análisis de las ventajas y desventajas de la sexualidad.
- ☉ Conocer que se llevan del programa.

### SUBTEMAS

7.1 Pros y contras de la sexualidad (120 minutos)

### INSTRUCCIONES

☉ Instructoras:

- 1.- Les pedirán que se agrupen en dos equipos.
- 2.- Les dirá que vamos a jugar caras y gestos de acuerdo a los temas que hemos expuesto.
- 3.- Les mencionaran que 5 representantes de cada equipo pasara a tomar un papel de una caja, que tendrán que actuar lo que les salga en el papel, que tendrán solo 90 segundos para representarlo y que su equipo adivine y si no adivina su equipo podrá hacerlo el otro cuando se termine el tiempo. Los integrantes del equipo que ganen pasaran de últimos en actividad final.

☉ Instructoras:

- 1.- A los individuos se les dará una hoja y un lápiz
- 2.- Se les pedirá que anotan sus conocimiento acerca de la sexualidad

☉ Instructoras:

- 1.- Les darán una hoja con una tabla vacía que un lado diga ventajas y en otra desventajas.
- 2.- Les pedirán que anotan las posibles ventajas y desventajas de la sexualidad.

☉ Instructoras:

- 1.- Les pedirán que se sienten en un círculo.
- 2.- Les darán la instrucción de que cada uno de ellos pasara y hablara acerca de lo que sí ha cambiado algo en ellos después de

	este programa y que se llevan de él. 3.- Les pedirán que den un aplauso por la participación que han tenido en el programa.
<b>RECURSO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>🌀 Grabadora. Disco de música Pop. Papeles con lo que tienen que representar. Caja. Cronometro.</li><li>🌀 Sillas ,Mesas ,Hojas ,Lápices</li><li>🌀 Sillas ,Mesas ,Hojas ,Lápices</li><li>🌀 Grabadora. Música clásica.</li></ul>

## CAPÍTULO V

### DISEÑO METODOLOGICO

#### 5.1 Enfoque de la investigación: Mixto

El diseño mixto de la investigación tiene los dos enfoques el cuantitativo y el cualitativo, los cuales se definen de la siguiente manera.

El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamientos y probar teorías. Cada etapa procede a la siguiente y no podemos brindar o eludir pasos, el orden es riguroso aunque desde luego se pueden redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

El enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección de los datos. Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Se eligió el enfoque mixto debido a que por un lado, se realizara en este trabajo una investigación con el fin de conocer más las maneras en las cuales las personas pueden vivir de manera sana y satisfactoria su sexualidad.

## **5.2 Alcance de la investigación: descriptivo**

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, eso es, su objetivo no es indicar como se relacionan estas. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Se eligió el alcance descriptivo porque en este trabajo se encontrara una serie de características así como los elementos necesarios de los temas relacionados con la sexualidad de tan manera que se da a entender de manera clara y detallada los diferentes puntos a tratar de sexualidad, en especial lo relaciona con que las personas vivan de manera sana y satisfactoria su sexualidad.

### **5.3 Diseño de la investigación: no experimental**

El diseño no experimental podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hace la investigación no experimental es observar el fenómeno tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlo. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Se eligió este diseño debido a que solo se observara el impacto del taller, además de que no se manipularan los datos o temas que se dan ya que son algo ya establecido. Además que no se pretende tener un grupo de control como tal. Si no que se tendrá un grupo al cual se le dará la información y ya dependerá de ellos si llevan o no acabo lo establecido o lo dicho dentro del taller.

### **5.4 Tipo de investigación: documental**

Esta investigación es de tipo documental ya que se darán a conocer diferentes conceptos, formas y técnicas que ayudarán a las personas a tener una sexualidad sana y satisfactoria.

### **5.5 Delimitación de la población**

La población que se tomará son los estudiantes entre 18 y 22 años de las facultades de psicología y enfermería de la Universidad de Sotavento Campus Orizaba.



Se eligió a esta población debido a que es la más adecuada para realizar el taller ya que están empezando una nueva etapa en sus vidas. Así como que están dentro de una carrera a la cual les beneficiaría a largo plazo o a corto plazo este taller, lo pueden implementar en sus vidas íntimas y de pareja. Ya que lo que tiene como finalidad es que las personas vivan de forma sana, satisfactoria y sin ningún riesgo su sexualidad.

Se eligió a la universidad de Sotavento Campus Orizaba debido a la facilidad de la población ya que se requieren personas entre los 18 y los 22 años de edad.

#### **5.6 Selección de la muestra: no probabilística.**

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace las muestras. Aquí el procedimiento no es mecánico ni en base a las fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisión de un investigador o de un grupo de investigadores y desde luego las puestas seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Aquí se eligió este tipo de muestra debido a que no se está dependiendo de datos probabilísticos, sino de la información como tal y de cómo esta puede llegar a cada una de las personas. Ya que lo que se busca es dar a conocer el material o

los temas de sexualidad y que cada uno de ellos decidirá y los va aplicar a su vida cotidiana o no lo va a realizar.

A demás lo que se busca es que la investigación llega de forma clara y adecuada para la población. Para que así los alumnos puedan orientarse en su sexualidad y saber que hay diferentes formas de poder saber de la sexualidad.

### **5.7 Instrumento de prueba**

El instrumento que se llevará a cabo será el de la observación debido a que no se aran análisis probabilísticos de la muestra. Solo se observara como el grupo se comporta durante las sesiones así como también ver cómo estas sesiones les han servido en su vida diaria o al empezar y al terminar el programa o taller. A demás de que al observar nos podemos dar cuenta si alguna de estas personas muestra el interés a las sesiones o si les aburren estas.

Otro instrumento que también se llevara a cabo es un cuestionario para conocer el nivel que tienen los adultos jóvenes entre 18 y 22 años de las licenciaturas de psicología y enfermería. Este cuestionario contara con 28 preguntas relacionadas con la sexualidad, como son los conceptos enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, el erotismo, etc.

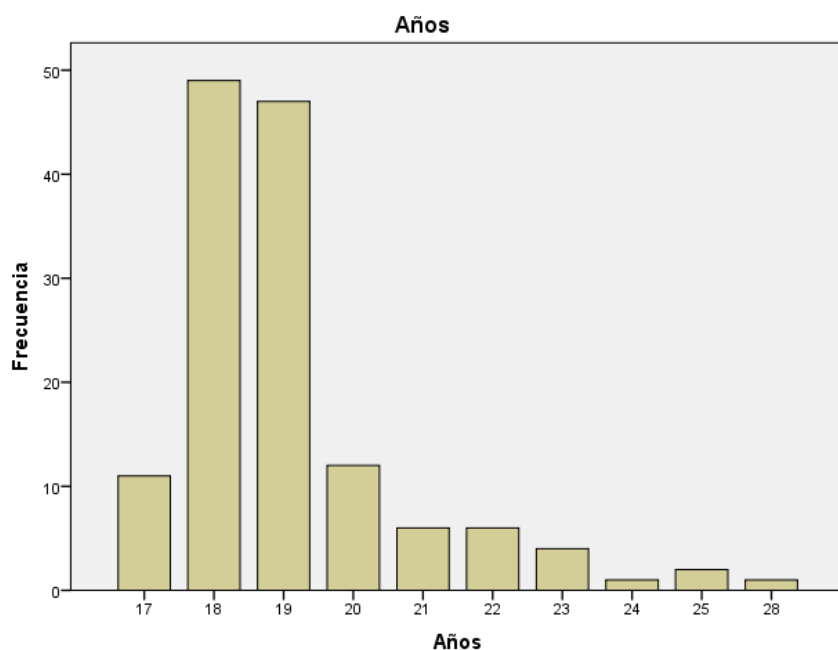
## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 6.1 Resultados sobre datos generales

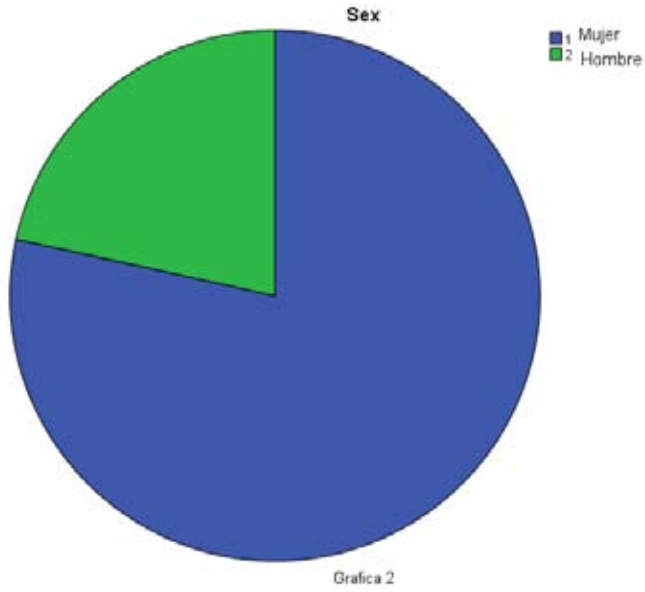
La investigación arrojó los siguientes resultados.

La muestra final de análisis quedó conformada por 139 jóvenes, los cuales pertenecían a primer semestre de enfermería, así como a los alumnos de 1 y 3 semestre de psicología, esto con el fin de saber cuáles eran sus conocimientos en los temas relacionados con sexualidad.

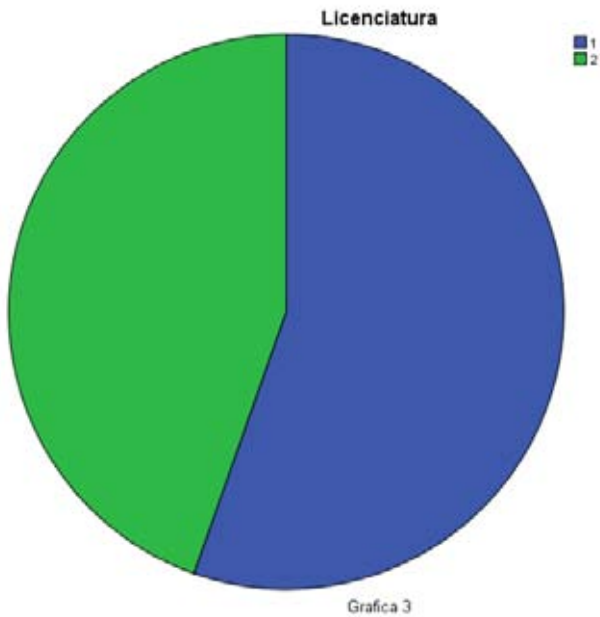


Gráfica 1

Como se puede notar en la gráfica 1 la mayoría de los alumnos sus edades están entre los 17 y 28 años, pero existen un mayor índice de personas de 18 y 19 años.



El color azul se refiere a las mujeres el cual es un total de 109 mujeres dando un porcentaje del 78.4% y el color verde se refiere a los hombres con un total del 30 hombres dando un porcentaje del 21.6%. Lo que podemos analizar aquí es que existe un mayor número de mujeres que de hombres dentro de la población.



Lo que podemos notar en la gráfica 3 es que el número 1 indica las personas que están en la licenciatura de enfermería dando un total de 77 alumnos con un porcentaje del 55.4% y el número 2 los que están en la carrera de psicología, que en total son 62 alumnos con un porcentaje de 44.6%. Con esto nos damos cuenta que existe un porcentaje mayor de alumnos en la licenciatura de Enfermería.

## 6.2. Análisis del cuestionario

Se dividieron las preguntas en 6 secciones sobre sexualidad, los cuales son: los conceptos, anatomía, homosexualidad, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos y erotismo. En total fueron 28 preguntas y los rangos de calificación fueron los siguientes:

Resultado	Calificación
Correcto	3
Idea vaga	2
Incorrecto	1
No contesto	0

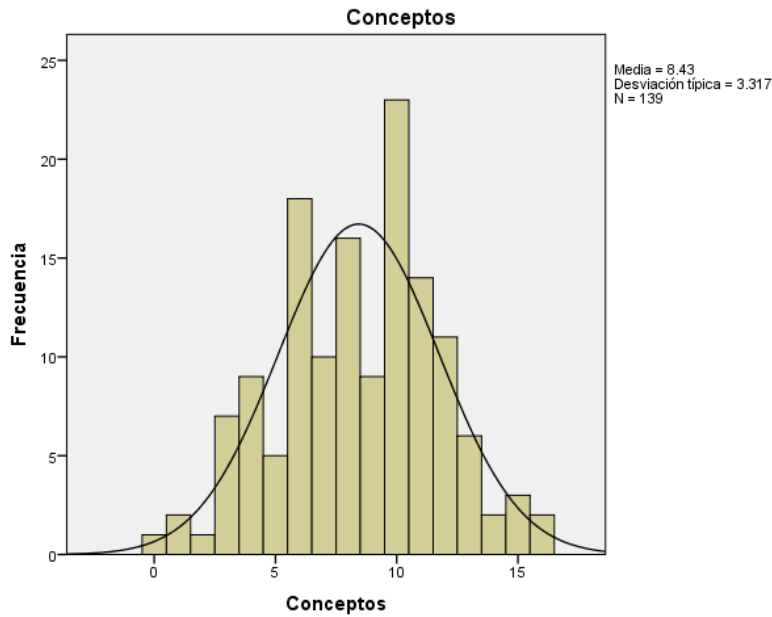
Dando una puntuación máxima de 84 si tiene todas correctas, 56 si todas son ideas vagas, 28 si todas son incorrectas y la mínima es 0 si no contesto nada.

Como se agruparon en secciones los resultados fueron los siguientes:

### **6.2.1 Resultados sobre conceptos de sexualidad**

El primero de estos es la de los conceptos y las preguntas que se evaluaron aquí fueron:

¿Qué es sexualidad?, ¿Qué es género?, ¿Cuántos tipos de genero hay?, ¿Qué es identidad sexual?, ¿Qué es identidad sexual?, menciona las fases de la respuesta sexual, ¿qué es rollo sexual?, ¿la homosexualidad es una enfermedad? Y ¿qué son las zonas erógenas?, dando un total de 9 reactivos.



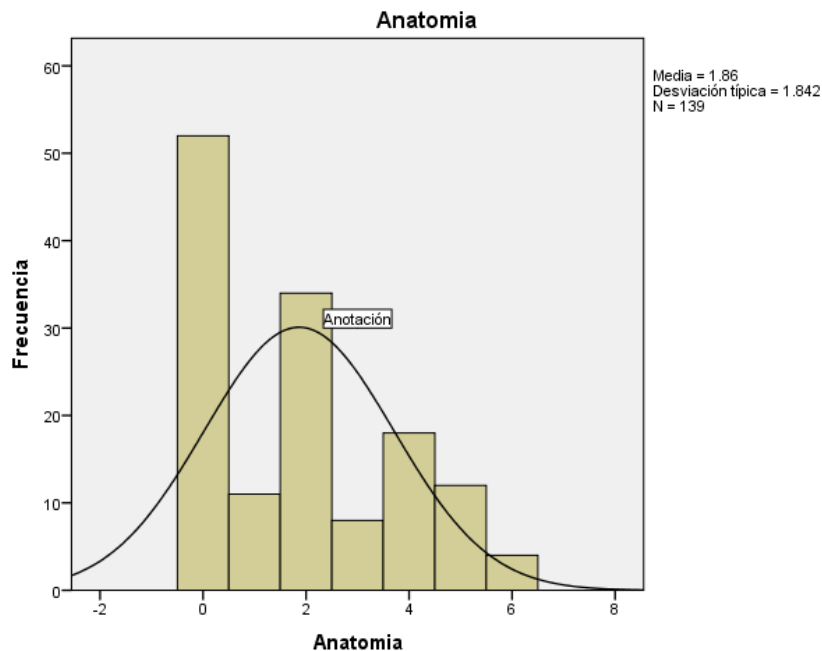
Grafica 4

BAJO	MEDIO	NORMAL
0-4	5-8-11	12-16
14.5%	68.3%	17.2%

Lo que se ve en esta grafica 4 es el resultado que se obtuvo en esta seccion dando un promedio de 8.43 en total para el areade de conceptos (9 preguntas) y los 27 puntos maximos que pudo tener una persona. Como lo vemos la mayoria de ellos obtuvo una puntuacion de 10 y un puntaje más bajo obtuvieron 0 y 2 en total.

## 6.2.2 Resultados sobre anatomía

La segunda sección fue de anatomía de los sistemas reproductores masculinos y femeninos. Aquí se les enseñó una imagen con los dos sistemas y ellos tenían que poner el nombre de algunas partes de este. Siendo un total de 2 reactivos.



Gráfica 5

BAJO	MEDIO	NORMAL
	0-2-4	5-6
	88.5%	11.5%

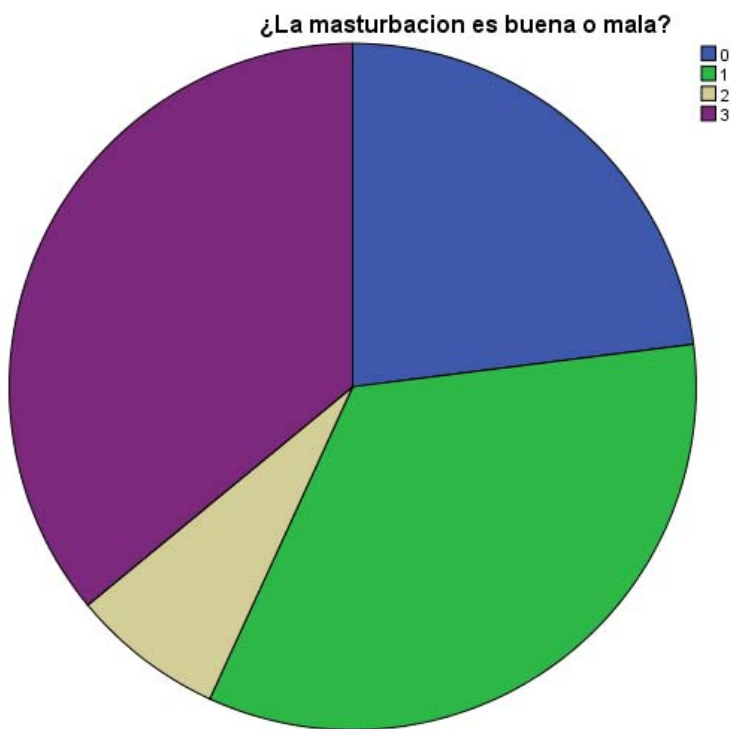
Como podemos ver en la gráfica 5 es el resultado de dos reactivos en los cuales la mayor puntuación es de 6 y la menor 0, después de analizar esta sección el resultado promedio es de 1.86 esto quiere decir que la mayoría de ellos



obtuvo una puntuación entre 1 y 2 en total. A demás podemos ver en la gráfica que el mayor número que prevalece es el 0 ya que la mayoría no supo contestar estos 2 reactivos. Son pocos según la gráfica los que contestaron de manera correcta los 2 reactivos.

### 6.2.3 Resultados sobre masturbación

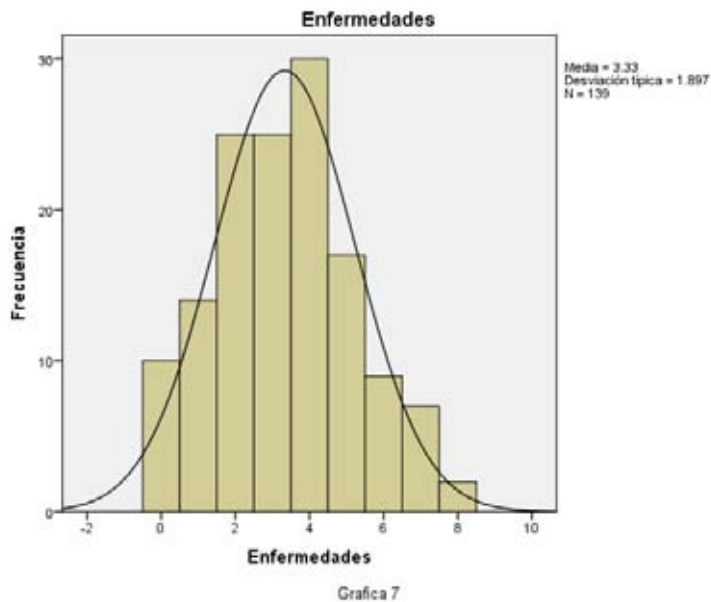
La tercera seccion es la de masturbación en la cual se aplicaron 3 reactivos los cuales fueron: ¿Qué es la masturbación?, ¿La masturbación es buena o mala? Y ¿Por qué?, la última se refiere a que mencionen porque es buena o mala.



Como podemos observar en la gráfica 6 es el resultado final de la pregunta de qué ¿si la masturbación es buena o mal? Dando como resultado que el azul son se refiere al 23% que no contesto, el verde que fue de un 33.8% se contestaron que la masturbación era mal, el gris que es un 7.2% que no saben si es buena o mala y el morado que es un 36% el cual nos dice que la masturbación es buena.

#### 6.2.4 Resultados sobre enfermedades de transmisión sexual

La cuarta sección son las enfermedades de transmisión sexual dando en este 4 reactivos los cuales son: ¿Qué es la gonorrea? ¿Qué se diferencia el SIDA del VIH? ¿Qué es el herpes simple? ¿Cómo puedo saber que tengo herpes simple tipo II?

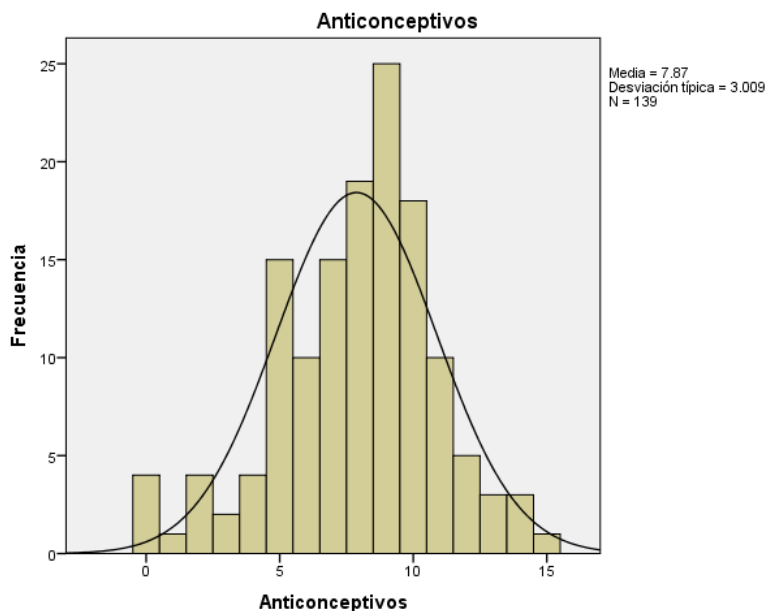


BAJO	MEDIO	NORMAL
0	1-3-5	6-8
7.2%	79.9%	12.9%

Como podemos observar en la gráfica 7, el promedio fue de 3.33 en total esto nos quiere decir que la mayoría de ellos obtuvo un puntaje de 3 a 4 en el total de los reactivos, de los cuales la máxima puntuación era 12 y la mínima 0. Esto nos quiere decir que la mayoría de ellos contesto erróneamente o simplemente no contesto. Si podemos observar la puntuación más alta dentro de la gráfica 7 es de una puntuación de 8, esto nos quiere decir que ninguno llego a una puntuación 12, siendo el de mayor porcentaje la puntuación número 4.

### **6.2.5 Resultados sobre anticonceptivos**

En la quinta sección los reactivos se refieren a los anticonceptivos teniendo los siguientes reactivos: ¿La píldora de emergencia es abortiva? ¿Cuántas horas debe de transcurrir para que sea efectiva la píldora de emergencia? ¿Para quién es la vasectomía? ¿A los cuantos días es efectiva la vasectomía? ¿Qué es el DIU? ¿Qué es el implante subdérmico?, en total fueron 6 reactivos.



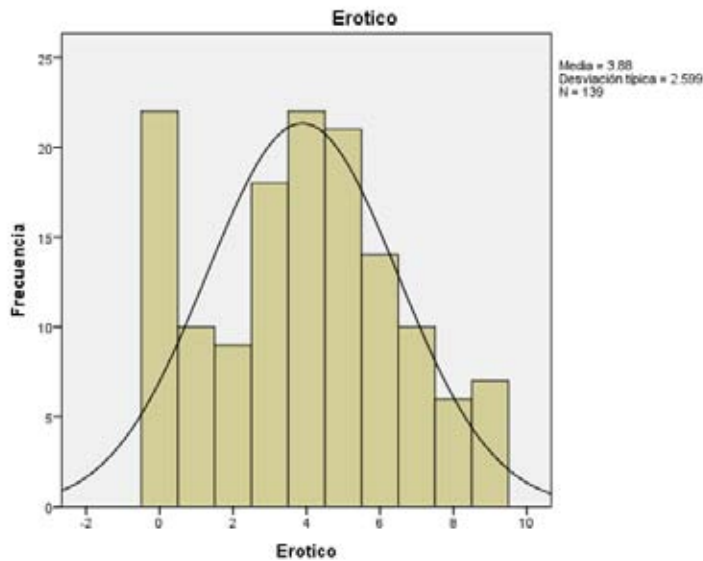
Grafica 8

BAJO	MEDIO	NORMAL
0-4	5-8-11	12-15
10.8%	80.5%	8.7%

Como podemos observar en la gráfica 8, el promedio en esta es de 7.87, que nos quiere decir con esto que la mayoría de los individuos obtuvo una puntuación entre 7 y 8 en total de su reactivos. El mayor resultado que podían obtener era 18 y el menor de 0. Si nos damos cuenta en la gráfica 8 la mayoría de ellos obtuvieron una puntuación de 9 lo cual nos dice que solo tienen la mitad de los conocimientos necesarios de los métodos anticonceptivos. Ninguno de los individuos pudo llegar a una puntuación de 18, ya que el más alto fue de 15 y junto con 1 fueron los niveles de la gráfica más bajos.

## 6.2.6 Resultados sobre erotismo

Con la sexta y última sección nos referimos al erotismo, el cual tiene los siguientes reactivos: ¿Para qué sirven los juguetes sexuales?, Menciona al menos 3 tipos de juguetes sexuales, ¿Para qué sirve el Kama Sutra? Y ¿En qué te benefician las posiciones sexuales?, en total fueron 4 reactivos.



Gráfica 9

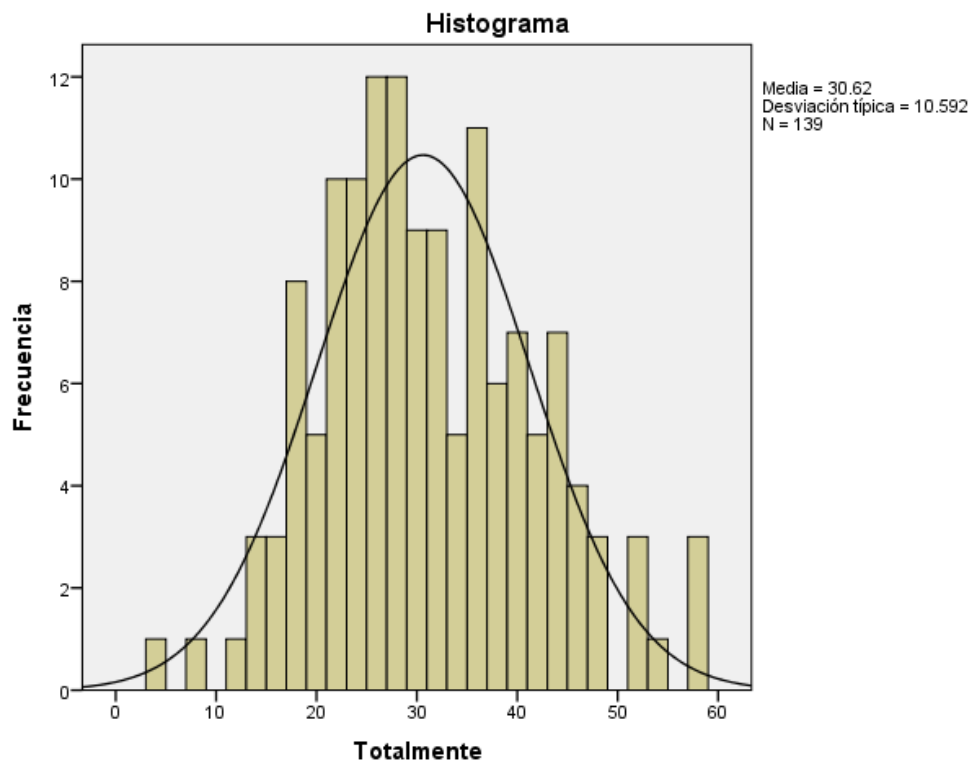
BAJO	MEDIO	NORMAL
0	1-4-7	8-9
15.8%	74.9%	9.3%

Lo que podemos observar en la gráfica 9 es que nos da un promedio de 3.88, esto nos quiere decir que sacaron una puntuación entre el 3 y el 4. La mayor puntuación era de 12 siendo 0 la mínima. Aquí nos damos cuenta que están por debajo de la mitad puntuación y que en cuestiones de tipo eróticas no están bien informados. Así también podemos observar que la mayor puntuación que se presentó es de 9, ninguno llegó a la puntuación máxima. Las mayores

puntuaciones que se dieron fueron de 0 y 4. Y las menores puntuaciones fueron de 8 y 9.

### 6.2.7 Análisis total de las secciones.

Después de haber analizado cada una de las secciones, se el promedio total de todas estas dando como resultado lo siguiente.



GRÁFICA 10

Como podemos observar en la gráfica 10 el promedio total de cada uno de los reactivos es de 30.62, por debajo de la mitad de la puntuación máxima de 84, lo que nos da a comprender que sus conocimientos básicos en sexualidad está por debajo de la mitad y además un poco más de la mitad de la mitad de los conocimientos básicos de sexualidad. Si se observa la gráfica se puede observar que las puntuaciones más altas están entre 50 a 60 y las más bajas entre 0 y 10

aunque fue una minoría las que saco en total estas puntuaciones. Ya que la mayoría de ellos obtuvieron una puntuación entre 20 y 30.

### 6.3 Análisis de datos relacionados

Los datos de la muestra fueron sometidos a análisis de estadística inferencial, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados.

En la tabla 1 nos damos cuenta que si existe una relación entre la licenciatura y el número de respuestas correctas que se dieron. Esto quiere decir que si influyen la licenciatura en relación al resultado del cuestionario.

	Licenciatura	N	Rango promedio	Suma de rangos
	1	77	63.35	4878.00
Totalmente	2	62	78.26	4852.00
	Total	139		

	Totalmente
U de Mann-Whitney	1875.000
W de Wilcoxon	4878.000
Z	-2.171
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	<b>.030</b>

a. Variable de agrupación: Licenciatura

TABLA1

En la tabla 2 se muestra que no existe relación entre el sexo y el resultado total de los reactivos. Con esto entendemos que no existe una influencia entre el sexo ya sea hombres y mujeres con el resultado de los reactivos.

**Rangos**

	Sex	N	Rango promedio	Suma de rangos
	1	109	67.57	7365.00
Totalmente	2	30	78.83	2365.00
	Total	139		

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Totalmente
U de Mann-Whitney	1370.000
W de Wilcoxon	7365.000
Z	-1.358
Sig. asintót. (bilateral)	.175

a. Variable de agrupación: Sex

TABLA 2

En la tabla3 nos podemos dar cuenta que no existe una relación entre el sexo y la respuesta correcta. Esto quiere decir que no importa si eres hombre o mujer los dos tienen los mismos resultados en conocer el aparato reproductor masculino.

**Rangos**

	Sex	N	Rango promedio	Suma de rangos
Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor masculino	1	109	67.15	7319.50
	2	30	80.35	2410.50
	Total	139		



**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor masculino
U de Mann-Whitney	1324.500
W de Wilcoxon	7319.500
Z	-1.843
Sig. asintót. (bilateral)	.065

a. Variable de agrupación: Sex

TABLA 3

En la tabla4 nos podemos dar cuenta que no existe una relación entre el sexo y la respuesta correcta. Esto quiere decir que no importa si eres hombre o mujer los dos tienen los mismos resultados en conocer el aparato reproductor femenino.

**Rangos**

	Sex	N	Rango promedio	Suma de rangos
Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor femenino	1	109	68.32	7446.50
	2	30	76.12	2283.50
	Total	139		

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor femenino
U de Mann-Whitney	1451.500
W de Wilcoxon	7446.500
Z	-.999
Sig. asintót. (bilateral)	.318

a. Variable de agrupación: Sex

TABLA 4

En la tabla 5 lo que nos quiere decir es que ha mayor edad existe un mayor conocimiento por parte del adulto joven.

**Correlaciones**

		Años	Totalmente
Años	Correlación de Pearson	1	.173*
	Sig. (bilateral)		.041
	N	139	139
Totalmente	Correlación de Pearson	.173*	1
	Sig. (bilateral)	.041	
	N	139	139

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

TABLA5

## CONCLUSIÓN

Después de haber realizado esta investigación acerca de la sexualidad, nos damos cuenta de la falta de educación sexual que tienen los adultos jóvenes entre 18 y 22 años.

Como pudimos observar en el cuestionario que se aplicó la mayoría de las mujeres no conocen sus órganos sexuales externo, por lo cual llegamos a la conclusión de que no se han autoexplorado, debido a que no tienen los conocimientos necesarios de la forma adecuada en la que pueden autoexplorarse. Muchas veces esto se debe a la falta de información, así como a los constructos que estos se ven impuestos por sus padres, amigos, religión y sociedad.

La mayoría de las mujeres no se masturban, esto se debe a cuestiones más cognitivas, ya que la religión y la sociedad desde pequeñas les inculcan el pensamiento de que si lo hacen está mal y les va a suceder algo. Y si llegaran a hacerlo son unas pecadoras y mal vistas ante la sociedad y las pueden catalogar como fáciles o una prostituta, nos pudimos dar cuenta por la pregunta que se planteó de ¿si es bueno o malo masturbarse? en el cuestionario “mis conocimientos de sexualidad” ya que como se pudo observar casi hubo un empate en si es buena o malo masturbarse

La mayoría de los hombres no conocen su sistema reproductor o en algunos casos creen conocerlo. Aunque el hombre tiende a autoexplorarse, llegamos a la conclusión, de que no lo hace de la manera adecuada. La sociedad

hasta cierto punto ve aceptable que un hombre se autoexploré, porque así puede tener un mejor conocimiento de su cuerpo y poder llevar una mejor vida sexual.

También notamos que la mayoría de ellos tiene ideas erróneas acerca de los diferentes términos que se utilizan en la sexualidad. Así como también de la identidad sexual. Incluso se pudo notar que aún se sigue creyendo que la homosexualidad es una enfermedad o un trastorno.

Nosotras pensábamos que por ser del área de la salud tendrían un mejor conocimiento acerca de este tema. Ya que es primordial para esta área, como se observó las dos licenciaturas tuvieron un nivel bajo respecto al tema de sexualidad.

Pudimos notar que la mayoría de los adultos jóvenes aunque son activos sexualmente, no se dan la oportunidad de vivir nuevas experiencias y así poder tener una mejor vida sexual tanto para él como para su pareja.

Tener una relación sexual no implica que sepas acerca de la manera en la que puedes vivir de forma satisfactoria y saludable la sexualidad.

## REFERENCIAS

- Aidepsicología (S/A). aide psicología, sexología y pareja. Aproximación al maravilloso mundo de los juguetes sexuales. Recuperado el 4 de Septiembre del 2014. <http://www.aidepsicologia.com/>
- AntonovVladimir, (2012). SEXOLOGÍA Sexualidad infantil rígenes de la homosexualidad y de otras patologías Regulación de la función sexual Aspectos bioenergéticos del sexo Ética, religión y sexo. Traducido del ruso e inglés al español por NicolasNessi, Micaela Rossi y AntonTeplyy. New Atlanteans.
- Bardy, Leyton,Martinez, Gonzalez.(2005). Revistadocencia. Identidad sexual: proceso de definición en la adolescencia. Recuperado 26 de Agosto del 2014. <http://www.revistadocencia.cl/pdf/20100731202502.pdf>.
- Burgos Georgina, (2012). La masturbación, Guia practica para mujeres Hombres y parejas. De Vecchi Ediciones S.A de C.V. México.
- Caudillo H. Carlos y Cerna T. María A. Sexualidad y vida humana. Universidad Iberoamericana. México.
- CDC, (2012). Centro para control y prevención de enfermedades. Herpes simple. Recuperado el 01 de Septiembre de 2014. <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-herpes-s.htm>
- CDC, (2012). Centro para el control y prevención de enfermedades. Clamidia. Recuperado el 01 de Septiembre de 2014. <http://www.cdc.gov/std/spanish/clamidia/default.htm>

- CDC, (2012). Centro para el control y prevención de enfermedades. Recuperado el 01 de Septiembre de 2014. <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-hpv-s.htm>
- Cerrutis,s.(1997). Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización panamericana de la salud. Fundación W.K. Kellogg. Montevideo. OPS-OMS.
- Conversando sobre salud y sexualidad, (2009), La Sexualidad en la historia recuperado el día 30 de Junio del 2014, <http://www.saludysexualidad.com.ar/Fuentes/texto.php?sec=8&id=26>
- Cornella, Llusent, Mir, (2005). El camino del adolescente hacia la identidad sexual: La orientación sexual. Recuperado el 23 de agosto del 20014. [http://www.adolescenciasema.org/ficheros/Congreso16/TALLER\\_Identidad\\_Sexual.pdf](http://www.adolescenciasema.org/ficheros/Congreso16/TALLER_Identidad_Sexual.pdf).
- Escribano P. Gregorio (S/A). Malformación congénita del aparato urinario y genital masculino. Recuperado el 5 de Agosto del 2014. [http://www.urologiaysuelopelvico.com/escribano/escribano.nsf/83528a3eeb470eebc12570fc0032005c/0c035b07d0b79dc6c1257220003cd3df/\\$FILE/MalformacionesUro.pdf](http://www.urologiaysuelopelvico.com/escribano/escribano.nsf/83528a3eeb470eebc12570fc0032005c/0c035b07d0b79dc6c1257220003cd3df/$FILE/MalformacionesUro.pdf)
- Facultad de psicología, (2014). UNAM. ¿Qué es la psicología educativa? Recuperado el 17 de Septiembre de 2014. <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/91/psicologia-de-la-educacion-que-es>

- Family Doctor. Pubertad y sexualidad.(2010).Homosexualidad: la realidad para los adolescentes. Recuperado El 25 de Agosto del 2014.<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/teens/puberty-sexuality/homosexuality-facts-for-teens.html>.
- Federacion Española de sociedad de sexología, (2014). Respuesta sexual. Recuperado el 18 de Agosto del 2014. <http://www.fess.org.es/respuesta-sexual.php>
- Feixas Guillermo y Miro aría T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Ediciones Paidoslberica S.A. España.
- Fort Pere, (S/A). Instituto de Estudios de la sexualidad y la pareja. Desarrollo Psicosexual. Recuperado el 13 de Agosto del 2014. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/0301FONdes.pdf>
- Gómez V. Omar, (2007). Educación para la salud. Cuarta reimpresión. Editorial Universidad Estatal a Distancia de San José Costa Rica. Costa Rica
- Hyde Janet S. (1995). Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana. Ediciones Moreto S.L. Madrid
- Koffer David, (S/A). Climax, manual ilustrado del amor. Editorial EDDSA. México.
- Kuthy P. José, Villalobos P. José de J., Martínez G. Oscar y Tarasco M. Martha, (2013). Introducción a la bioética. Méndez Editores. México.
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida. Barcelona: UOC.

- LifshitzAliza A. (2009). Visa y Salud. Cinco cosas que debes saber sobre la masturbación masculina. Recuperado el 24 de Agosto del 2014. <http://www.vidaysalud.com/diario/salud-sexual/cinco-cosas-que-debes-saber-sobre-la-masturbacion-masculina/>
- Medline Plus (2013). Intersexualidad. Recuperado el 10 de agosto del 2014. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm>
- Montoya Celina, (S/A). PULSO. Juguetes sexuales un ingrediente picante para la vida sexual. Recuperado el 4 de Septiembre de 2014. <http://pulsored.com.mx/web/?p=5538>
- Mujika, Basañez (2007). Orientacionsexual.Guía para jóvenes.Recuperado el 20 de Agosto del 2014.[http://www.fundaciontriangulo.org/documentacion/documentos/orientacionsexualguiajovenes\\_aldarte.pdf](http://www.fundaciontriangulo.org/documentacion/documentos/orientacionsexualguiajovenes_aldarte.pdf)
- Naranjo P. María L. (2002). Enfoque conductista, cognitivos y racionales emotivos. Editorial Universidad de Costa Rica. San José C.R.
- Natureduca. Anatomia Humana. Recuperado el 01 de Agosto del 2014. [http://www.natureduca.com/anat\\_funcreprod\\_aparatos.php](http://www.natureduca.com/anat_funcreprod_aparatos.php)
- Oblitas G. Luis A. y Becoña I. Elisardo (2000). Psicología de la salud. Primera edición, Editorial Plaza y Valdés. Hecho en México.
- Orjuela Olga L., Almonacid Carmen C. y Chala Maria D. S., (2009). Educacion para la salud. Editorial Manual moderno S.A de C.V. Colombia.
- Papalia Diane E., Wendkos O. Sally, Duskin F. Ruth, (2003). Desarrollo Humano. Octava edición. Impreso en Colombia. Mc Graw Hill.



- Pinto M. Pedro, (1998). Malformaciones congénitas. Ediciones Uninorte. Impreso en Colombia.
- Planned Parenthood (2014). Anatomía sexual y reproductiva. Recuperado el 31 de julio del 2014. <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/sexo-y-sexualidad/anatomia-sexual-y-reproductiva>
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. Facultad de psicología, UNAM: México.
- Rosenbau Douglas E. (2003), traducido por Diaz de A. Omar. Una celebración del sexo. Editorial Caribe inc. USA.
- Sanchez R. Esther, Honrubia P. María y Chacon S. M. Dolores G. (2005). Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicación I edición de la Universidad de Barcelona. España.
- Serrano Raul, (2014). Salud y Medicinas. Hermafroditismo, ambos sexos en una sola persona. Recuperado el 10 de agosto del 2014. <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-masculina/articulos-relacionados/hermafroditismo-ambos-sexos.html>
- Suarez V. Emma, Quiñones C. Caridad, (2008). El erotismo en la 3 edad. Trabajo de investigación. Recuperado el 21 de Agosto del 2014. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25\\_2\\_09/mgi06209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi06209.htm)
- Torice R. Irene, Ávila G. Guadalupe (2012). Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad. SEP. México.
- Torres C. Blanca, (2012). Blanca Torres. Recuperado el 21 de Agosto del 2014. <http://www.blancatorres.org/zonas-erogenas-en-la-mujer.html>

- Tu guía sexual, (2014). Masturbación masculina. Recuperado el 21 de Agosto del 2014. <http://www.tuguiasexual.com/masturbacion-masculina.php>
- Tu otro médico, (2014). Condilomas. Recuperado el 01 de Septiembre de 2014. [http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma\\_acuminado.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma_acuminado.htm)
- Vatsyana llamado Mallana, (2003). El Kamasutra. Cuarta reimpresión SPA. Madrid.
- Vera-Gamboa Libia, Historia de la Sexualidad Revista Biomédica, volumen 8, número 2, Abril-Junio 1998, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida Yucatán México.
- Woolfolk Anita, (S/A). Psicología educativa. Universidad del estado de Ohio. USA. Novena edición. PeorsonEducation. Traducida por Pineda A. Leticia E. Universidad Anáhuac del Norte de México.

## GLOSARIO

**Aplasia:** designa el mal funcionamiento de las células o los tejidos, lo que conduce a la detención de su desarrollo.

**Auto polución:** Eyaculación involuntaria de semen que tiene lugar durante el sueño.

**Dismenorrea:** o menstruación dolorosa es una irregularidad de la función menstrual que se caracteriza por períodos dolorosos que aparecen con la menstruación.

**Eczema:** es un término general para cualquier tipo de dermatitis o “inflamación de la piel”. La Dermatitis Atópica es la clase de eczema más severa y crónica (la que dura más). Aunque el término eczema es usado con frecuencia para la dermatitis atópica.

**Endocarditis:** Es una inflamación del revestimiento interno de las cámaras y válvulas cardíacas (endocardio).

**Etinilestradiol:** es un estrógeno derivado del estradiol, activo por vía oral indicado en fórmulas que producen la píldora anticonceptiva.

**Epispadia:** Es una rara anomalía presente al nacer (congénita) que se localiza en la abertura de la uretra, en esta afección, la uretra no se transforma en un tubo completo y la orina sale del cuerpo desde un lugar equivocado. Las causas del

Epispadia se desconocen. Puede ocurrir debido a que el hueso púbico no se desarrolla apropiadamente.

**Fimbrias:** Estructuras filamentosas que se extienden fuera de la superficie celular. Están compuestos de proteínas y tienen la función de adhesión. Permiten a los organismos adherirse a superficies, incluyendo tejidos animales en el caso de bacterias patógenas.

**Fimosis:** consiste en una estreches del prepucio (piel que cubre la punta del pene) que impide retraer dicha piel hacia abajo y descubrir el glande por completo.

**Genito anorectal:** malformaciones congénitas mayores a nivel genitourinario.

**Microbiana:** las enfermedades infecciosas las provoca una invasión microbiana del organismo, y son contagiosas, ya que pueden transmitirse de un organismo enfermo a otro sano.

**Himenotomia:** Corte quirúrgico del himen.

**Hipospadia:** Malformaciones uretrales.

**Linfocitos:** son responsables de proteger nuestro cuerpo de organismos externos que invaden el cuerpo y son propensos a problemas de salud.

**Luteinica:** fase luteínica inadecuada es una interrupción del ciclo menstrual normal de la mujer.

**Menarquia:** Cuando las mujeres se hacen sexualmente maduras y sus cuerpos son capaces de concebir es porque comienzan a producirse hormonas femeninas.

**Monogamia:** Prohíbe tener más de una esposa.

**Papanicolaou:** prueba que permite detectar signos que indican el posible desarrollo de cáncer cervical.

**Poliuretano:** es un plástico obtenido por la reacción de polioli e isocianato en la presencia de catalizadores y aditivos. Los poliuretanos componen una de las familias de polímeros más versátiles que existen.

**Progesterona:** es una de las hormonas sexuales que se desarrollan en la pubertad y en la adolescencia en el sexo femenino, actúa principalmente durante la segunda parte del ciclo menstrual, parando los cambios endometriales que inducen los estrógenos y estimulando los cambios madurativos, preparando así al endometrio para la implantación del embrión. Estos efectos también ocurren en las mamas.

**Prurito:** es el síntoma más frecuente de la patología dermatológica. Lo podríamos definir como la sensación que conduce al deseo de rascarse.

**Sexuado:** Se aplica al ser vivo que tiene órganos sexuales para reproducirse.

**Sínfisis:** Es la unión entre los huesos se realiza mediante una lámina de tejido fibrocartilaginoso, a veces, éste se separa por láminas de tejido hialino (cuerpos vertebrales, sínfisis del pubis) que le permite una leve movilidad. Estas articulaciones son permanentes.

**Sudoríparas:** Son glándulas tubulares que tienen un conducto exterior que desemboca en la piel. Son las encargadas de eliminar el sudor

**Telotismo:** Proyección de los pezones por contracción de los músculos de la aréola (reflejo mamiloareolar).

# ANEXOS



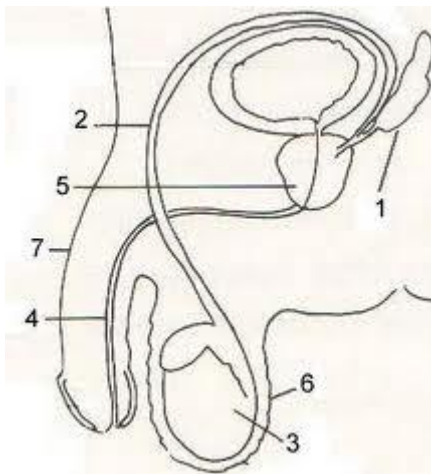
## MÍS CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD

El siguiente cuestionario es para conocer el nivel de conocimientos que tienes acerca de la sexualidad.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Contesta de manera clara lo que creas conveniente.

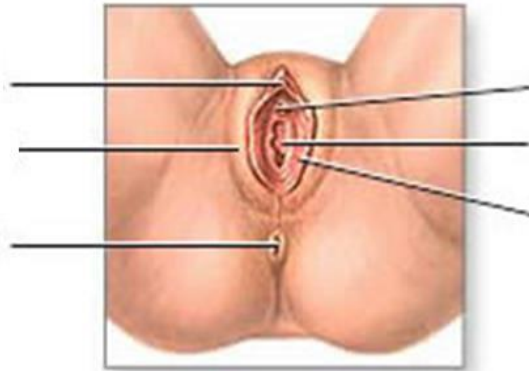
1. ¿Qué es sexualidad?
2. ¿Qué es género?
3. ¿Cuántos tipos de género hay?
4. ¿Qué es identidad sexual?
5. Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor masculino





6. Escribe el nombre de las partes del aparato reproductor femenino

## Aparato reproductor femenino



7. ¿Qué es la intersexualidad?

8. Menciona las fases de la respuesta sexual

9. ¿Qué es el rol sexual?

10. ¿La homosexualidad es una enfermedad?

11. ¿Que son las zonas erógenas?

12. ¿Qué es la masturbación?

13. ¿La masturbación es buena o mala y porque?

14. ¿Qué es la gonorrea?

15. ¿La píldora de emergencia es abortiva?

16. ¿Cuántas horas debe de transcurrir para que sea efectiva la píldora de emergencia?
17. ¿Para quién es la vasectomía?
18. ¿A los cuantos días es efectiva la vasectomía?
19. ¿Qué es DIU?
20. ¿Qué es el implante subdérmico?
21. ¿En qué se diferencia el sida del VIH?
22. ¿Qué es el herpes simple?
23. ¿Cómo puedo saber que tengo herpes simple tipo II?
24. ¿Para qué sirven los juguetes sexuales?
25. ¿Menciona al menos 3 tipos de juguetes sexuales?
26. ¿Para qué sirve el Kama Sutra?
27. ¿En qué te benefician las posiciones sexuales?