



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LOS ESTILOS PARENTALES DE CRIANZA Y SU CORRELACIÓN CON LAS CONDUCTAS SEXO-
GENITALES DE RIESGO PARA LA PRODUCTIVIDAD BIOLÓGICA.
EN POBLACIÓN MEXICANA Y MÉXICO-AMERICANA, VIVIENDO EN MILWAUKEE.
WISCONSIN EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

Lic. en Psic. MARÍA DE LOS ÁNGELES FLORES GARCÍA

Directora de Tesis: Dra. en Psic. Alejandra Valencia Cruz. Facultad de Psicología
Comité de Tesis: Dra. en Psic. María Becerril Pérez. Facultad de Psicología
Dr. en Psic. Jorge Rogelio Pérez Espinosa. Facultad de Psicología
Mtra. en Psic. Ena Eréndira Nino Calixto. Facultad de Psicología
Mtra. en Psic. María Isabel Martínez Torres. Facultad de Psicología



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.

*Empieza haciendo lo que es necesario, después haz lo que es posible y, ¡así de pronto!
Estas haciendo lo imposible, porque tú lo hiciste posible, con tu perseverancia,
disciplina, paciencia y amor, por y con la gracias de nuestro dios Yavé.*

Sn Fco de Asís.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios nuestro Señor, su infinita bondad siempre presente en toda mi vida.

A mi directora de tesis la Dra. en Psic. Alejandra Valencia Cruz quién hizo posible esta aportación científica. A mis sinodales, Dra. en Psic. María Becerril Pérez, al Dr. en Psic. Jorge Rogelio Pérez, a la Mtra. en Psic. Ena Eréndira Nino Calixto y, a la Mtra. en Psic. María Isabel Martínez Torres quienes perfeccionaron con sus atinadas sugerencias este documento.

Con mi gratitud especial al gran hombre que acompaña no solo mi vida de mujer, de esposa y de madre, sino que también acompaña y comparte mi vida intelectual, por todas sus aportaciones e interminables reflexiones, sugerencias, exigencias y apoyos. Siempre amoroso y crítico; a mi esposo Lic. en Psic. Juan Rodolfo Ortega Baltierra.

A la Dra. en Salud Pública Ma. Luisa Magaña Aquino y a la Dra. en Psic. María de Lourdes Patricia Quintanilla Rodríguez quienes me inyectaron este "chispazo" de enfoque a la salud psico-sexual y reproductiva biológica, con su Laberinto de la Vida de los mexicanos y para los mexicanos.

A todos mis maestros presentes y a los ausentes que a lo largo de mi vida me han formado con su afable exigencia, con su siempre buena escucha, con sus amplias, sabias y generosas explicaciones. En especial a la Dra. en Psic. Silvia Macotela (RIP).

A todo el personal de nuestro Consulado General de México de Wisconsin con sede en MKE, especialmente al Cónsul Titular Lic. Julián Adem Díaz de León y a la Cónsul Adscrita Lic. Karina Belém Blas Rodríguez. Por ellos, nuestro México también está en el extranjero.

Al Centro Hispano "Roberto Hernández" con su director Mtro. Alberto Maldonado y a Lic. Gabriela Dorantes, asesora estudiantil, siempre tan profesional y hermosa. Ambos, me abrieron las puertas de la UWM.

A Magdalena Flores. Secretaria de la Dirección de Post-grado, siempre tan profesional como humana es una muestra viva de la alta calidad con calidez en el servicio. Gran motivadora y acompañante también, a la distancia.

A la Mtra. en Psic. Isabel Cepeda Calderón mi amiga, de toda la vida y para toda la vida quién sabe darse dulcemente, siempre con sabiduría profunda.

A los 180 compatriotas participantes que me regalaron, sin recibir nada a cambio, sus conocimientos y experiencia en su vida sexo-genital activa.

DEDICATORIA

A mis abuelos por sus enseñanzas: Angelita, Antonio; Cuca y Pablo (RIP).

A mis padres Pedro y María porque yo sé que ellos, desde donde estén, siguen orgullosos de mis logros. Todos son gracias a sus enseñanzas, disciplina y amor ejemplar, dentro de su crianza (RIP).

A mi tío Luis el vivo ejemplo de mis raíces y cultura familiar, quién es mi más culto compañero y mi amoroso consejero inseparable.

A todos mis familiares Flores y a los García también, que van por la vida con nuestro único toque siempre familiar que llenan mi vida de sus cariños.

A mi suegro (RIP) a mi suegra por su ejemplo de alegría y de lucha, con sus Ortega Baltierra que junto con sus parejas, hijos, nietos y bisnietos siempre me comparten el vino y el pan.

A mis hermanos, compañeros de la misma carne y de la misma sangre: Roger, Lety, Marycucú, Pedrín y Luy. Van incluidos todas sus parejas de vida y mis inseparables y siempre admirados sobrinos, quienes siempre alegran orgullosamente nuestras reuniones familiares.

A nuestros compadres y comadres de toda la vida, quienes en nuestras interminables reuniones siempre me regalan su sabio corazón y me ilustran.

También, a los amigos de siempre, que sin antesalas nos re-encontramos, en cualquier espacio y tiempo con ese afecto y tantas remembranzas que nuestro corazón revolotea .

A mi esposo amado Juan Rodolfo por su ser ejemplarmente solidario: hombre, hijo, hermano, esposo, padre ejemplar y que ahora, ya es también un abuelo amoroso de tres nietos.

A mis hijos osos que fueron el motor de mi vida, de quienes me enorgullezco: a Lico y el Alemán con sus respectivas parejas: Paula María y Scott por su perseverancia; Juan Rodolfo Jr. y La Ruth consentidora.

A mis fabulosos nietos quiénes vinieron a nosotros sus abuelos, como regalo de Dios y que hoy son nuestra máxima razón para soñar y vivir en grande, divertida y amorosamente en familia:

VÍCTOR por su obediencia remarcable.

HAILEY-NOOR por ser la inteligente guerrera.

IVÁN por su ser atlético incansable.

Índice

◆ Resumen	<i>iii</i>
◆ Introducción	1
Capítulo 1: Sexualidad Humana y Salud Sexual	4
1.1 La Sexualidad Humana como Abstracción	9
1.2 Definiciones de la Sexualidad y Conceptos Asociados	22
Capítulo 2: Derechos Sexuales	26
2.1 Conceptos Básicos	26
2.2 Antecedentes Legislativos y Marco Jurídico Internacional	28
2.3 Definición de los Derechos Sexuales	29
2.4 Legislación Internacional Suscrita por la ONU	32
2.5 Derechos Sexuales Internacionales	41
2.6 Legislación Estadounidense	43
2.7 Legislación Mexicana	54
2.8 Instrumentos Legales Mexicanos Vinculantes	54
2.9 Derechos Reproductivos Mexicanos	57
2.10 Derechos Sexuales y Reproductivos del Adolescentes	58
Capítulo 3: Modelo Sistémico de la Sexualidad Humana del Dr. Eusebio Rubio Aureoles (1994)	64
3.1 Holón de la Reproductividad	74
3.2 Holón del Género	78
3.3 Holón de los Vínculos Interpersonales Afectivos	87
3.4 Holón del Erotismo	98
Capítulo 4: Educación Integral de la Sexualidad Humana	108
4.1 ¿Qué entendemos por una Educación Integral de la Sexualidad?	112

4.2 ¿Qué Curricula Sería “Ideal” para la Educación Integral de la Sexualidad?	114
4.3 Los 3 Programas de Educación Sexual	124
Capítulo 5: Estilos Parentales de Crianza	130
5.1 Autorizativo	137
5.2 Permisivo	141
5.3 Autoritario	143
5.4 Negligente	146
5.5 “Sin Estilo Parental de Crianza” Aún Definido	149
5.6 Extrapolación de la Educación Sexo-Genital por Estilo Parental de Crianza	151
5.7 Conclusión del Capítulo 6	155
Capítulo 6: Investigación	159
Justificación	159
Método	170
Procedimiento	181
Resultados	190
Discusión	240
Capítulo 7: Conclusión de la Investigación	256
◆ Anexos	261
I. Consentimiento Informado	262
II. Ficha para el Perfil Sociodemográfico	264
III. Cuestionario de Conductas Sexo-Genitales de Riesgo para la Reproducción Biológica. (CuSexgRiesa)	271
◆ Referencias	277

RESUMEN

La presente investigación, se desarrolló en el estado de Wisconsin en la Cd. de Milwaukee, en los Estados Unidos de Norteamérica. Se compiló los derechos sexuales, retomándose el modelo holónico de la sexualidad humana de Rubio (1994). Los propósitos de la presente investigación fueron: Determinar si existe una correlación entre; el estilo parental de crianza, el conflicto entre los padres e hijos, la percepción del padre y de la madre con las conductas sexo-genitales de riesgo para la reproducción biológica (CSGRRB) Se exploraron las condiciones sociodemográficas, en la muestra participantes mexicanos y la muestra de participantes México-Americanos, viviendo en la Cd. de Milwaukee en el Estado de Wisconsin en los EEUU al menos en los últimos 6 meses. Se obtuvo información de 170 participantes de 18 años de edad y mayores. Respondieron además 2 cuestionarios y 2 escalas. Se diseñó exprofeso el Cuestionario de Conductas Sexo-Genitales de Riesgo para la Reproducción Biológica. Los resultados mostraron qué: El nivel educativo y los ingresos de la muestra de los nacidos en EEUU, son superiores a la muestra participante de los nacidos en territorio mexicano. Ambas muestras reportaron muy bajas conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico. La muestra de los participantes nacidos en los EEUU, son más exploradores sexo-genitalmente que la muestra de los participantes nacidos en territorio mexicano. Las mujeres de las muestras de ambos países presentan menos CSGRRB que las muestras de los hombres nacidos en ambos países. Sin embargo, la muestra de los hombres nacidos en los EEUU, son los más liberales sexo-genitalmente hablado, por lo tanto, son los que tienen más CSGRRB, exponiendo más su salud. Se obtuvieron altos niveles de confiabilidad en la consistencia interna en los 4 instrumentos aplicados (Alfa de Conbrach, todas mayores a 0,7). Los estilos parentales de crianza que se relacionaron más con CSGRRB en los vástagos son: AUTORITARIO en primer plano, en el NEGLIGENTE, en segundo. En mucho menor frecuencia y variabilidad de estas CSGRRB, se relacionan con los estilos parentales de crianza catalogados como AUTORIZATIVO y el PERMISIVO. Los progenitores SIN UN ESTILO EDUCATIVO DEFINIDO AÚN, son los que se correlacionaron más veces con una baja frecuencia de CSGRRB. La percepción del padre se correlacionó con más CSGRRB en cualquiera de los estilos parentales de crianza, que la percepción de la madre. Asimismo, las madres percibidas como Autorizativas y Permisivas, se correlacionaron con hijos que evitan con mayor frecuencia las CSGRRB.

ABSTRACT

This investigation was developed in Milwaukee, Wisconsin, US. Sexual rights were compiled, taking up the human sexuality. Rubio (1994) holonic model. Investigation purposes: To determine if there is a correlation between; parenting style, the conflict between parents and children, father's perception and the mother's perception with: Sex-genital risk behaviors for biological reproduction (SGRBBR) Sociodemographic conditions were explored, in the population of Mexicans and Mexican-Americans, living in Milwaukee, WI., at least in the last 6 months. We got information of 170 participants 18 years old and older. They also answered 2 questionnaires and 2 scales. Sex-genital risk behaviors for biological reproduction Questionnaire was specifically designed. The results showed that: The educational level and income of the sample of those born in the US are higher than the participating sample of those born in Mexican territory. Both samples reported very low sex-genital behaviors of biological reproductive risk. The sample of participants born in the US are more sex-genital explorers than the sample of participants born in Mexico. The women of the samples of both countries, present less SGRBBR than the samples of the men born in both countries. However, the sample of men born in the US, are the most liberal sex-genitally spoken, therefore they have the most CSGRRB, exposing their health more. High levels of reliability in internal consistency were obtained in the 4 instruments applied (Conbrach's Alpha, all greater than 0.7). The parenting styles that were most related to SGRBBR in the offspring are: AUTHORITARY in the foreground, in the NEGLIGENT, in the second. In much less frequency and variability of these SGRBBR, they are related to the parenting styles AUTHORIZATIVE and PERMISSIVE. Parents WITHOUT ANY DEFINED EDUCATIONAL STYLE are the most frequently correlated with a low SGRBBR frequency. The father's perception was correlated with more SGRBBR in any of the parenting styles than the mother's perception. Likewise, mothers perceived as Authorizative and Permissive were correlated with children who shows less frequently SGRBBR.

Introducción

La crianza en este siglo XXI tiene tantos matices y estilos, tal vez como padres y madres o tutores, se encuentran inmersos en este proceso educativo. Cada persona que cría responde a sus propios patrones educativos, muchas veces hace lo mejor que puede. Cuando criamos entonces también educamos unas veces mejor que otras, aquí no se trata de juzgar los estilos educativos de los padres y de las madres. Por otro lado, es un hecho que no importa cuánto se ame y se disfrute a los hijos, hay momentos en los que estamos desconcertados sobre el cómo manejar las conductas que están mostrando o no están mostrando los hijos, por lo que nos hacemos preguntas y esperamos respuestas apropiadas de los especialistas. Si bien es cierto que cada niño es diferente, algunas situaciones preocupantes, sobre la crianza de los hijos, consideramos que son casi universales, como, por ejemplo;

1. ¿Cómo dar las instrucciones a los niños y cómo encontrar aquellas ordenes que realmente seguirán?
2. ¿Cómo hacer que los tiempos de espera funcionen, cuándo y cómo? ¿A pesar de que se nos hace tan difícil presionar a un niño?
3. ¿Cómo ayudar a los niños a aprender a cambiar, a parar o iniciar algo diferente sin gimotear o hacer berrinches?
4. ¿Cómo manejar rabietas y que aprendan a encontrar una mejor manera de expresar emociones extremas?
5. ¿Qué hacer cuando un niño miente; ¿el entender porqué mienten, qué pueden hacer los padres y las madres al respecto?
6. ¿Cómo enseñarles a dejar ir, sin apegos tóxicos, a las personas con las que se vinculan, no solo afectiva sino más íntima o amorosamente?
7. ¿Cómo harán para manejar sus impulsos sexuales y el llamado a la reproducción?
8. ¿Cómo manejarán las frustraciones como es una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
9. ¿Cómo reconocerán su verdadera identidad de género y mostrarlo dignamente?
10. ¿Cómo harán para eliminar los obstáculos en el camino de su éxito? etc.

A pesar de que desde 1960 Braumrind estableció una de las clasificaciones más influyentes de los estilos de crianza. Después de 53 años de su teoría, en este 2020 se

cuenta con material suficiente, que va desde investigaciones, artículos, entrevistas, libros, video-filmaciones, de fácil localización y acceso en la multimedia, para clarificar los estilos parentales. Desafortunadamente, aún no tenemos las respuestas para todas las preguntas.

Por otro lado, el avance tecnológico, el libre acceso a la tecnología y a la información sobre la crianza recibida, al nivel educativo de los progenitores y, al propio juicio, les ha permitido a los padres y las madres de familia que identifiquen, definan, cambien o mejoren su propio estilo educativo para con sus hijos. Dicho estilo de crianza, no necesariamente se encuadra o embona en los 4 estilos de crianza conocidos hasta la fecha. A saber, Autorizativo, Autoritario; Permisivo y el Negligente. Por su parte, Barocio y su disciplina con amor, que desde el 2014 y con alrededor de 6 libros publicados, con sus 2 best sellers nos enseña a educar de una forma consciente y amorosa, nos resume actitudes que lastiman vs aquellas que educan con amor y que con su compendio de afirmaciones brinda herramientas específicas de crianza, fáciles de adoptar. incluyendo también a los adolescentes.

Nuestra aportación a los estilos de crianza universal será resumida y actualizada, empezaremos por usar el término *estilos parentales de crianza*, a todo lo largo y ancho de este escrito, ya que entendemos que los padres son los que dan su toque personal a dicha crianza, son los progenitores quienes reciben a ese nuevo ser vivo y le proporcionarán lo necesario para la sobrevivencia y al final del día el estilo de crianza tiene al menos un actor o actora. Entendemos que este estilo parental de crianza no es único, ni mucho menos “puro” y que el concepto de la parentalidad en el contexto de la crianza, se involucran no solo los progenitores, sino también a los cuidadores y/o tutores, por lo que, en este escrito, estamos describiendo la sexualidad humana, los derechos sexuales y reproductivos, el modelo sistémico holónico del Rubio (1994). *Con la aclaración de que, si bien es cierto que la sexualidad es el resultado de nuestra naturaleza reproductiva*, la sexualidad no es solo genitalidad y que la reproductividad no solo se refiere a reproducirnos de manera biológica, lo anterior bajo el tenor de Rubio (1994). Es un hecho que nuestra investigación **sí tiene que ver específicamente con las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico**, por lo que también estaremos usando a lo largo y ancho de este escrito las siglas CSGRRB para referirnos a las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo exclusivamente biológico. Igual, en este escrito, señalaremos varios preceptos para una educación de la sexualidad holónica (Rubio,1994), la educación integral de la

sexualidad con las herramientas de Barocio (2014) y contemplando los cuatro estilos de crianza de Braumrind (1960).

Por último, se muestran los resultados correlacionales del estilo de crianza percibido con sus conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico de 170 participantes mexicanos y de México-Americanos viviendo en la ciudad de Milwaukee, Wisconsin en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), lo anterior con un contexto de migración legal e ilegal. Población migrante que se enfrenta a la necesidad de re-educarse a sí mismos y de re-pensar y de re-plantearse las formas de sus propios estilos educativos parentales percibidos vívidamente y, los que esperan mostrar como padres-educadores y madres-educadoras de su progenie nacida en México, viviendo en los EEUU, o con los hijos nacidos en este país norteamericano pero de padres/madres nacidos en territorio nacional mexicano. En nuestras familias viviendo en los EEUU, es común encontrar nacionalidades “mezcladas” unos hijos son nacidos en México y los otros en territorio de los EEUU. Es un hecho que ambos están viviendo en una sociedad con; un idioma, valores, cultura, comida, clima, etc., muy diferentes, pero la raíz es una sola; una orgullosa familia mexicana.

Es innegable que lo expuesto en los párrafos anteriores es una clara exposición a riesgos laborales, económicos, desavenencias en la familia, inestabilidad emocional, sin servicios médicos, ya que esta población migrante ilegal queda sin acceso a la protección legal al ciudadano porque viven, prácticamente sin ciudadanía, ni siquiera pueden aspirar a ser *“ciudadanos de 2a clase” básicamente, porque son invisibles para el gobierno pero sí están entre la sociedad americana, muchas veces se segregan y hacen subgrupos de personas que solo hablan el idioma Español o solo de personas nacidas en México. Simplemente, no contestan el teléfono, si no conoces el número telefónico o si escuchan que les hablan en idioma Inglés, solo cuelgan, etc.* Estos migrantes ilegales, viven al filo de la deportación, aprenden a mentir con facilidad, pretendiendo ser legales, por lo que es común que vivan con altos índices de estrés, alta irritabilidad, se sienten fácilmente ofendidos, tienden a hacer “bullying” a sus connacionales legales o no legales e incluso hay bullying dentro de la misma familia mexicana, entre los hijos nacidos en territorio nacional mexicano y los nacidos en territorio estadounidense. Condiciones que paradójicamente, la familia migrante, pretende ignorar sistemáticamente. Nuestro contexto incluye también la era Trump en la que incluso ningún migrante legal tiene garantía alguna de su residencia de vida en los EEUU, ni de su salida y retorno exitosos.

Capítulo 1

Sexualidad Humana y Salud Sexual

Abordar el tema de la sexualidad humana es un fenómeno complejo con múltiples aristas y producto de múltiples factores tales como son; los biológicos, los histórico-sociales, culturales, religiosos, socio-económicos, familiares y de la historia de vida, de experiencia personal y, siendo además una tarea por demás extrema y deliciosamente llena de vida y recreación, al echarle un vistazo a la expresión de la sexualidad a través de la historia, vemos que ha sido, es y tal vez seguirá siendo un tema altamente controversial.

El ser humano, a través de su desarrollo sexual, no solo le encuentra sentido a la vida sino aún más desarrolla la habilidad para vivir con plenitud y gozo. Es un hecho que el ser humano es una especie sexuada en sus formas femenina, masculina o en una combinación de ambas, de tal forma que cuando se produce una concepción biológica se juntan los códigos genéticos de los masculino y de lo femenino, por lo que se tiene la posibilidad de hacer cambios adaptativos, que, en el mejor de los casos, son exitosos. Esto permite una alta probabilidad de la evolución de nuestra especie.

Sin embargo, socioculturalmente, la historia de la humanidad lleva las huellas de la expropiación del cuerpo humano y de los excesos de las culturas patriarcales, masculinizadas. Sin embargo, hoy por hoy, seguimos empujando a que exista una idéntica dignidad entre los géneros, que no solo se refiere al varón y a la fémina que de cabida a la comunidad LGBTQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transexual y Queer/cisgénero — término general para las minorías sexuales y de género que no son heterosexuales. Originalmente significa "extraño o peculiar", el

signo “+” se refiere más de 63 tipos diferentes de géneros definidos en el estado de Wisconsin, en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) citado en PPWI (2017).

Entendemos, que para que se tenga una auténtica equidad, se requiere de un trabajo sistemático y coordinado para eliminar viejas formas de discriminación, de desigualdad e inequidad. Lo que ha llevado no solo a un sin número de consejas, falsos pudores y atavismos, que al mismo tiempo están limitando el éxito evolutivo de la especie humana.

La sexualidad es un componente central del ser humano y las formas en que la supresión social de la sexualidad de las mujeres en particular se ha utilizado para desempoderar a la mujer, desde todos los tiempos (Rubio, 1994).

El cuerpo humano ha sido por excelencia sensual, permitir o aceptar que el cuerpo se exprese, reciba o muestre su sensualidad y sexualidad, no ha sido fácil. Como por ejemplo: Han existido hasta la fecha y, al parecer siguen vigentes, en ciertas comunidades, alrededor del mundo. Las 3 expropiaciones del cuerpo humano, a saber (Rosas, 2015):

Primera Expropiación: EL CUERPO PARA SALVAR EL ALMA (s. VIII)

Segunda Expropiación: LAS MUJERES COMO PROPIEDAD PRIVADA (s. XI)

Tercera Expropiación: EL CUERPO SOLO PARA LA PROCREACIÓN (s. XIX)

Primera Expropiación: el cuerpo para salvar el alma; Una de las primeras religiones en reprimir la sexualidad, fue la religión judeocristiana, enfatizando el no goce sexual tanto para los hombres, como para las mujeres. Sin reconocimiento y sí con el rechazo expreso de la vida homosexual. La iglesia católica, señaló las “normas” que regulaban la conducta genito-sexual de la época.

Aunque hay una serie de incongruencias en esta necesidad de mantener el cuerpo puro y libre de placeres no solo eróticos, sino de muchos otros tipos, como el deleite de la vista, el

gusto, el olfato, el tacto y el oído. Esto es, cancelar los sentidos y por ende la sensualidad del cuerpo humano. Se ha enfatizado, la restricción exacerbada sobre el placer sexo genital.

No obstante, este puritanismo religioso, el Rey Salomón, considerado como el rey más sabio de todos los tiempos. Tuvo a bien desposar a 700 mujeres que fueron su “harem”. Además, de haber contado con innumerables amantes.

El manual Taoísta del S.II afirmaba que después de 1,200 relaciones sexuales el emperador se volvería inmortal.

Juan XIII. Papa n.º 133 de la Iglesia católica quien lideró a la iglesia, entre los años de 965 a 972 fue asesinado por el marido engañado y traicionado por su esposa al serle infiel con este Papa.

Paulo II. Papa n.º 211 de la Iglesia católica quien comandó a esta iglesia, entre los años de 1464 a 1471 murió mientras era sodomizado por un paje (teniendo sexo anal o bucal, o ambos).

Segunda Expropiación: las mujeres como propiedad privada; para San Agustín ya desde el s. IV el deseo sexual era considerado como una tendencia animal, pero podría ser justificada y orientada hacia el bien, siempre y cuando el acto sexo-genital tuviera como finalidad la procreación (Covi, 1990).

En el S. XI el Papa Clemente II en el año 1046 cobraba impuestos a las prostitutas aún muertas. Los impuestos consistían en que estas mujeres debían de ceder la mitad de su herencia o de sus posesiones, a la Iglesia.

Considere que el primer cinturón de castidad europeo data de ese S.XII y se colocaba a las mujeres para “proteger” la castidad de lamisma.

Hacia el 1300 a. C se difundió el Decálogo de Moisés, con los mandamientos católicos. Cabe resaltar el 2o “No desearás a la mujer de tu prójimo” y el 6o “No fornicarás”. Sin embargo,

otro Papa también, fue asesinado por cometer adulterio, fue el Papa Juan XII asesinado en 1334 a manos del marido que lo encontró con su mujer. (Covi, 1990).

Tercera Expropiación: el cuerpo para la procreación; Federici (1998) nos alerta sobre la expropiación social dirigida no solo sobre el cuerpo, los saberes y la reproducción biológica de las mujeres. Por su parte, Meza y Rubio (2018) afirman que construimos nuestra identidad como amas de casa, con cualidades de abnegación, sumisión y de dependencia económica. El grado es tal, de que las actividades de la mujer están delimitadas en el espacio de lo doméstico. En contraparte los espacios públicos son los designados para los hombres. Por su parte 49 años antes De Beauvoir (1949) afirmó *No Naces Mujer Té Haces Mujer*, o parafraseándola *aceptamos que nos hagan mujeres*. Fisher (1999) concluye, con base en sus investigaciones, que la mujer es exclusivamente un producto de fuerzas económicas y sociales.

Federici (2004) considera que vivimos una cultura androcéntrica y patriarcal dominante, donde los modelos o patrones a seguir para las mujeres son para la reproducción biológica y la crianza, por lo que han sido expropiadas de su propio cuerpo; primero por la Iglesia, después por los discursos políticos, las historias *y también por los cuentos infantiles, que muestran a una mujer débil, quién necesita de un hombre que le dé vida, recursos y bienestar (agregado personal)*. Federici (2004) denuncia que **las mujeres han dejado de ser dueñas de su cuerpo y de su capacidad creativa.**

También Federici (2004) considera que las mujeres que acceden a la educación, que no aceptan un rol pasivo y dependiente del hombre, las que emplean métodos anticonceptivos e incluso aquellas que van ingresando a puestos públicos y/o políticos, son las mujeres que inician su proceso de apropiación de su propio cuerpo, se van adueñando de éste, mediante; el conocimiento, *aceptando el erotismo y el placer como algo auténtico, no como pecado ni tabú,*

sino como gozo, recreación y energía creativa. Federici (2004) continúa afirmando que, en principio, estas esferas del cuerpo y las de la sexualidad son las que se construyen como un espacio de resistencia, desde el cual las mujeres rechazan los mandatos culturales. Después de que las mujeres se apropien de su propio cuerpo, las mujeres serán sujetos sociales, de cultura, de historia, de transformación social y de ambientes públicos.

Para este S. XXI y, en cierto punto controversial con las afirmaciones de Federici (2010) el Papa Francisco (2016) a través de su libro *“La Alegría del Amor”* en su capítulo 4o habla del amor apasionado y de la dimensión erótica del amor, se refiere a que Dios mismo creó la sexualidad, como regalo maravilloso al hombre. En este mismo capítulo también se cita al Papa Juan Pablo II quien expresó que el ser humano está llamado a la plena y madura espontaneidad de las relaciones sexuales, que son el fruto gradual del discernimiento de los impulsos de su propio corazón. Todo ser humano, debe aprender con perseverancia y coherencia lo que es el significado del cuerpo. La sexualidad es un lenguaje interpersonal donde el otro es tomado en serio, con su sagrado e inviolable valor. En este contexto, el erotismo para el Papa Francisco aparece como manifestación específicamente humana. Manifiesta que la corporeidad sexuada, no es solo fuente de fecundidad y procreación, sino que, además, posee la capacidad de expresar el amor. El sano erotismo, si bien, está unido a la búsqueda del placer, supone la admiración del amante y, es por eso que puede humanizar los impulsos.

Continúa el Papa Francisco en su mismo libro mencionando que la dimensión erótica del amor es plena y límpida amorosa, siendo una pasión sublimada por un amor que admira la dignidad del otro, que nos muestra de qué maravillas es capaz el corazón humano y así, por un momento, se siente que la existencia humana ha sido un éxito.

Es un hecho que estas expropiaciones del cuerpo humano aún siguen vigentes en muchas partes del mundo incluyendo los países islámicos. Específicamente, en Afganistán en el 2015 mataron a una joven mujer lapidada acusada de no aceptar el matrimonio con un hombre viejo, convenido por su padre. Ella huyó con su novio de 23 años de edad. Fueron capturados, juzgados y la condena fue: 100 azotes para el joven varón y a la joven fémina se le metió a un hoyo largo en la tierra, en el que cabía de pie, casi soterrada. El hoyo la cubría al 100%, solo quedó la boca del hoyo arriba de su cabeza y fue lapidada por hombres de la comunidad, hasta matarla (BBC. Mundo, nov. 04, 2015). Situación profundamente lamentable y penosa. Es una muerte indignantemente injusta, que viola tanto los Derechos Humanos Universales como los Derechos Sexuales.

1.1 La Sexualidad Humana como Abstracción.

La sexualidad humana es una abstracción, por lo que tiene múltiples formas de conceptualizarse e incluso definirse. En esta era digital, el conocimiento y la investigación están atomizados, por lo que es fácil encontrar innumerables recursos de contenido erótico en la multimedia. Lo básico aquí y ahora es contestarnos: ¿el cómo entiendo; el cómo amalgamo mi sexualidad a mi nuevo mundo circundante; el cómo interpreto este conocimiento médico-científico que cada vez más fácilmente, está en la nube cibernética en cualquier idioma. El cómo enlazar dicho conocimiento científico, con mis emociones eróticas que aplico a mis experiencias sexo-genitales, en este momento histórico-cultural en el que vivo. Incluso en una condición migratoria, ya sea legal o de ilegalidad en un país que me es en mucho, ¿ajeno?

Para aproximarnos de manera “unificada” al entendimiento de la sexualidad humana mencionamos que los modelos **Psicoanalíticos/Psicodinámicos Sexuales** del S.XIX conceptualizaron lo suyo, con base en las posibilidades tecnológicas disponibles en su tiempo. Freud (1924) consideró que la sexualidad era aquel impulso sexual llamado libido que tiende a polarizarse hacia un objeto o persona. Históricamente, a la libido, se le dio, el sinónimo de *lujuria* que se despierta con la estimulación erótica-genital, la imaginación etc. La libido al igual que el deseo sexual buscan la gratificación genital (Fisher, 1999). Actualmente, el término libido, lo aceptamos como un simple apetito sexual, que puede ser alto o bajo, esto depende de cada persona, de la edad, la alimentación, el estado general de salud, los estímulos eróticos circundantes, etc.

Freud (1905) en su teoría Psicodinámica propuso que el desarrollo psicosexual del ser humano se daba en 5 etapas, a saber; **Oral** (0-18 meses) el foco del placer es la boca, las actividades frecuentes son chupar, morder, lamer, etc. **Anal** (18 meses a 3 años) el foco del placer es el ano, el goce reside en retener y expulsar las heces fecales y la orina. El dominio del control de esfínteres se convierte en una gran satisfacción. **Fálica** (4 a 6 años) el foco del placer gira alrededor de los genitales. El autoerotismo junto con la exploración de los genitales y de su cuerpo, es común. **Latencia** (7-12 años) abarca la adolescencia temprana, hay una gran preocupación e interés por el cambio corporal, ya que se expresan los caracteres sexuales secundarios. La pulsión sexual se expresa con una intensidad suave y por último la etapa **Genital** (12 años y más) representa un re-surgimiento de la pulsión sexual (*intenso llamado a la reproducción biológica, agregado personal*) en la adolescencia tardía y la etapa de juventud hasta el adulto. El ser humano está madurando/desarrollándose ya que da lugar el surgimiento, la unificación completa y el desarrollo de los instintos sexuales que dan vida al carácter sexual de la

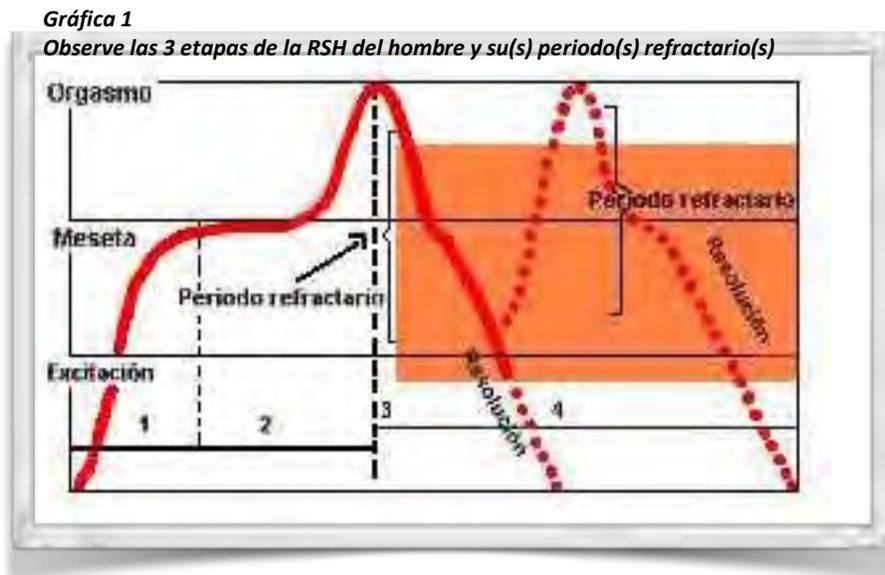
persona. Los órganos sexo-genitales, se vuelven el origen principal de las tensiones y los placeres sexuales, nos apuntala, esta teoría Psicodinámica. La genitalidad es la expresión del género, esto es, un equivalente a la madurez personal. El equivalente a la inmadurez es el desarrollo desigual de los rasgos psicosexuales.

Con el modelo **Empírico/Positivista** teniendo disponible una tecnología más avanzada y con una auténtica investigación cuantitativa, con cientos de investigaciones adicionales amplia información al conocimiento de esta nuestra sexualidad humana. Principalmente, con las investigaciones de Master y Johnson (1966) quienes realizaron estudios en condiciones de laboratorio con observaciones directas y mediciones específicas de parejas teniendo relaciones sexuales y autoerotismo. Fueron capaces de detallar las reacciones fisiológicas que involucran a la Respuesta Sexual Humana (RSH). Sus estudios, a lo largo de 12 años, determinaron que todos los seres humanos tenemos una manera similar de responder sexo-genitalmente hablando, desde el punto de vista fisiológico, independientemente de; la nacionalidad, el estrato socioeconómico, la cultura, el idioma, la raza (y tal vez incluso de la preferencia sexual). Esquematizaron la RSH en cuatro fases. Sin embargo, Kaplan (1974) ocho años después, adiciona una más (la fase de deseo) postulando su teoría trifásica de la sexualidad humana. En este escrito, describiremos las 5 fases a saber; Deseo, Excitación, Meseta, Orgasmo, y Resolución, válidas para ambos sexos (hombre y mujer). Lamentablemente, estos investigadores no estudiaron las especificaciones de la RSH para la comunidad LGBTQ+ Cabe mencionar que el periodo refractario, no fue considerado como fase, porque se consideró que solo lo presentaban los hombres. Actualmente, sabemos que también algunas mujeres presentan este periodo.

Kaplan (1974) También, incluyó los aspectos emocionales y vinculantes afectivos en el desarrollo de la RSH. Los seres humanos estamos inmersos en una sociedad y una cultura que matiza y modula la emoción erótica, puede estar sostenida o inhibida determinando satisfacción o insatisfacción sexo-genital ya que está en función de la pareja, la educación formal, el adiestramiento sexual, la personalidad, la religión/espiritualidad y, también de la historia personal.

A continuación, anotamos sucintamente lo que para Master y Johnson (1966) es la RSH, solo en 5 etapas o fases. Cabe aclarar que para obtener estas fases de la RSH se estudiaron en condiciones de laboratorio, como mencionamos antes, aproximadamente a 10,000 relaciones coitales. Actualmente, se le han adicionado a la RSH otras fases (Kaplan, 1983 y Álvarez, 1991) a saber; Fase 1a. Interés Sexual Latente; Fase 2a. Decisión de Tener una Relación Sexo-genital; Fase 3a. El Deseo Sexual; Fase 4a. Estímulo Sexual Afectivo definido y clasificado por Álvarez (1991) que consisten en: A. Estímulo Sexual Afectivo de tipo Psíquicos/Psicológicos; como son el mirar los cuerpos humanos semidesnudos o desnudos, películas pornográficas, tener fantasías sexuales, etc., B. Estímulo Sexual Afectivo de tipo Reflexogénicos; se dividen en dos a saber; a. Exteroeceptivos como los tocamientos corporales, estimulación punto G (para la mujer, Shibley, 1995) puntos L y P (para el hombre, González, 2016) los sonidos, aromas, sabores, olores, vibraciones, etc., b. Interoceptivos como es una erección porque se tiene la vejiga llena, que no se relaciona con la estimulación erótico-genital, etc. Fase 5a. Excitación; Fase 6a. Meseta; Fase 7a. Orgasmo; Fase 8a. Resolución y por último, en la 9a posición el Periodo Refractario que no fue, como ya mencionamos arriba, considerado inicialmente como fase. El periodo refractario consiste en una inhibición sensorio-corporal momentánea donde el hombre no tiene otra erección y en donde la mujer no acepta más caricias y/o estimulación genital y/o sensorial. La fase del

postludio, es una de las fases, de más reciente inclusión, pero tan importante como las demás. Fase en la que los amantes pueden seguir gozando de ese bombazo de endorfinas generado en sus orgasmos.



Solo para clarificar, independientemente, del investigador. Resumimos que para, este año 2019 las fases de la RHS son: Fase 1a. Interés Sexual Latente; Fase 2a. Decisión de

Tener una Relación Sexual; Fase 3a. El Deseo Sexual; Fase 4a. Estímulo Sexual Afectivo definido ya sea psíquicos/psicológicos o reflexogénicos o ambos. Pudiendo ser estímulos interoceptivos o exteroceptivos para activar la estimulación erótico-genital. Fase 5a. Excitación; Fase 6a. Meseta; Fase 7a. Orgasmo; Fase 8a. Resolución. En nuestra opinión, como el periodo refractario, lo presentan tanto los hombres como por las mujeres. Debiera ser considerada como fase. Entonces, la Fase 9a. Refractaria y por último, en la 10a posición el Postludio. Para abreviar, en este escrito solo desarrollaremos sucintamente 6 de las 10 fases.

Después de 25 años de las investigaciones de Master y Johnson (1966) con un avance tecnológico importante. Actualmente, la neurofisiología afirma que existe una histocompatibilidad en las áreas neurológicas cerebrales en; el enamoramiento, el orgasmo y en

el amor maduro, entre otros estados emocionales para todos los seres humanos, quienes, disfrutamos igualmente del orgasmo (Calixto 2018).

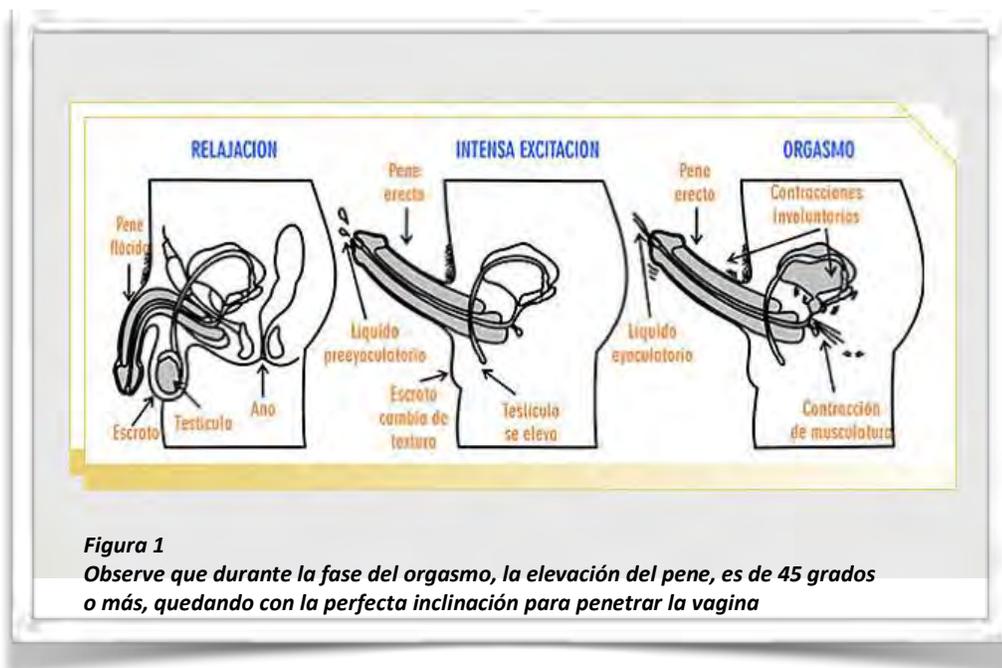
En las fases de la RSH se libera abruptamente grandes dosis de dopamina (neurotransmisor relacionado con la alta motivación entre otras 6 funciones básicas). Actualmente, se puede medir la dopamina y muchos otros neurotransmisores. Se mide en nanogramos por tejido. Observe que, por ejemplo, cuando estrenamos zapatos, el cerebro humano libera de 200 a 350 nanogramos de dopamina VS cuando una persona con pene o una persona con vulva alcanzan un orgasmo liberan de 800 a 1,200 nanogramos de dopamina (Calixto, 2018).

Las Fases de la Respuesta Sexual Humana de los hombres:

1. **La Fase del DESEO;** se manifiesta como el apetito o ganas de tener experiencia genial, se despierta a través de estímulos externo o internos. La testosterona es llamada también la hormona del deseo (todo ser humano produce testosterona). En esta fase se incorpora la expresión del juego erótico.
2. **La Fase de EXITACIÓN;** cuando una persona con pene experimenta una excitación sexual, el pene se irrigará de sangre el cual, gracias a su tejido esponjoso/cavernoso va aumentando su tamaño. Paulatinamente, se va irrigando sangre y de poco a poco, se va poniendo firme, estando listo para la penetración, requiere de 70 a 90 mls. de sangre para su erección total. Los testículos suben y el escroto se hace más grueso. El corazón late con mayor intensidad, la respiración se acelera, hay tensión muscular, la piel toma color rojizo y los pezones se erectan.
3. La tercera **Fase es la MESETA;** en la cual, el pene y el glande se hinchan ya que se han irrigado con sangre. Se vasculariza y consolida la erección, los testículos y el escroto se contraen aún más. Las glándulas de Cowper liberan líquido pre-seminal que limpiará los residuos de orina de los conductos deferentes. El esfínter y la vesícula se cierran para evitar la salida de orina.

Aumenta el rubor sexual en el abdomen superior, en el tronco, los hombros, los brazos y las pantorrillas. También aparece la contracción muscular que se manifiesta como pequeños brincos involuntarios que da el cuerpo. El esfínter rectal se contrae y las reacciones cardio-respiratorias son intensas, hay hiperventilación que llega a 40 ciclos respiratorios por minuto y una tasa cardiaca entre 100 y 175 latidos por minuto. El pene aumenta aún más su tamaño por el incremento de la vasodilatación y su irrigación sanguínea. Ver gráfica 1

4. Si la actividad sexual prosigue, los espermatozoides salen de los testículos hasta pasar por las vesículas seminales, donde se unen con el líquido seminal, producido por éstas. Todos estos



fluidos llegarán ahora a la próstata donde se unirán con el líquido lechoso prostático. A los fluidos en unión con el líquido lechoso se le llama semen. Una vez llegado a este punto, ocurre la contracción rítmica, regulada del esfínter de la uretra y los músculos de la base del pene, las contracciones se desarrollan a lo largo de la uretra perineal y empujan el semen desde la zona prostática, hasta el meato uretral. Después de las 3 ó 4 contracciones iniciales intensas, ocurre una sensación de no vuelta atrás y el semen es expulsado al exterior, que si el pene no está dentro

de la vagina, alcanzaría una distancia de más de 30 cms. de distancia. Esta es la **Fase de ORGASMO**. Se observan hasta 40 respiraciones por minuto y una tasa cardiaca de hasta 180 Ver

Figura 1: Describe los cambios en los genitales del hombre en 3 estadios, a saber; Relajación, Exitación Intensa y el Orgasmo.

5. Cuando ha llegado al clímax se produce la **Fase de RESOLUCIÓN**; donde el pene pierde su erección, y los testículos junto con el escroto vuelven a su tamaño natural. Al final de esta fase en las personas con pene, se experimenta la **Fase REFRACTARIA**, la cual consiste en la imposibilidad de tener otra erección, al menos por un tiempo determinado, ya que el pene reduce su erección en un 50% con gran rapidez, este tiempo varía en cada hombre. La duración de la fase refractaria, lo determinan factores como: el tiempo de que se disponga para proseguir, la edad, el estado de salud, su apetito sexual y el grado de exitación que le produce la persona, el objeto o ambos, con la que está teniendo coito, entre otros muchos factores y por último, la **Fase de POSTLUDIO** con una sensación de éxtasis y de paz generalizada, donde el encuentro de los amantes debiera ser “sagrado”.

Las Fases de la Respuesta Sexual Humana para las Mujeres son:

1. **La Fase del DESEO**; con base en la producción de testosterona, la llamada hormona del deseo-sexo-genital, se manifiesta como el apetito o ganas de tener una experiencia genital, la cual se despierta a través de estímulos externos o internos. Aquí el juego erótico-sexo-genital es especialmente importante ya que la mujer requiere de 20 a 40 mins. para la irrigación sanguínea de sus genitales, dado que necesita de alrededor de medio litro (500 ml) de sangre. Durante esta fase, se produce un calor intenso pero agradable en la zona genital, los pezones y el abdomen se enrojece.

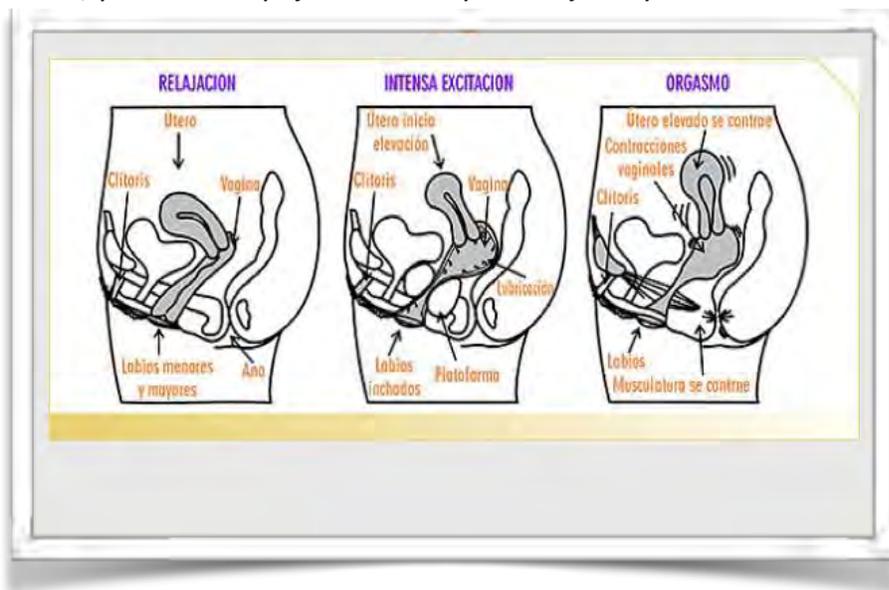
2. **La Fase de EXCITACIÓN** para las mujeres, esta fase, comienza con la lubricación vaginal que puede aparecer después de procesar los estímulos sensoriales (esto al igual que en el hombre, dependerá del tipo de estímulo, que tenga o no fatiga, el estado de salud, la edad, etc.). El corazón late con mayor intensidad, la respiración se acelera, hay tensión muscular, la piel toma color rojizo brillante, hay un aumento del tamaño y longitud de la vagina, también se responde con sudación y lubricación vaginal, hasta cubrirse con una capa brillante y continua hasta el túnel vaginal. Aparece la erección/endurecimiento de los pezones, definición de las redes venosas y aumento real del tamaño de la mama. Hay mucha tensión muscular en las manos, la espalda, los muslos, hay contracción del esfínter anal, esto aumenta la excitación sexual. Los labios mayores, menores y la vagina al irrigarse de sangre se vuelven de un tono más oscuro (rosado intenso). Para el clítoris, la reacción no es tan rápida como la lubricación de la vagina. El clítoris sale de su prepucio y se hace más grande (capacidad eréctil). Si se estimula directamente al clítoris, su erección es mayor que con la estimulación de otras zonas erógenas. El cuerpo de la mujer se puede oscurecer levemente debido al aumento de la presión sanguínea. Igualmente, se elevan las nalgas y los labios de la boca se inflaman ligeramente. Así, las mujeres durante el proceso coital se van embelleciendo naturalmente.

3. **Fase de MESETA**; el clítoris se esconde bajo el prepucio que lo protege, la vagina sigue segregando más líquido lubricante, gracias al buen funcionamiento de las glándulas de Bartholin, aquí puede ocurrir lo que actualmente se denomina la eyaculación femenina. El útero se desplaza hacia arriba (ver figura 2).

Las mujeres comienzan a sentir algunos espasmos, que se localizan por todo el cuerpo, en genitales, en el vientre, en los glúteos, temblando involuntariamente. Los labios mayores, los menores del monte de Venus/vulva, se adelgazan y aplastan lo que hace que se esponga la

Figura 2

Observe que durante la fase del orgasmo, la elevación del útero, es de 45 grados o más, quedando con la perfecta inclinación para la mejor recepción del semen.



vagina para su penetración, aumentando de 2 a 3 veces su tamaño, a lo largo y a lo ancho. Los labios mayores, menores y la vagina al irrigarse de sangre se vuelven de un tono aún más oscuro, pasan de rosado a rojo brillante.

Los labios menores de la vulva se engrosan y enrojecen, la areola de los pechos se hace mucho más grande y un poco más gruesa ya que se irriga de sangre y por lo tanto, se pone rugosa y gruesa, por lo que son bienvenidos besos y pequeños mordiscos que aumentan la excitación.

Continúa el aumento real de las mamas que puede ser de hasta 1/4 de su tamaño real, continúa el rubor sexual brillante en toda la piel de las mujeres. La respuesta cardiovascular es de hasta 175 latidos por minuto, hay reacciones específicas en el tercio externo de la vagina (primera parte de la vagina del exterior al interior) se distiende, lo que hace que el orificio vaginal se reduzca hasta en 1/3 de su diámetro (donde se encuentra el punto G (Shibley, 1995). Esta zona de vaso dilatación se llama *plataforma orgásmica* siendo un paso indispensable para alcanzar el

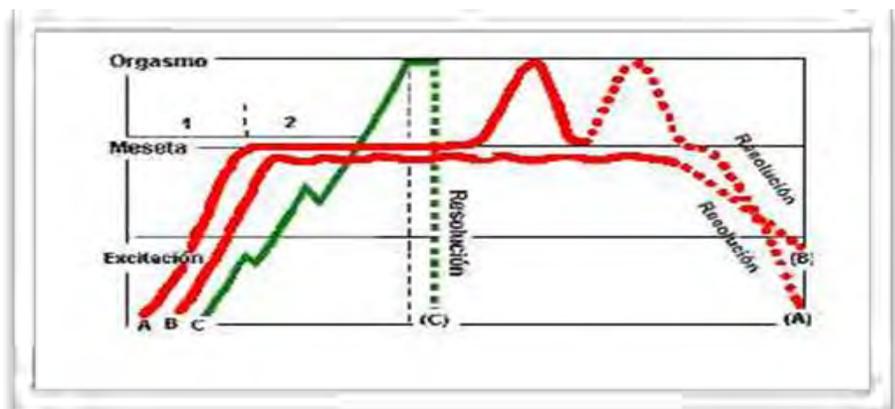
orgasmo. Esta plataforma y la reducción del diámetro son estratégicas para la contención del semen en el fondo del saco vaginal y la aproximación del cuello del útero para facilitar la función de la concepción que garantiza la procreación.

4. **Fase de ORGASMO**; si la estimulación continúa, llega esta fase, que se caracteriza por las contracciones del útero y la vagina, con las típicas e intensas contracciones del clítoris. La vagina reacciona en forma expansiva. Las contracciones son de 3 a 5 veces o bien de 10 a 15 dependiendo de 3 tipos de mujeres; tipos A, B, o C ilustradas en la gráfica 2 Las contracciones de la vagina son involuntarias pero factibles de entrenar con la manipulación de los anillos vaginales que son de 8 a 11 anillos vaginales, dependiendo del la complexión y altura de las mujeres según se afirma en el Tao del Amor (García, 2016).

Observe que en el momento más alto de la tensión puede ocurrir una contracción de 2 a 4 segundos de duración antes de las contracciones espásticas de placer, que se dan en intervalos de .8 segundos aproximadamente. Se observan hasta 40 respiraciones por minuto y una tasa cardiaca de hasta 180

La gráfica 2, muestra las fases de personas con vulva: Tipo A: tienen un periodo de excitación y la de meseta, pero su orgasmo puede haber uno o más orgasmos de igual o muy similar intensidad.

Las mujeres, Tipo B: Luego de la excitación la meseta estaría enlazada a orgasmos



Gráfica 2
Tipos de RSH de la mujer del tipo A, B y C.

subintrantes, (inicia un nuevo episodio antes de que se termine el anterior) consecutivos y de menor tensión sexual. Es lo que se conoce como trenes orgásmicos.

Personas con vulva del Tipo C: Implicaría una etapa de excitación en picos ascendentes como oleadas sin una meseta claramente definida.

5. **La Fase de RESOLUCIÓN**; en las mujeres se caracteriza por el repliegue del útero que retorna a su posición de reposo, lo mismo que la vagina y el útero. El clítoris disminuye su tamaño, las mamas, pezones y areolas, labios mayores, labios menores, la vagina, enrojecimiento de la piel y la posición de las nalgas, vuelven a su coloración y tamaños originales. Al final de esta fase en las personas con vulva, se experimenta la **Fase REFRACTARIA**, la cual consiste en la imposibilidad de aceptar más caricias o más estimulación en el clítoris, al menos por un tiempo determinado. La duración de la fase refractaria, lo determinan factores como: el tiempo de que se disponga para proseguir, la edad, el estado de salud, su apetito sexual y el grado de excitación que le produce la persona, el objeto-tipo de estimulación o ambos, con la que está teniendo coito, entre otros muchos factores y por último, la **Fase de POSTLUDIO** con esta casi obnubilación de la consciencia que bien vale la pena retozar para disfrutar en compañía del amante o bien de su propio autoerotismo.

Actualmente, sabemos que la sexualidad también implica, el entendimiento de las emociones eróticas, la competencia y el dominio de una amplia gama de conductas para darse a sí mismo placer, también para dar placer a otros y recibir placer sexo-genital. Asimismo, implica también, la reproductividad en las áreas profesionales, recreativas, sociales y/o en las bellas artes, entre otras. Asimismo, se pueden tener diferentes goces y placeres, no necesariamente sexo-genitales, siendo proactivo y productivo.

Los planteamientos de la RSH se basaron hace más de 25 años en una visión tradicional que fue en sí misma es reduccionista, limitando la sexualidad a solo los cambios genitales y por ende de la reproducción biológica, dejando de lado varios de los aspectos relevantes para el desarrollo amplio y óptimo de la psicología humana, incluso en el desarrollo mismo de la genitalidad, como es, por ejemplo, la vinculación afectiva, como un paso previo y lógico a la genitalidad, o el abordaje de manera más directo y profundo al erotismo, pieza clave para el goce de dicha genitalidad, entre otras omisiones. Con base en las anteriores limitaciones es que surge el siguiente abordaje sistémico.

El Modelo Sistemático/Humanista. Rubio (1994) propone un abordaje sistémico, conformado por 4 potencialidades humanas. Se basa en el modelo de sistemas con un abordaje netamente humanista y los combina. El modelo Sistémico estudia a la persona en su contexto y expresa que la relación entre las personas y los grupos con su entorno está sujeta a una dinámica circular de influencias recíprocas. El modelo Humanista se base en el aquí y ahora. Percibe al ser humano como capaz de auto-representarse, capaz de una relación profunda con los demás y que cada persona es un sistema configurando lo que define su singularidad individual. Ambos modelos dan la base y sustento a la visión de la sexualidad humana como un sistema holístico integrado por su estrecha interacción jerárquica de sus 4 holones sexuales, a saber; la Reproductividad, el Erotismo, Los Vínculos Interpersonales Afectivos y el Género. Los que se desarrollan ampliamente en el capítulo 3 del presente escrito.

1.2 Definiciones de la Sexualidad y conceptos asociados.

La sexualidad no es solo poner en práctica y/o el hacer uso del sexo genital. Cuando usamos los genitales para obtener y dar placer erótico, le llamamos tener relaciones sexuales (tener sexo, copular e incluso penetrar con el pene, una vulva o un ano e incluso la boca—a esta práctica se le llama sexo-oral y sus sinónimos son sexo-bucal, cunillingus y annulinguis). Las mujeres portadoras de un aparato sexo-reproductor completo pueden quedar embarazadas y todas las personas que practican sexo-genital, anal o bucal pueden adquirir una ITS, no solo en sus genitales, sino también en la boca, lengua, garganta e incluso en los ojos.

La sexualidad tampoco es solo reproducirnos teniendo hijos. La sexualidad NO es solo genitalidad. La sexualidad NO se vive de la misma manera. Nacemos con un sexo y nos vamos modificando, vamos viviendo lo asignado socialmente por el sexo-genital de formas diferentes. Tenemos que cuidar nuestra salud genital con higiene, chequeos médicos anuales como mínimo, uso de condones, entre otras importantes medidas, porque las ITS originan también disfunciones sexo-genitales que deterioran la salud, el apetito y goce sexo-erótico, la capacidad reproductiva y podrían hasta causar la muerte. Asimismo, cada individuo es altamente recomendable considerar seriamente regular no solo su propia capacidad reproductiva, sino el ejercicio responsable de su estimulación sexo-genital.

La sexualidad es un conjunto de sensaciones que nacen contigo y se manifiestan en la época de la adolescencia, siempre están contigo, pero van cambiando a lo largo de la vida. Es difícil de entender porque no se refiere solo a la genitalidad, ni solo a la penetración, se refiere también a sentirnos cómodos y, a que nos guste nuestro cuerpo. Se refiere también a qué disfrutemos de tocarnos y de tocar a otros, así como también que otros nos toquen cuando todos estemos de

acuerdo (definición del grupo de mujeres comunitarias “Las Vecinas” en Santiago de Chile. Comunicación personal, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) definió a la **salud** como el estado completo de bienestar físico, mental y social. No es solo la ausencia de enfermedades o afecciones y también definió a la **salud sexual** como el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no la mera ausencia de ITS o ETS o de disfunción o de incapacidad reproductiva biológica. Entonces, como corolario, una meta de la salud sexual es el desarrollo de las potencialidades de la sexualidad humana sería el mantener la salud de las personas y por ende, su calidad de vida y la vida misma.

Rubio (1994) apunta que la salud sexual es bienestar sexual y que dicho bienestar sexual es deseable para el bienestar en general del ser humano. El bienestar no puede conseguirse si el desarrollo sexual y la sexualidad de la persona está problematizada dado que un problema sexual es cuando el desarrollo natural de la sexualidad se suprime, o se impide que se exprese. Entendemos que es como si se pudiera impedir el desarrollo de una potencialidad inherente a los seres vivos.

La declaración Ministerial “Educar para Prevenir” (2008) definió a la sexualidad como una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y la adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura.

La **sexualidad**, de acuerdo con la WHO. World Health Organization/OMS (2006) es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la

orientación sexual. La sexualidad, se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones emocionales interpersonales, entre otras formas. Si bien, la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. “La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales” Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescente/MAISSRA (2016) pp32

Definir a la sexualidad como una parte central del ser humano que se manifiesta en una gran diversidad de conductas, pensamientos, deseos, sueños, nos permite entenderla como la capacidad humana de expresarse conductualmente y darle sentido al deseo sexo-genital erótico, a la reproductividad biológica, a sus afectos y a la diversidad del género, incluyendo el enamoramiento y en su devenir el amor romántico y finalmente el amor maduro. Entonces comprendemos que la **sexualidad** es una realidad que abarca a la persona entera, expresada en toda la conducta, la psicología, la cognición de la persona y en sus hábitos de vida. Se refiere a la realidad humana global, a través de la cual las personas con pene y las personas con vulva, se expresan como tales y se relacionan consigo mismos y con los demás. OMS/WHO (2006). Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción (biológica) y la orientación sexual.

Money, señaló que la sexología tiene que estudiar tres vivencias humanas para entender su objeto de estudio, a saber; el sexo con su género, la experiencia erótica y la formación de vínculos de pares (citado en Rubio 1994). **Entonces, se especifica que, para efectos del presente escrito, se define a la sexualidad humana como el desarrollo de las potencialidades de los holones del sistema de la sexualidad, la expresión del ser humano a través de la**

integración de su género, sus vínculos interpersonales afectivos, su exotismo y su reproductividad. La cual, no necesariamente es biológica-procreativa (Rubio, 1994) ver capítulo 3 del presente escrito.

Capítulo 2

Derechos Sexuales

2.1 Conceptos Básicos.

Iniciaremos este capítulo 2 con la definición de la salud sexual bajo los términos de las Recomendaciones para la Acción. Actas de una Reunión de Consulta Convocada por OPS (Organización Panamericana de la Salud), y la OMS (Organización Mundial de la Salud) en colaboración con WAS (World Association for Sexual Health/Asociación Mundial para la Salud Sexual) en la Antigua Guatemala (2000) en donde se define a la **salud sexual** como un estado/proceso continuo de bienestar físico, emocional, mental y social (psicológico y sociocultural) relacionado con la sexualidad. Dicha sexualidad se evidencia en su expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que se cristalizan en el bienestar y el enriquecimiento personal y social. No es solo la ausencia de disfunciones, infecciones, enfermedades o malestares.

Asimismo, la OPS y la OMS desde ese mismo año 2000 nos brindan las definiciones de trabajo básicas con base en éstas, es que se desarrollan los derechos sexuales en los países pertenecientes a la ONU (Organización de las Naciones Unidas) y que firmaron ciertos acuerdos clave, que se convierten en las legislaciones internacionales suscritas por la misma ONU, los cuales más adelante se enumeran.

Con este proceso colaborativo de OMS, la WAS y la OPS para el 2002 en Génova, Suiza (aunque se publica hasta el 2006) definen a la **Salud Sexual** como el proceso continuo de

bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

El objetivo de la salud sexual es el desarrollo de la vida, de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento con la atención en materia de reproducción biológica y de la prevención de las ITS o del fácil acceso a la información sobre métodos de regulación de la fertilidad y la prevención de los embarazos adolescentes. También, es brindar la orientación técnico-científica que permita embarazos planeados, partos o interrupciones del embarazo sin riesgos para las mujeres y, den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

SALUD REPRODUCTIVA: Con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se dio un sólido sustento a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general, y de la vida de las personas durante todo su ciclo vital. Entonces, esta **Salud Reproductiva** comprende la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear con la libertad para decidir, para reproducirse biológicamente o no. En qué momento, esto es, cuándo y con qué frecuencia. Aquí se incluyen el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre las opciones de planificación de la familia y de su elección, se incluyen cualquier método seguro, eficaz, asequible y aceptable.

A la *atención de la salud reproductiva* se le define por la OMS/WHO (2006) como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Para los fines de contextualizar, ubicar, conocer y comprender los derechos sexuales humanos, en este capítulo se enfatiza la definición de *sexualidad*, que va de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO 2006) parafraseada; la sexualidad humana es, un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida, abarca el sexo, las identidades, las expresiones de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad, entonces se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, la interpretación de roles sociales y las relaciones sexo-genitales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.

2.2 Antecedentes Legislativos y Marco Jurídico Internacional.

Dado que el ser humano independientemente de su género es diferente en cuanto a sexos, pero iguales en tanto seres humanos, se ha dictado un conjunto de principios aceptados universalmente reconocidos y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar la dignidad de los seres humanos como personas. Basada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) en París (1948) que dicta 30 derechos de los cuales, se desprenden los Derechos Sexuales. A continuación, anotaremos extractos los 8 derechos humanos, que a nuestro juicio son

los más significativos para la fundamentación de los derechos sexuales, en el espíritu de la *NO* discriminación por orientación sexual, también reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en ese mismo año. Nos parece irrelevante citar el artículo completo, dado que se encuentra fácilmente en las bibliotecas especializadas, en copia física y en la nube cibernética/internet y se ha puesto la referencia completa en la sección correspondiente del presente escrito.

Primero; Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...

Tercero; Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona...

Doceavo; ...Nadie será objeto de injerencias en su vida privada, su familia...ni de ataques a su honra o a su reputación...

Dieciséis; El ser humano a partir de la edad núbil tiene derecho...solo mediante libre y pleno consentimiento de los esposos podrá contraerse en matrimonio.

Veinticinco; Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...

Veintiséis; La educación tendrá por objeto pleno el desarrollo de la personalidad humana...Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos...

Veintisiete; Toda persona tiene derecho a ...participar en el progreso científico y de los beneficios que de él resulten...y a la protección de los intereses morales...

2.3 Definición de los Derechos Sexuales.

Son derechos humanos, son universales y están basados en la libertad, la dignidad y la igualdad inherentes a todos los seres humanos. Puesto que la salud es un derecho humano fundamental, la

salud sexual, es entonces, un derecho humano básico. Al reconocer, promover, respetar y defender estos derechos, se asegura el desarrollo de una sexualidad saludable y da como resultado un ambiente que reconoce, respeta y fomenta los derechos sexuales (WAS, 2008).

Los 30 derechos humanos, así como los 13 derechos sexuales y los 8 derechos reproductivos (biológicos) tienen las siguientes garantías: Son innatos y universales, acumulativos y obligatorios, mantienen la equidad y la igualdad, son también inviolables, indivisibles, irrenunciables, intransferibles, inalienables e imprescriptibles.

Según la Comisión Nacional de derechos Humanos/CNDH-México (2017) los derechos sexuales humanos se desprenden de los siguientes preceptos básicos:

I. Derecho a la vida, la seguridad y la protección contra la violencia:

Protección en contra de los crímenes y a los discursos de odio y otros incidentes motivados por el aborrecimiento por su orientación sexual o identidad de género especialmente protegidos como son los gays lesbianas, bisexuales y personas transgénero. Se prohíbe y lucha contra la incitación, promoción o difusión de cualquier forma de odio o discriminación de índole sexual.

II. La libertad de asociación:

Proteger la libertad de asociación puede ser efectiva sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Proteger efectivamente a los defensores de los derechos humanos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y personas transgéneros.

III. La libertad de expresión y de reunión pacífica:

Puede ser efectiva sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

IV. Derecho al respeto de la vida privada y familiar:

Este respeto se cristaliza en una vida No discriminatoria, en la no criminalización entre los sexos, ni de los actos sexuales entre adultos que acepten tenerlos, incluyendo cualquier diferencia con

respecto a la edad de consentimiento para actos homosexuales y actos sexuales heterosexuales, cualquier documento legal que esté en contra de lo anterior quedan derogado.

V. Derecho al Empleo:

Cubrir las condiciones de acceso al empleo y la promoción, los despidos, la discriminación en las condiciones laborales salariales y de otro tipo, incluidos la prevención, el combate y sanción del acoso y otras formas de victimización. Sin la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en el empleo, se incluye la ocupación en el sector público como en el sector privado.

VI. Derecho a la Educación:

La educación se impartirá sin discriminación por motivos de orientación sexual o de la identidad de género lo que incluye, en particular, la protección del derecho de los niños y jóvenes a la educación y a la educación sexual.

VII. Derechos a la Salud:

Se otorgará en un ambiente seguro, libre de violencia, de intimidación sin la exclusión social y otras formas de trato discriminatorio y degradante relacionada con la orientación sexual o identidad de género.

VIII. Derecho a una Vivienda:

Deben adoptarse medidas para garantizar que el acceso a una vivienda adecuada puede ser efectiva e igualmente disfrutado por todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

IX. A Participar en Deportes:

Toda persona tiene acceso libre al deporte que le convenga. La homofobia, transfobia y discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género en el deporte es, como es el racismo y otras formas de discriminación, son inaceptables.

X. Derecho al Asilo:

Derecho a buscar asilo por un temor bien fundado de persecución por motivos de orientación sexual o identidad de género, puede ser un motivo válido para la concesión de la condición legal de refugiado.

XI. Derecho a tener una Legislación ad-hoc:

Las estructuras nacionales de derechos humanos harán recomendaciones en la legislación y las políticas sobre la expresión de la sexualidad para sensibilizar a la población en general, en el tenor y con el espíritu de la aceptación, respeto y promoción de la salud sexual, de los derechos sexuales y reproductivos entre otras.

XII. Derecho a la NO discriminación por múltiples motivos:

Como, por ejemplo, por motivos de orientación sexual o identidad de género.

2.4 Legislaciones Internacionales Suscritas por la ONU.

Enlistamos con una leve relatoría, al menos los 8 antecedentes legislativos internacionales, entre muchos otros, que a nuestro personal juicio son básicos porque dieron el espíritu y marco jurídico mundial a los Derechos Sexuales, vigentes en nuestra patria Los Estados Unidos Mexicanos y en los EEUU. Asimismo, se anotan un estimado de los países participantes en el año en que se realizaron las reuniones en la que se suscribieron dichos tratados internacionales. Se sugiere revisar el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para

Adolescentes/MAISSRA edición (2016). Así como la ONU y su colección de tratados mencionados aquí y los archivos de la OMS (2012).

A. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966 y que entró en vigor en México en 1981 (con 5 años de retraso, ya que tal resolución fue aprobada por la ONU 10 años después de su adopción). Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bélgica, Belice, Bielorrusia, Brasil, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Congo Brazzville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Ecuador, Egipto, El Salvador, España, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Grecia, Guatemala, Guinea, Guinea Ecuatorial, Haití, Holanda, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irán, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomas y Príncipe, Senegal, Serbia, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Togo, Trinidad y

Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar.

B. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se tomó íntegro su Art. 11avo.

Se adoptó internacionalmente en 1976 En México, entró en vigor en 1981(5 años después). Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauricio, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República

Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Togo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar.

C. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra de la Mujer, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 Los países

participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar,

Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Tailandia, Togo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar.

D. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, realizada en El Cairo, Egipto. Se sustentó la necesidad de situar a la salud reproductiva (biológica — agregado personal—) como un componente central de la salud en general y, de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado de Palestina, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia,

Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República de Corea, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Tailandia, Togo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar.

E. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, es ejecutada en Beijing, China, 1995. En su párrafo 96 establece: *Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Decidir libremente respecto a esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (parafraseado)*. Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de

Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Togo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar.

F. Los Principios de Yogyakarta (2006) porque llevan el nombre del lugar en el que se desarrollaron, que fue en la Cd. de Yogyakarta en Indonesia. También, en ese año se definió el modo de su aplicación, los estándares y la legislación internacional de derechos

humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Naurú, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Suiza, Surinam,

Tayikistán, Timor Leste, Togo, Tongo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Tuvalu, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar. Por último,

G. La Resolución de Brasil sobre Derechos Humanos y la Orientación Sexual, fue presentada al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en el año 2003 la resolución fue aprobada en Ginebra por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas el 26 de septiembre de 2014 Los países participantes fueron: Afganistán, Albania, Algeria, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bielorrusia, Bélgica, Belice, Botsuana, Brasil, Brunéi, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Bután, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Ceilán, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo Brazzaville, Costa de Marfil, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, España, Estado de Palestina, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Malaya, Federación Rusa, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Grecia, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irak, Irlanda, Islandia, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazakstán, Kenia, Kirguistán, Kuwait, Lesoto, Líbano, Liberia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauritania, México, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Guinea, Nueva Zelanda, Omán, Pakistán, Palau, Panamá, Papua, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino de los Países Bajos, Reino Unido de la

Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Centroafricana, República Checa, República Democrática del Congo, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, República Federal Alemana, República Islámica de Irán, Ruanda, Rumanía, Samoa, San Marino, San Tomás y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suecia, Surinam, Tailandia, Togo, Trinidad y Tobago, Tunicia, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Yemen, Yibuti, Yugoslavia, Zambia, Zanzíbar

Con mención especial; La **Declaración Universal de los Derechos Sexuales**: En el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en 1997 en Valencia, España, en donde se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que posteriormente (el 26 de agosto de 1999 en el 14º Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong) fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS/World Association for Sexual Health/Asociación Mundial para la Salud Sexual).

Asumimos que, en general, en estos derechos se aglutinan también todos los privilegios ganados por su condición humana para que la población mundial, haga uso de ellos, goce y disfrute, inviolablemente durante todas las etapas de su vida. Se enfatiza que este goce es con los niveles más altos de salud en general, de salud sexual y de salud reproductiva biológica o no biológica, incluyendo su goce, disfrute y deleite del sexo-genital, en particular.

Asimismo, del derecho a tomar decisiones libres y la eliminación de cualquier forma de discriminación. Se asume también el importante derecho al acceso a la información oportuna, verdadera y veraz. También se tiene derecho a beneficiarse de los avances científicos. Al acceso

libre a los medios necesarios para la atención médica, a recibir un servicio de calidad, aprovechando también la tecnología médico-quirúrgica. Así como a realizar investigaciones entorno a la sexualidad humana (NOM 005).

2.5 Derechos Sexuales Internacionales.

Tabla 1 Enlista los 13 derechos sexuales internacionales y también vigentes para la República Mexicana: (Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes/MAISSRA edición (2016), p51).

Tabla 1

No.	DERECHO SEXUAL HUMANO
1	El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
2	A fortalecer la autoestima y la autonomía para tomar decisiones sobre la sexualidad.
3	A explorar, a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, ni miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
4	A vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
5	A escoger a los compañeros sexuales.
6	Al pleno respeto por la integridad física y sus expresiones sexuales.
7	A decidir si se quiere iniciar la vida sexual activa o no. A decidir si se quiere ser sexualmente activo o no.
8	A tener relaciones sexuales consensuadas.
9	A decidir libremente si se desea solo convivir con la pareja (vivir en unión libre) o contraer matrimonio. Incluso decidir si se decide permanecer solo.
10	A expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
11	A protegerse del embarazo y de las ITS.
12	Acceso a servicios de calidad en salud sexual. Los criterios básicos de la calidad son: Buen trato, eficiencia, confidencialidad, accesibilidad geográfica y económica.
13	A contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo; conocer cómo funciona el aparato reproductivo de la mujer y el del hombre. Así como conocer cuales son las infecciones que se pueden contraer por medio de las relaciones sexo-genitales.

En este escrito adicionamos otros tópicos a incluirse, en los derechos sexuales, tales como: El derecho a la libre expresión sexual; la libertad de conciencia y religión, igualdad, a la equidad sexual y no discriminación sexual, libertad de opinión y expresión del género; el derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo; el derecho a la expresión sexual emocional; el derecho a la libre asociación sexual; el derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables; el derecho a la elección de vinculación interpersonal afectivos y sinceros; el derecho a la información sobre sexualidad basada en el conocimiento científico, sin censura religiosa o política; a la privacidad en su vida sexual, de sus gustos, placeres y conducta sexo-erótica afectiva; a la educación sexual sistémica-integral, holística-holónica; derecho a una vida sexual y reproductiva digna; a beneficiarse del avance científico y tecnológico para su reproductividad biológica, a beneficiarse de la anticoncepción, a la interrupción voluntaria del embarazo, a los embarazos asistidos, a gozar del erotismo, entre otros. Importante anotar que el conocimiento de la anatomía y la fisiología de los aparatos de reproductividad biológica debieran de referirse así: *Aparatos anatomofisiológicos de reproducción biológica de una persona con vulva, de una persona con pene, de una persona intersexual y de una persona transexual, etc.*

2.6 Legislación Estadounidense.

Dado que la presente investigación, fue bicultural, se describe someramente el estatus de los derechos sexuales en la legislación de los EEUU y la importancia de realizar estudios biculturales independientemente de ser entre regiones o estados o de los países, participantes. La cultura y el patrimonio consisten en el paso de tradiciones y costumbres de una generación a otra. La importancia de abrazar tu cultura mientras vives en el extranjero, es la esperanza de

transmisión para los migrantes de nuestra nutrida herencia cultural, a los que nos rodean en esta nueva patria, al mismo tiempo que se necesita abrazar a la cultura mayoritaria en la que se vive. Esta es una tarea excitante, divertida, convirtiéndose en el reto de conformar una gran familia bicultural. Se descubre de pronto, que es hora de hacer nuevas tradiciones como familia y abrazar lo mejor de ambos mundos.

Cuando se vive en el extranjero, se corre el riesgo de que se pierda nuestra cultura-raíz, o en el caso de ser muy rígido, se corre el riesgo de perderse los aspectos que este nuevo país tiene para ofrecer, se pueden crear situaciones incómodas y oportunidades perdidas. Por otro lado, si se ignora completamente las tradiciones y los hábitos de la cultura mayoritaria, es posible que ambos países se estén perdiendo de información valiosa para entender, prevenir y resolver las Conductas Sexo-Genitales de Riesgo Reproductivo Biológico (CSRRB) de ambas naciones, creándose una distancia mayor que la que ya existe en kilómetros. Razón por la cual, este estudio es binacional con la idea de conectarse con las formas de vida sexo-genitales de dos poblaciones que ya tienen una brecha cultural pero que están viviendo en un mismo territorio y es en territorio no mexicano.

Consideramos que las ventajas de tener estudios biculturales son: Se identifican tanto las costumbres edificantes como las limitantes, se pueden comunicar las similitudes y esto facilita una conexión entre estas 2 culturas. Al estudiar dos poblaciones se está expuesto a diferentes patrones conductuales y se pueden extraer ciertos puntos de cada una de ellas y experimentar el mundo a través de lo que se sabe de cada una. Al ponerlas juntas, se pueden hacer comparaciones útiles y se crea empatía entre sí. Asimismo, al experimentar el mundo a través de una mentalidad diferente, es una gran manera de impulsar el aprendizaje y nos ayuda a pensar “fuera de la caja”, a ser más creativos para solucionar problemas, esto nos da la habilidad de

adaptarnos a diferentes situaciones sociales, en esta medida nuestra adaptación es más rápida y se hace de manera proactiva.

Para los EEUU con una estructura de gobierno y una legislatura similar a los Estados Unidos Mexicanos, por ser también una unión de territorios, con sus poblaciones. Estados que se une en una federación, con sus claras diferencias que detallamos más adelante y, por ser un miembro de la ONU la Declaración de los Derechos Sexuales, como una consecuencia natural, es arropada por su legislación de la siguiente manera:

El sistema político de gobierno de los EEUU es similar al sistema de gobierno de la República Mexicana, dado que ambos son una asociación de Estados que se unen para protegerse y prosperar en mutua colaboración pero con relativa independencia con un sistema democrático. Sin embargo, hay diferencias importantes, mismas que no se abordarán aquí, dado que el objetivo no es hacer una comparación, ni de la legislación ni de sus legislaturas en los países involucrados en este estudio binacional, ni es tampoco el objetivo del presente capítulo. Nos limitaremos a describir someramente su estructura legislativa para entender él cómo se han insertado los derechos sexuales, y mencionaremos una veintena de leyes en las que se aplican dichos derechos sexuales, como mero ejercicio ejemplificativo.

Los EEUU es una República Federal Constitucional, lo que significa que cada uno de los territorios que conforman esa federación, son a su vez libres, soberanos que crean sus propias leyes, sus propias reglas económicas y su corte propia. Cabe mencionar que cada estado se puede dividir en Condados, Ciudades y/o Aldeas y tienen sus ordenanzas locales. Hay estados que son más conservadores y menos tolerantes, hay otros más tolerantes y abiertos a la diversidad (Pineda, 2020).

La legislación de los EEUU está conformada en primer lugar por la Constitución Política de los Estados Unidos de América, que es en sí misma la Ley Suprema de la Nación. Tiene, además, 27 enmiendas a la fecha, ésta última fue hecha en 1992 (Archivos del Gobierno de Wisconsin, 2020). Una enmienda es la corrección que se le hace a la propia constitución, para cumplir sus funciones de una mejor manera y se hacen porque alguna de estas funciones para las que fue diseñada tal constitución no se ha ejecutado de manera favorable, por lo que la enmienda ha sido sometida en el senado y se ha aprobado esta reforma, de sus componentes, plasmada como enmienda, para poder cumplir cada una de dichas funciones a cabalidad. Solo a las diez primeras enmiendas a la constitución de los EEUU se le llama Carta de los Derechos (Escuela de Derecho Cornell, 2020). Le siguen en jerarquía de fuero, todos los tratados/convenios de la legislación internacional suscritos por la ONU.

Cada estado además tiene su propia constitución dichas Constituciones Estatales organizan la estructura y los principios del gobierno y establecen ciertos principios fundamentales del derecho, como son los derechos individuales establecidos en la Declaración de Derechos. En los EEUU las leyes son de cuatro tipos a saber;

1. Los estatutos son las leyes generales compiladas del Estado creadas por la legislación.
2. Las promulgaciones individuales, que han sido aprobadas por la Legislatura y firmadas por el Sr. gobernador de cada Estado, se conocen como leyes de Sesión.
3. Las reglas administrativas son regulaciones, estándares o políticas (Ley de Regulaciones) promulgadas por las dependencias del poder ejecutivo para implementar estatutos y administrar los programas de las dependencias pertinentes. Las reglas administrativas se compilan en el Código Administrativo de cada uno de los Estados y,

4. La jurisprudencia o derecho consuetudinario es la ley establecida por las decisiones de los tribunales (Ley de los Tribunales).

Cada una de las leyes se cristalizan en la protección de la ciudadanía, a lo largo y ancho de los territorios de los EEUU (Legislación del Gobierno de Wisconsin, 2020).

En cuanto a los derechos sexuales, en esta federación constitucional, se reconoce que la OMS/WHO ha estado trabajando en el área de la salud sexual desde al menos 1974, cuando las deliberaciones de los tratados internacionales que anteriormente hemos mencionado y que dieron como resultado la publicación de un informe técnico titulado "Educación y tratamiento en sexualidad humana" (OMS, 1975). Asimismo, se acoge la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (XIII Congreso Mundial de Sexología 1997) la cual, en el 14° Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong) fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS/World Association for Sexual Health. En el año 2000.

Cabe precisar que también en este mismo año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS convocaron a una serie de consultas de expertos para revisar la terminología e identificar las opciones del programa. En el curso de estas reuniones, se desarrollaron las definiciones de trabajo de los términos clave tales como sexo, sexualidad, salud sexual, entre otras (mismas que están plasmadas al inicio del presente capítulo). En una reunión posterior, organizada por la OPS y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), realizada en Guatemala, se abordaron una serie de inquietudes sobre la salud sexual con respecto a la integridad corporal, la seguridad sexual, el erotismo, el género, la orientación sexual, el apego emocional y la reproducción —biológica, agregado personal— (OPS/WAS,2000).

Los derechos sexuales en los EEUU, como miembro ONU, retoman las Legislaciones Internacionales Suscritas por la ONU mencionados en este capítulo en el punto 2.4 [que son el

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la Mujer; Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994; La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; Los Principios de Yogyakarta (2006); La Resolución de Brasil sobre Derechos Humanos y la Orientación Sexual, por último y por supuesto La Declaración Universal de los Derechos Sexuales].

En la página web, la organización estadounidense; Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres (2020) menciona que el cumplimiento de la salud sexual está vinculada a las leyes, en la medida en que los derechos humanos son respetados, protegidos y cumplidos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en documentos internacionales y regionales de derechos humanos y otros documentos de consenso y en leyes nacionales de los EEUU, por lo que, sin derechos sexuales, no existen los derechos humanos. El ser humano es capaz de tener autonomía y autodeterminación, por lo que los derechos sexuales, le facilitan controlar diversos e importantes aspectos de su vida. Como nuestro agregado personal ejemplificamos dichos aspectos de la vida humana, tales como; decidir, libremente sobre su orientación y preferencia sexual, inicio de vida sexual activa, vida reproductiva, regulación de la fertilidad, modificación de sus caracteres sexuales secundario e incluso primarios, elección de la terapia hormonal de género, etc.

En general, en opinión de la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres (2020) los desmesurados intentos de las religiones e incluso de los progenitores y hasta de la familia de controlar la sexualidad de las mujeres y de los hombres ha resultado de hecho, en muchos de los cotidianos abusos contra los derechos humanos y sexuales. En dichos abusos, esta incluida la violencia de género, el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina y las limitaciones en

su movilidad, vestimenta y educación, en el empleo y en su participación en la vida pública. Lo mismo ocurre con las lesbianas, los hombres homosexuales, las personas bisexuales, las personas transgéneros, las trabajadoras sexuales y otras personas que transgreden las normas sexuales y de género. Las personas descritas anteriormente, se enfrentan a un mayor riesgo de violencia, estigma y discriminación como resultados desfavorablemente lógicos. Con base en esto, es que los derechos sexuales apuntalan el disfrute de todos los demás derechos humanos y son un requisito previo para la igualdad y la justicia.

En los EEUU los derechos sexuales, están arropados, nada más y nada menos que por la 2a. Enmienda de la Carta de los Derechos y cae en cascada en el resto de los 4 tipos de las leyes, mencionadas anteriormente.

ENMIENDA IX: No por el hecho de que la Constitución enumera ciertos derechos ha de entenderse o interpretarse en el sentido de negar o menospreciar otros derechos que le son inherentes al pueblo mismo (Archivos del Gobierno de los EEUU, 2020).

Al respecto Abramson, Pinkerton y Huppín (2013) enfatizan que ningún acto de derecho, ley o gobierno puede ni podría quitarle el derecho, al uso, goce y disfrute con lo que el ser humano a nacido y que le pertenece por derecho propio. Asimismo, ningún gobierno puede interferir y menos entrometerse en la forma en la que cualquier persona en territorio estadounidense ejerza su capacidad de goce sexual y su capacidad de reproducción biológica dado que tiene el derecho a la privacidad en sus elecciones reproductivas incluso las parejas no casadas, sin ningún escrutinio del gobierno más al contrario, el gobierno tiene la encomienda de proteger las formas en las que cada individuo en lo personal y cada pareja en su caso, decidan expresar su sexualidad así sea; a. Eligiendo tener hijos; b. Usando métodos anticonceptivos de cualquier tipo

(en el caso de las parejas heterosexuales); c. No reproduciéndose (biológicamente hablando); usando las formas que elijan de expresar su erotismo, a saber; sexo bucal/oral/cunnilingus; sexo anal/annilingus/beso negro; autoerotismo; masturbación mutua; masaje erótico, besos profundos, jugando roles sadomasoquistas y felación (en cualquiera de sus formas; estimulación bucal/oral del pene, estimulación bucal/oral de la vulva, clítoris y/o estimulación bucal/oral del ano) o combinaciones de las anteriores o más, hasta el infinito.

Los derechos sexuales vigentes en los EEUU se enumeran más adelante en traducción directa de Recursos Juveniles/Youth Resources (2015), de los Archivos del Gobierno de los EEUU (2020) y de la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres (2020).

Los derechos sexuales de los EEUU son:

- * 1. La realización de la salud sexual y de la reproducción;
- * 2. Los derechos a la igualdad y la no discriminación;
- * 3. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona;
- * 4. El derecho a la autonomía y la integridad corporal;
- * 5. El derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- * 6. El derecho a ser libre de todas las formas de violencia y coerción;
- * 7. El derecho a la privacidad;
- * 8. El derecho al más alto nivel posible de salud incluida la salud sexual, con la posibilidad de experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras;
- * 9. El derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y su aplicación;
- * 10. El derecho a casarse y fundar una familia y contraer matrimonio con el consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges, y a la igualdad en la disolución del matrimonio con el consentimiento pleno y libre;

- *11. El derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espaciamiento de los hijos y los medios para tenerlos;
- *12. El derecho legal a la interrupción del embarazo (aborto legalizado, en Wisconsin);
- *13. Los derechos a la información, así como a la educación integral de la sexualidad;
- *14. Los derechos a la libertad de pensamiento, de opinión y de expresión;
- *15. El derecho a la libertad de asociación y reunión pacífica;
- *16. A la reparación de mutilación genital femenina involuntaria;
- *17. A los derechos humanos intersexuales y a los derechos para la comunidad LGBTQ+;
- *18. A la participación en la vida pública y política;
- *19. El derecho de acceso a la justicia, recursos y reparación;
- *20. El derecho a un recurso efectivo por violaciones de los derechos fundamentales.

Se cierra, el listado anterior, con la siguiente aseveración: *El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten los derechos de los demás. La aplicación de los derechos humanos incluye a la sexualidad y la salud sexual constituyen derechos sexuales. Los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas para cumplir y expresar su sexualidad y disfrutar de tal salud sexual, con el debido respeto a los derechos de los otros y dentro de un marco de protección contra la discriminación (IPPF, 2009)*

A continuación, mencionamos el número de ley y solo algunas de las leyes en las que se evidencia la forma en que se ejercita y vela por los medios apropiados, la cabal aplicación de los derechos sexuales, solo para el Estado de Wisconsin, en dónde se realizó la presente investigación. No omitimos mencionar que dada la contingencia pandémica del COVID-19 (Coronavirus-2019) las bibliotecas públicas, las universidades y sus bibliotecas estaban cerradas, en el momento en que se desarrolló este apartado. También, la Barra Americana de Abogados,

estaba cerrada y ni siquiera su sitio web de consulta tenía abierta la sección de preguntas y respuestas porque está operada por abogados-voluntarios, lo que ha dificultado en mucho la elaboración de este punto y de la identificación exacta de los países ONU que participaron en la legislación internacional suscrita. No obstante, se hizo una cuidadosa revisión de las fuentes a las que se tubo acceso, incluso se contactó a especialistas prestadores de servicios a víctimas de abuso, agresión y violaciones sexuales quienes desinteresadamente, nos dieron específicas orientaciones y a quienes agradecemos sus desinteresados comentarios y sugerencias brindadas.

Tabla 2 Muestran a manera de ejemplo, ciertos estatutos de las leyes que sustentan aplican y mantienen los derechos sexuales en los EEUU.

<i>Tabla 2</i>		NOMBRE DE LA LEY
ACCIÓN	No. de LEY	SERVICIOS SOCIALES
1	813.12	Órdenes de restricción por abuso doméstico
2	813.122	Órdenes de restricción por acoso sexual
3	813.128	Órdenes de Protección a Extranjeros
4	905.045	Violencia Doméstica sobre el acoso sexual que aboga por los privilegios de la víctima
5	939.50	Clasificación de Felonías/Delitos y Crímenes
6	939.4	Clasificación de Felonías/Delitos y Crímenes
7	940	Crímenes en contra de la Vida y la Seguridad Corporal
8	940.225	Abuso, Agresión, Violación Sexual 940.225
9	944.21	Material o Presentaciones Obscenas.
10	947	Crímenes en contra de la Paz Pública el orden público y otros Intereses
11	947.013	Acoso sexual
12	948	Crímenes contra Niños
13	948.02	Abuso Sexual a Menores
14	948.025	Participación en Repetidas Ocasiones en Abuso Sexual al Mismo menor
15	948.05	Explotación Sexual a Menores incluyendo el tráfico humano
16	948.14	Delincuente sexual registrado y fotografía de menores.

17	940.302	Comercialización de Actos Sexuales
PROCEDIMIENTO PENAL		
18	968	Inicio del Procedimiento Criminal/Penal
19	968.075	Incidentes de Abuso Doméstico. Arrestos y Persecución
20	973.055	Abuso Doméstico Repetido

Consideramos importante hacer mención de que en este país norteamericano la edad de consentimiento para que una persona, legalmente sea capaz de tener actividades sexo-genitales, varía de Estado a Estado, tal y como ocurre con las especificaciones de sus propias constituciones. La edad de iniciación sexual es entre los 14 y 18 años de edad. Sin embargo, para el Estado de Wisconsin y la ciudad de Milwaukee ciudad en la que se efectuó nuestra investigación, es ilegal que cualquier persona, independientemente de su edad, tenga relaciones sexuales con un menor que aún no tiene 18 años de edad. Esto significa que dos adolescentes, ambos de 16 años de edad, que dicen que están consintiendo a tener relaciones sexuales entre sí aún están violando la ley. (Escuelas Públicas de Milwaukee/MPS curriculum escolar 8o grado, Ley de Estatutos de Wisconsin No. 948.02 y 948.09 en Archivos del Gobierno de los EEUU).

La ley de Wisconsin establece que en los mismos estatutos citados arriba, se define “Relación Sexual” como poner cualquier objeto o parte del cuerpo (lengua, dedos, pene, etc.) dentro de las aberturas vaginales o anales de otra persona.

El poder de una persona para determinar y expresar su identidad de género sin estigma, discriminación, exclusión y violencia es una dimensión importante de la salud y el bienestar y el disfrute de los derechos humanos. La posibilidad de que las personas vivan de acuerdo con su género autoidentificado, de hecho y de derecho, tiene un efecto beneficioso en su bienestar general, incluida la posibilidad de acceder a servicios de salud, sociales y de otro tipo. El respeto,

la protección y el cumplimiento de los derechos humanos requieren que nadie se vea obligado a someterse a procedimientos médicos, incluida la cirugía del sexo biológico en sus 7 factores mencionados en el capítulo 3 del presente escrito. Cirugías que se realizan para la afirmación de género, la esterilización, la terapia hormonal e incluso el divorcio, como un requisito para el reconocimiento legal de su identidad de género y expresión.

En los EEUU con base a los derechos sexuales, una serie de leyes nacionales que anteriormente requerían tales procedimientos para un cambio de identidad han sido impugnadas y modificadas, o se han promulgado nuevas leyes para estar en línea con los derechos sexuales primero y con los estándares de derechos humanos en segundo lugar. Para una mayor relatoría se sugiere consultar Salud Sexual, Derechos Humanos y la Ley/Sexual Health, Human Rights and the Law. WHO (2015).

2.7 Legislación Mexicana.

Como una consecuencia natural, por ser un país miembro de la ONU (La Organización de las Naciones Unidas) en México, dada la Declaración de los Derechos Sexuales, se crean y también se modifican leyes. Entrando en vigor una amplia legislación. Aquí, solo esbozamos 8 que nos parecen los más significativos, ya que hay muchos otros: Después de la carta magna, siguen en este orden; los tratados internacionales, leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas, acuerdos, programas nacionales y sectoriales, programas de acción específicos, y finalmente, las recomendaciones a dichos programas. La legislación mexicana en materia de derechos humanos sexuales abarca aproximadamente 47 instrumentos legales, mismos que incluyen hasta a las especificaciones para la prestación de servicios de salud sexual y salud

reproductiva para adolescentes mexicanos. Se sugiere revisar el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA, 2016) para una relatoría más completa.

2.8 Instrumentos Legales Mexicanos Vinculantes.

1. Constitución Política Mexicana: En su Art. 1° Prohíbe toda discriminación que atente contra la dignidad humana o menoscabe los derechos, las libertades de las personas, independientemente de su origen, género, edad, capacidades diferentes, condición social o de salud, opinión, religión, preferencia sexual, estado civil y otras.

El Art. 4° Constitucional: Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos a la libre elección informada de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y de calidad, a beneficiarse del progreso científico.

En el Art. 133° Constitucional: Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se acatarán a la constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados de la República Mexicana.

2. Ley General de Población: En su Artículo 13° dicta que los organismos gubernamentales que integran el CONAPO (Consejo Nacional de Población) están obligados a proporcionar información y educación sobre planificación familiar (PF). En el Art. 18° se especifica que especialmente a personas adolescentes y jóvenes.

3. **Ley General de Salud:** Determina que los servicios de PF deben integrar acciones educativas a la atención médica, a fin de contribuir al ejercicio de los derechos reproductivos y en su Art. 67° apunta que para disminuir el riesgo reproductivo (*léase biológico—agregado personal—*), se debe informar a la mujer y al hombre (*léase transexuales, intersexuales, etc.—agregado personal—*) sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 y después de los 35 años de edad, así como la conveniencia de espaciar los embarazos al menos 2 años y, reducir su número, con una información acertada anticonceptiva, oportuna, eficaz y completa a la pareja, lo que les permitiría decidir con pleno respeto a su dignidad sobre el número y espaciamiento de los hijos,.

4. **Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2013):** En su Art. 3° apuntala que se debe incluir el enfoque de género en las políticas, programas y acciones de la Administración Pública Federal para la promoción del respeto, la igualdad, la equidad y brindar oportunidades plenas a la mujer indígena. Misma que se deroga, porque aparece la siguiente:

5. **Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2018):** En su Art. 4o fracción X que promueve el reconocimiento, respeto y protección de niñas, niños y jóvenes; personas mayores, personas con discapacidad, personas con identidades y preferencias sexuales y de género, en situación de vulnerabilidad o víctimas de violencia y discriminación de pueblos indígenas y afroamericanos.

6. **Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes,** menciona que para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación habrán incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad. Condición complementada en el **Diario Oficial de la**

Federación (2006) en su Acuerdo Oficial No. 384 con la adopción del modelo holónico integral de Rubio (1994).

7. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia: El Art. 9º dicta que es discriminatorio negar o limitar sobre los derechos sexuales y reproductivos o impedir la participación en las decisiones para su tratamiento médico o terapéutico e incluso sobre el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos.

8. Norma Oficial Mexicana (NOM) para los Servicios de Planificación Familiar: La NOM 005 faculta, instruye, autoriza y obliga a brindar educación sexual a la población mexicana y enfatiza la educación a los adolescentes (10 a 19 años de edad).

9. Norma Oficial Mexicana del Embarazo, Parto y Puerperio: La NOM 007 aporta las acciones concretas que para que las personas ejerzan su derecho a decidir cuántos hijos desean tener y el cómo espaciarlos. Dichas acciones deben ser tomadas para brindar el mejor servicio de salud en circunstancias de embarazo, parto y puerperio.

2.9 Derechos Reproductivos Mexicanos.

Tabla 3 Enlista los Derechos Reproductivos reportados en el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes/MAISSRA edición (2016 p52).

Tabla 3

No	DERECHO REPRODUCTIVO (<i>–léase biológico, agregado personal–</i>)
1	Decidir libre y responsablemente el número de hijos y su espaciamiento disponiendo de la información, la educación y los medios para lograrlo.
2	El derecho de mujeres y hombres a decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser madres o padres.
3	A decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar (<i>léase, biparental, uniparental, parentalidad mixta, compuesta, familia homosexual, heterosexual, etc. en matrimonio o de unión libre –agregado personal–</i>).
4	A acceder a métodos anticonceptivos, seguros, aceptables y eficaces.

Tabla 3

No	DERECHO REPRODUCTIVO (<i>—léase biológico, agregado personal—</i>)
5	El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad ya sea en sus estudios, el trabajo o dentro de la familia.
6	A tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia. Brindando así las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
7	A contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva (<i>léase biológica —agregado personal—</i>).
8	A tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan sus necesidades según los mejores estándares de calidad.

En cuanto a los derechos reproductivos —biológicos, en nuestra opinión— también habría que especificar los siguientes tópicos: El acceso libre a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad sin riesgos, embarazos libres de riesgos, (durante el periodo de gestación, en el momento del parto y durante el puerperio). Incluir servicios de concepción y maternidad asistidas. Contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva; el derecho de las personas con vulva, con pene, intersexuales y transexuales, etc. a tener control y disfrute de su sexualidad, su cuerpo, su erotismo, a elegir pareja, a la anticoncepción reversible, a gozar de una sexualidad, sin miedo, sin vergüenza, sin amenazas y ataduras religiosas, atavismos y falsos pudores, sin culpas, así como a estar libre de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual). Las relaciones coitales entre pene-vagina; pene-ano; pene-bucal; aparato bucal y clítoris, con la incorporación de juguetes sexuales u otras formas que los amantes decidan, para que sus relaciones sexo-genitales sean libres, satisfactorias, seguras, divertidas y sin la condición para la procreación.

2.9 Derechos Sexuales y Reproductivos del Adolescentes.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes (ver tabla 4) para una más sencilla promoción y divulgación, se han fusionado y completado, por lo que es común abordarlos con los siguientes 13 derechos, anotados más adelante. Cabe precisar qué, tan solo para la legislación de estos derechos de los adolescentes. No solo se participó en la creación de estos, sino que, además, como consecuencia se adoptaron los 13 tratados internaciones que los sustentan. Asimismo, se modificó primero la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que decretó la modificación en cascada y con un efecto dominó, en el siguiente orden; 5 leyes, 2 reglamentos, 5 normas oficiales mexicanas, 2 acuerdos, 8 programas nacionales y sectoriales, 8 programas de acción específicos, y finalmente con sus 3 documentos en los que hacen las recomendaciones específicas para la prestación de servicios. Entonces, estamos mencionando 47 instrumentos legales que dan sustento a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes Mexicanos. Incluida la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva para los adolescentes mexicanos, se sugiere revisar el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA, 2016) y el documento promocional de los derechos antes mencionados, editado por el Instituto Querétaro de las Mujeres (IQM, 2013) para una relatoría más completa. La tabla 4 muestra los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes, tomados de IQM, 2013

Precisamos que con base al modelo holónico de Rubio (1994) y adoptado por la SEP (2006) se presta a una cuasi-incoherencia semántica hablar de los derechos reproductivos dado que como veremos en el capítulo 3 del presente escrito. Rubio (1994) aborda el holón de la reproductividad *no únicamente cómo la reproducción biológica* e incluso adiciona el término de **reproductividad**.

Tabla 4

No. DERECHO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DEL ADOLESCENTE

- | | |
|----|---|
| 1 | A decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad. |
| 2 | A ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual. |
| 3 | A manifestar públicamente mis afectos. |
| 4 | Decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad. |
| 5 | Al respeto de mi intimidad y de mi vida privada. |
| 6 | A vivir libre de violencia. |
| 7 | A la libertad reproductiva. |
| 8 | A la igualdad de oportunidades. |
| 9 | A vivir libre de toda discriminación. |
| 10 | A la información completa, científica y laica sobre sexualidad. |
| 11 | A la educación sexual. |
| 12 | A los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva. |
| 13 | A la participación en las políticas públicas de sexualidad. |

Sin embargo, el listado anterior, igual que en los derechos sexuales humanos, nos parece que está incompleto, ya que existen muchos otros tópicos que se pudieran agregar e incluso profundizar mucho más, ya que nos parecen igualmente relevantes, tales como: El derecho a ser reconocidos como seres sexuales con una vulva o con un pene o con una combinación de ambos, no solo como hombres o como mujeres, sino como personas capaces de elegir su propio sexo etc.

El derecho a elegir a no ser clasificados binariamente porque el ser humano en su sexo-genitalidad, No lo es, ni somos binarios; derecho a la libertad sexual, no solo a la reproducción biológica; la libertad de consciencia y religión haciendo criticas profundas y serias, empujando cambios radicales en la religión que responsan verdaderamente a las necesidades espirituales de sus feligreses. Derechos la igualdad, a la equidad sexual y a la no discriminación sexo-genital,

rechazando los estereotipos para las personas con pene que disfruten usar ropa femenina y/o personas con vulva que disfruten usar vestimenta masculina. Derecho a la libertad de opinión y expresión sexual, incluyendo la vestimenta o su arreglo personal en cualquier contexto social; el derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo; el derecho a la expresión sexual emocional, en cualquier ámbito, no solo públicamente; el derecho a la libre asociación sexual; a decidir si se quiere iniciar su vida sexo-genital activa o no, o si se quiere ser sexo-genitalmente activo o no; derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar; a acceder fácilmente a métodos anticonceptivos accesibles económicamente, seguros, aceptables y eficaces que sean sin riesgo para su salud y para la reproducción biológica.

Las personas con vulva, los homosexuales, lesbianas, transgénero en fin y todas aquellas personas de la comunidad LGBTQ+ tienen derecho a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales (escuela, trabajo, familia o sociedad). Derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables; el derecho a la información sobre sexualidad basada en conocimiento científico, sin censura religiosa o política. Incluyendo la información sobre transexualidad; a la privacidad en su vida sexual, sus gustos, placeres y conducta sexo-erótica afectiva; nuestros adolescentes tienen derecho a disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias; El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas; a la educación sexual integral, explícita, con ejemplos didácticos, claros, explicar el uso sugerido de la pornografía, y sus diferencias con el arte erótico, que incluya el erotismo y técnicas sugeridas para el autoerotismo. Además, que fortalezca la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexo-genitalidad, al erotismo, derecho a una vida sexo-genital activa con placer erótico y a una reproductividad biológica digna; a beneficiarse del progreso científico, a tener noviazgos libres de violencia, entre otros.

Durante nuestras horas de educación a jóvenes en la Sierra Gorda del Estado de Querétaro, en la República Mexicana (alrededor de 75 semanas que incluyeron 2,250 horas) educando sexualmente alrededor de 6,750 adolescentes, desde el 5o grado de educación primaria hasta la universidad, en grupos mixtos (diferentes géneros). Muchas veces, se incluyeron a sus maestros, progenitores, hermanos y algunas autoridades escolares. En dicha educación sexual siempre se abordó los derechos sexuales de ellos mismos, como piedra angular de esta educación sexual, se incluyó a los 4 holones del modelo sistémico, la prevención de las ITS y del VIH-SIDA, pasando por un entrenamiento demostrativo-preciso en modalidad taller con modelos-prototipos del pene, tallados en madera y condones reales. Se usó un modelo del pene de madera, para cada 2 estudiantes, al menos. Incluso se abordó temas de violencia familiar y en el noviazgo. Dichos temas son parte integral del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para y de los Adolescentes que funge en el Estado de Querétaro (SSyRA) con extraordinarios resultados (Magaña,2017). Nuestros estudiantes reflexionaban en esto de no instruirlos en el cómo tener relaciones sexuales y sí en cambio recibían muchas horas, en todos los niveles educativos; del cómo es que el hombre llegó a América, cómo descubrieron Alaska o el cómo se hicieron los mapas y en especial los mapamundis. Aún más, del porqué les enseñaban el cómo se llevan a cabo los viajes espaciales y que les pasa a los pasajeros durante sus viajes en el espacio, hasta cómo son sus entrenamientos. Del cómo es el sistema digestivo, el sistema respiratorio, cuántos huesos tiene el cuerpo humano, de cuántos ventrículos tiene el corazón, etc. PERO... ¿Cómo y porqué no les enseñamos bien a bien el cómo tener reacciones sexuales? Si las probabilidades de tener un viaje espacial, o descubrir más tierra serán infinitamente menores a las probabilidades de tener una relación sexo-genital y erotismo.

En la medida en que los derechos sexuales, sean reconocidos, respetados y ejercidos, tendremos individuos, familias y comunidades que formen países plenamente desarrollados en su sexo-genitalidad, lo que equivale a un pleno desarrollo sexual, enmarcado en sus 4 holones e individuos sanos.

Consideramos relevante escribir que, durante el desarrollo de las potenciales, en los 4 holones de la sexualidad humana se clarifican, desarrollan y expresan de diferentes maneras, todos y cada uno de los aspectos involucrados en la sexualidad humana, a lo largo de la vida. Esta sexualidad humana tiene ocho etapas (MAISSRA, 2016). Ver Capítulo 3, de este escrito, para más información de las ocho etapas de la sexualidad humana, a saber; Prenatal, Infancia, Niñez, Adolescencia Temprana, Adolescencia Tardía, Adulto Joven, Adulto Maduro y el Adulto Mayor. Asimismo, anotamos que cada uno de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, son claramente aplicables en dichas etapas y dentro de sus 4 holones.

La conclusión para este capítulo es que gracias a los nuevos preceptos que se desprenden de los derechos sexuales, para este siglo XXI, hoy por hoy se percibe el ejercicio de la genitalidad desde una perspectiva más amplia.

Mencionamos a continuación someramente, algunos de estos nuevos preceptos: La capacidad del ser humano de disfrutar las relaciones sexuales satisfactorias; la búsqueda de la ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso en la expresión y vivencia del erotismo, el goce y el placer sexo-genital; el acceso a los servicios de salud sexual, que incluye por primera vez en la historia, no solo mexicana sino al menos en un centenar de países alrededor de mundo, a los adolescentes. Se elimina la palabra-concepto “pubertad” quedando obsoleto. Se permite aprender y prevenir la ITS y las ETS que afectan el ejercicio placentero de la genitalidad, favoreciendo la aparición de disfunciones sexo-genitales, se incluye el VIH-SIDA (Virus de

Inmuno Deficiencia Humana Adquirida) y VPH (Virus de Papiloma Humano) precursor de varios cánceres reproductivos. Las conductas sexo-genitales de riesgo para la salud y la reproducción biológica que estadísticamente, tienen una relevancia fundamental para la pérdida de la salud, ya que antes del COVID-19 (Coronavirus 2019) eran los contagios, y las enfermedades más agresivas en sus efectos físico-biológicos que rápidamente provocaban muerte. Las ITS y ETS siguen provocando la esterilidad e incluso la muerte, también mantienen un impacto importante en sus efectos psicológicos desfavorables y la pérdida de vínculos interpersonales afectivos, y qué decir de la inexistencia del erotismo mismo.

El reconocimiento de la **relativa independencia** entre erotismo, goce, disfrute, orgasmos, placer sexual, y reproductividad biológica. La autodeterminación reproductiva o la prevención de ITS, ETS, de la reproducción biológica; la maternidad sin riesgos innecesarios, embarazos planeados en edades fértiles óptimas (de 20 a 35 años de edad) embarazos asistidos y la detección temprana de proclividad para los cánceres reproductivos para los seres humanos, independientemente de su edad, condición económica, raza, sexo-biológico, preferencia sexual, identidad de género u orientación de género o su credo. Consideramos que conocer, aceptar y difundir estos nuevos preceptos, es una condición vital para el acompañamiento psicológico en la toma de decisiones veraces, oportunas y eficientes sobre la vida sexual de cualquier ser humano.

Capítulo 3

Modelo Sistémico de la Sexualidad Humana del

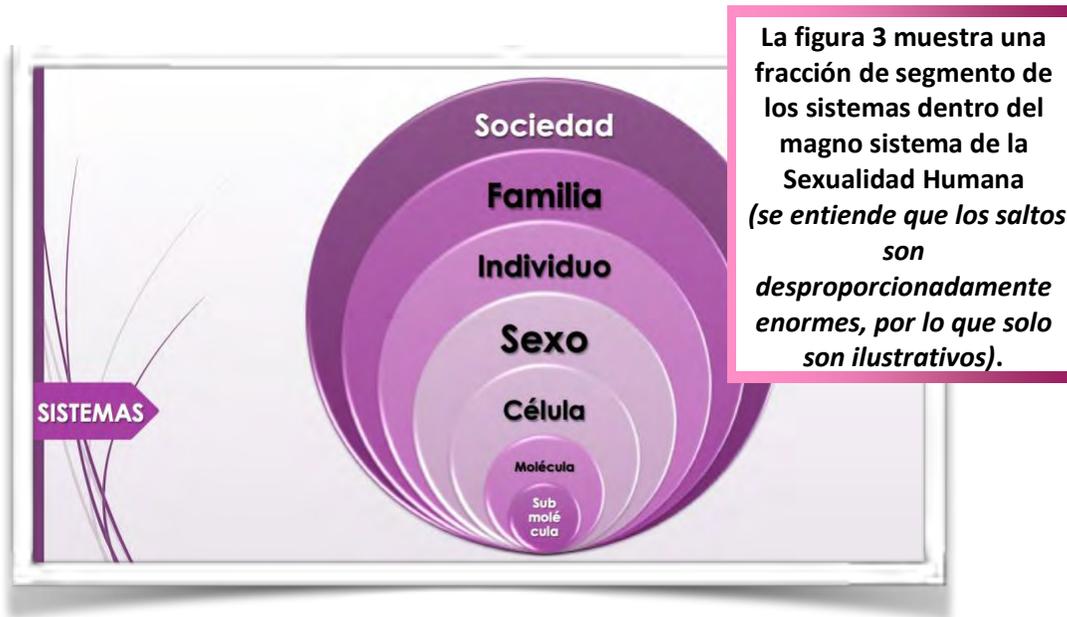
Dr. Eusebio Rubio Auriolles (1994)

Retomamos la definición de la sexualidad humana, que anotamos en nuestro primer capítulo del presente escrito: La sexualidad humana es el desarrollo de las potencialidades de los holones del sistema de la sexualidad, la expresión del ser humano a través de la integración de su género, sus vínculos interpersonales afectivos, su erotismo y su reproductividad. La cual, no necesariamente es biológica-procreativa.

Basado en la Psicología Gestalt/Psicología de la Forma y a su vez en la teoría de sistemas, que en general, establece que: el todo es más que la suma de sus partes (Bertalaniffy, 1968). Ver figuras 3, 4, 5 y 6

Rubio (1994) integró la teoría del sistema general de sistemas con la sexualidad humana a través de los componentes/partes que forman parte de un todo, que, en este caso, es el sistema de la sexualidad humana. Rubio, además, desarrolló el modelo holístico porque su modelo es del TODO, porque abarca a todo el ser humano ya que considera a cada persona como un todo integrado y esta persona a su vez, enmarca a la sexualidad humana, a todo lo largo y ancho en el

desarrollo de las potencialidades sexuales, divididas en 4 componentes básicos, denominados por él mismo como HOLONES.



Conviene aclarar que los sistemas tienen componentes y que un componente es el que "compone" / forma parte y, es parte integral de un conjunto, el cual está compuesto por elementos considerados como un todo homogéneo, que además tiene una función sucesiva y puede ser también simultánea, formando parte de otro componente, con un fin común.

Por su parte, un sistema está compuesto por una serie de principios, reglas, procedimientos, medidas, tiempos, etc., que tienen relación entre sí y que como consecuencia regulan el funcionamiento de una parte del sistema, pero al mismo tiempo este sistema tiene conjuntos, mismos que se relacionan con otro u otros conjuntos y dichos conjuntos/macro componentes conservan una relativa independencia entre sí, aunque siguen siendo parte integral-activa de ciertos sub-sistemas dentro de este magno sistema de la sexualidad humana.

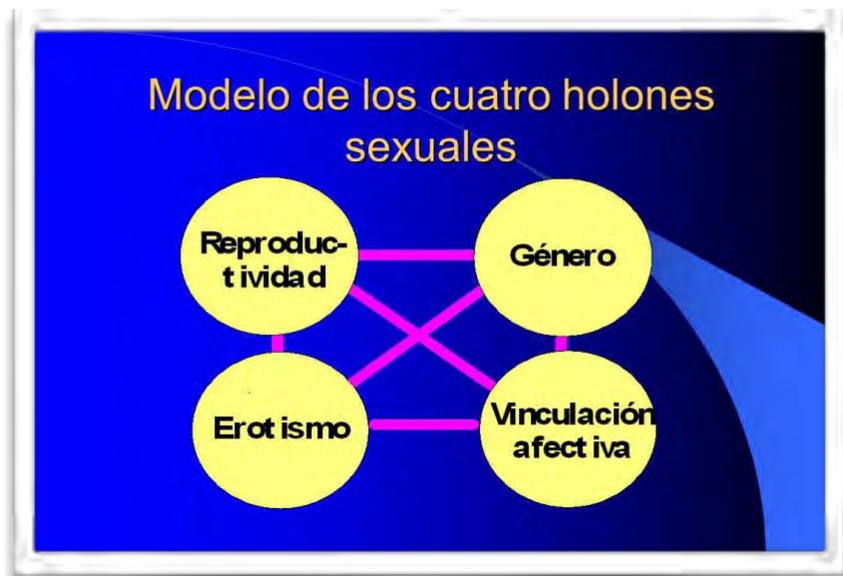
Ahora bien, Rubio (2014) incorpora en su modelo de la sexualidad humana 4 holones. La palabra holón, es un vocablo griego que viene de HOLOS que se traduce como Totalidad y de ON que se traduce como Parte. El húngaro Arturo Kesler acuñó la palabra holón en el año de

1968. Entonces, holón es la parte del sistema que a su vez es un todo. Los holones de la sexualidad humana son parte del sistema de la sexualidad humana que a su vez, es tan compleja que requiere ser considerada como un todo en sí misma, ya que en cada uno de sus 4 holones, se construyen y se expresan, todas las manifestaciones sexuales humanas. Rubio, describió al holón como una estructura biológica, que origina construcciones cognitivo-conductuales.

Igual, en un sentido más amplio el holón aquí, entonces, es una estructura biológica, psicológica y/o social/antropológica dentro de una serie de valores, normas morales e incluso ideales que alientan o motivan conductas, decisiones, actitudes, metas, anhelos e ideales etc. También propician el desarrollo biológico, psicológico, social, la resignificación de vivencias, normas morales, ideales, el desarrollo de virtudes, etc., impactándose entre sí, como en un efecto dominó porque son componentes de los conjuntos, dentro de diversos subsistemas en interacción con otros sistemas.

Rubio representa su modelo sistémico integral con la siguiente figura 4

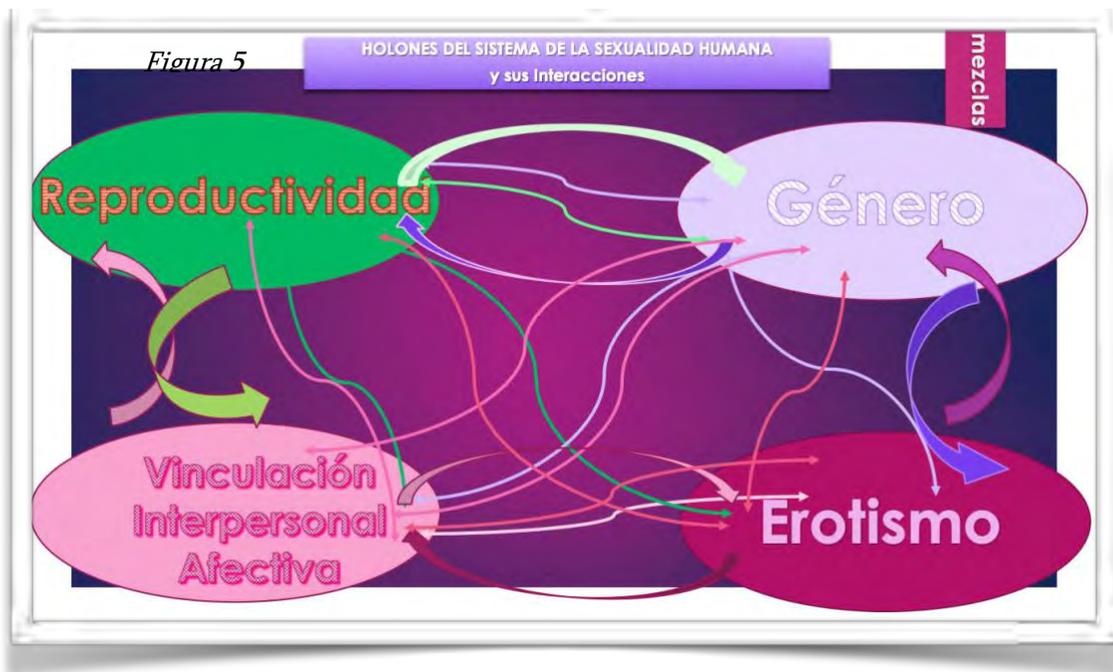
Figura 4
Interacción de los holones en su esquematización tradicional



Los holones sexuales se pueden representar como círculos unidos por líneas. Los círculos representan cada uno de los holones en su totalidad individual y las líneas la integración de unos con otros, que ocurre con el desarrollo físico y psicológico. (Ver la figura 5 de los cuatro holones con sus múltiples interacciones).

En la figura 5 hemos representado, en nuestro personal juicio, las múltiples interacciones que existen entre los holones de la sexualidad humana propuestos por Rubio (que, aunque en esencia es “casi” igual, nos pareció ilustrativo hacer este desglose). Un holón tiene una relación con los otros tres y así sucesivamente. Además, de que esta relación es horizontal y en verticalidad. Hemos ilustrado con líneas gruesas las interacciones horizontales y con líneas delgadas las interacciones verticales, para una más fácil comprensión de las mezclas finas de dichas interacciones.

Este modelo holónico sexual también propone que todo el universo observable está conformado por subsistemas relativamente independientes, los que se organizan en sistemas de



jerarquía mayor y que éstos a su vez, están conformados también por otros subsistemas organizados (Rubio, 1994).

Visualice que en todos los niveles de la jerarquía se adhieren conceptos de aplicación vertical, porque como son un conjunto de elementos que se encuentran relacionados entre sí e interactúan constantemente con relativa independencia son entonces, un patrón reproducible, no solo desde el punto de vista biológico, sino también conductualmente hablando. El ser humano; nace, crece, se desarrolla, se multiplica/reproduce y muere (Rubio, 1994).

Al conceptualizar a la sexualidad como la integración de estos 4 holones, con su relativa independencia. Se especifica la visión de que cada holón es parte del magno-sistema de la Sexualidad Humana en donde los holones son elementos o componentes en interacción. Esta visión, también favorece el desarrollo de las áreas de la sexualidad, dichas áreas, se van formando en un proceso de clarificación que va acompañado por el transcurso de los años biológicos y se va integrando con cada uno de los otros holones, para ir formando una unidad

sexual en lo individual, que a su vez es parte de la otra unidad sexual y, así sucesivamente. Todas estas unidades juntas hacen subsistemas que a su vez forman el sistema dentro del holón (Rubio, 1994).

Cabe señalar, que en el modelo holónico de Rubio (1994) en nuestro personal juicio, hace falta incorporar el contexto sociocultural en el cual se desarrollan los holones de la sexualidad humana, hacemos la aportación siguiente. En la figura 6 se observan las interacciones básicas entre los 4 holones y el contexto sociocultural bajo el cual se desarrollan las potenciales de la sexualidad humana. Como lo muestra esta figura, las interacciones específicas, en la horizontalidad y en su verticalidad entre los holones, nos permitirá darles “nombre y apellido” nos ayudará a identificarles, estudiarles y analizarles para comprender mejor estas interacciones y por ende a manejarlas, anticiparlas y controlarlas para beneficio del desarrollo de las potenciales de la sexualidad humana y como resultado, tendremos, entre otras muchas posibilidades, uno o varios de los siguientes resultados:

1. Desarrollo de las potencialidades holónicas más uniformes, completas y satisfactorias para el ser vivo;
2. Desarrollo armónico psicosexual y cómo corolario tendríamos personas óptimamente desarrolladas desde una perspectiva más personal y libre.

Durante el desarrollo psico-sexual del ser humano, se tienen vivencias que le dan experiencia. Rubio anota que estas experiencias en interacción con los congéneres, el ser humano le da un **significado “n” de la experiencia**, estos significados integrados e integradores tienen un impacto en los otros holones y a su vez, van consolidado al mismo holón, a los otros holones y a sus subcomponentes, como dando sentido a la identidad, a la expresión y a la orientación de género, a la decisión de reproducirse biológicamente o no, así como a la reproductividad

No hay nada más inhumano que tratar de animalizar el desarrollo de estas potencialidades de la sexualidad humana e incluso impedir o negar, ignorar e incluso cuestionar la expresión de este desarrollo que le es inherente a todo ser humano. Dicho sea de paso; ningún acto de voluntad humana puede quitarnos ni menos cuestionarnos las estructuras anatómicas y neuroquímicas con las que ya nacemos. (Abramson, Pinkerton y Huppin, 2003, Calixto, 2018 y Rubio, 1994).

Todos estamos expuestos a experiencias que regulan la aparición, el desarrollo e incluso la disfunción de dichas potencialidades. Se define al desarrollo de la sexualidad como el proceso de integración y crecimiento de cada uno de los 4 holones sexuales que sí están presentes pero que aún no están desarrollados y están poco integrados. En dicho desarrollo se involucran los siguientes procesos del desarrollo de la sexualidad humana, según Rubio (2014):

I. CLARIFICACIÓN. Se va mostrando o definiendo cada una de las potencialidades de los 4 holones

II. INTEGRACIÓN. Una vez que se clarifican esto es, se muestran dichos holones. Entonces, cada componente interactúa con los otros holones y se integran a través de las experiencias, se amalgama y como un efecto carambola en dominó se engranan afianzándose para volverse cada vez más complejos.

III. COMPLEJIZACIÓN. Una vez que se ha clarificado e integrado con el paso de los años y los niveles educativos escolarizados —o sin éstos pero con el apoyo de la comunidad circundante, agregado personal. —Los holones, se hacen más complejos en su verticalidad e integración con y entre los otros holones (Rubio 1994).

La sexualidad se estudia, según Rubio como un sistema en interacción con los 4 componentes holónicos mencionados que tienen como base las ocho etapas de la sexualidad a lo largo de la vida, a saber: Prenatal, Infancia, Niñez, Adolescencia Temprana, Adolescencia Tardía, Adulto Joven, Adulto Maduro y el Adulto Mayor. En la tabla 6, se anotan las edades aproximadas para cada una de ellas.

Tabla 5
Etapas del desarrollo sexual humano (Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, 2016).

No	ETAPAS	EDAD
1	Prenatal	8 semanas de gestación
2	Infancia	De Recién nacido hasta los 2 años de edad
3	Niñez	3 a 9 años
4	Adolescencia Temprana	10 a 14 años
5	Adolescencia Tardía	15 a 19 años
6	Adulto Joven	20 a 25 años
7	Adulto Maduro	26 a 59 años
8	Adulto Mayor	De 60 y más años

En el año 2006 la Secretaría de Educación Pública (SEP) en el Acuerdo Oficial No. 384 dictó la adopción del modelo holístico, holónico de la sexualidad del Rubio (1994) la misma SEP asume que dicho modelo favorece la educación integral de la sexualidad humana y dicta su aplicación desde el nivel educativo preescolar hasta la educación secundaria y en los bachilleratos incorporados a la SEP.

Así, en la República Mexicana al abordar la Sexualidad Humana, se enseña con los 4 holones y se establece que la construcción de la sexualidad es: el desarrollo de las potencialidades de los 4 holones, dado que el ser humano, tiene la potencialidad biológica de reproducirse, adoptar un género, se vincula interpersonalmente de manera afectiva y, se es capaz de tener vivencias eróticas. Se desarrollan estas potencialidades a través de las acciones/experiencias internas y las experiencias externas a las que Rubio (1994) les llama sentimientos, emociones, se refiere a las acciones como las habilidades de la persona, a la toma de decisiones, en relación con la obtención de satisfactores y de la obtención de metas, etc. A continuación, describiremos cada uno de los holones de la Sexualidad Humana:

Para los fines del presente escrito, iniciaremos con el holón de la reproductividad porque nuestra investigación da cuenta de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico. Usaremos estas siglas (CSGRRB), usamos el binomio sexo-genital dado que la sexualidad no solo es genitalidad y porque las conductas de riesgo para la reproductividad biológica se dan meramente en conductas en las que se involucra a los genitales humanos; a saber, vagina-pene y pene-ano (sin ignorar la práctica pene-boca, ano-boca, vulva-clítoris-boca). Aquí, es importante aclarar que con base en el uso general que se les da a las prácticas sexo-genitales en las que se involucra a la boca y a los genitales, se usa más frecuente y llanamente sexo oral (en el que se incluye el uso de la boca, los labios, la lengua e incluso los dientes para dar pequeños mordiscos que intensifican la estimulación física y erótica. Por lo que también se le refiere como sexo-bucal). En general, al termino sexo-oral/sexo-bucal, se le refieren cómo sinónimos los siguientes términos; felación, cunnilingus y annilingus.

En segundo momento abordaremos el holón de género, en un tercero presentaremos el holón de los vínculos interpersonales afectivos. En cuarto y último lugar describiremos el holón del erotismo. Este orden de presentación de los holones, en el presente escrito y la inclusión del dimorfismo sexual (sexo) en el holón del género en estricto apego al planteamiento teórico de Rubio (1994) de igual manera, este mismo autor y año ha sugerido que se *complete* la descripción y/o ejemplificación de cada holón, por que señalaremos cada párrafo lo que hemos tenido a bien *completar*.

3.1 Holón de la Reproductividad.

La reproductividad es la dimensión de la sexualidad humana relacionada con nuestra capacidad de reproducirnos. Característica que compartimos con todos los seres vivos, incluso los menos sofisticados, compuestos por una sola célula (procariotas —agregado personal—) como las amibas, las bacterias, las algas verdiazules —agregado personal— que tienen entre sus funciones la reproducción biológica. Sin embargo, en los seres humanos la reproductividad, nuevo termino utilizado por Rubio (1994) en lugar de reproducción. Para Rubio la reproductividad implica muchas otras tareas, además de ser padres o madres biológicos, como son; cuidar a los seres humanos que producimos. Este cuidado, no es por poco tiempo. Las labores propias de la crianza, la educación sobre las responsabilidades a seguir de los hijos durante toda su vida. Así como el enseñarles a vivir mejor, lleva años. Aunque, también tiene intrínsecamente invaluable experiencias de amor, orgullo, etc. y por lo mismo, están llenas de enormes y profundas satisfacciones.

La sexo-genitalidad puede ocurrir sin reproducción biológica y reproducción sin sexo, pero los dos están estrechamente vinculados: en biología, la identidad y expresión de género y la capacidad reproductiva, empieza a formarse mucho tiempo antes de la posibilidad biológica de

tener hijos. Es una condición de todo ser vivo. La vida moderna implica la necesidad de planear el momento para ser madres o padres. Por estas dos circunstancias Rubio (1994), le asignó el término reproductividad.

Ciertamente muchísimas tareas de la reproducción no dependen solo de poder tener hijos biológicos, sino de la efectiva realización de las tareas parentales: tal como el paternaje y maternaje. Conceptos acuñados por Rosas (2015) términos que se refieren al cuidar voluntariamente, de manera paternal o maternal según sea el caso, de alguien más, de otro ser vivo, como son los animales domesticados, los animales de la granja, mascotas, plantas, e incluso de otro(s) ser(es) vivo(s), etc., sin que necesariamente exista una relación de dependencia biológica, legal e incluso económica que se da para un vástago, pero que se reconoce, trata y cuida amorosamente como tal.

La reproductividad biológica en la etapa preescolar (de 3 a 5 años de edad) y también en los primeros años de la primaria (de 6 a 8 años de edad) se manifiesta a través de juegos y conductas relacionados con el cuidado de los más pequeños, de jugar a “la familia; al doctor y la enfermera; a lo que hacen papá y mamá, etc”. En estos juegos, van la expresión de sus ideales asociados al tema de reproducirse y, de considerar la posibilidad de ser padres o madres en un futuro. A partir del tercer año de la educación primaria de (8 a 9 años de edad), la mayoría de los niños y las niñas tienen una idea sobre cuántos hijos les gustaría tener y qué tipo de padres/madres les gustaría ser. La construcción del futuro padre y de la futura madre, ciertamente se inicia desde estos primeros años, afirma Rubio (1994).

El holón de la reproductividad en los niños de primaria se encuentra presente desde luego, con base en la potencialidad de ser reproductivos en el futuro, aunque con los cambios observados en el sentido de que la adolescencia temprana aparece ahora a los 9 años de edad.

Algunas “niñas” desarrollan su potencial reproductivo al punto de poder ser madres al final de la primaria. Dado que algunas, inician su menarquia los 8 años de edad.

Durante estos años escolares en la primaria se desarrolla la capacidad de entender la mecánica de la reproducción —biológica, agregado personal— y en particular la de la unión entre la célula germinante masculina, el espermatozoide con la femenina, el óvulo. Entre los 8 y 9 años de edad, el niño y la niña han madurado en términos de capacidad intelectual, lo suficiente como para entender, por ejemplo; los principios básicos de la menarquia, la menstruación y sus cuidados, el proceso de la fecundación en los seres humanos, incluyendo aspectos básicos de la mecánica de la cópula e incluso el erotismo presente en las escenas sexuales en cuartos de hotel, sofás en medio de la casa e incluso en la cama de la recámara de la vecina, de cualquier telenovela mexicana, proyectada en tiempos de clasificación “A” apta para todo público. Dicho sea de paso, sin supervisión adulta e incluso muchas veces sin un criterio educacional de los progenitores.

Para un encuentro reproductivo biológico, el holón del erotismo se va desarrollando desde el nivel educativo de la secundaria (entre los 13 y 16 años de edad). Ambos holones se consolidan alrededor de los 20 años de edad, ya en la vida adulta del ser humano (Rubio 1994).

Entonces, la verticalidad del holón de la Reproductividad según Rubio, (2014) en su Primer nivel, corresponde al Área Biológica: Empieza por el desarrollo apropiado del sistema reproductivo, con la menarquia para las féminas y con los sueños húmedos para los varones, con el inicio de las relaciones sexuales, la concepción, el transcurso normal del embarazo, tener un parto, adecuado, e iniciar con un método de anticoncepción, que puede usarse durante toda la vida, en el caso de que la persona no desee reproducirse más biológicamente. Aunque, puede ocurrir que se inicie con un método de regulación de la fertilidad, antes de tener su primera

relación sexo-genital. En el Segundo nivel, el Área Psicológica: Se desarrolla la identidad reproductiva, se otorga un significado particular a la reproductividad, se asume un significado de la maternidad y de la paternidad. Por último, se le da un significado a la toma de decisiones para aceptar o no, a la conducta anticonceptiva. —*Aquí también, se pudiera elegir la reproductividad no biológica pero sí en el desarrollo de las Bellas Artes, la ingeniería, arquitectura, literatura, o ingeniero desarrollador de sistemas computacionales (software) o bien a través de la investigación científica, el arte culinario, etc., agregado personal*— En el Tercer nivel, está el Área Psico-social; consideraciones y determinantes de la conducta reproductiva o contraceptiva o no reproductiva. En el Cuarto nivel, está el Área Antropológica; se conoce y se reflexiona sobre el papel social de la maternidad, de la paternidad, y, el Quinto y último nivel es para el Área Legal; que contiene, entre otros, la legislación sobre la paternidad, la maternidad, las herencias, la adopción, el aborto, etc. Cabe precisar que lo anteriormente mostrado, son solo ejemplos. No se hizo un ejercicio exhaustivo, por lo que son solo ilustrativos y no limitativos, para el desarrollo de otros componentes del holón. Rubio (1994) sugiere su completación.

En conclusión, parafraseando a Rubio (1994) la función reproductiva va más allá del hecho biológico, dado que no todo ser humano podría reproducirse biológicamente, por incapacidad o enfermedad, incompetencia, por consejas religiosas. Muchas veces la decisión es personal o porque tener prole no es congruente con sus estilos de vida. Sin embargo, es crucial la planeación de la reproducción no solo biológicamente hablando sino también a través de las Bellas Artes, la ciencia e incluso los oficios y las artesanías, entre otras opciones.

3.2 Holón del Género.

El abordaje sobre el género que usa Rubio (1994) es iniciando con el sexo, entendido solo como los genitales que muestra un recién nacido al mundo. Continúa anotando que el género tiene que ver con el aspecto biológico de poseer

un sexo. Nacemos con un sexo determinado, con lo que nos referimos qué dé un mismo tipo de organismo surgen dos formas, a lo que se le denomina dimorfismo a partir de lo cual se construyen configuraciones mentales acerca de “ser hombre” o de “ser mujer”, con una identidad de género basado en un marco de ideas y conceptos que otros determinan, esto es una sociedad dictando el deber ser de un ser (Rubio, 1994, —el

subrayado es nuestro—). Para la mejor

comprensión del género se sugiere ver figura 7 y con base a las especificaciones de Rubio, con relación a este holón, consideramos necesario hacer la *completación* que a continuación escribimos, como agregados personales:

La biología de la dimensión humana del género definitivamente NO es BINARIA, por el contrario, es un espectro. Con base en los genitales de hombre o los genitales de mujer, o bien a pesar de que sí exista una combinación de estos dos tipos de genitales en un mismo cuerpo.

Socioculturalmente, se asigna un rol a seguir, ya sea femenino o masculino que determinará gran

Figura 7 El Género y sus Cualidades



parte de; las conductas, la vestimenta, las actividades e incluso la posición social que esta persona ocupará en su entorno sociedad.

El sexo consta de siete factores. Entonces, entendemos por sexo; el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que permiten la diferenciación binaria, abrupta, socialmente estereotipada e injustificada para los seres humanos. Con esta diferenciación binaria, desde que se nace hasta que se muere, prácticamente se determina a priori y de manera rígida, lo que le es permitido y lo que, no. Esto es, su conducta y proyección social, independientemente de si este ser vivo, lo acepta, le es congruente o le hace o no feliz, siendo penosamente, hasta en la actualidad una realidad, aún en las sociedades industrializadas.

Estos siete factores de los que se constituye el sexo son:

(Magaña, 2017).

1. El sexo cromosomal: Biológicamente hay 2 tipos de cromosomas el X y el Y. Regularmente, una persona tiene dos cromosomas. Así, por ejemplo, cuando en el careotipo de una persona hay 2 cromosomas XX determina biológica y fisiológicamente una persona con vulva, socialmente se le denomina mujer. Se le da por antonomasia el género, único e inamovible de lo femenino.

Cuando hay un cromosoma X y un cromosoma Y (XY) se determina biológica y fisiológicamente una persona con pene y testículos, socialmente se le denomina hombre, se le da por antonomasia el género, único e inamovible de lo masculino.

Sin embargo, a través de la historia de la humanidad, en todas las culturas, independientemente de la raza han existido, existen y seguirán existiendo personas que se forman con ciertas “alteraciones” cromosómicas. Agregamos personalmente, que dichas alteraciones cromosómicas generan personas que en su careotipo pueden tener, al menos, una de las

siguientes combinaciones: XXX ó XYY ó XXY ó YY ó YYY ó YYX a esta condición diferente se llama **intersexualidad**, ya que presenta discrepancias empezando por su sexo cromosómico. Como consecuencia en su su sexo gonadal, presenta características genéticas y fenotípicas en un hombre propias de mujer o viceversa. Por ejemplo; una persona con vulva tiene una apertura vaginal, la cual puede estar parcialmente fusionada a un órgano eréctil (pene o clítoris) mas o menos desarrollado y tener además ya sea uno de estos; ovarios o testículos, los cuales suelen estar en el interior de esa persona intersexual (Rosas, 2105).

2. El sexo gonadal: Son los testículos y los ovarios y genitales (el pene y la vagina).
3. El sexo hormonal: Se determina por los ovarios que producen estrógenos, progesterona. La testosterona que producen los testículos (estas, son las 3 hormonas más importantes para mantener el deseo sexual).
4. Las estructuras reproductivas accesorias internas: Agregamos personalmente que para personas con vulva; vagina, clítoris, Trompas de Falopio, capuchones de las Trompas de Falopio y ovarios que reproduzcan óvulos, con capacidad de fecundación. Para personas con pene; conductos deferentes, próstata, vesículas seminales, coníferos seminales que produzcan espermatozoides sanos, en cantidad y calidad, dentro de los testículos con un almacenamiento óptimo.
5. Los órganos sexuales externos: Para personas con vulva; labios mayores, labios menores de la vulva, glande del clítoris y clítoris. Para personas con pene; pene completo conformado por glande, corona, prepucio y 2 testículos de tamaño similar entre sí.
6. El sexo asignado: Es el que comúnmente se determina por la sociedad que desafortunadamente ha sido típicamente binario; hombre o mujer. Como agregado personal mencionamos que actualmente, la comunidad LGBTQ+ (Lesbiana, Gay, Bisexual,

Transexual y Queer/cisgénero) el signo + significa que incluye una extensa variedad de éstos. En Wisconsin, EEUU, esta comunidad ha definido más de 63 tipos diferentes (citado en PPWI, 2017).

7. La autoidentificación sexual: Es el sexo que de manera personal un individuo decide tener, ya que representa lo en que, en su raciocinio, esto es, en su propio juicio, le pertenece y/o acepta como propio.

Con base en los siete factores del sexo (tomado de SSyRA, Magaña, 2014 con actualizaciones personales). Es un hecho, según los expertos en la comunidad LGBTQ+ que hemos aprendido inadecuadamente los atributos asignados a identidad, masculinidad, femineidad, dando privilegios “masculinos” y, manteniendo limitantes femeninas y hemos creado sexismo.

Hoy por hoy, necesitamos enseñar: apertura, pluralidad, equidad de género y también enseñar a comprender, aceptando al otro sin juicios y mucho menos con prejuicios. El sexismo y los prejuicios han sido constructos fabricados por una sociedad rígida que pretende darle mayor valor a las personas con pene y a la raza blanca como si ellos fueran diferentes al resto de las razas o bien, de la expresión de la preferencia sexual como dualista: hombre-mujer; arriba-abajo; dentro-fuera etc. Nos hace recordar el dualismo Cartesiano que es, de entrada, en sí mismo, severamente limitativo, dado que vivimos constantemente en espectros. La vida no es dualista; blanco/negro, adentro/afuera, hombre/mujer, bueno/malo, o arriba/bajo. Sin embargo, es más bien, una gama de posibilidades entre el punto A al punto B, esto es un **espectro**.

Con esta nueva aproximación espectral, como es el espectro del autismo, detallado por Groden, Kantor, Woodard y Lipsitt (2011) con su aproximación psicológica positiva, nos explican el cómo cada individuo de educación especial puede estar dentro del espectro del autismo. Esto mismo, ocurre con cualquier otro concepto de carácter esquemático, como por

ejemplo la femineidad, la masculinidad que ahora también se miran como un espectro y, muy en especial con el espectro del género desarrollado por Stoller (1963 citado en Green 2010).

Cabe evidenciar que para qué se tenga la condición de “ser mujer” o de “ser hombre” se requiere cumplir al cien por ciento biológica y fisiológicamente hablando con 5 de los 7 factores del sexo para que se tenga la condición binaria anterior. Es una visión por demás reduccionista cuando se “encajona” al ser humano en un sexo asignado socialmente, también binario.

Considere que en este espectro del género, el sexo genéticamente hablando debiera estar completo sí y solo sí para que se desarrolle la potencialidad de la reproducción biológica humana además de requerirse también 5 de los 7 factores del sexo, habría que incluir en primer lugar la decisión de reproducirse biológicamente y que se cumpla con las etapas de la concepción, el desarrollo óptimo del embarazo y que estas condiciones prenatales sean óptimas así como las condiciones peri y post-natales también. Tal vez, por este tramo biológico más extenso y la toma decisiones que implica el convertirse en progenitor/a, no se incluyó originalmente el sexo en el holón de la reproductividad, valga lo anterior, como una reflexión personal.

Los niños, los adolescentes y los jóvenes, en todas las escuelas públicas de la Cd., de Milwaukee, en el Estado de Wisconsin en los EEUU aprenden que el género, no es binario, que es una amplia gama de opciones posibles en este continuo espectral. Todos, no solo pueden comprender esta gama de diversidades y de sexo-genitalidades, sino que también, pueden comprender que cada persona es libre de elegir su preferencia genito-sexual. Se hacen actividades para que todos comprendan y acepten que la manera en la que deseen expresarse con su vestimenta, ademanes y su tono de voz, es completamente normal y aceptable por los que los rodean. En nuestra apreciación personal, cuando se enseña de esta manera el género, esto es, dentro de esta flexibilidad que proporciona el continuo espectral. Ellos, podrían sentir gran

tranquilidad y comodidad al expresarse a sí mismos. Podrían también, observar el cómo otras y otros se expresan entorno a su holón del género. Además, les permitiría conectarse unos a otros de manera armónica y de mejor forma a través del género.

Con lo expuesto, se muestra que el género actualmente es promovido como una unidad independiente, dentro de un continuo espectral, que visto cómo una línea continua en cuyo extremo izquierdo se posiciona la mujer/femineidad y en el extremo derecho al hombre/masculinidad. Entonces encontramos una gama de diferencias entre las cualidades del género, a saber:

a. Sexo; si es que se cuenta con una biología compatible entre el sexo cromosomal, gonadal hormonal y están alineadas con las estructuras reproductivas accesorias internas y externas, que además sean capaces de producir las hormonas determinadas para esa genitalidad especificada por el sexo biológico. Asimismo, si se es capaz de aceptar el sexo asignado y hay congruencia con esta autoidentificación sexual y la sociedad en la que se vive. Se tiene como resultado un sexo binario de Hombre o Mujer. Hay una mayor probabilidad de que se acepte el rol asignado por la sociedad.

Sin embargo, si no hay una alineación en uno o más de los factores biológicos anteriores el resultado es la **intersexualidad**, ya que como mencionamos antes; se presentan discrepancias empezando por su sexo cromosómico, en su sexo gonadal, presentando como consecuencia características genéticas y fenotípicas en un hombre propias de mujer o viceversa.

b. Identidad del Género; del cómo me identifico a mí mismo, con mi sexo y rol social del mismo.

c. Expresión del Género; del cómo expreso mi cuerpo a través de mi vestimenta, mis modales y ademanes, tono de voz, etc.

d.Orientación del Género; del cómo siento mi atracción sexual, de quién nos atrae física, genital, emocionalmente o quienes para nada nos atraen; de quién elijo para vincularme afectivamente o no; de quién me enamoro, y de quién no; y ha quien elijo para expresar mi erotismo (ver figura 6). A partir de este punto, anotamos lo que Rubio (1994) puntualiza con relación al género:

- En el género se cristalizan las concepciones sociales sobre masculinidad y la femineidad que muchas veces no tienen relación con las diferencias biológicas entre hombres y mujeres;
- El género, es también, ese conjunto de ideas y prescripciones culturales rígidas sobre lo que es propio de hombres y lo que es propio de mujeres;
- Implica diferentes limitaciones y posibilidades de actuación y de desarrollo para hombres y mujeres. Ignorando a la diversidad de personas intersexuales;
- Se agudizan los conflictos, y desigualdades entre hombres y mujeres construidas simbólicamente a partir de la diferencia sexual. Incluso aquí se involucran nuestra identidad de género.

Entonces en nuestro entendimiento de Rubio (1994), la asignación de sexo-género es en realidad, el resultado de ideas que se transmiten históricamente entre los miembros de un grupo social determinado y en numerosos casos, estas concepciones contienen elementos de inequidad, dando validez cultural a esquemas de dominación y sumisión de las mujeres que terminan por minar su bienestar y desarrollo, el de sus familias y el de la sociedad completa, e incluso de todo un país.

Suena prometedor que con base a los resultados de las investigaciones de la neurociencia (Calixto, 2018) es un hecho que el cuerpo y sus órganos reaccionan intensamente, a los estímulos internos y externos con cambios fisiológicos, en ésta como magia misteriosa, como por ejemplo la temperatura, alimentación o los estímulos agradables que nos hacen vincularnos y también

reaccionamos a estímulos desagradables que nos hacen desvincularnos, siendo el género una base determinante.

Cuando observamos las ideas que se comparten socialmente con relación al género. Al respecto agregamos personalmente que tales ideas van desde las suposiciones de expresión sexual, interacciones en un rígido patrón, la normativa de escritura en femenino o masculino únicamente (incluyendo el carnet de citas médicas para pacientes en el sistema médico nacional mexicano; azul para varones y rosa para féminas). En las que no se ven incluidas a la comunidad LGBTQ+ Asimismo, las expectativas de comportamientos, tales como; llegar virgen al matrimonio (o que solo una mujer virgen tiene valor, en palabras de Rubio, 1994) el matrimonio mismo y tener prole, entre otras normativas del rol con base al género. “Ideales” que son en realidad convencionalismos sociales que crean estereotipos rígidos y pre-prejuicios. Con lo descrito, estamos contemplando la dimensión sociocultural del holón del género e incluso su dimensión económico-social también, lo que ha creado que, en la actualidad, esos conflictos se acentúan, gracias al pujante movimiento de las personas que conforman la comunidad LGBTQ+

Rubio (1994) menciona que las ideas, dentro de un grupo son transmitidas de generación en generación, dando origen a la cultura. Lo que en la cultura se piensa sobre el ser una persona con vulva (tradicionalmente llamada mujer) o ser una persona con pene (tradicionalmente llamada hombre) se verá reflejado inevitablemente en la manera cómo sus miembros construyen sus interacciones masculinidades/machismo y feminidades/sumisión procreativa. El holón del género probablemente es el más rápido en desarrollarse y ciertamente va a funcionar no solo como punto de partida, sino también como punto de referencia en la conformación de los otros holones sexuales.

Para los pequeños en edad de ingresar a la educación preescolar y primaria (de 3 a 7 años aproximadamente) el holón del género ya está muy desarrollado. La labor educativa en esta edad es crucial para la formación de un holón del género saludable, que integre valores de equidad, buen trato y respeto a las ideas sobre el ser hombre y el ser mujer. La inclusión de la diversidad sexo-genital, en la educación pública de las escuelas de este nivel educativo en EEUU, como se mencionó antes, se enseña que el género definitivamente no es binario y que cada persona de cualquier edad tiene el derecho de expresarse en todo sentido, con respecto a su elección de género.

El estudio de las significaciones que la persona hace respecto a su pertenencia a un sexo; relacionadas con el holón del género, ha tenido una relevancia enorme en los últimos años. Las concepciones sociales sobre la masculinidad y la feminidad muchas veces no tienen relación con las diferencias biológicas entre las personas con pene y las personas con vulva, más bien, como ya mencionamos, son el resultado de ideas que se transmiten históricamente entre los miembros de un grupo social determinado. En numerosos casos, estas concepciones contienen elementos de inequidad, dando validez cultural a esquemas de dominación, espacios públicos, toma de decisiones, poder adquisitivo, etc., por ellos y para las personas con pene. Espacios privados, cerrados, hogar, salón de belleza, salón de clases, oficina, hogar, aceptar decisiones, responsabilidad de no solo de crianza sino también de la educación de los hijos, escritura solo en género masculino, etc., en general, la sumisión de las personas con vulva que terminan por minar el bienestar de todos y el de la sociedad entera, porque en la distribución del trabajo y de los placeres hay una gran desigualdad e inequidad, además de ser injustificadamente binaria y prejuiciada sobre lo que se debe ser, determinada por una condición biológica, que a demás de entrada, tampoco es binaria (¿¡?!).

Entonces, la aplicabilidad de la verticalidad del holón del género según Rubio (1994) parafraseado; tiene en el Primer nivel, el Área Biológica la cual empieza por; los morfismos que son las funciones entre los conjuntos genético, anatómico, neurológico, etc. En el Segundo nivel, Área Individual que empieza por; la identidad, la expresión y la orientación sexual. En el Tercer nivel, es el Área Psico-social; conductas sexuales de masculinidad, femineidad, androgeneidad, el poder del género y sus estereotipos. En el Cuarto nivel, está el Área Antropológica; rol social y lugar de la hetero, bi, homo sexualidades, etc., en la cultura de las comunidades y en general de la sociedad y, el Quinto y último nivel es el Área Legal; que contiene la legislación sobre las regulaciones jurídicas diferenciadas y en el veto a los no heterosexuales, etc. Concluye que el holón del género es el conjunto de ideas, actitudes, valores, suposiciones, emociones, visión del mundo, etc., que se construyen en nuestras mentes como resultado de nuestro sexo, es decir, de las estructuras biológicas que nos diferencian en los planos binarios de hombres y mujeres Cabe precisar que lo anteriormente mostrado, son solo ejemplos. No se hizo un ejercicio exhaustivo, son solo ilustrativos y no limitativos, para el desarrollo de otros componentes del holón, se sugiere su completación

3.3 Holón de la Vinculación Interpersonal Afectiva.

El padre y la madre de familia se convierten en los primeros ejemplos y maestros de la forma de vivir la sexualidad en sus hijos. La forma de reconocerla, sentirla, expresarla, conceptualizarla es una tarea artesanal, momento a momento, de persona a persona y cara a cara.

El primer vínculo que se crea es físico entre el feto y la madre a través del cordón umbilical, porque no es sentimental, ni tiene respuestas afectivas (Rubio, 1944), aunque físicamente se

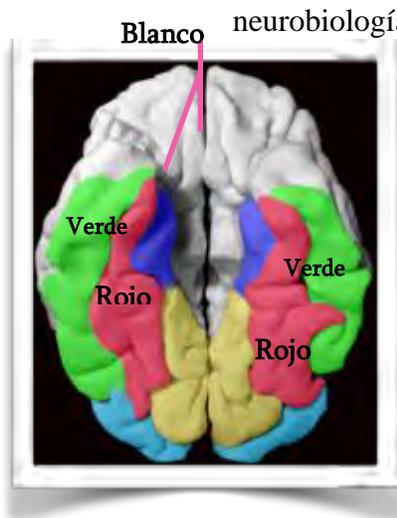
rompe como primera señal del post-parto. Un vínculo que es afectivo es el que busca la proximidad o el contacto, entre esa díada formada por el niño y su madre, aunque la figura materna puede estar reemplazada por otra persona; madre adoptiva, abuela u otras personas-con quien/es el niño establece esa relación afectiva fundamental para su desarrollo cognitivo-emocional en sus primeros años y que como consecuencia es al mismo tiempo una forma de asegurar la supervivencia de la especie (punto de vista filogenético) Porque este primer vínculo con un cuidador asegura la sobrevivencia del recién nacido y también de la especie humana.

Los progenitores, determinan a su vez, la capacidad de mostrar y de enseñar amor. Empezando desde la delicada y tierna intimidad que se crea entre la madre y el hijo recién nacido que duerme en los brazos de su madre, después de haber sido amamantado. Así, de esta manera simple empieza nuestra vinculación afectiva interpersonal.

El vínculo original con la madre y luego con el padre nos dan el esquema inicial para desarrollar más tarde, nuestra capacidad de vincularnos con afectos tan intensos como los que se sienten cuando somos pequeños, pero como muchas otras experiencias en la vida están matizadas por las ideas, los juicios, las actitudes, los valores y en general la visión que nuestra cultura nos transmite respecto a estas experiencias. Como ejemplo, la madre y el hijo están fuertemente vinculados gracias a sus emociones que se vuelven muy agradables por la cercanía (alegría, gozo, seguridad, satisfacción) y dolorosas con la separación (angustia, temor, miedo, inseguridad). Todas esas emociones nos vinculan con unos y nos desvinculan con otros.

A continuación, abordamos diversos puntos vinculantes con la visión de Rubio (2014) por los que consideramos que hemos completado, este holón de los vínculos interpersonales afectivos: Así, como escribimos en la introducción, del presente escrito que en esta era digital del conocimiento y, a que la investigación está atomizada; ya podemos estudiar submoléculas,

moléculas, enzimas, neurotransmisores, etc. Sabemos con certeza que el cerebro humano también interviene en esta vinculación afectiva. Al respecto Fisher (1999) estudió la



neurobiología entre los vínculos afectivos madre-hijo y descubrió que se activa

la corteza prefrontal-orbitofrontal y lateral de la corteza

fusiforme occipital y central produciéndose una súbita elevación

de oxitocina y que el sistema límbico, la registra como un

sentimiento bienestar en el apego. Ver figura 8 La corteza

prefrontal-orbitofrontal, en blanco y, lateral, en verde. La corteza

fusiforme occipital, en rojo y central, en azul

Figura 8

Ubicación de las áreas que se activan en los vínculos interpersonales afectivos

En los niños, el holón de la vinculación interpersonal afectiva está ya desarrollado con bastante sofisticación en su expresión escolarizada. El mapa de amor del que postulado por Money (1999) ya forma parte de su personalidad, de aquí que se queda bastante integrado entre los 5 y 8 años de edad. Este mapa de amor perdura, manteniéndose con mucha fuerza ya que es como una impronta de los vínculos primarios con la madre y el padre. La socialización que se produce con la asistencia a la escuela representa una de las primeras oportunidades para ensayar otro tipo de vínculos afectivos con los compañeros y así como con los maestros.

Calixto (2016) confirma que, con base en la vinculación interpersonal afectiva, que ya existe entre los niños de 8 a 12 años de edad, con sus progenitores. Los pequeños son capaces de repetir con gran fidelidad las conductas, las actitudes, los valores e incluso los gestos que han observado en su hogar, desde sus primeros años de vida. Sí, es que se han vivido desacuerdos, discusiones y bullying familiar, con seguridad lo repetirán, prácticamente con la misma intensidad, incluso

usando las mismas palabras que sus progenitores usaban/usan. En cambio, sí han experimentado un ambiente de armonía, disciplina con amor que Barocio (2014) describe en sus estrategias educativas. Si el/la infante ha observado tolerancia a la frustración con límites adecuados a su edad y la aceptación natural en el ensayo y error. Imitará los tonos benévolos con los que se le corrige a ella/él mismo y así lo mostrará, con los otros, a lo largo de la vida y así, sucesivamente tal vez por generaciones y todo queda “en familia”. En términos de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (2001) esto es a lo que le llamamos vinculaciones emocionales edificantes. Por el contrario, sí se ha observado agresividad, malos tratos, bullying en el hogar, violencia, se imitarán tonos autoritarios y expresiones denigrantes asumidos como patrones de respuestas, mismos que mostrará, con los otros, a lo largo de la vida y así, sucesivamente tal vez por generaciones y todo queda “en familia” en vinculaciones afectivas interpersonales no edificantes, mismas que con alta frecuencia generará vínculos emocionales interpersonales destructivos.

Hay una variedad enorme de afectos que se entrelazan con el amor maternal/paternal y el amor romántico. También, con el placer sexual intenso, con expresiones corporales que nos vincula con otros, o desvinculan. Entre los factores que lo moldean, nuestros padres tienen un rol fundamental: Los rasgos físicos, sus gestos, su tono de voz e incluso su aroma, su sonrisa, sus reacciones, sus intereses, su moral etc., quedan grabados en nosotros como rasgos "familiares", signos de los primeros contactos que tuvimos con uno o con “otra” Asimismo, son la base de la elección de pareja porque todo esto, conforma su mapa de amor.

Esta gran variedad de afectos, tienen la fuerza de lo olfativo, lo táctil, con tal fuerza, que en el estado de indefensión y vulnerabilidad de la niñez, tan dependiente de ese amor, de esos cuidados impacta profundamente al niño. Esto explica, entre otras emociones, que muchas personas elijan parejas que guardan grandes similitudes con alguno de sus progenitores, a pesar

de que no siempre, esta elección les convenga Carlos Santoyo (comunicación personal, abril 21, 2004).

Rubio (1994) menciona que es tiempo de hablar del amor, pero que le cambiará el nombre por vínculos afectivos, donde hay lazos emocionales y uniones. Se pregunta: ¿Cómo desarrollamos nuestra capacidad para amar? citando a Money y Errhardt (1972) manifestado que ambos han contribuido al **desarrollo articulado**, (en palabras de Rubio, 1984) el concepto de identidad de género, tal y cómo se usa en la actualidad. Al respecto, personalmente agrego que Money al acuñar el constructo del Mapa de Amor en 1921 (citado en Rosas, 2015) ha construido y en mucho, también, a la comprensión del cómo es que “amamos” o simplemente nos vinculamos afectivamente con los otros seres vivos, objetos, símbolos etc.

El mapa del amor se refiere al conjunto de recuerdos llenos de sensaciones biológicas y psicológicas que empieza a dibujarse desde el vientre materno. Las hormonas sexuales tales como los andrógenos que inundan el cerebro humano en desarrollo, están presentes desde esta etapa (Money, 1999). Una vez que se nace y desde el momento mismo del nacimiento del ser humano, se va definiendo el mosaico de características físicas, biológico y psico-emocionales de los afectos. Éste es, nuestro personal mapa de amor que contiene todas las asociaciones sentimentales, a través de las caricias, muestras de afecto, amor vs odio, rechazo vs aceptación psico-sociales, valores espirituales o la ausencia de éstos, etc. Esta dinámica se continúa, en los primeros años de vida y a lo largo de toda la infancia, recibiendo sus toques finales en la adolescencia. En la etapa adultez y la del adulto mayor, este mapa de amor puede ser resignificado. Cabe precisar que dicho mapa de amor no es inamovible. Este mapa de amor puede ser resignificado para su mejoramiento, con la ayuda de las metodologías apropiadas de la psicoterapia nos menciona Rubio (1994).

Con base a las diferencias individuales, cada persona tiene su propio mapa de amor, no importa que sean hermanos y que hayan tenido similares experiencias familiares (Money, 1999). El mapa de amor es conformado/modelado y moldeado también por otras personas emocionalmente significativas, como son; los compadres, los padrinos, las madrinas, los amigos, se incluyen a los mentores porque aportan formas diferentes de mirar la vida. asimismo, la cultura en general, ya que, con los nuevos conocimientos, gracias al avance tecnológico, los propios intereses personales, artísticos y profesionales, lleva al ser humano ha anclarse interpersonalmente.

Se define el mapa de amor como el patrón de desarrollo que existe en nuestra identidad como persona que a su vez nos da una imagen única del amor, tan única como nuestras huellas digitales y nuestro DNA (Acido Desoxirribonucleico/Deoxyribonucleic Acid, por sus siglas en el idioma Inglés). Continúa Money (1999) describiendo que el mapa de amor incluye las predisposiciones que se van desarrollando desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.

Natura y nurtura/innato o adquirido se entrelazan, con la adquisición del lenguaje y la construcción del esquema corporal y las sensaciones que componen un universo imaginario erótico. Existe una yuxtaposición entre lo heredado biológicamente y lo aprendido a lo largo de la vida. Este mapa de amor se desarrolla de manera similar al desarrollo del habla en nuestro lenguaje materno. Entonces, es una entidad en continuo desarrollo a través de las experiencias y los sentidos en el que se contienen todos los afectos, emociones e ideales que al final del día, según Money representa al amante idealizado y la proyección del amor ideal, la actividad romántica, erótica y sexo-genital involucrada en los vínculos emocionales.

Al respecto de los vínculos afectivos interpersonales, personalmente apuntamos que el mapa de amor junto con las cinco etapas de la química del amor (Calixto, 2018) explican los ciclos de los vínculos interpersonales afectivos, ya que no solo se refieren a las relaciones amorosas que llevan a la cópula. También, se refiere a la elección de amigos, compañeros laborales, etc. Esta química del amor tiene las siguientes etapas, a saber; 1a. Etapa: Descubrimiento; a través de nuestros sentidos, nos impregnamos de aquello a lo que nos vincularemos o nos alejaremos.

Gracias a los resultados de las investigaciones de la neurociencia. Es un hecho que el cuerpo reacciona a los estímulos internos y externos con cambios fisiológicos, como por ejemplo el olor, los sonidos, los sabores y las sensaciones táctiles, entre otro, o bien, los estímulos agradables que nos hacen vincularnos. 2a. Etapa: Atracción; la neuroquímica, afirma que, en las personas con vulva, se activan las áreas cerebrales, asociadas con; la atención, las emociones y la memoria. En las personas con pene, se activan las áreas cerebrales asociadas a la apreciación de la belleza y la juventud lozana, esto es, la capacidad fértil, y la salud de los vástagos. Las personas con vulva también olfatean, esto es a través del sentido del olfato identifican aquellas personas con pene que les darán hijos sanos, iniciando con esto una fuerte atracción para la reproductividad biológica. La 3a. Etapa: Enamoramiento; la pupila se dilata, el hipotálamo envía las primeras señales, aumenta la adrenalina y noradrenalina con súbito aceleramiento de la tensión arterial/tasa cardiaca, se dificulta la respiración, se liberan grasas y azúcares. Como resultado psicológico se obnubila la consciencia. 4a. Etapa: Pasión; se inicia la fase neuroendocrina, conocida como la fórmula de cupido, se produce noradrenalina y la testosterona, obnubilándose aún más la consciencia. 5a. Etapa: Amor Maduro; donde la pareja crece en compromiso y, a veces disminuye el erotismo (Calixto, 2018).

A partir de la 2a etapa y de hecho, a partir de la 3a, los enamorados no pueden alejarse porque sufren su ausencia. Como ejemplo, la madre y el hijo/la hija o padre e hijos o los esposos, los amantes, ya están fuertemente vinculados gracias a sus emociones, que se vuelven muy agradables por la cercanía (gozo, seguridad, satisfacción, estabilidad) y dolorosas con la separación (angustia, temor, miedo, inseguridad). Esas emociones nos vinculan igual con alguien que no es de la familia.

Estos lazos interpersonales afectivos no siempre son positivos, porque también podríamos sentir rechazo, odio, ira y hasta cólera por las acciones que ciertas personas hacen en interacción con personas que amamos o hacia nosotros mismos.

La aparición de vínculos románticos es notable, el ensayo de amistades y relaciones amorosas empiezan a conformar la capacidad de desarrollar vinculaciones afectivas secundarias, que con el tiempo serán la base de la formación de parejas maduras y familias estables. La neurobiología del enamoramiento proporciona las bases neuroquímicas que fundamentan, el apego a la pareja, las reacciones cerebrales de placer y gozo, solo al escuchar su voz o verse cara a cara, incluso en una video-llamada o FaceTime. Según Calixto (2018) la secuencia neurológica cerebral gira en el siguiente tenor: Se activan 24 áreas cerebrales, se producen 10 sustancias químicas. Hay un súbito aumento de la dopamina, neurotransmisor que hace que las personas enamoradas, oculten los defectos de sus amados. Se enamoran con la parte segmental ventral y esto hace que la persona enamorada, “no se ve con nadie más, que no sea la persona amada”.

La vinculación afectiva interpersonal entonces, es la capacidad de desarrollar, mantener, establecer y aprender a dejar ir a las personas, trabajos, proyectos planes, etc., por diversas razones. También comprende el grado o los grados en que se vivencia la pertenencia(s) esto es, los diferentes niveles de afecto y de compromiso.

Incluso, esta vinculación afectiva tiene que ver, con el sentido de pertenencia que le asigno a mi sexo biológico, del cómo vivo mi rol de lo femenino y/o de lo masculino y/o de la transexualidad o intersexualidad. Esto es de suma importancia en la construcción de la identidad sexual que le da estructura a la expresión sexual como hombre-masculino o como mujer-femenino o mujer-masculina u hombre-femenino.

Como consecuencia, la vinculación interpersonal afectiva es también, la expresión amorosa con soporte ya que así, los vástagos sienten que son amados y que pertenecen incondicionalmente a ese grupo familiar.

La familia es el primer núcleo donde iniciamos nuestros primeros procesos de socialización e interacción con los demás, desarrollando la capacidad humana de formar lazos a través de los sentimientos hacia otras personas. En este núcleo familiar, ensayamos nuestras primeras experiencias para compartir, tolerar, competir, cooperar, manejar sentimientos de celos y rivalidad, así sostener relaciones positivas y sortear negativas, aprendiendo al mismo tiempo, las primeras normas, y patrones de conducta, etc.

En familia, también experimentamos los primeros sentimientos que son resultado de las emociones. El sentir es un estado anímico-afectivo por lo general de larga duración, se dice que son experiencias internas que son parte de las personas, su fruto son las emociones. Por lo que es necesario que aprendamos a comunicar nuestros sentimientos y a su vez las emociones expresándolas de manera apropiada y de esta forma nuestras vinculaciones interpersonales serían más maduras, con equidad e igualdad.

Al respecto Goleman (1990) apunta que las emociones son expresiones psicofisiológicas que producen reacciones particulares en el cerebro humano y conductas específicas. Calixto (2018) afirma que se ha comprobado con resonancias magnéticas finas que se odia con la amígdala cerebral y se es ilógico e incoherente, con el sistema límbico.

Por lo que Goleman (1990) enfatiza que desarrollar, fortalecer ejercitando y manteniendo en nuestro repertorio conductual, las habilidades para:

1. Tomar consciencia de nuestras emociones.
2. Comprender los sentimientos de los demás.
3. Tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo.
4. Acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo.
5. Adoptar una actitud empática y social.

Categorícamente, afirma nos brinda posibilidades infinitamente mejores para vincularnos interpersonalmente de manera afectiva para un óptimo desarrollo personal y social. —estas cinco habilidades en el repertorio conductual están incluidas en las áreas que aborda la inteligencia emocional postulada por Goleman (2001). Aquí, viene a colación el refrán popular; *somos el éxito de nuestros amigos con nuestras relaciones interpersonales. Agregado personal*— Por su parte, Calixto continúa reportando que el aprender a soltar a dejar ir al/el amado lleva un periodo de recuperación neurobioquímica que es mucho más largo en las personas con vulva (aproximadamente 3 meses) y relativamente corto en las personas con pene (aproximadamente, 28 días). Además, de cada 10 personas con las que nos vinculamos afectivamente 9 se alejan por diferentes razones o se van definitivamente de nuestras vidas. Concluye que hay que soltar y dejar ir con dignidad.

El holón de la vinculación interpersonal afectiva se conforma entonces por la capacidad biológica para experimentar esas emociones vinculantes en conjunto con las ideas y concepciones que tenemos al respecto de los afectos, el amor y también del desamor y las denominadas bajas pasiones.

Una última reflexión para este holón, si bien es cierto que el amor a un país, a sus símbolos patrios o una institución educativa o para la casa en la que se creció o en la universidad en la que se nos formó, nuestra *alma mater*. Aunque no son personas, sí se desarrollan vínculos afectivos sólidos y permanentes. Afectos, que Rubio, no ha mencionado en su modelo holónico. Sin embargo, las pasiones amorosas, también a lo largo de la historia, han “movido montañas”.

En paráfrasis de Rubio (1994) La Vinculación Interpersonal Afectiva: se refiere a la capacidad humana de formar lazos a través de los sentimientos hacia otras personas. Arranca con el vínculo original que se forma con los padres y/o cuidadores proporcionando el esquema original/inicial para vincularnos/conectarnos emocionalmente con otros seres vivos. Se refiere incluso, a que esta vinculación afectiva tiene que ver, con mi sentido de pertenencia a mi sexo biológico, del cómo vivo mi rol de lo femenino y/o de lo masculino o de la intersexualidad y/o transexualidad. Esto es de suma importancia en la construcción de la identidad sexual que le da estructura a la expresión sexual como hombre-masculino o como mujer-femenino o mujer-masculina u hombre-femenino. Cabe precisar que lo anteriormente mostrado, son solo ejemplos. No se hizo un ejercicio exhaustivo, son solo ilustrativos y no limitativos, para el desarrollo de otros componentes del holón. Rubio, sugiere su completación.

3.4 Holón del Erotismo.

Como mencionamos en el capítulo 1 del presente, estamos constituidos por un cuerpo físico con características particulares y a la vez comunes de la especie. Nuestros sentidos; gusto, vista, olfato, tacto, oído, la propiocepción (es el sentido que informa al organismo de la posición de los músculos y, es también, la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales contiguas). Nos permiten comunicarnos con el otro, con el exterior, con varias formas de comunicación además del lenguaje, escrito, verbal, visual (en términos Skinnerianos, (1981) mencionamos lenguaje verbal y lenguaje verbal no vocal) también hay comunicación con; el llanto, la risa, los gemidos, los movimientos corporales, los gestos y muecas, los sonidos, el tono de la voz,, las manos, las pausas y las entonaciones vocales (Mehrabian & Ferris, 1967) así como con el dibujo, la pintura, los cuentos, el juego, la escultura, la música, el baile, la danza, etc. Esto es, los lenguajes no verbales, y verbales, le permite al ser humano, expresarse y reconocer sus necesidades fisiológicas básicas, sus emociones transformadas en sentimientos y en consecuencia transmitir las a través de su propio cuerpo.

Las sensaciones producidas por los sentidos y su impacto en el cerebro humano, es el porque decimos que somos seres sensuales, gracias a los placeres y deleite de los sentidos. El cuerpo humano es por naturaleza sensual.

El erotismo se puede definir como la capacidad que tiene el individuo, para el goce genito-sexual, también puede ser una actitud ante la vida que implica abrir los sentidos para experimentar, placer, que no necesariamente es sexo-genital, en esta mágica búsqueda de experiencias, que se pueden compartir. Al goce sexo-genital, se le conoce como una experiencia sibarítica única. Se refiere a una valoración positiva a los estímulos eróticos que hacen que la persona busque los estímulos sexuales. Cuando ocurre lo contrario, se encuentra involucrada la

culpabilidad sexual por no cumplir con los estándares sociales establecidos de lo que debe ser una conducta sexual apropiada, a lo que pudiera llamar sexofóbica (Rosas, 2015).

Como ya mencionamos, la expresión más clara fisiológica en el cuerpo se llama respuesta sexual humana (RSH), descrita ampliamente y enriquecida con la investigación neurofisiológica en el capítulo 1 del presente escrito, con sus diversos cambios típicos de la excitación sexual (como es la erección en el pene, o la lubricación en la vagina con su erección clitoriana, entre otros) y la experiencia del orgasmo para los hombres, las mujeres y las personas de la comunidad LGBTQ+ a través de las relaciones sexo-genitales (Kaplan, 1974). En contraposición, el erotismo, el autoerotismo, la experiencia de deseo sexual, así como el significado dado al placer experimentado, en tanto experiencia es —subjetividad— como esta respuesta erótica es subjetiva, puede expresarse en multitud de formas y podrá dársele una gran importancia o ninguna relevancia (Rubio, 1994).

En el erotismo se incluye el amor sensual, aquel que deleita los sentidos y los satisface. Involucra la capacidad para sentir deseo, excitación, orgasmos y el placer erótico-genital. Asimismo, abarca las caricias, las fantasías y la imaginación que evoca internamente aquellos recuerdos o imágenes que desencadenan la excitación sexual. Asimismo, también se ha referido al erotismo, como la característica inicial de las conductas referentes a la sexualidad (RSH) pero en otras ocasiones este erotismo aparece sin que necesariamente tengan relación o contacto con las partes genitales.

Según Rosas (2015) la sensualidad es el descubrimiento del mundo a través de los sentidos que con el erotismo van de la mano. Las personas con vulva o con pene o bien con una combinación de estos genitales tienen la potencialidad del erotismo. Se irradia la sensualidad y

tiene un origen interior y otro exterior. Este amor sensual erótico con el carácter de lo que le excita al cuerpo humano, es el amor físico exaltado.

El despertar del erotismo abarca varios aspectos: el individuo en interacción, con todos sus estadios; bio-psico-social-espirituales, con sus subsistemas; la genitalidad, la química del amor, los pensamientos, los acercamientos físicos, con o sin vinculación interpersonal afectiva, tocamientos, juegos, fantasías, etc. En su mapa de amor figura la imagen del amado, sus características arquetípicas, la escena sexual excitante imprescindible para despertar el deseo, encender la excitación, que vine como un fuego avasallador y culminar con el orgasmo.

La base biológica del erotismo se integra a la serie de ideas, valores, actitudes, juicios y prejuicios, inherentes a nuestra realidad. No se necesita tener las experiencias de este holón en el adulto, para conformar la parte cognitivo-conductual del mismo. Las ideas, la información científica y el conocimiento popular que pasa de boca en boca, así como otras concepciones en conjunción se confrontarán para discernir la mejor opción a ser considerada en la toma de decisiones inteligentes con las características fisiológicas del cuerpo, que nos permiten tener las respuestas sexuales para conformar el holón del erotismo.

Rubio (2014) menciona que durante, la educación primaria (de 6 a 13 años) el desarrollo de la potencialidad del erotismo para así arrancar el proceso de erotización del cuerpo y la construcción del encuentro de los sentidos con el placer erótico exaltado. El holón del erotismo se va desarrollando desde el nivel educativo de la secundaria de 13 a 16 años de edad. Rubio afirma que este Holón Erótico, se completa a los 20 años de edad, conjuntamente con el Holón de la Reproductividad. Entonces, el desarrollo de este holón es crítico, la aceptación con naturalidad, la explicación de los porqués de las manifestaciones genito-corpóreas para la construcción del erotismo. Aunque, en el pasado los intereses sexuales de los niños estaban

relativamente relegados. Las investigaciones recientes (García-Piña, 2016) muestran un panorama muy distinto a la aparente calma representada por un interés sexual “latente”.

Aceptando las aseveraciones de Rubio, en este siglo XXI tenemos menarquias desde los 8 años de edad, e incluso han ocurrido embarazos entre los 8 y 10 años de edad. En Colombia a los 8 años de edad (El Tiempo, 2014). En Aguascalientes, Ags., otro embarazo a los 10 años de edad. (HidrocálidoDigital, 2016).

Durante la niñez, hay avances en la identificación de las sensaciones corporales eróticas, aunque en los primeros años de vida permanecen no bien integradas a la comprensión de los afectos amorosos y de la mecánica reproductiva, descubren sensaciones placenteras en diversos contextos, reaccionan ante las expresiones eróticas de los adultos, en cualquier medio de comunicación (personal, y la multimedia) a partir de cuarto año de la educación primaria (9 y 10 años de edad) incrementan el interés en comprender sobre el tema y van conformando sus propios significados respecto a este holón erótico-sexual.

Penosamente, las vivencias traumáticas en el desarrollo erótico también suceden con frecuencia en las etapas de preescolar y primaria. Si cuando ocurren, se dejan sin identificación ni tratamiento adecuado, pueden determinar un daño importante al desarrollo infantil y del adulto mismo. Entonces, el Holón del Erotismo se expresa en el adulto en lo que más comúnmente se identifica como conducta genital-erótica. En etapas más tempranas del desarrollo, la construcción del erotismo ocurre sobre todo a partir de nuestra capacidad de experimentar sensaciones corporales agradables a través de los sentidos. Entonces, todo ser humano tiene la potencialidad de ser sexo-erótico-sensual.

Nuestros agregados personales para la completación de este Holón del Erotismo son los siguientes: Como se observa, el erotismo es la capacidad que tiene el individuo para el goce sexual, también puede ser una actitud ante la vida que implica abrir los sentidos para experimentar sensaciones que provoquen goce, bienestar, placer y búsqueda de experiencias, que se pueden compartir con una pareja o bien, consigo mismo/a, a este último se le denomina recientemente autoerotismo, descartando la palabra-concepto masturbación que viene de las raíces latinas de *manus strupare*/violar con la mano, que ya desde el s. I d.C., el poeta hispano romano Marcial (Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de Literatura de Ciencias y Artes, 2010) hacía referencia en sus escritos y poemas refiriéndose a la masturbación. Bien vale la pena que después de 20 siglos descartar dicho termino-concepto. Además, que desde siempre se ha considerado “sucio” a la masturbación, con “daño moral” más tarde se le consideró “pecaminoso”. Después, se le adicionó también un “daño físico” (Rosas, 2015).

Sabemos que cuando el cuerpo humano de una persona con pene responde a estímulos eróticos, se excita, entonces ocurren los cambios fisiológicos importantes (descritos en el Capítulo I del presente escrito dentro de la RSH). Con el apoyo de los elementos eróticos que percibimos a través de nuestros sentidos, porque tenemos un cuerpo que percibe, siente y descubre el mundo a través de los sentidos, por lo tanto, este cuerpo del ser humano es simplemente sensual.

Cuando una persona con pene experimenta una excitación sexual, se irrigará rápidamente sangre al pene, a su tejido esponjoso/cavernoso, agrandando, por la irrigación de sangre a este tejido esponjoso y, de a poco a poco se va poniendo firme, estando listo para la penetración, se requiere de 70 a 90 mls de sangre. Los testículos suben y el escroto se hace más grueso. El

corazón late con mayor intensidad, la respiración se acelera, hay tensión muscular, la piel toma color rojizo y los pezones se erectan.

De igual manera, cuando una persona con vulva responde a los estímulos eróticos, comienza con la lubricación vaginal que puede aparecer después de procesar los estímulos sexuales (esto al igual que en una persona con pene, dependerá del tipo de estímulo, que tenga o no fatiga, el tiempo disponible para vivir su acto erótico-genital, etc.). El corazón late con mayor intensidad, la respiración se acelera, hay tensión muscular, la piel toma color rojizo, el aumento del tamaño y longitud de la vagina, también responde con una sudoración, que lubrica de a poco a poco, hasta cubrir con una capa brillante y continua el túnel vaginal. Aparece la erección/endurecimiento de los pezones, definición de sus redes venosas y el aumento real del tamaño de la mama. Hay mucha tensión muscular en las manos, la espalda, los muslos, contracción del esfínter anal, y esto aumenta la excitación sexual. Los labios mayores, labios menores y la vagina al irrigarse de sangre se vuelven de un tono más oscuro (rosado intenso). Para el clítoris, la reacción no es tan rápida como la lubricación vaginal, el clítoris sale de su prepucio y se hace más grande (capacidad erectiva) si se le estimula directamente esta erección es mayor que con la estimulación de otras zonas erógenas. El cuerpo de la mujer se puede oscurecer levemente debido al aumento de la presión sanguínea. Igualmente, se elevan las nalgas y los labios, pero ahora de la boca, se inflaman ligeramente.

Después de 25 años de investigación y con alrededor de 10,000 actos sexuales que investigaron la dupla más conocida como los investigadores de la sexualidad (Masters y Johnson, 1966). En esta era digital del conocimiento y, como ya hemos mencionado, que la investigación está atomizada, podemos estudiar submoléculas, moléculas, enzimas, neurotransmisores, etc. Sabemos con certeza que el cerebro también interviene en esta erotización del cuerpo humano.

Fisher (1998) estudió la neurobiología del impulso sexual encontrando que tanto para las personas con vulva; como para las personas con pene. En el impulso sexual, hay un aumento de dopamina (neurotransmisor, involucrado en el sentimiento de bienestar, entre otros efectos) ya que se activan en el cerebro; el área segmental central y el núcleo caudado. Encontró también que la dopamina en las personas con vulva hace que sean más abiertas a las conductas genito-sexuales. El erotismo tiene dos componentes: a. El de goce y b. El del placer. Cuando se tienen relaciones sexo-genitales, se está compartiendo placer. El impulso sexual es mucho más débil que el enamoramiento, por el despliegue de dosis diferentes de los neurotransmisores y estos a su vez, son diferentes en el amor maduro (Calixto, 2018). Asimismo, en palabras de Rubio (1994) gracias a que los seres humanos se han liberado en su respuesta sexual de los relojes biológicos del macho y de la hembra que mantienen otras especies, el ser humano tiene una RSH prácticamente voluntaria. Rubio equipara la experiencia placentera erótica a la liberación de sustancias químicas similares al consumo de la heroína y su adicción. Experiencias de placer que podrían fortalecer los vínculos interpersonales afectivos.

Por su parte Punset (2007) afirma que el deseo sexual y el amor son dos eventos diferentes y tienen dos caminos neurológicos también diferentes, porque el deseo sexual busca la gratificación genito-sexual que invade al cerebro de dopamina. Además, se activa principalmente el sistema endocrino, los ejes; hipotálamo-hipófisis-Gonadal y el hipotálamo-hipófisis-Suprarrenal. Por su parte, Calixto (2018) menciona que somos una especie muy erótica, ya las personas con vulva presentan mamas que no involucionan. En la actualidad, por los aditivos a los alimentos y las hormonas adicionadas para un mayor volumen corporal y más rápido crecimiento de los animales como; la vaca, gallinas, res, etc., hace que las personas con pene también

presentan mamas cada vez más grandes, que se desarrollan a más temprana edad, que tampoco involucionan, siendo también proclives al cáncer de mama, dicho sea de paso.

Entonces, la aplicabilidad de la verticalidad del Holón del Erotismo según Rubio (1994) tiene Primero, el Área Biológica; que empieza por; la bioquímica del cortejo, el enamoramiento, el amor, los procesos fisiológicos eróticos de la (RSH). En esta área, personalmente, hemos adicionado aquí que: Las personas con vulva y las personas con pene, descrita en detalle en el capítulo 1 de Sexualidad, del presente escrito. Las fases de la RSH que para este 2019 se le han adicionado otras fases (Álvarez-Gayou, 1991 y Kaplan, 1983) a saber: Fase 1a. Interés Sexual Latente; Fase 2a. Decisión de Tener una Relación Sexual; Fase 3a. El Deseo Sexual; Fase 4a. Estímulo Sexual Afectivo definido y clasificado por Álvarez-Gayou (1991).

A. Psíquicos/Psicológicos; como son el mirar los cuerpos humanos semidesnudos o desnudos, películas pornográficas, tener fantasías eróticas, etc., B. Reflexogénicos; se dividen en dos a saber, a. Exteroeceptivos, como los tocamientos corporales, sonidos, aromas, sabores, olores, vibraciones, etc., b. Interoceptivos, como es una erección porque se tiene la vejiga llena, no por apetito sexo-genital, herótico; Fase 5a. Excitación; Fase 6a. Meseta; Fase 7a. Orgasmo; Fase 8a. Resolución y por último, en la 9a posición el Periodo Refractario que no fue considerado como fase por Master y Johnson (1966) porque se consideró que solo las personas con pene lo experimentaban, pero ahora se sabe que algunas mujeres también. Así que en el capítulo 2 del presente escrito, hemos considerado como 9a a la Fase Refractaria y en décima posición a la Fase Poslúdica. En el Segundo nivel, está el Área Individual, que empieza por; el desarrollo de la identidad erótica, la simbolización erótico-sexual, el desarrollo erótico y su expresión, lo que excita y lo que no. El Tercer nivel es para el Área Psico-social; actitudes sociales ante el erotismo, la virginidad, las relaciones sexuales premaritales y extramaritales, lo que se permite y

lo que no, guiones erótico-sexuales, homofobias, heterofobias, códigos morales, la comunicación y conductas de doble estándar/doble moral. En el Cuarto nivel el Área Antropológica; detonantes y determinantes sociales de la expresión erótica en el ser humano y sus culturas, transformación del erotismo dentro de la misma cultura y, en el Quinto y último nivel, es el Área Legal; que contiene la legislación sobre los derechos sexuales y reproductivos, delitos sexuales, estupro, violación, etc. Cabe precisar que lo anteriormente mostrado, son solo ejemplos. No se hizo un ejercicio exhaustivo, son solo ilustrativos y no limitativos, para el desarrollo de otros componentes del holón. Rubio sugiere su completación.

En conclusión, parafraseando a Rubio (1994) consideramos aquí a la conducta erótica como la capacidad de sentir, reconocer, expresar abierta y responsablemente las sensaciones corporales sexuales agradables. Aquí entonces, tenemos presente esta dimensión humana que resulta de la estimulación, sensual, erótico-genital, las reacciones ante las expresiones eróticas que incluye la RSH que ha sido en lo que se enfocó principalmente la sexualidad, que desde el punto de vista del modelo de Rubio (1994) queda indebidamente reducida a su nivel primario que es el biológico.

En nuestro entendimiento del enfoque holónico de Rubio, la gran diferencia de concepción del magno sistema de la sexualidad humana es que en este holón se enfoca mucho más al desarrollo de la potencialidad erótica.

Precisamos que el modelo sistémico de la Sexualidad Humana de Rubio (1994) ver tabla 6 marca un hito en las aproximaciones teórico-metodológicas, así como en su definición y conceptualización abstracta de dicha Sexualidad Humana, dándole un giro de 350 grados. Es novedoso que incluya la legislación para cada holón. Los aspectos antropológicos, ya se habían hecho un intento de integrarlos a la corriente puramente conductual con sus aportes sobre lo

ontogenético y filogenético, pero que no cristalizó en publicaciones. Por lo que se le reconoce con redoble a Rubio esta re-puntualización.

Desglosamos a continuación, en la tabla 6 los componentes básicos, que a nuestro juicio tiene el modelo de Rubio (1994):

Tabla 6

Abstracción	DEFINICIÓN
SISTÉMICO:	De la totalidad de un sistema, por oposición a local, o relacionado con él, que contribuye a determinado concepto-abstracción: Conjunto de ideas, principios o que conforman una teoría coherente y completa.
INTEGRAL:	Que comprende todos los aspectos o todas las partes necesarias para estar completo.
HOLÍSTICO:	Del todo o que considera algo como un todo.
HOLÓN:	Es la parte del sistema que a su vez es un todo.

Literal, esta aproximación impacta directamente a la curricula para la educación sistémica-integral, holística-holónica de la Sexualidad Humana. En este escrito, entonces, hemos considerado a la **Sexualidad Humana** como un concepto; sistémico-integral y holístico-holónico dividido en 4 holones determinantes de todo el desarrollo bio-psico-social, legal, antropológico y espiritual del ser humano.

Capítulo 4

Educación Integral de la Sexualidad Humana

En este capítulo, entendemos que los contenidos temáticos y las técnicas a entrenar tendrán que ser graduadas, progresivas y sintonizadas con la moral del país, la sociedad, el grupo, la familia y a la edad de los educandos en particular. En el mismo espíritu de los derechos sexuales humanos, esta formación debiera ser dirigida al ejercicio holístico-holónico de la salud sexual del ser humano independientemente de su raza, nacionalidad, nivel económico e incluso su sexo, preferencia sexual, identidad o expresión sexual. Por supuesto, se expresa con una concepción teórica y metodológica de integralidad, esto es, **que contempla, incluye, considera, todos los aspectos relacionado y dependientes del campo de estudio. Esto es de la Educación Sexual, por lo anterior es una educación integral.**

Hacemos hincapié en que al definir a la sexualidad como un magno-sistema que desarrolla, establece y enriquece las potencialidades de los 4 holones básicos de la sexualidad humana con su relativa independencia y que, al mismo tiempo, se interrelacionan entre dichos holones; a saber; Reproductividad, Género, Vínculos Interpersonales afectivos y el Erotismo.

Por supuesto, sería a todas luces, una incongruencia hablar de salud sexual y reproductiva, dado que la salud sexual está abarcando a la reproductividad. Además, en el Holón de la Reproductividad, se especifica qué; no necesariamente, se refiere a la reproducción biológica. Se entiende que, para fines de los derechos sexuales humanos, y dadas las expropiaciones del cuerpo humano a través de la historia y, en específico la expropiación de las personas con vulva y con potencialidad de reproducción biológica. En ese momento histórico, en el que se gestan los derechos sexuales para los fines de clarificación y diferenciación específica. Se delimitó como

una forma diferenciada para garantizar tales garantías como son los derechos sexuales y reproductivos dictados.

No obstante, nótese que a lo largo y ancho en la historia del estudio de la sexualidad de los seres vivos mamíferos y, en las aproximaciones teóricas-metodológicas en el abordaje de la sexualidad de todo ser vivo y en específico de la sexualidad humana, se refirió inevitablemente y por excelencia a solo 2 de los holones, a saber; a. Reproductividad, con un abordaje inicial biológicamente hablando y b. El del erotismo. Ambos han sido retomados por Rubio (1994). En nuestro personal punto de vista, gracias al pujante movimiento de la comunidad LGBTQ+ recientemente se ha abordado, más profundamente el Holón del Género. En cuanto al Holón de lo Vínculos Interpersonales Afectivos, solo encontramos referencias sobre afectos, apegos, comunicaciones doble vínculo, objetos del deseo, etc., enunciadas desde la teoría psicodinámica pasando por la teoría humanista hasta el constructivismo y en más o menos reciente “matrimonio intelectual” de las teorías cognitivo-conductuales, pero no con la aproximación hacia el desarrollo de las potencialidades sexuales que le imprime Rubio.

Observamos igualmente, que aún en la investigación neurobiológica, con resonancias termo-magnéticas, EEG (electroencefalogramas) y topografías, etc. Penosamente, también se investigan los 4 holones de la sexualidad humana como entidades separadas. Por ejemplo; la química del amor, activación cerebral en el enamoramiento, el orgasmo, lugares o personas particularmente significativas, diferencias neuroanatómicas de las estructuras cerebrales con una concepción puramente binaria (personas con vulva vs personas con pene). Con escasos estudios en personas con otras sexualidades e incluso otros géneros, pertenecientes a la comunidad LGBTQ+.

En consecuencia, como tradicionalmente se ha enfocado la educación sexual en la reproductividad biológica, cabe señalar que según Palacios (2008) La educación sexual integral reúne un conjunto de herramientas conceptuales, actitudinales, comunicativas, valorativas y espirituales que permiten a los seres humanos tomar decisiones en relación con su sexualidad. Psicológicamente, esperamos que la educación sexual, permita establecer una congruencia con lo que quieren, sueñan y esperan de su realidad, que impulse la consolidación de ciudadanos que ejerzan desde sus derechos humanos hasta los derechos sexuales, el derecho a tener una vida feliz y plena en todos los sentidos porque ningún poder humano ni gobierno puede quitarles nada con lo que ellos han nacido y les pertenece por derecho propio.

La OPS/Organización Panamericana de la Salud (2000) define a la educación de la sexualidad como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde las manifestaciones biológicas, las relativas a la reproducción, pasando por las manifestaciones asociadas al erotismo, al género, a la identidad y terminado con las representaciones sociales, legales y antropológicas, así como en congruencia con sus valores e ideales, en cada uno de dichas manifestaciones.

Por otro lado, con el objetivo de poner un alto definitivo a los casos nuevos de VIH-SIDA en todo el territorio de Latinoamérica y el Caribe, en el que los ministerios de salud (30 en total) y los ministerios de educación (26) haciendo un gran total de 56 instituciones gubernamentales que en el 2008 asumieron la siguiente concepción de educación de la sexualidad que parafraseamos:

La educación integral, tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos, el respeto a los valores de una sociedad plural, democrática y libre en la que las familias y las comunidades se desarrollen plenamente. Dicha educación incluiría aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género. Incluirá temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a todas las formas de discriminación, al mismo tiempo que se promoverán la toma de decisiones responsables, informadas en una palabra inteligentes para, no solo el inicio de la vida sexual activa, sino del devenir de su propia sexualidad a través de sus relaciones sexuales (Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes/MAISSRA, 2016).

Obsérvese que esta definición no incluye los holones del erotismo, ni el de los vínculos interpersonales afectivos.

Por su parte, La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/UNESCO (2010) revisó minuciosamente diversos estudios de investigación y ha descrito sucintamente los temas tratados dentro de un programa efectivo de educación en salud. Su conclusión es que: Un Programa Efectivo de Educación en Salud, debería de incluir y entrenar los siguientes tópicos, a saber; reducir la información incorrecta, aumentar el conocimiento y el manejo de la información correcta, clarificar y consolidar valores y actitudes positivas, fortalecer las competencias necesarias para tomar decisiones fundamentales y la capacidad de actuar en función de ellas, mejorar las percepciones de los grupos de pares y las normas sociales, por último, aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otros adultos de confianza. Retomando el hecho de que estamos constituidos por un cuerpo físico con características particulares y a la vez comunes de la especie (Ontogenia) la RSH tiene las mismas fases

independientemente de la raza, nacionalidad, credo/religión, posición socioeconómica, lenguaje, etc. Si bien es cierto que sí se encuentran importantes diferencias desde la perspectiva de género (Lamas, 1966) que plantea como la socialización por género binario, marca diferencias importantes, a ser consideradas no solo en la educación de cualquier disciplina académica o atlética, sino aún más en la educación sexual de los seres humanos. A continuación, se anotan algunas reflexiones sobre lo que a nuestro personal punto de vista, nos parece una visión sistémica-integral, holística-holónica de la educación de la sexualidad humana para el ejercicio libre y responsable del goce y placer sexo-genital, con toda la gama de facetas que esta Sexualidad Humana incluye, léase los 4 holones de la sexualidad humana.

4.1 ¿Qué Entendemos por una Educación Integral de la Sexualidad?

Al inicio del presente escrito anotamos diferentes definiciones para la educación integral de la sexualidad. En el tenor de Rubio (1994) en este escrito, estamos asumiendo explícitamente que la educación sistémica-integral, holística-holónica de la sexualidad, es de siguiente manera:

Está basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural, democrática e inclusiva, en la que las personas en lo individual, las familias y las comunidades se desarrollan plenamente, dado que su sexualidad está siendo abordada como un proceso indispensable de vida y para la vida mediante el cual se describen, ilustran, enseñan y se adquieren, formal e informalmente, los conocimientos, las actitudes, los valores y también las habilidades respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones. Se analizan aspectos éticos, biológicos, reproductivos, la interrupción voluntaria del embarazo, de las variantes del género. Aspectos psico-emocionales, sociales, culturales y, espirituales-morales, sin consejos, falsos pudores, atavismos y sin ataduras. Asimismo, los temas referentes a la diversidad de

orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, la pluralidad, equidad e inclusividad. Con base a los derechos sexuales rechazar toda forma de discriminación, promoviendo la toma de decisiones responsables e informadas con relación a las relaciones sexo-genitales. Considerando el papel determinante que juega el género en este proceso expresivo. La educación sistémica-integral, holónica-holística, de la sexualidad humana incluye desde los aspectos biológicos. Así como aquellos relativos y que transforman a la reproductividad biológica y no biológica hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones socio-antropológicas y legales de los mismos. Haciendo un importante énfasis en la importancia de las vinculaciones interpersonales afectivas y a las vinculaciones emocionales no interpersonales, pero que despiertan nuestros afectos trascendentes como son los los afectos simbólicos, tales como; el amor y el orgullo a la patria, al apellido familiar a las tradiciones culturales en lo general, como a las de cada familia, en lo particular, sin perder la individualidad y a toma de decisiones con respecto a lo que se adopta como propio.

Figura 9 Educación Integral de la Sexualidad. Sus interacciones



Haciendo una extrapolación y completando el modelo integral de Rubio, anotamos: El esquema de educación integral de la Sexualidad Humana. Ver figura 9, que representa en el exterior a los holones en espiral dialéctica, en verticalidad ascendente. En el interior representa a los 3 elementos básicos para la conservación de la salud sexual, a saber; A. Conocimiento, B. **Percepción de Riesgo** y, C. Actitud Responsable. En el centro se ubican todas aquellas técnicas, herramientas, dinámicas y ejercicios que apoyen la adquisición de conocimientos, habilidades en estándares de competencia a ser entrenadas y ha dominarse con base a las 5 etapas del aprendizaje de la corriente conductual, a saber:

1. Adquisición;
2. Fluidez;
3. Generalización;
4. Adaptación y
5. Solución de Problemas.

4.2 ¿Qué Curricula sería “ideal” para la Educación Integral de la Sexualidad Humana?

Desafortunadamente, a lo largo de la historia educativa de la sexualidad, dicha educación no es del todo integral porque ha estado incompleta o “mocha” dado que solo incluye una parte de tres de los holones planteados por Rubio (1994). Tradicionalmente, una parte de la reproductividad y una parte de género y una parte del erotismo) y definitivamente deja fuera el holón de la vinculación interpersonal afectiva. Muchas veces ni se tocan los sistemas antropológicos, legales, etc. Además, de que son muy escasos los manuales explícitos con ejemplos gráficos sobre erotismo, por ejemplo, y con ejercicios para conocer, comprender,

practicar y dominar con ciertos niveles de competencia todas las habilidades requeridas para el óptimo desarrollo de los 4 holones de la sexualidad humana.

Estamos planteando, algo así como estándares nacionales y comparativos internacionales con los estándares de competencia para prevenir; vínculos afectivos interpersonales desafortunados, discriminaciones y rechazos de género, embarazos no deseados, abusos, agresiones sexuales, violaciones, las ITS, feminicidios y la homofobia.

Asumimos que tales estándares de educación sexual se antojan urgentemente necesarios, pero igual, habría que desarrollarlos, probarlos, modificarlos y tenerlos ad-doc para aplicarse en cada uno de los holones de la sexualidad humana.

Con respecto a la curricula “ideal” referimos que; NO exige un curriculum ideal y menos único para este magno sistema en el que se constituye la sexualidad humana. Por lo tanto, en este escrito, más que anotar o describir un programa para la educación integral de la sexualidad humana, preferimos solo dar ciertos lineamientos básicos a incluirse en dicha educación.

En primera instancia, si nos es relevante especificar lo que para nosotros NO es sexualidad. Tópico para incluirse en la Educación Integral de la Sexualidad Humana. La sexualidad humana NO es sólo:

- Genitalidad. Freud (1925) fue el primero en anotar que la sexualidad no solo se refería a las relaciones coitales *per-se*.
- Procreación. Producir organismos de la especie humana.
- Amor, enamoramiento, pasión y erotismo.
- La potencialidad de goce y disfrute sexo-genital.
- La Respuesta Sexual Humana.

Como corolario, la educación integral de la sexualidad no debe **solo** incluir los temas descritos antes, como ha venido ocurriendo en esa educación “mocha” de la sexualidad humana.

Afortunadamente, en los Estados Unidos Mexicanos desde el 2006 a partir de la adopción del modelo integral de Rubio (1994) en teoría, es una educación integral basada en los 4 holones de la sexualidad humana. Incluso la Reproductividad, se ha asumido incluso, como la pura transmisión de conocimientos (—formales e informales, esto es lo de divulgación comunitaria, como los de divulgación escolariza y científica, agregado personal. —).

En segunda instancia, señalamos que el objetivo general de los lineamientos para la educación integral de la sexualidad humana es: *Desarrollar las potencialidades del sistema de la sexualidad humana en el amor propio a su cuerpo y género elegido personalmente, con el que se vinculará interpersonalmente. Dar paso al erotismo para que con su propio goce y disfrute sexo-genital sea la base para recibir y dar placer erótico sexual al otro con el/la que se vincula emocionalmente para que juntos y en lo individual se reproduzcan o no, biológicamente y/o a través de su actividad productiva en las ciencias, la ingeniería, lo artesanal o bien, a través de las bellas artes.*

Asimismo, investigaciones recientes, realizadas por el UNFPA/Fondo de las Naciones Unidas (2013) muestran que los programas de educación sexual que comparten ciertas características holísticas y ofrecen información basada en evidencia científica, pueden contribuir

- a) Retardar el inicio de la actividad sexual (—léase sexo-genital, agregado personal—);
- b) Reducir la frecuencia de actividad sexual sin protección; c) Reducir el número de parejas sexuales; d) Favorecer el uso de métodos de protección contra el embarazo adolescente no planeado; e) Impedir el contagio de las ITS durante el acto sexo-genital.

Al respecto, anotamos que además de las contribuciones anteriores, un programa de educación sexual holística integral habría que garantizar también las siguientes condiciones: Tener relaciones sexo-genitales con un erotismo, goce y disfrute aceptable para los participantes; facilitar el espaciamiento de los hijos con un mínimo de 2 años entre cada gestación; propiciar la toma de decisiones para la actividad sexo-genital, en condiciones higiénicas y seguras; abarcar y definir la sexualidad humana con sus 4 holones y; garantizar el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y para la reproductividad biológica. Tales logros (enunciados en los incisos de los incisos “a” al “e” juntamente con el resto de los puntos que al respecto hemos agregado personalmente. Los cuales, convertidos en objetivos y después en metas, son altamente recomendables para todo programa de educación sexual que aspire a ser integral.

Tópicos ilustrativos, pero no limitativos a incluir en la educación integral de la sexualidad, a lo largo de la vida:

- Se enmarca en los derechos humanos universales y en los derechos sexuales, con un profundo respeto por la pluralidad y las diferencias individuales. Integra la perspectiva de género.
- La educación sexual busca la promoción de la salud y el bienestar al igual que los derechos sexuales.
- Considera, especificar e incluso, empuja que, en el marco legal de cada país, y de cada Estado/provincia tenga las bases para así, generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación, para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexo-genitales.

- Promueve la participación y el ejercicio de la ciudadanía al expresar sus ideales en torno a la sexualidad humana.
- Involucra a los grupos participantes en la planeación de las actividades educativas a fin de considerar sus necesidades particulares y la heterogeneidad de cada colectivo.
- Establece vínculos con otros programas o iniciativas que promueven la igualdad y la equidad de género, los derechos humanos, la salud sexual y la reproductividad biológica.
- Se basa en la evidencia científica que ofrece información rigurosa, realista y sin juicios de valor.
- Proporciona información de lo que ocurre a lo largo del ciclo vital, adecuándose a las edades de los grupos y a los contextos de la educación formal y no formal. Así como a la moral de las familias y las comunidades.
- Abarca múltiples dimensiones: físicas, psíquicas, sociales y culturales e incluso las espirituales.
- Promueve la reflexión sobre las creencias aprendidas en torno a la sexualidad humana y el género. Es legítimo y justo que se cuestionen, transformen y también que se rechacen viejas formas y tipos de familia “tradicional” caracterizadas por el autoritarismo e incluso la violencia. Así como el rol tradicional de los géneros.
- Integra una visión global y positiva de la sexualidad humana que incluye el elemento erótico, del placer, el goce, el disfrute del orgasmo y de otros genitales involucrados, no solo con fines reproductivos biológicamente hablando. Incluye el entrenamiento de habilidades específicas. Fomenta conductas de salud sexual y la

conformación de entornos seguros para el aprendizaje de las diferentes etapas del desarrollo psico-sexual.

- Proporciona un listado exhaustivo de las conductas sexuales de riesgo, entre cada una de las etapas de desarrollo psicológico, tales como; pobreza, no acceso a servicios sanitarios como agua, drenaje, luz, etc., trastornos alimenticios, deserción escolar, combinación de prácticas sexo-genitales con sustancias estimulantes del SNC.
- Promueve cambios positivos, de actitudes, conductas que evitan riesgos reproductivos biológicos, se fortalecen los valores de equidad, igualdad, respeto sobre y en la sexualidad humana.
- Enseña formas para que las personas refuercen sus habilidades de comunicación, de toma de decisiones inteligentes sobre la elección de género, con quien vincularse interpersonalmente de forma afectiva, el inicio de la vida sexo-genital activa, entre otras.
- Ayuda, por medio del aprendizaje participativo, a que las personas aprehendan la información sobre la prevención de las ITS, las ETS, los embarazos de alto riesgo por ser embarazo adolescente, los embarazos asistidos, la interrupción voluntaria del embarazo y métodos anticonceptivos entre otros conocimientos y habilidades como las del erotismo, el goce y el disfrute del placer genito-sexual, durante el embarazo.
- Toma en cuenta que la adolescencia, por ejemplo, no es igual para todos los seres humanos y que el hecho de tener biológicamente una vulva o un pene, o combinación de ambos, no le hace una mujer, ni hace un hombre, ni algo aberrante. Igualmente, cuestionar qué tan funcionales son los roles binarios de lo femenino y

de lo masculino, en una sociedad pujante para la equidad e igualdad en un espíritu de inclusividad.

- Enseña que las experiencias en los 4 holones de la sexualidad humana difieren según la familia y el estilo de vida individual, la clase social, la etnia, la cultura, la edad, las preferencias sexuales y creencias religiosas, entre muchos otros factores.
- Las lecturas, ejemplos, ejercicios y prácticas en esta educación integral son con equidad e igualdad.
- Se extiende a todos los sectores, reconociendo que no todos los niños, los adolescentes y los jóvenes asisten a las escuelas, por lo que se requieren abordajes diferentes para estos ámbitos distintos.
- ¿Sabes qué? Esta educación integral, se empieza desde la infancia y en el hogar. Atraviesa los años escolares y, se concluye hasta que la persona muere.
- Considerar el género cuando se aborda o se discuten asuntos psicosexuales con los progenitores es un tópico básico (Schouten y Pasmans, 2007).
- Promueve la mercadotecnia, libre de sexismos, de homofobias e incluso rechaza aquella en la que se comercializa el deseo-sexo erótico-genital.
- Enfatiza que el carácter NO BINARIO y sí vicario de la sexualidad humana en el que se incluye el aprendizaje directo, la observación/modelamiento y la imitación, en la que hay un proceso de mediación, para la elección de género, los vínculos afectivos interpersonales, para reproductividad y por último, para la propia creatividad erótico-sexo-genital
- Se incluye todos aquellos tópicos que se desprendan de los siguientes preceptos básicos sugeridos.

Preceptos sugeridos a incluir en los textos, prácticas y materiales audiovisuales para la educación integral de la sexualidad, a lo largo de la vida:

- La educación para la salud sexual es un elemento indispensable para la formación de los seres humanos y de su desarrollo Bio-Psico-Social-Espiritual-Antropológico-Legal.
- La educación integral en sexualidad tiene hoy por hoy, una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y los derechos sexuales, en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Algunos países incluso incorporan la condición legal de una interrupción voluntaria del embarazo.
- Orienta la educación sexual gestionando personas autónomas que tomen decisiones inteligentes, en torno a los 4 holones de su sexualidad; en cada etapa de su vida e incluso en cada momento sexual por vivir y durante la vivencia erótica-sexo-genital.
- Educa para prevenir. Cada embarazo adolescente, es una falla/error/deficiencia y/o negligencia educativa.
- Entendemos que dicha educación sexual tendría que darse en un clima de armonía, alegría, de buen trato y de bienestar al descubrir previamente o a la par de la experiencia coital, las maravillas del ejercicio en sus 4 holones y respetado el sistema de valores y la moral del ser humano a ser capacitado, así como su edad y experiencia previa en cada tópico.
- Se sugiere que esta educación sexual, empiece desde casa en un marco de educar para amar, la valoración y la aceptación del propio cuerpo, Enfatizando los valores, la

madurez de la familia y sus objetivos, mostrado con criterio, de a poco a poco las tendencias entorno a la sexualidad de los países industrializados y los no industrializados.

- Enseña incluso a la familia el camino en torno a las diversas expresiones del amor, al cuidado mutuo, a la ternura respetuosa, a la comunicación sobre y en torno a los 4 holones.
- Prepara a cada miembro de la familia para un dominio de sí mismo, perdiéndole el miedo a la diversidad y a las diferencias, en pro de la legítima libertad y el auténtico desarrollo de la identidad concreta de cada ser humano y de sus potencialidades.
- Mantiene en mente que cultivar el impulso sexual-erótico en el auto-conocimiento, el auto-dominio, la decisión autónoma veraz y oportuna que facilite extraordinarias vivencias de gozo y encuentro amoroso, también a través de la convivencia con la diversidad de géneros y sus vinculaciones interpersonales afectivas.
- En la educación escolarizada, al incorporar temas de los 4 holones de la sexualidad humana, se sugiere se aborden en más de una asignatura. Incluso, dentro y fuera de este sistema educativo empezando, como ya se mencionó por el hogar.
- Educa para desarrollar competencias sexuales para dar y recibir placer sexual con una visión preventiva de las ITS y mantener la salud sexual. También entrenar las competencias sexuales en la diversidad intercultural, porque favorece la integración saludable en la vida sexual adolescente, del joven, del adulto, y del adulto mayor.
- Reflexionar que adoptando el modelo holístico-holónico permite una educación sistémica-integral que educa de acuerdo con las etapas sexuales del desarrollo humano,

que, con base en las diferentes capacidades, necesidades y el entorno sociocultural redunda en una vida feliz y plena con equidad, igualdad e inclusión.

- Educar sobre la biología, la psicología y la espiritualidad en la sexualidad humana, bajo los contextos socioeconómicos, políticos y culturales en los que se desarrolla la sexualidad.
- Orientar al ejercicio saludable de la sexualidad, porque favorece una construcción, una expresión de goce y disfrute funcionales para el ser humano que fortalece sus vínculos interpersonales.
- La temática de la educación sexual implica cero violencia, amenazas o coerción a la pareja, aproximaciones respetuosas, sin vergüenza con paciencia y tolerancia a los tiempos individuales y muestra habilidades específicas para prevenir violencia.
- Participa en la derogación, modificación y creación de políticas públicas y eventos sociopolíticos en pro de la equidad y la inclusividad, por lo que enarbola los valores sexuales mínimos, tales como: a. Plenitud de la expresión sexual; b. La libertad en la expresión de los 4 holones; c. La búsqueda por todos los medios disponibles de la congruencia entre los componentes biológico, psicológicos y conductuales; d. La integridad que vincula al individuo con la sociedad; e. La responsabilidad individual de vivir en plenitud como parte de una sociedad sana que esté en armonía con el resto del mundo (parafraseando a Rubio, 1994).

4.3 Los Tres Programas de Educación Sexual.

Como parte final del presente capítulo, hemos incluido una muy breve descripción de tres programas de educación sexual, en los cuales tenemos una participación y experiencia de casi cuatro años en cada uno de ellos.

A. El curriculum vigente, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para, de las y los Adolescentes (SSyRA) Magaña, (2014) que corre la Secretaria de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) el cual incluye:

Propósito General: Erradicar el embarazo adolescente en el Edo. de Querétaro y la violencia en el noviazgo.

Con una metodología en modalidad curso-taller, con su Laberinto de la Vida (Quintanilla, Smith, Lafarga, Cox y Roitsten, 1995) abarca los contenidos que se especifican abajo. Tiene una duración de 10 horas. Se imparten 2 horas diarias en los salones de clases de estudiantes a partir del 5o grado de educación primaria, pasando por los grados de educación secundaria, hasta los bachilleratos de educación pública. (aunque también se instruyó a estudiantes CONALEP (Colegio Nacional de Profesionales Técnicos y a los de la Universidad Aeronáutica en Querétaro).

Conceptos Centrales:

- I. Derechos sexuales y reproductivos; análisis de influencias para el inicio de la vida genito-sexual activa, el acceso a la información, veraz, científica y oportuna.
- II. La comunicación interpersonal; la toma de decisiones inteligentes: plan de vida y plan de carrera.
- III. Los riesgos biológicos del embarazo adolescente, medidas preventivas de las ITS; colocación correcta del condón para personas con pene y del condón para personas con vagina.

- IV. Tipos de violencia; banderas rojas en el noviazgo; cero violencia en el noviazgo; canalización y denuncias.
- V. La autogestión para la salud; y la práctica del soporte/apoyo o del pedir ayuda a los progenitores o bien a los compadres, comadres, amigos de la familia; inducción para beneficiarse de los recursos sociales; acudir con regularidad al centro de salud de su preferencia y al libre acceso a la consultoría. (Para una mayor relatoría y la corroboración de la alta efectividad de sus resultados, se seguirá consultar Magaña, 2017).

B. Áreas de los Estándares Nacionales de Educación Sexual, vigentes (2011):

Descripción del esquema conceptual de los Estándares Nacionales de Educación Sexual en los EEUU vigentes y aplicables en los niveles educativos desde los 3 años de edad hasta los 18 años. El objetivo de los Estándares Nacionales de Educación en Sexualidad/National Sexuality Education Standards (NSES por sus siglas en idioma Inglés) es: Proporcionar una guía clara, consistente y directa sobre el contenido mínimo esencial para la educación sexual que sea apropiada para el desarrollo y la edad de los educandos. Asimismo, todas las lecciones de educación especial en la Cd., de Milwaukee, se han alineado a los NSES y giran alrededor de ocho habilidades a desarrollar en estos educandos incluidos en el espectro del autismo; cuyas habilidades se contextualizan en siete áreas temática a saber:

- I. Anatomía y fisiología, de la sexo-genitalidad humana (donde descubren que el sexo no es binario).
- II. Desarrollo Adolescente (se revisa como la etapa pivote que impacta a cada persona en lo físico, social y emocional).
- III. Identidad de Género (se abordan los puntos fundamentales para que las personas comprendan quiénes realmente son ellas).

- IV. Embarazo y reproducción biológica (se explica la mecánica de la cópula, el cómo es que ocurre una eyaculación para que se dé un embarazo y la toma de decisiones para evitar un embarazo).
- V. Las ITS y el VIH-SIDA, pasando por el VPH (se proporcionan ambos contenidos en igualdad de importancia; entender y evitar las ITS, ETS, VPH y VIH-SIDA, se enfatiza el cómo se hace esta transmisión incluyendo información específica sobre los signos, los síntomas e incluso las pruebas de laboratorio disponibles y el tratamiento para cada una).
- VI. Relaciones saludables (se ofrece una guía clara y simple que muestra el cómo conducirse en sus relaciones interpersonales afectivas, empezando con su familia, siguiendo con compañeros de clase e incluso con sus parejas amorosas, terminando con sus profesores y el trato con extraños. Haciéndose incluso, un énfasis especial en el impacto del uso de la tecnología en la comunicación humana, sin una relación física pero que impacta la psicología de los estudiantes).
- VII. Estrategias para la seguridad personal (se enfatiza la necesidad de construir y mantener un ambiente escolar seguro libre de bullying, abusos, agresiones e incluso violaciones. Se muestra claramente cómo anticipar situaciones riesgosas y se alienta al estudiantado a denunciar de viva voz, asegurándose de que cada educando tenga a la mano los recursos disponibles, para hacer su denuncia. Igualmente, cualquier adulto tiene la obligación de reportar/denunciar en completo anonimato, no solo el hecho, sino incluso la sospecha de cualquier omisión a los derechos de los menores).

Aunque el carácter federal de los NSES es aplicado en cada Estado, de acuerdo con sus propios intereses y legislación. En Milwaukee, Wisconsin en los EEUU, se aplican con una

buena fidelidad estos NSES en todas las escuelas públicas de Milwaukee/Milwaukee Public School (MPS).

C. Planned Parenthood Wisconsin. Currículum vigente del Programa Conociéndonos Creceremos más Sanos. (CCmáS, 2017).

Este programa opera desde hace poco más de 14 años, principalmente con mujeres de la comunidad migrante, muchas de ellas no hablan el idioma Inglés y sus estudios muchas veces, no son superiores a la educación primaria. Ellas recibían una somera capacitación como promotoras de salud, pasos seguido buscaban mujeres en su comunidad que quisieran aprender como prevenir ITS, hablar de sexo con sus hijos y qué hacer en caso de que tener un embarazo no deseado, ya que el aborto es legal en Wisconsin. Estas promotoras de salud empezaron a realizar reuniones educativas en las casas de las mujeres que aceptaban prestar su casa, a dichas reuniones se les llamó Fiestas Caseras, recibiendo \$50.00 dólares americanos por cada reunión de este tipo con una duración aproximada de 1.5 a 3 horas y, la dueña de casa “anfitriona” recibía \$20 dólares por la amabilidad de prestar su casa. (Remuneraciones también vigentes a la fecha).

El currículum antiguo de CCmáS, en un momento fue diseñado orgánicamente, por el hecho de que llevaba más de 5 años sin actualización. Para el 2017 se tubo la oportunidad, no solo de actualizarse sino hasta de modificarse desde su raíz, incluyendo la elaboración del manual para la ejecución del programa específico de entrenamiento en modalidad curso-taller, en vivo y a todo color, con demostraciones vivenciales en blanco y negro, para formar práctica y científicamente a las promotoras comunitarias de salud sexual y así se consolidaron los conocimientos de dichas promotoras comunitarias (ver Flores y Ortega, 2017a).

Por último, agregamos el currículo de nuestra propia co-autoría (Flores y Ortega, 2017b) diseñado para responder a las necesidades del Programa Conociéndonos Creceremos más Sanos (CCMÁS) de la organización federal en los EEUU, Planned Parenthood. El programa de CCMÁS opera solo en Wisconsin (PPWI). El cual, sigue siendo ejecutado por las Promotoras Comunitarias de Salud Sexual, con fiestas caseras de educación sexual, con una duración flexible de 10 horas o más. Está dirigido a las familias de la comunidad hispana del Estado de Wisconsin.

El Curriculum CCMÁS-2017 de Educación Sexual (PPWI) está vigente. Se han combinado en éste, las metodologías de la educación popular, el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979 y Tronco, 2003). Se conservó parte de su elaboración orgánica, se le especificó su estructura modular, actualizándose todos sus contenidos, agregándosele los pertinentes para cubrir las necesidades de educación sexual de los participantes. Cuenta con un manual ex-profeso para cada módulo. Está escrito en idioma Español, ilustrado a colores, tiene dinámicas y ejercicios, así como una sección “Para aprender más” en cada uno de sus 3 módulos.

Este curriculum CCMÁS-2017 incluye:

Objetivo General:(parafraseado) Educar, entrenar y empoderar a la población hispanoparlante, independientemente de su condición migratoria, elección de género y estatus socioeconómico en los holones de la sexualidad humana, mecanismos de regulación de la fertilidad, la prevención de la ITS y los cánceres asociados a las prácticas sexo-genitales de riesgo para la salud y la salud sexual. Asimismo, proporcionar información que les permita ser autogestivos para conducirse con cautela, aprovechando el abanico de recursos económicos y en especie de los programas federales designados para esta población, en el estado de Wisconsin en los EEUU.

Módulo I. Comunicación Familiar y la Sexualidad

Contenido: Valores Latinos, Comunicación Familiar y Mi Sexualidad a lo Largo de la Vida. Las Potencialidades Humanas-Holones de la Sexualidad.

Módulo II. Regulación de la Fertilidad y Cánceres Reproductivos

Contenido: Planificación Familiar, Del cómo son los Métodos de Planificación Familiar. La Sexualidad es Mi Derecho. Prevención de las ITS. Cánceres Reproductivos y los Asociados al Sexo Ano-Genital.

Módulo III. Abogacía y Auto-gestión con Visita guiada

Contenido: Jerarquía de las Necesidades Humanas. Áreas Generales para Mi Vida Diaria. Caminando Juntos para Vivir Mejor; Salud y Vivienda. Educación, Trabajo y Finanzas. Conocer la Ley y Estatus Legal. Conectándonos y el Entretenimiento. El cual incluye una visita guiada a una institución gubernamental para aquellos participantes que concluyan exitosamente con su capacitación en los tres módulos. La visita guiada se elige en consenso.

Una conclusión inspirada en los resultados de nuestra investigación es anticipar la detección del estilo parental de crianza percibido de los participantes desde los 10 años de edad, para que, con base en éstos, se hagan subgrupos correspondientes a cada estilo parental de crianza. La educación sexual por recibir sería personalizada desde la aproximación a los contenidos, con dinámicas ad-hoc que permitan una más suave, pero al mismo tiempo más profunda asimilación y aplicación de los contenidos de cualquier programa de educación sexual a implementar en cualquier población y en cualquier lugar del mundo. El fin ultimo, sería edificar una sociedad equitativa, inclusiva que viva en plenitud y gozo.

Capítulo 5

Estilos Parentales de Crianza

La Neoyorquina Diana Braumrid (1960) acuña y desarrolla la teoría de *Parenting Styles* que al traducirse del idioma Inglés al idioma Español se denominan estilos de crianza, estilos parentales, estilos parentales de crianza, estilos educativos de los padres, o estilos educativos parentales o más descriptivamente estilos que usan los padres de familia para educar. Sin embargo, al hacerse una revisión de los alcances de sus postulados. En el idioma Español en el desarrollo del Arte, con el afán de clarificar, ser más explícitos y ejemplificativos, inevitablemente por la mayor parte de los especialistas se han empleado diferentes términos que llevan consigo diversos conceptos que se han empleado, tanto en artículo, libros, conferencias, etc. tal vez, indebidamente como sinónimos.

Como un ejercicio netamente memorístico, mencionamos más adelante, la terminología/traducción empleada solo en el idioma Español, ya que en el idioma Inglés invariablemente se escribe *Parenting Styles*. Recordamos los siguientes: Pautas de crianza, pautas de educación de los hijos, actividades de crianza, actividades educativas de los padres, prácticas educativas de los padres, prácticas de crianza, prácticas parentales, hábitos de crianza, hábitos educativos de los padres, esquemas educativos de los padres, esquema de crianza, estilos parentales, estilos educativos parentales, estilos parentales de crianza, estilos de crianza patrones educativos de los padres, patrones de crianza, modelos de educación parental, modelos educativos, modelo de la crianza, modelo parental de crianza, modelos para la crianza, etc., etc.

Entonces, aquí observamos 2 términos básicos: Crianza y Educación. Sin olvidar a los actores --progenitores/padres/tutores/cuidadores-- .

Entendemos por crianza; las acciones derivadas para alimentar, cuidar, instruir a un mamífero, en este caso, a un ser humano se le brindan cuidados para bandearse o cuidarse, asimismo, esto es, sin que otra persona lo dirija, guíe o lo ayude. La crianza entonces implica educar.

Por educación se entiende como; la enseñanza y doctrina que se da a los niños para que

Tabla 7 Niveles del concepto Estilos Parentales de Crianza

NIVEL	CONCEPTO	DESGLOSE
I.	PRÁCTICA	Es la temporalidad de la respuesta o conducta de la madre, del padre o cuidador o cuidadora para proveer o no, las atenciones, cuidados, protección, límites o ningún límite a la prole, brindar o no reconocimiento, afecto, amor, efectuar transacciones o negociación explicada o sin explicación, las consecuencias, etc.
II.	ESQUEMA	Es el conjunto de las prácticas de los padres/cuidadores que se han conformado ya en una manera de reaccionar ante las demandas o necesidades de los hijos, que se vuelve predecible por la claridad de sus caracteres más significativos/conductas de respuesta.
III.	HÁBITO	Es la práctica, el ensayo y la acción o conducta repetida y continuada de cierto esquema de respuestas o de no respuesta, ante las demandas de los hijos que da como resultado el dominio o bien su expresión sistemática de esas prácticas que son en sí mismas un esquema de crianza y de educación.
IV.	PATRÓN	Con las prácticas parentales esquematizadas, predecibles y habituales se conforma un patrón que sirve de muestra para sacar o producir consecuencias similares, por lo tanto, la probabilidad de ocurrencia de ciertas respuestas depende de esas consecuencias que los padres otorgan a los hijos.
V.	ESTILO	Es el modo especial de proceder de los padres/cuidadores, son sus pautas, actos, acciones, conductas, comunes y repetidas que le da <u>su propio toque personal y distintivo</u> .
VI.	MODELO Educativo Parental para la Crianza	Es el arquetipo o punto de referencia para imitarse o repetirse por su eficiencia o porque se ha vivido y aprendido de esa forma particular y que se adopta y ejecuta con gran fidelidad. Como este modelo de crianza educativa <u>está vivo</u> , tiene la facultad de variar, cambiar, modificarse con base a las condiciones biológicas, psicológicas socioculturales, económicas y temperamentales e incluso por sus principios morales y espirituales.
CONCLUSIÓN	El término sugerido en idioma Español de la teoría de <u>Parenting Styles</u> es: <i>MODELOS EDUCATIVOS PARENTALES PARA LA CRIANZA.</i>	

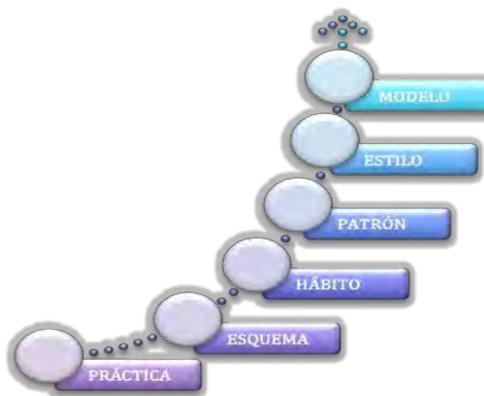
aprendan desde las conductas de bipedestación, control de esfínteres, a beber en vaso, usar la

cuchara, la higiene, cuidados básicos, lenguaje, normas de cortesía, moral y valores, a seguir instrucciones comunicación personal, socialización, lecto-escritura y matemáticas. También en esta “crianza educada” se incluye a los adolescentes y jóvenes para tener un oficio, crear arte, apreciar la literatura, aprender materias académicas, relaciones sexuales protegidas, trabajo, responsabilidad, e independencia, etc. En la tabla 7 compilamos cinco conceptos más comunes usados en las traducciones y en el desarrollo del Arte. En nuestra opinión tienen una jerarquía de complejidad empezando en el nivel más básico ya va en forma ascendente hasta conformar un modelo, dicho modelo educativo de los padres para la crianza sería el nivel más complejo, dicho modelo está inserto en una perspectiva sistémica que **invariablemente** impacta cada sistema y viceversa, cada sistema impacta al modelo educativo parental de crianza.

En la tabla 7 y las figuras 10, 11 y 12 muestran la complejidad y la jerarquía de los niveles y su interacción.

En la figura 10 observamos los grados y niveles de inclusividad y complejidad creciente en el que está

Figura 10 Niveles que incluye un Modelo implicada la crianza.



Los estilos parentales de crianza entonces son un conjunto de

acciones, sentimientos y actitudes determinadas por creencias, normas, actitudes, condiciones culturales y socioeconómicas e incluso espirituales y de valores que se aplican y orientan al desarrollo de los seres humanos a través de los estilos parentales de crianza.

En el plano de la familia, la crianza se refiere a la formación de los hijos por parte de sus madres y padres o bien, de las personas que están encargadas de su sobrevivencia. Los adultos/cuidadores, transmitirán a la prole, durante toda su interacción diaria; sus propias creencias, sus valores incluyendo su juicio moral, caricias, límites, etc., todo lo anterior moldea al ser humano que en el que se convertirá.

Cuando tomamos en cuenta el plano social, la crianza educativa: se considera como el medio por el que los padres y las madres socializan a sus hijos, de esta forma identifica y desarrolla la capacidad de socializar con su familia, con la comunidad y por ende con sus iguales,compañeros, otros adultos, etc. Esto es, con el mundo social que lo rodea, como lo muestran las figura 11 y 12

Figura 11

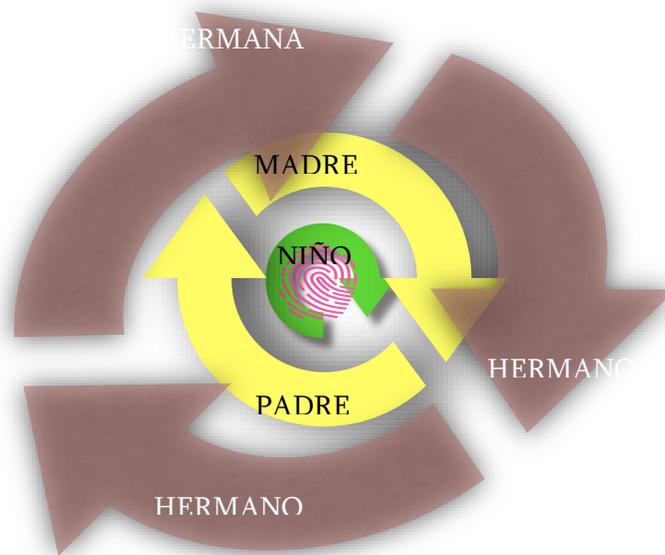
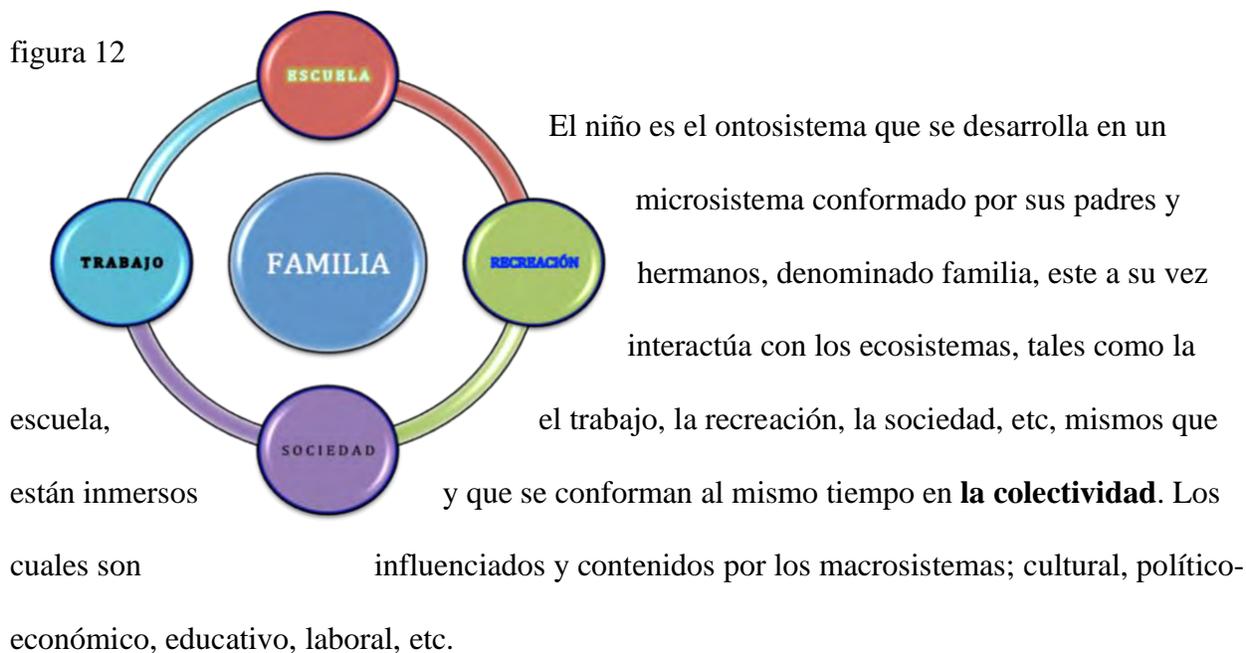


figura 12



Mantener en mente que tales influencias son bidirecciones, múltiples e incluso se podrían denominar hasta infinitas, donde todo es posible que suceda.

Según la APA (2018) American Psychological Association/Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en el idioma Inglés) en la crianza, se consideran todas las acciones relacionadas con los cuidados de los hijos. Los investigadores, Aguilar et al., (2007), Baumrind (1974), Maccoby, (2007) han descrito diferentes estilos de crianza humana: Los hábitos de crianza son las formas en que los padres interactúan con sus hijos; la mayoría de las clasificaciones varían según las dimensiones del calor emocional (cálido frente al frío/cercano vs distante) y el control (alto en control vs bajo en control).

El estilo parental de crianza comprende entonces, la estrategia general que cada progenitor emplea en la crianza de sus hijos incluye varios tipos de actividades maternas y parentales (Santrock, 2007). Las actividades parentales, también denominadas como mencionamos anteriormente; prácticas de crianza, prácticas parentales, hábitos de crianza, estilos educativos

parentales o simplemente, estilos de crianza y más apropiadamente estilos parentales de crianza. Haciéndose referencia a las conductas específicas que los padres y las madres que realizan para conseguir sus objetivos de crianza o educación, relacionados con; el cuidado, la protección, la enseñanza y expresión de amor hacia los hijos (Maccoby, 2007). Estas conductas incluyen las dirigidas a lograr objetivos específicos en relación con las funciones instrumentales o deberes parentales y las conductas no dirigidas a objetivos concretos, sino a la expresión de afecto, como son; los gestos, las expresiones faciales y cambios en el tono de voz, entonaciones y pausas, etc. (Lee y Kissinger, 2006). Aunque, dicho sea de paso, un objetivo concreto debiera ser la expresión de amor, enseñar a dar y recibir afecto, es también asunto de la crianza, en dónde inevitablemente los padres están presentes.

Los estilos parentales de crianza entonces influyen en la convivencia escolar y las reglas que los progenitores les ponen a sus vástagos como una estructura psicológica. Delimitan en gran parte su forma de proceder, de mirar el mundo, de aplicar consecuencias positivas o negativas, en la toma de decisiones y también bajo qué circunstancias decide qué. En general, por su forma de ser, de mirar el mundo, especialmente en el fundamento de actitudes para el futuro, cómo pueden ser la ejecución o la no ejecución de conductas sexuales de riesgo genito-reproductivas biológicamente hablando.

Los estilos parentales de crianza, de acuerdo con la definición Gottman (2006) describen los modos cómo los padres reaccionan y responden a las emociones de sus hijos. Su estilo parental de crianza se relaciona con la manera de sentir y del manejo de las emociones. Una de las clasificaciones más influyentes en la psicología del desarrollo, es la de Baumrind (1971) quien determinó los cuatro tipos de estilos parentales de crianza/parenting styles, a saber: Autorizativo/Autoritativo, Permisivo, Negligente y Autoritario (ver figura 14).

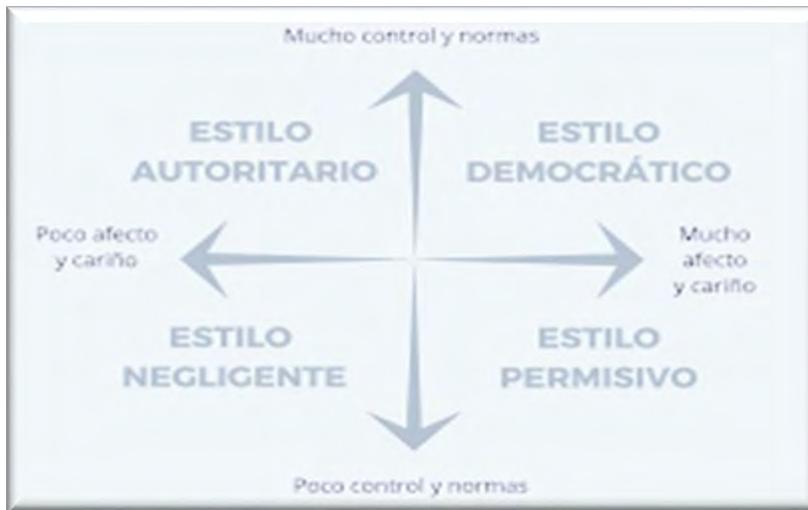


Figura 14
Interacción de los 4 estilos parentales de crianza con relación a las 2 dimensiones básicas; amor y límites.

Figura 14 La matriz organizada en un eje cartesiano muestra en el eje de las ordenadas (Y) la dimensión

de los límites que los progenitores ponen a su prole. El continuo va desde la casi nula restrictividad, pocos límites gran permisividad, sin límites, hasta la restrictividad extrema (dimensión de control). En el eje de las abscisas (X) hay un continuo de frecuencias que va desde el desamor/sin afecto con hostilidad hasta el amor extremo (dimensión de amor). Coleman (1993 citado en Jimenez, 2010).

Entonces, un progenitor que críe con una amplia permisividad y gran hostilidad es en realidad; Negligente. Otro progenitor que sea hostil y restrictivo en su trato será Autoritario con su prole. Un tercer progenitor que sea tan afectuoso y muy tolerante será Permisivo y Amoroso. Por último, aquel progenitor que aplique el afecto y la restrictividad inteligente y consistentemente producirá una toma de decisiones en estilo Democrático, siendo Autorizativo con autoridad. A continuación, se muestran algunos de los detalles para cada estilo, e incluso se muestra un nuevo apartado para aquellos progenitores que no han definido aún su propio estilo parental de crianza.

I. Autorizativo.

Los padres y las madres de alta exigencia con amor y alta responsabilidad, con amplia escucha y diálogo. Autonomía y Amor con autoridad (con límites). Estimulan la socialización y el pensamiento independiente; dan amor con evaluación positiva, al mismo tiempo que se ejerce autoridad porque ponen límites apropiados a la edad de su prole; la expresión de afecto es consistente, independientemente del estado de ánimo de los progenitores; siempre se da apoyo emocional con límites claros en el que sí se cumplen las consecuencias tanto positivas como negativas. Las consecuencias son sensatas y van de acuerdo con la edad de cada niño (Baumrind, 1960). En este estilo parental de crianza el padre y/o la madre o la persona que lo cuida, alienta la autonomía del niño y aún así impone ciertas limitaciones al comportamiento; Alta Exigencia y Alta Responsabilidad.

Es común en este estilo parental de crianza que la jerarquía de autoridad en la familia está claramente delimitada, los progenitores se comportan con madurez emocional y firmeza de voluntad, no solo como proveedores económicos, sino que también, son una fuente inagotable de recursos emocionales, de reflexión y punto de referencia moral, para la toma de decisiones (Baumrind, 1968 y Gottman, 1968). Por ende, propician que sus vástagos sean quienes pongan límites claros a sus propias necesidades auto-eróticas. El respeto y trato digno es bidireccional entre los padres, las madres y los hijos. Los vástagos saben que sus progenitores están aquí y ahora para que la prole encuentre su propio camino y sean felices con sus propios recursos, tomando sus propias decisiones.

Son progenitores que conversan con la prole, les muestran en dónde pueden encontrar la información seria, precisa y médico-científica que les permite aproximarse apropiadamente a su

sexo-genitalidad y al erotismo. (Exxebania, Apocada, Fuentes y Felix, 2009). La educación sexual, el inicio de vida sexual activa e incluso los saberes y experiencias en cuanto a sus vínculos interpersonales afectivos, sus aprendizajes sobre el erotismo y sus apreciaciones sobre el género, son aceptables, flexibles y, con amplia tolerancia. La educación sexual, está definitivamente en manos de los progenitores que comparten a través de; los libros y los materiales audiovisual que tengan disponibles, en la multimedia, etc. Esta cercanía de recursos educativos sexuales garantiza una baja probabilidad de conductas sexo-genitales de riesgo para la salud.

Modus Operandi.

- Aceptan que la equivocación, el error y las omisiones involuntarias son parte del ser humano por lo que se aceptan con naturalidad, hay tolerancia a los errores y saben que el aprendizaje es un proceso de ensayo y error. Reflexionan sobre los errores
- Primero educan con una dedicación total para amar en forma tierna, cariñosa y saludable. Asegurándose de que su prole si percibe este amor y es entendido como amor, pero no incondicional (Barocio 2015) porque son capaces de poner límites.
- Proporcionan un ambiente de libertad con base a su edad, compasivo, respetuoso y armónico.
- Su estilo parental de crianza está basado en el valor de la honradez, la comunicación, en el respeto a los tiempos y la motivación de la prole.
- Moldean una autoestima saludable con una expresión de amor y soporte. Son hábiles para hablar de las consecuencias en la toma de decisiones.

- Desarrollan en sus vástagos una relación sensata con las personas con autoridades, sin miedo. Tales como los maestros, los policías, las autoridades educativas, etc.
 - Se ocupan de establecer límites y consecuencias consistentes; normas y reglas que son claramente definidas, se cercioran de que las reglas son simples y, que son bien entendidas por sus vástagos.
 - En las dificultades, tienden a hacerle sentir bien a la prole en medio del problema. Cero ofensas, insultos y descalificaciones.
 - Hay apertura y se dan el tiempo para escucharse uno al otro. Enseñan a disculparse. Sin sentir vergüenza.
 - Saben cómo expresar su amor en tal forma, que sus vástagos lo perciben, en consecuencia, saben que son amados y se sienten amados.
 - Muestran con fervor y son congruentes con las creencias espirituales, religiosas y/o con sus propios principios morales.
 - Aceptan conversar con la prole para la toma de decisiones, se muestran abiertos a escuchar las propuestas, dando libremente consejos o sugerencias sin temor a ser descalificados.
- Toma el tiempo para educar, otorgan tiempo ilimitado para explicar en tono de voz afable, con palabras educadas y simples (sin usar palabras altisonantes y/o descalificantes). Aplican consecuencias razonables tanto positivas como negativas.
- Aman y saben el cómo demostrar su amor. Tomando el tiempo para tener contacto físico sano y saludable. Manifestando amor y apoyo emocional.
 - Explican claramente las normas/límites/reglas del hogar. Así como los principios de vida para vivir en su hogar y por ende en su sociedad.

- Tienen disciplina cariñosamente estricta y benevolente.
- Están dispuestos a escuchar todos los puntos de vista y opiniones o bien explicaciones, antes de tomar una decisión y una acción.
- Proporciona orientación suficiente y adecuada hacia el inicio de la vida genital activa. Educa sin amenazas sobre la exploración del cuerpo, el noviazgo e incluso ilustra objetivamente sobre las consecuencias de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico.
- Toman el tiempo para enseñar el proceso de toma de decisiones, esmerándose en las decisiones sabias e inteligentes, desde la comida saludable, el ejercicio y los tiempos de descanso, la limpieza diaria y el cuidado y limpieza de los genitales con el baño diario y el uso de ropa interior limpia diariamente.

Efectos en los hijos.

Alto respeto propio.

Alto niveles de satisfacción en su vida, en su salud, en su familia y en su entorno.

Crece sintiéndose emocionalmente seguros.

Menor probabilidad de rebeldía en los tiempos de la adolescencia o en tiempos de crisis familiares (económicas, cambio de lugar de residencia, etc.)

Sé perciben amados porque saben que son amados

Siguen la moral/religión de los progenitores porque muestran una tendencia a identificarse con las creencias espirituales, religiosas y/o con los principios morales de sus progenitores.

Los vástagos tienen una sensación de tranquilidad, comodidad y se sienten saludables.

Aceptan conversar para la toma de decisiones, se muestran abiertos a escuchar las propuestas, consejos o sugerencias de sus padres o de sus madres

No muestran propensión a identificarse con expresiones de rebeldía en contra de la sociedad.

Permisivo.

Los progenitores con alto involucramiento/amor y bajo en supervisión, muestran un estrés a la sobrevivencia cotidiana y distorsionan la realidad, dándole una exacerbada atención a la prole. Como la jerarquía de autoridad familiar que guía, enseña y pone límites claros, firmes y justos, a los vástagos está invertida o igualada al menor de edad. Los límites son poco claros y casi sin firmeza porque el amor lo resuelve todo. Esta permisividad; dejar hacer en extremo, total libertad sin normas ni límites. (Aguilera et al., 2007).

Lamentablemente, la prole pierde su brújula. En este estilo el padre/madre o cuidador acepta con gran facilidad las demandas de los hijos, no es afirmativo, hace pocas demandas y evita ejercer control. Alto en Involucramiento/Amor y Bajo en Supervisión (Lee, Daniels y Kissinger, 2006). Como mencionamos que la jerarquía de autoridad familiar está invertida o igualada, el menor de edad pierde su guía porque en lugar de tener una figura de autoridad tiene un “cuate” o un amigo no a un adulto que le ponga límites y reglas. El vástago pierde el respeto de dignidad. El padre/la madre tiende a ver a los hijos como trofeos personales y presentan conductas que evidencian que: “vive a través de sus vástagos” son su “basurero emocional” y es la única forma de que los progenitores “se sientan importantes” e incluso empujan a los hijos a tomar decisiones sobre, deportes, arte o roles profesionales porque “eso a mi me hubiera gustado ser” (Barocio, 2014).

Es una familia sobreprotectora a pesar de que la sobreprotección retrasa el desarrollo de las personas. Es una familia amalgamada hacen todas las actividades juntos, impidiendo todo intento de individualidad. Aguilera et al., (2007) menciona que pueden ser también el tipo de parentalidad evitadora de conflicto con muy baja tolerancia a la presión, son personas que no aceptan la existencia de problemas o presión alguna, por lo que simplemente no cumple con las reglas y hasta sabotean su propia autoridad, simplemente porque así suponen que el vástago los amará más.

Son tan amigables y permisivos con la prole que le facilitan el acceso a la información seria, precisa y médico-científica que les permite aproximarse apropiadamente a su sexo-genitalidad y al erotismo. La educación sexual, el inicio de vida sexual activa e incluso los saberes y experiencias en cuanto a sus vínculos interpersonales afectivos, sus aprendizajes sobre el erotismo y sus apreciaciones sobre el género, son aceptables, flexibles y, con amplia tolerancia (Morales y Vázquez, 2014). La educación sexual, está definitivamente en manos de los progenitores que comparten a través de; los libros y los materiales audiovisual que tengan disponibles, en la multimedia lo que probabilizará una baja probabilidad de conductas sexo-genitales de riesgo para la salud.

Modus Operandi.

- No solo no satisface, sino que distorsiona la forma de amar.
- Los progenitores tienen una conducta en la que demuestran que la jerarquía de la autoridad en el hogar se ha invertido.
- Muy sensibles y respetuosos de las necesidades y emociones de los vástagos.

- No se preocupa de enseñar la diferencia entre lo que es aceptado/correcto o legal y tampoco enfatiza lo que no es legal, correcto y/o aceptado en su sociedad.
- Muestran gran interés en que los vástagos desarrollen una estima propia importante.
- La parentalidad es muy permisiva sobre la exploración del cuerpo, el noviazgo e incluso no pone consecuencias sobre los embarazos adolescentes, se muestra gustosa de cuidar amorosamente, ahora de sus nietos y tal vez hasta de los bisnietos.
- No muestra señales de alerta sobre las ITS porque los progenitores con su amor lo resolverán todo.
- Tiene en mente que el amor y su presencia, con su ayuda siempre disponible y hábiles para resolverlo todo.

Efectos en los hijos.

Regulares niveles de autoestima, buena dignidad propia y se perciben asimismo y a su familia con felicidad.

Espera recibir más de lo que se ha ganado y/o merece como fruto de su disciplina, perseverancia o constancia.

Manipula a los padres, madres, cuidadores y a las autoridades con sus propios “encantos”, ya que es un ser humano que ha desarrollado las suficientes habilidades seductoras para sobrevivir.

Tiende a romper reglas porque no le parecen importantes, porque cuando las rompe, nunca pasa nada. Por lo tanto, no asume consecuencias.

Autoritario.

Los progenitores con bajo involucramiento/amor y alto en supervisión. Muestran poco amor y mucho control; alta estimulación intelectual de los hijos que tienen logros académicos importantes; disciplina centrada en el niño/la niña; hay mucho control, intromisión; su especialidad es controlar a través de la culpa y dirección paterna e incluye muchas veces, control extremo y hostilidad, aplicación de normas estrictas, el castigo y las riñas. (Aguilar et al., (2007).

Progenitores/cuidadores enfatizan la obediencia, resta importancia a la colaboración y el diálogo, empleando formas fuertes de castigo. Bajo en Involucramiento/Amor y Alto en Supervisión. Son familias rígidas que no se permiten nuevas reglas ni cambios. Los hijos se rebelan cuando crecen o se someten, perdiendo su voluntad de poderío. Familias inestables, las metas son inseguras o difusas. No se planean ni se especifican con antelación, sino que se improvisan, porque “tiene el poder y lo sabe todo” (Mendoza, Pedroza y Martínez, 2014).

Los progenitores incluso pudieran medir desproporcionadamente sus fuerzas obstaculizando y limitando a su prole en el acceso a la información seria, precisa y médico-científica que les permitiría aproximarse apropiadamente a su sexo-genitalidad y al erotismo. La educación sexual, el inicio de vida sexual activa e incluso los saberes y experiencias en cuanto a sus vínculos interpersonales afectivos, sus aprendizajes sobre el erotismo y sus apreciaciones sobre el género, sería inexistente y, si bien le va, estaría en manos de la educación escolarizada que puedan tener a través de; los libros y los material audiovisual que tenga disponibles, en la multimedia o tal vez en manos de amigos o personas con las que se relacionan en la calle, corriendo aún más riesgos para la conservación de la salud.

Modus Operandi.

- Establecen límites extremos para controlar estrechamente no solo las conductas de su prole, sino también su entorno y las oportunidades para desarrollarse.
- No da orientación hacia el inicio de la vida genital activa. No educa, sino que amenaza sobre la exploración del cuerpo, el noviazgo e incluso pone consecuencias negativas injustas y extremas.
- Muy enfocados/preocupados en la obediencia externa y en el qué dirán los amigos, vecinos, familiares y, la sociedad, etc.
- Son autocráticos. No se acepta el ensayo y el error. Incluso, se penaliza el error con descalificaciones burlonas e hirientes.
- Inflexibles e insensibles.
- La obediencia es más importante que la relación personal y los vínculos afectivos con sus progenitores.
- Exigen obediencia a las reglas sin considerar los sentimientos y opiniones de los hijos independientemente de su edad.
- Toman excesivo tiempo para la enseñanza de lo que SÍ es apropiado y aceptado por ellos e incluso por su grupo social.
- Los progenitores toman las decisiones por ellos porque no confían en su buen juicio, ni en sus habilidades.
- Tienden a usar la fuerza severa y hasta un control semi militarizado.
- Los castigos van acompañados de burlas y humillaciones.

- No son sensibles a las tendencias y características naturales de los niños y mucho menos de sus deseos o necesidades reales.

Efectos en los hijos.

Desafían a la autoridad

Alta probabilidad de consumo de drogas. Muchas veces por rebeldía

Alta probabilidad de tener embarazos adolescentes y conductas de riesgo genito-sexuales y de reproductividad biológica

Conductas ilícitas, ya que muestran una fácil irritación a todo lo que sea autoritario. Mala relación con las personas de autoridad, empezando por sus padres, otros adultos, como maestros, policías, etc.

Mayor probabilidad de cometer actos ilícitos y/o inmorales. En ocasiones, se muestran sumisos y obedientes por lo que con facilidad aceptan fumar, beber alcohol o bien iniciar su consumo de drogas ilegales y conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico

Cuando perciben que pueden tener un poco de control, son autocráticos, vociferan y pueden ser injustos. Muestran alta resistencia y poca habilidad para seguir ordenes.

Rechazan el sistema de valores y la ética de sus padres y de sus madres o cuidadores.

También pueden convertirse en seguidores ejemplares del grupo y ser conformistas

(Aguilar et al., 2007).

Negligente.

Los progenitores bajos en involucramiento/amor y bajos en supervisión. Muestran hostilidad, predominio de la irritabilidad, evaluación negativa y rechazo. Son negligentes, al mismo tiempo le dejan una autonomía extrema, percepción por parte de los hijos de una negligencia al atender a

sus necesidades. Rechazan o descuidan la crianza de los hijos, en la cual el padre/madre o la persona que lo cuida no apoya, no controla ni limita el comportamiento, y está más atento a sus necesidades personales que a los requerimiento y necesidades de los peques (Arraz y Oliva, 2010). Entonces muestran un Bajo en Involucramiento y Bajo en Supervisión y con Cero Control.

Cómo son un padre y una madre ausentes, con este *NO ESTAR AHÍ*, de los progenitores, los vástagos, muestran una mala salud física, inestabilidad afectiva, no se esfuerzan académicamente y su formación espiritual es prácticamente nula (Barcenas, Robles y Díaz-loving, 2013). Se sienten solos y poco importantes, entonces los vástagos se vinculan con personas ajenas a la familia, o con grupos antisociales como, las pandillas en cuyos grupos sí, se sienten acogidos y se motivan para iniciar una vida social delictiva. Muchas veces los noviazgos son prematuros y frecuentes los embarazos no planeados, corriendo riesgos de contagiarse de una ITS (Kotchick, Shaffer, Forehand y Miller, 2001) También pueden ser personas procastinentes.

Los progenitores no toman oportunidades, ni se involucran en actividades que rebasan sus habilidades en tiempo y posibilidades. La educación sexual, el inicio de vida sexual activa e incluso los saberes y experiencias en cuanto a sus vínculos interpersonales afectivos, sus aprendizajes sobre el erotismo y sus apreciaciones sobre el género, estarían, si bien le va, en manos de la educación escolarizada que puedan tener a través de; los libros y los material audiovisual que tenga disponibles, en la multimedia o tal vez en manos de amigos o personas con las que se relacionan en la calle, corriendo aún más riesgos para la conservación de la salud.

Modus Operandi.

- Básicamente, no saben cómo amar y cómo poner límites a su prole.
- En general, están desconectados de la crianza y de su rol educativo.

- Tienden a ser fríos y distantes.
- Su forma de relacionarse es reactiva. Esto es, reaccionan por el impulso del momento independientemente, si es o no adecuado para los hijos.
- No corrigen apropiadamente, lo hacen cuando ya están saturados y en su irritación, reportan que se sienten frustrados.
- No dan orientación hacia el inicio de la vida genital activa. No educa, ni amenaza sobre la exploración del cuerpo, ni habla sobre el noviazgo e incluso ni pone consecuencias negativas injustas y extremas por nada relativo a las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico y tampoco está interesado en saber que riesgo real se encuentran sus vástagos.
- Muestran un estilo de disciplina explosivo e inconsistente.
- Son duros y abusivos cuando pierden el control.
- Se muestran muy preocupados por sus propios asuntos y su vida es más importante.
- Son ególatras y egoístas con sus tiempo, recursos y amor, por lo que resienten la interferencia en su tiempo, metas y vida personal.
- La atmósfera en el hogar dice: “No me molestes, no me importa, estoy ocupado y ... casi, casi tú eres mi estorbo” (Barocio, 2016).

Efectos en los hijos.

No saben cómo amar, ni como expresar sus emociones.

Alta propensión al consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Alta probabilidad de presentar embarazos adolescentes e ITS.

Muestra alta frecuencia y mayor variabilidad en tipos de conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico.

Mayor probabilidad de tener conductas ilícitas.

Pueden volverse pandilleros porque en estos grupos, se siente “comprendidos”.

Muestran baja autoestima e inseguridad.

Se ponen a sí mismos pocas metas y terminan sin cumplirlas, ya que no han aprendido a llevar un programa y diseñar su propia ruta crítica, porque nadie estuvo ahí para enseñarles este tipo de estrategias.

Muestran bajo rendimiento académico.

“Sin estilo parental de crianza” aún definido.

Si bien es cierto que no existe un estilo de educación de los hijos y que los padres y madres de familia pueden tomar por momentos y en ciertas situaciones conductas que definitivamente pertenecen a diferentes estilos. Sin embargo, sí es factible determinar el estilo parental de crianza dominante. Sin embargo, hay padres y madres de familia que definitivamente, en sus puntajes en los instrumentos aplicados, en la presente investigación, para identificar su estilo parental de crianza no encaja en ninguno de los 4 estilos parentales de crianza descritos con anterioridad. Entonces, les hemos denominamos, en el presente escrito, llanamente así; progenitores y progenitoras “sin estilo parental de crianza” aún definido. Esto es, como en los resultados en porcentaje por estilo parental de crianza correlacionados con todas las conductas sexuales de riesgo reproductivo biológico de la presente investigación, los puntajes de ciertos participantes NO encajaron en los 4 estilos parentales de crianza especificados por Baumrind (1974). Dichos puntajes se procesaron como un quinto estilo parental de crianza, porque ese puntaje no encajó en el percentil 75 previamente delimitado, quedaron fuera de los 4 estilos parentales de crianza tradicionales.

Como hemos reiterado a lo largo de este escrito que los estilos parentales de crianza son determinantes en los patrones de competencia y ajuste psico-social de los niños y de los adolescentes. La investigación sistemática para todos y cada uno de dichos determinantes sobre esos patrones de competencia, incluyendo investigación específica, sobre los progenitores sin estilo parental de crianza. Se vuelve imprescindible al menos por dos razones:

- a. Para propiciar y fortalecer las prácticas parentales que favorecen un desarrollo psico-social feliz, eficiente y satisfactorio, armónico, con reglas y consecuencias sensatas para el/la menor dentro de una familia contenta, estable, de trabajo en equipo, con seres humanos que toman decisiones racionales. Esto beneficia, a su vez a una sociedad, a un país, por supuesto que también a un mundo globalizado y,
- b. Eliminar los patrones interrelacionados de creencias irracionales; desamor, bullying familiar, prácticas injustas, de malos manejos y malentendidos que provocan personas inconformes, desajustadas, incompetentes, inadaptadas y/o delincuentes, tal vez hasta enfermizas.

Probablemente, favorecen la ocurrencia de las conductas sexo-genitales de riesgo (acciones que exponen la salud sexual y la salud reproductiva) como son; las relaciones sexo-genitales sin protección, la violencia en el noviazgo, los embarazos no deseados en adolescentes, el alto contagio de ITS o el VPH precursor de varios de los cánceres reproductivos y los asociados a las prácticas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico que ponen en riesgo severo la salud en general, i.e. relaciones sexo-genitales sin protección con diferentes parejas, simultáneas y múltiples, relaciones ano-genitales, sexo oral sin protección, combinación de alcohol, drogas y sexo inseguro, etc.

Modus Operandi.

- 🌈 Es una combinación de los estilos ya descritos. Una mezcla que requiere ser evaluada.

Consecuencias para los hijos.

- 🌈 Es necesario hacer investigación específica que nos dé cuenta de dichos efectos.

5.6 Extrapolamos que la Educación Sexo-Genital por estilo parental de crianza, se da en el siguiente tenor:

Autorizativo: Como es común en este estilo parental de crianza, la jerarquía de autoridad en la familia está claramente delimitada, se sabe en el núcleo familiar que es la decisión con responsabilidad de cada miembro el inicio de vida sexo-genital activa. Los progenitores son solo la importante guía dando orientación precisa, científica, sin amenazas y si de “buen corazón” para que cada uno decida cuándo, cómo, dónde y con quién iniciar su vida sexo-genital activa. En general, este tipo de vástagos, se comportan con madurez emocional y firmeza de voluntad, para cuidar su salud reproductiva biológica. Moral de la Rubia y Garza (2016) reportan que la actividad de diálogo de la madre fue significativamente mayor en los participantes que no han tenido relaciones sexuales, que en los participantes que han tenido relaciones sexuales. Los autores anteriores encontraron que el promedio del número de personas con las cuales se tubo genitalidad, que no se usó métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, fue menor en los participantes que reportaban un estilo autorizativo. Se deduce que el diálogo materno opera positivamente en la medida que no se percibe a las madres hostiles, esto es; no ejercen una coerción física, sino al contrario, se percibe a los progenitores como comprensivos, preocupados y que dan espacio para la individualización del adolescente (Kincaid et al., 2012; Sánchez et al., 2010, citados en Moral de la Rubia y Garza, 2018). Picalla y Vallejo (2016) afirman que una mejor comunicación corrobora que la relación significativa y la relación padre-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y deben ser promovidos.

Permisivo: Como la jerarquía de autoridad familiar que guía, enseña y pone límites claros, firmes y justos, a los vástagos está invertida o igualada al menor de edad. La figura de autoridad es un “cuate” o un amigo. Este adulto tal vez hasta ponga las condiciones fáciles para que se inicie la genitalidad. Dejándoles las llaves del auto, la casa disponible, no verificando la hora de llegada a casa después de una fiesta, porque permite que el amor se exprese en toda su extensión. La comunicación es tan buena que incluso “festejará” el inicio temprano de dicha vida sexual activa. Arropará con gran alegría el embarazo prematuro y se convertirán en los cuidadores principales de su nieto y qué ¡VIVA EL AMOR! Sin escándalos, sin reprimendas, la permisividad es tan complaciente que se alegran de que ya sea tan explorador. Propiciando así un siguiente embarazo siendo aún adolescente. Moral de la Rubia y Garza (2018) reportan que la prohibición de la madre no siempre resultó un factor protector para no iniciar su vida sexual activa en adolescentes. Igualmente, estos mismos autores, encontraron que el promedio de número de personas con las cuales se tuvo genitalidad sin el uso de métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales fue mayor en los participantes que reportaban un estilo permisivo en sus madres y que hay una correlación entre el afecto materno y la edad de inicio temprano de las relaciones sexo-genitales.

Igualmente, Moral de la Rubia y Garza (2018) encontraron que sobre la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos fue mayor con un estilo parental de crianza sobreprotector/permisivo. El afecto materno actuó como un factor de riesgo de inicio temprano (antes de los 16 años) de las relaciones sexuales con coito cuando se esperaría que fuese protector (Andrade, Betancourt y Palacios, 2006 Citados en Moral de la Rubia y Garza, 2018). Por su parte, Oliva (2006) en su estudio “Relaciones familiares y desarrollo adolescente en

España” informó que el afecto da una enorme continuidad en las relaciones parento-filiales durante la infancia y la adolescencia, ya que aquellos pequeños que sostienen intercambios cálidos y afectuosos con sus padres son quienes mantiene una relación más estrecha cuando llegan a la adolescencia.

Autoritario: Con una visión pecaminosa, irrespetuosa y descalifica al Holón del Erotismo, las expresiones naturales sexo-genitales de curiosidad, son severamente descalificadas, en un ambiente de “cochinada” son consideradas vergonzosas con amenazas de castigos si es que se vuelven a presentar. Las expresiones de amor romántico son consideradas como una ridiculez y es objeto de burlas sarcásticas. Si hubiera desobediencia en la prohibición de no tocamientos, no erotismo, no genitalidad. Esta desobediencia es castigada con severidad. Barocio (2015) menciona que los progenitores usan en exceso los castigos, el drama y son ásperas las consecuencias negativas, el bullying y la ira, se aplican inmediatamente. La prole presentará mayores probabilidades de tener relaciones amorosas, en cualquier etapa de la vida e incluso en cualquier condición legal, dado que hay un esquema mental del tipo: *“me han limitado e incluso sometido, que bien vale la pena liberarse”*. Moral de la Rubia y Garza (2018) concluyeron que la prohibición pudiera ser considerada como un como “factor protector”, aunque no siempre funciona como tal. Scott, Plunkett, Mayra y Bamaca-Gómez (2003, citados en Moral de la Rubia y Garza, 2016) reportan, que en un estudio con inmigrantes mexicanos y caucásicos estadounidenses, concluyen que el autoritarismo entre los católicos (religión dominante entre los inmigrantes mexicanos) fue más acentuado que el de los evangelistas (religión dominante entre los caucásicos estadounidenses). Asimismo, Díaz-Guerrero (2003) señala que la rigidez en la crianza forma parte de una cultura autoritaria con ideología católica conservadora que sigue dominando en México. Raya, Pino y Herruzo (2009 citado en Delgado, Chavez, Rodríguez,

Macías y Klein-Caballero (2017) realizaron una investigación para analizar el estilo parental de crianza y su relación con la conducta agresiva en escolares, con sus respectivos padres y madres. Se observó que las puntuaciones altas en la autonomía de la madre, sumando a puntuaciones bajas respecto a la satisfacción de la crianza en los padres, aunado al compromiso del padre y disciplina entre el padre y la madre, influyen de manera significativa en la obtención de puntuaciones altas en agresividad en los hijos. Moral de la Rubia y Garza (2016) también, reportan que adolescentes sexualmente activos de nivel secundaria con coerción física considerable de ambos padres actuó como un factor de riesgo para iniciar su vida sexual activa durante sus estudios de nivel secundaria. Sin embargo, sobre la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas con las cuales se ha tenido relaciones sexo-genitales sin uso de métodos anticonceptivos; el estilo autoritario funcionó como “protector” frente al negligente, esto es, un estilo educativo parental autoritario se correlacionó con una frecuencia menor de parejas sexuales y un mayor uso de métodos anticonceptivos en comparación con el estilo educativo parental negligente que “favorece” el tener mayor número de parejas sexuales y menor uso de métodos anticonceptivos. Delgado, Chavez, Rodríguez, Macías y Klein-Caballero (2017) señalaron que las interacciones coercitivas, los castigos físicos, las acciones punitivas, tales como, la disciplina extrema y el abuso físico propicia el comportamiento violento escolar, ya que éste, depende de una educación familiar carente de afecto y de diálogo. Cabe destacar que estos autores, encontraron una actividad que es exclusiva de la crianza de los intimidadores fue la percepción de deficiencia parental en la resolución de los problemas de la casa con la colaboración de todos; esta deficiencia pone el acento en las habilidades de negociación, colaboración y resolución de problemas de los padres, por lo cual, no pueden transmitir a los hijos

esta habilidad, situación evidente cuando de intimidación se trata. Extrapolando esta información se tendrían adolescentes violentos en el noviazgo.

Negligente: La ausencia de la(s) figura(s) de autoridad en el hogar hacen que los vástagos se vinculen con personas ajenas a la familia, en manos de amigos o personas con las que se relacionan en la calle, corriendo aún más riesgos para la conservación de la salud. La prole presentará mayor probabilidad de tener relaciones sexo-genitales de riesgo, en las que pretenden ser amorosos, o tal vez tendrán la ilusión del enamoramiento, por su extrema necesidad de vinculación interpersonal afectiva, en cualquier etapa de la vida e incluso en cualquier condición legal, dado que ahora si tienen a alguien en su vida y para su vida, podrían incluso aceptar aproximaciones homosexuales a cambio de compañía y afecto. Moral de la Rubia y Garza (2016) reportan que el promedio de uso de métodos anticonceptivos fue mayor en los participantes que reportaban un estilo autoritario en sus madres, en comparación con aquellos participantes que reportaron un estilo sobreprotector o negligente. También, encontraron que el promedio del número de personas con las cuales no se usó métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales fue mayor en los participantes que reportaban un estilo negligente en sus madres. Estos autores mencionan que sobre la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas con las cuales se ha tenido relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos fue mayor con un estilo parental de crianza negligente.

Conclusión.

Se definió los niveles de abstracción de los tradicionales estilos de crianza y se adoptó el término estilos parentales de crianza. Por su parte, Aguilar (2014, citado en Picalla y Vallejo, 2016) resalta en su estudio sobre el “funcionamiento familiar y su relación con las conductas de riesgo en adolescentes del nivel secundario”, los adolescentes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales ya habían iniciado su actividad sexo-genital activa. Por su parte, Moral de la Rubia y Garza (2018) concluyeron que el estilo parental de crianza que los adolescentes percibieron con más frecuencia fue el Autorizativo, seguido del Permisivo, sobreprotector. No obstante, el estilo negligente también estuvo presente. En este mismo estudio, se encontró que los padres, se les percibe más permisivos y a las madres más sobreprotectoras. El factor de demanda/exigencia resaltó más en los padres que en las madres.

Por último, considerando que la coerción física, la prohibición, la falta de afecto de los estilos Autoritario y Negligente, así como el amor incondicional del estilo Permisivo favorecen mayores conductas de riesgo y no solo las sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, entre los adolescentes sexualmente activos, sino también, las que ha continuación se agregan, según Marín-Cañado y Garrido (2017) y la OPS (2000):

- Consumo de drogas legales e ilegales: Las legales; especialmente alcohol, tabaco y marihuana, en algunos estados de los EEUU y las ilegales; cocaína, opio, LSD, etc. El contacto de los adolescentes con las drogas aparece cada vez a edades más tempranas. El tabaco es la sustancia con la que tienen un contacto más precoz, situándose la edad media de inicio al consumo entre los 13 y 20 años de edad. Le sigue, el alcohol de los 13 y hasta los 70 años. Concretamente, el abuso de alcohol en la adolescencia se relaciona con problemas de salud, ITS, fracaso escolar, sexo-genitalidad no planificada,

embarazos adolescentes, con problemas legales, alteraciones afectivas e inicio de consumo de otras drogas en combinación con la genitalidad.

- Relaciones sexo-genitales precoces y sin medidas de protección: La mayoría de las personas inician su vida sexual durante la adolescencia. El número de abortos en esta etapa supera los 2.5 millones. Este incremento parece estar relacionado con una iniciación sexo-genital más precoz, con un mayor número de parejas sexuales y el **no** uso del preservativo/condón, como medida básica de las ITS, tampoco usan otras medidas anticonceptivas.
- Trastornos de la alimentación: La aparición de trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosas es mayor en la adolescencia dada la magnitud de los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada a la preocupación por el culto a la belleza. Estos trastornos se suman a conductas de riesgo como el suicidio, las auto-lesiones y problemas graves de salud que pueden generar daños corporales no reversibles (amputaciones de extremidades, o lesiones gastrofaríngeas, etc.) que deterioran irremediablemente la calidad de vida e incluso podrían provocar la muerte.
- Conducta Antisocial: Los menores que manifiestan conductas antisociales se caracterizan, en general, por presentar conductas agresivas repetitivas, robos, provocación de incendios, vandalismo y, en general un quebrantamiento de las normas. Cuando los niños se convierten en adolescentes y adultos, sus problemas suelen continuar en forma de conducta criminal, promiscuidad sexo-genital, ITS, abortos, alcoholismo, alteraciones psicológicas graves, dificultades de adaptación manifiestas en el trabajo, con la familia y con problemas interpersonales, entre otros.

🌈 Abandono de los estudios: El fracaso y el absentismo escolar roban a muchos adolescentes sus posibilidades de crecimiento personal y social. El fracaso escolar incrementa la posibilidad de sufrir algún daño o de cometer conductas infractoras como: consumir tóxicos, sufrir accidentes, incluyendo los automovilísticos, por exceso de velocidad, la depresión, asociarse con pares que presentan conductas disruptivas, antisociales o violentas, usar inadecuadamente las redes sociales, llevar a cabo prácticas sexuales sin protección, etc.

Bahamón, Vianchá y Lobos (2014) refieren que factores de diferente naturaleza, como los ya descritos y los que se mencionan a continuación, pueden aumentar la posibilidad de ocurrencia de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, tales como:

Los de índole personal; edad de la menarquia, deseo de independencia, ignorancia de su anatomía y fisiología, desconocimiento de métodos preventivos, soledad y baja autoestima, embarazo adolescente, uso y abuso de drogas, etc. Los de índole familiar; inestabilidad familiar, padre o madre con enfermedad crónica, ejemplo familiar de embarazo adolescente, familias uniparentales, divorcios, madres solteras, falta de comunicación entre padres e hijos, etc. Los de índole social; liberación de costumbres limitantes, estrato social de menos recursos económicos; presión grupal, pandillas, presiones de la pareja, carencia de oportunidades reales, influencia de los medios de comunicación masiva social, la multimedia y las redes sociales, falta de políticas coherentes para eliminar la ocurrencia de estas conductas de alto riesgo para la conservación de la salud, abuso sexo-genital, prostitución y pornografía en adolescentes. La experiencia europea sugiere la importancia de otros dos factores: La educación sexual inadecuada y, la falta de acceso a servicios de planificación familiar, etc.

Capítulo 6

Investigación

Justificación.

La presente investigación es pertinente con los planes y programas de estudio de la Maestría en Psicología Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ya que da cuenta sobre las actitudes, que se gestan en las interacciones entre los individuos y su sistema familiar, así como los medios usados en tales interacciones, que ocurren en diversos escenarios educativos formales y no formales.

La investigación en el campo de los estilos parentales de crianza correlacionado con las conductas sexo-genitales de riesgo en la reproductividad biológica, es esencial para entender los procesos de desarrollo y diseño de programas educativos y para la promoción la salud, con base a las características de los educandos y su contexto sociocultural.

En cuanto a los escenarios educativos, la crianza recibida en la familia se ha tipificado y estudiado e investigado por más de 60 años, definiéndose a los estilos parentales de crianza como el conjunto de constelaciones, de actitudes, conductas y de toma de decisiones hacia los hijos e hijas, creando el clima emocional en el que los padres, las madres e hijas e hijos interactúan. Según la investigación de Aguilar et al.,(2007), Eisenberg et al., (2003), Exxebania (2009), Gottman (1968), Jimenez (2010), Lee et al., (2006), Rena, Abedalaziz y Leng (2013) entre otros, apuntan que la aportaciones y la utilidad de la investigación sobre los estilos parentales de crianza ha contribuido ampliamente a dimensionar y comprender el proceso de socialización que los padres imprimen en sus hijos e hijas dentro de un contexto socioeconómico determinado.

El contenido y el impacto entre los estilos parentales de crianza están influenciados por los valores dominantes en cada cultura y por los eventos político-económicos que propician cambios socioculturales.

La investigación sobre los estilos parentales de crianza ha conformado: Un marco conceptual sólido que ha permitido generalizaciones válidas en diversos grupos etarios.

- Cubre el hueco en la investigación en el que sólo se había dedicado a los fundamentos, al desarrollo y a la aplicación de programas y estrategias para capacitar a los padres y a las madres de familia, en la creación y el establecimiento de condiciones educativas más adecuadas en el hogar.
- Analiza profundamente los factores familiares y especialmente los estilos parentales de crianza de los progenitores/cuidadores que provocan; individuos funcionales o no, con disfunciones y desajustes de desarrollo socioafectivo en los pequeños y los adolescentes, que matiza su adaptación productiva al sistema social.
- Da una orientación más exacta para proponer programas de intervención preventiva para los padres y las madres de familia, entre muchas otras aportaciones.
- Facilita continuar la investigación sobre el impacto de dichos estilos parentales de crianza en una amplia diversidad de problemáticas psicológicas que van desde los trastornos alimenticios pasando por ataques de ansiedad, sexo inseguro, embarazo adolescente no deseado la inadaptación social, terminando con la depresión, los intentos de suicidio y el suicidio mismo.

Conductas Sexo-Genitales de Riesgo para la Reproducción Biológica (CSGRRB).

En cuanto a la promoción de la salud anotamos que la salud sexo-genital del ser humano, no solo incluye la eliminación del embarazo adolescente no deseado, sino también aborda específicamente las conductas de riesgo sexo-genitales de reproductividad biológica; que se dan en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir un daño en la salud en general y en la sexo-genital, específicamente, ya que al adquirir una ITS como pudiera ser una Clamidia; Sífilis; Hepatitis B, C o D; tal vez un VIH-SIDA (Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida y el adquirir el Síndrome) o bien un VPH (Virus de Papiloma Humano. Actualmente, las conductas de riesgo sexo-genitales de reproductividad biológica son un problema de salud pública mundial. El panorama mexicano es muy similar al de los países occidentales, incluyendo a los EEUU donde los embarazos entre adolescentes es una constante, según publicaciones de la CDC, en la Cd., de Nevada, en el condado de Collin. Texas, el embarazo adolescente está entre las primeras diez posiciones a nivel nacional en los EEUU (Arrollo, 2015).

Cabe aclarar que si bien es cierto que todas las conductas, a las que tradicionalmente se les había conceptualizado como conductas sexuales de riesgo reproductivo, se refería exclusivamente a la genitalidad y a la reproducción biológica Sin embargo, con la visión sistémica-integral y holística-holónica de la sexualidad humana de Rubio (1994) en realidad las conductas sexuales de riesgo, serian *todas aquellas conductas que pongan en peligro el libre desarrollo de las potencialidades de los 4 holones de la sexualidad humana (Reproductividad, Vínculos Interpersonales Afectivos, Género y Erotismo).*

Se puede definir a las conductas sexuales de riesgo como toda conducta sexual que se da en una situación que aumenta la probabilidad de sufrir un daño en la salud sexo-genital, ya

sea adquirir una ITS y/o sufrir un embarazo no deseado (Cabral y Cabral, 2010). También se define a la conducta sexo-genital de riesgo (biológico— anotación personal—) como toda conducta sexual que daña la salud, así como también aumenta la probabilidad de adquirir una ITS, de sufrir un embarazo no deseado o quedar estéril e incluso se ha concluido que ser sexualmente activo durante la adolescencia es un factor de riesgo por la alta frecuencia de conductas de riesgo reproductivo (biológico— anotación personal—) en esa edad (Moral de la Rubia y Garza, 2016). Kotchick, et al., (2001) señalaron tres grandes factores familiares críticos para la emisión de conductas de riesgo reproductivo (biológico— anotación personal—) en adolescentes; a. El tipo de familia (estructural): familias mono-parentales b. Económico-social: bajo estrato socioeconómico, vivir en hacinamiento o pobreza y, c. El proceso educativo (procesual): grado de monitoreo y comunicación de los padres/madres hacia los adolescentes. En sus resultados pareció que los estilos parentales no se asocian con las conductas de riesgo reproductivo en adolescentes, pero sí las actividades parentales específicas.

Huebner y Howell (2003) observaron que el monitoreo es la actividad parental más efectiva para reducir las conductas de riesgo reproductivo en los hijos, pero no encontraron asociación de la comunicación entre padres e hijos, ni del estilo parental con las conductas sexo genital de riesgo (biológico— anotación personal—) de los hijos.

Los adolescentes que presentaron menos conductas sexuales de riesgo fueron los que tenían actividades familiares regulares (comer juntos, viajar juntos, pasar tiempo libre juntos, incluyendo los fines de semana) y reportaban menos negatividad, violencia, desinterés e incomprensión, del estilo parental.

McKee (2012) señaló que el monitoreo parental, la conexión emocional y calidez de los padres/madres son conductas parentales importantes para prevenir conductas sexuales riesgosas para la reproducción (biológica —anotación personal—) en las adolescentes mujeres. También los adolescentes que tenían actividades familiares regulares y reportaban menos negatividad; violencia, desinterés e incompreensión, en el estilo parental emitían menos conductas sexuales de riesgo.

Sánchez, Grogan-Kaylor, Castillo, Caballero y Delva (2010) hallaron que los adolescentes con menos relaciones con sus padres/madres, con poco monitoreo y control por parte de ellos, tenían mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales y las denominadas conductas de riesgo reproductivo.

Por su parte, González, Pedroza y Martínez (2014) reportan que sí, se ha establecido una clara relación entre el estilo parentales de crianza que utilizan los padres y la tendencia del menor de edad a desempeñar un rol de víctima, de acosador/victimario, de espectador e incluso un doble rol; víctima/victimario. Igual, la sobreprotección se encuentra estrechamente vinculada con el papel de víctima. Asimismo, la supervisión infrecuente de los pequeños, juntamente con las prácticas parentales de crianza autoritarias, negligentes y punitivas, están vinculadas con la gestación de victimaria/acosador.

Asimismo, observaron que una mayor inclinación de las madres hacia el estilo sobreprotector y de los padres hacia el estilo permisivo si resultó significativa en la alta frecuencia de conductas sexuales de riesgo reproductivo.

En la investigación psicológica, se plantea el principio de que los diferentes estilos educativos parentales influyen profundamente de diversas maneras a los vástagos, desde su

infancia pasando por la adolescencia (Bandura, 1977; 1986; 2001). Esta influencia positiva o negativa, muchas veces continúa en la edad adulta y desafortunadamente hasta la vejez del individuo, por tanto, estos patrones de educación ejercen una influencia altamente consistente y heterogénea. La influencia de los estilos parentales de crianza, en gran medida, depende de la carga emocional que contengan y de los aspectos político-económicos e histórico-sociales vividos durante los procesos de crianza y su proceso educativo. Así mismo, los adolescentes empiezan a juzgar sus propias acciones según el grado de ajuste a sus estándares de vida y, a sus creencias, de forma tal, que los cambios se orientan, en el mejor de los casos, hacia el control interno del propio comportamiento (Bandura, 1995; 2002).

Es un acuerdo entre expertos, que los estilos parentales de crianza se ven influenciados ampliamente, por su contexto sociocultural, la educación de los padres, su nivel económico e incluso su carga laboral y emocional (Baumrind, 1968 citado en Aguilar, et al., (2007).

Planteamiento del Problema.

Dado que los estilos parentales de crianza son determinantes en los patrones de competencia y ajuste psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. La investigación sistemática para todos y cada uno de dichos determinantes sobre esos patrones de competencia, se vuelve imprescindible al menos por dos razones:

A. Para propiciar y fortalecer las prácticas parentales que favorecen un desarrollo psicosocial eficiente y satisfactorio, armónico, con reglas y consecuencias sensatas para el menor, dentro de la familia, esto beneficia, a su vez, a una sociedad, a un país y también a un mundo globalizado y;

B. Eliminar los patrones interrelacionados de creencias irracionales, desamor, bullying familiar, prácticas injustas, de malos manejos y malentendidos que provocan individuos inconformes, desajustados, incompetentes, delincuentes o enfermizos, tal vez que hasta favorecen la ocurrencia de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico (acciones que exponen la salud en general y en lo particular la salud sexo-genital y la salud de reproducción biológica). Dichas conductas de alto riesgo son; las relaciones sexo-genitales sin protección, la violencia en el noviazgo, los embarazos no deseados en adolescentes, el alto contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), conductas de riesgo para los cánceres de reproductividad biológica y los asociados a las prácticas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico i.e. relaciones sexo-genitales sin protección con diferentes parejas, simultáneas y múltiples, sexo-anal, sexo-bucal, sexo buco-anal, sin protección, alcohol, drogas y sexo-genital inseguro, abortos clandestinos, o no, etc.

Dado que en el mundo el 33% de las enfermedades que se presentan en la edad adulta y el 60% de las causas de muerte de los adultos están asociadas con conductas de riesgo iniciadas en la adolescencia, entre las que destacan el tabaquismo, el consumo de alcohol y las prácticas sexo-genitales inseguras mencionado en el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes/MAISSRA (2016). Es apremiante hacer investigación que permita echarle una mirada no solo al adolescente, sino a la percepción de nuestra propia adolescencia y de cómo criamos a la prole.

En la presente investigación solo se evaluaron aquellas conductas de riesgo que tienen que ver exclusivamente con la reproducción biológica y sí, meramente de genitalidad. Conductas sexo-genitales que presentan altos contagios de ITS, de embarazos adolescente y en las que se propicia la combinación de relaciones sexo-genitales con el consumo de

drogas legales e ilegales, con esta acotación básica importante. Los resultados son relevantes para la comprensión de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico de migrantes mexicanos nacidos en territorio mexicano y de los Mexico-Americanos ambos viviendo en los EEUU. Las cifras de éstos quedan así:

Mapa 1; Ubicación del estado de Wisconsin en los EEUU (en color rojo)



Entre los años de 2012 al 2016 el diagnóstico de

VIH-SIDA se mantuvo estable entre los latinos

viviendo en los EEUU, específicamente en la

ciudad de Milwaukee, Wisconsin (ver mapas 1 y 2)

no obstante, la cantidad anual de latinos viviendo en

los EEUU, que recibieron un diagnóstico de VIH-

SIDA aumentó en 2017 así: Personas con pene, en un

total de 36% dividido así; heterosexuales el 24% En un 12% para aquellas personas con preferencia bi y homosexual, también, este grupo ocupó el segundo lugar en consumo de drogas inyectadas con su diagnóstico de VIH-SIDA.

Mapa 2; Ubicación de la Cd. de Milwaukee en el estado de Wisconsin



Para las mujeres de origen latino, en ese mismo año aumentó en un 11% Distribuido así; un 8% con práctica sexual heterosexual y con consumo de drogas inyectadas un 3% El número

de personas con nuevas infecciones de VIH-SIDA hasta ese 2017 en total fueron 16,009 divididas de la siguiente manera para personas con pene 7,439 para personas con vulva 1,058 Se aclara que en la publicación consultada no se reportó resultados para la actividad sexual de lesbianas. La edad más frecuente de casos nuevos de VIH-SIDA corresponde al rango de 25 a 35 años de edad y le sigue el rango de edad de 13 a 24 años (Centers for Disease Control and Prevention Control/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, 2018). Las estadísticas anteriores son válidas para los EEUU, que incluye a: los 50 Estados de los EEUU, el Distrito de Columbia y sus 6 áreas dependientes, a saber; La Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico, la República de Palau y las Islas Vírgenes de los EEUU.

Asimismo, el Virus de Papiloma Humano Genital (VPHg) y sus cánceres asociados como son; en el cuello uterino (el más frecuente), el de la vulva, vagina, pene, ano y los orofaríngeos (cánceres en la parte posterior de la garganta, la lengua, laringe y faringe). Con este tipo de ITS en los EEUU, se presentan cerca de 42,700 casos de cánceres asociados al VPHg anualmente.

Las conductas sexo-genitales sin protección y la falta de técnicas correctas de estimulación y, colocación correcta de los condones para las personas con pene y para las personas con vulva. Se podrían infectar otras partes del cuerpo humano, como es el caso de la Clamidia que además de infectar a los genitales también, llega, además, a la boca, a los labios, a la garganta y, también a los ojos. Se sugiere hacer una búsqueda en la web para dimensionar visual e ilustrativamente la afección física de las ITS no solo en los genitales, sino en las estructuras internas para la reproducción biológica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) existen poco más de 30 virus, bacterias y

parásitos reconocidos que pueden transmitirse a partir de prácticas sexo-genitales inseguras entre una persona infectada a otra no infectada. Dada, esta amplia variedad de elementos infecciosos, destacan 9 por su alta prevalencia, en el territorio de los EEUU, a saber: Parásitos, Clamidia, Gonorrea, Sífilis, Tricomoniasis, Herpes, Hepatitis A, B y C, el VPH y VIH-Sida. Las ITS causadas por bacterias y parásitos son curables. Las infecciones causadas por virus son tratables pero incurables. Señalamos que, gracias al avance tecnológico, a la creatividad de 3 jóvenes ingleses futuristas y, a su deseo de salvar vidas, han creado un condón que se ilumina cuando se esta en contacto con, por el momento, de ciertas ITS (Clamidia, Sífilis, Gonorrea y el tan popular y lastimoso, por su propensión a los cánceres reproductivos biológicos el VPH). Se ha difundido que, en breve, la población inglesa, se beneficiaría del CONDÓN-SEMÁFORO, el cual, es capaz de: Primero; detectar si se está en el momento de tener una relación sexo-genital, en contacto con cierta ITS. Por lo que, cuando se esté en contacto con los fluidos vaginales y/o fluidos seminales, ocurrirá la misma reacción. Segundo; se pondrá de un color determinado con base en el tipo de ITS en la que se está ya en contacto, o séase, sí la persona con pene ya está contagiada, entonces cuando se coloca el condón, éste se iluminará de un color determinado. Lo que indicará a su pareja que ¡OJO, ya hay ITS! Este condón-ITS luminoso, aún, no está en el mercado. El color del **condón semáforo** para cada ITS que tienen un condón-semáforo, por el momento, esto es, para las ITS que detecta son; Clamidia se colorea de Verde, Herpes se colorea de Amarillo y es Sífilis se colorea de Azul; (LGBT-Closet, 2019).

Indagar sobre las conductas sexuales de riesgo genito-sexual reproductivo biológico, es pertinente dentro del contexto internacional denominado la era política Trump que da un contexto social estadounidense particular, al migrante ilegal e incluso al legal con un

intenso proceso adaptativo y con la condición legal para abortar/interrupción voluntaria del embarazo, ya que puede operar como un factor relevante en la visualización y puesta en práctica de acciones simples que detonen procesos de cambio cultural en pro de la toma de decisiones inteligentes para la conservación de la salud, en un país con una cultura que de entrada, al migrante, le son ajenos. Conviene identificar, incluso la frecuencia de dichas conductas genito-sexuales de riesgo reproductivo biológico, que acota una perspectiva social en su expresión internacional y que ocurren en el extranjero. Con base en los recursos materiales, económicos y de tiempo disponibles fue viable aplicar un cuestionario de 104 preguntas a más de 170 individuos adultos mexicanos y México-Americanos que vivían en Milwaukee, Wisconsin en los EEUU, en el momento de la investigación.

Por último, se anota que a través del estudio de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico antes mencionadas. Considerando que eventualmente la población migrante regresa a su país de origen, con sus ITS o libres de ellas, que influye y retroalimenta no solo la salud, sino también las prácticas de riesgo genital-reproductivo de los posibles repatriados/deportados que lleguen a territorio nacional, contagiados de una ITS. Las conductas de riesgo que nos ocupan aquí son las conductas genito-sexuales de riesgo para la reproducción biológica (CSGRBB) de los mexicanos y México-Americanos viviendo aún en los EEUU.

Método.

Objetivo General: Identificar el estilo parental de crianza de adultos, en población migrante de México a los EEUU y de México-Americana viviendo en la Cd. de Milwaukee, Wisconsin en los EEUU y compararlos con la presencia y la frecuencia de las conductas sexo-genitales consideradas como de riesgo reproductivo biológico (CSGRRB). Asimismo, obtener y comparar ambas muestras en sus datos sociodemográficos, con la finalidad de identificar las diferencias y similitudes entre ambas poblaciones que nos ilustre el cómo vive cada muestra poblacional.

Objetivos Específicos:

1. Describir la caracterización de las muestras participantes respecto a las variables sociodemográficas y de conductas de riesgo sexo-genital de reproductivo biológico.
2. Determinar diferencias entre la percepción que se tiene sobre los padres, según el estilo parental de crianza percibido.
3. Determinar diferencias entre la percepción que se tiene sobre las madres según el estilo parental de crianza percibido.
4. Determinar la relación entre el estilo parental de crianza y las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico.
5. Determinar diferencias en las conductas sexo genitales de riesgo reproductivo biológico según las variables parentales (estilo y frecuencia de conflicto).

Tipo de Estudio y Diseño: El estudio fue correlacional para identificar la relación entre los estilos parental de crianza y las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico. El diseño fue transversal ya que se hizo una única aplicación en un momento determinado.

Con base en los objetivos planteado se elaboraron las siguientes hipótesis:

Hipótesis Alterna: Existe una correlación entre el estilo de parental crianza percibido y la ocurrencia, en la variabilidad de tipos y la frecuencia de las conductas sexo genitales de riesgo reproductivo biológico (CSGRRB).

Hipótesis Nula: El estilo parental de crianza percibido, NO se correlaciona con la ocurrencia en la variabilidad de tipos, ni con la frecuencia de CSGRRB.

H1 Los participantes con un estilo parental de crianza percibido como Autorizativo y el Permisivo muestran, el menor tipo y la más baja frecuencia y variabilidad de CSGRRB, en comparación con el Autoritario y el Negligente.

H0. Los participantes con un estilo parental de crianza percibido como Autorizativo y el Permisivo No muestran mayor variabilidad de tipos, ni la más alta frecuencia de CSGRRB en comparación con los estilos Autoritario y el Negligente.

Variables de la Investigación

En las tablas 8 y 9 se anotan los tipos de las variables independientes y dependientes de la presente investigación con sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales.

Tabla 8 Definición Conceptual y Operacional de la Variable Independiente de Estudio.

TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variable Independiente	Estilo Parental de Crianza	Es el modo especial de proceder de los padres/cuidadores, son sus pautas, actos, acciones, conductas, creencias y afectos denominadas como estrategias comunes y repetitivas que le da <u>su propio toque personal</u> y distintivo de educar/interactuar con sus hijos.	Puntaje obtenido en cada uno de los estilos parentales de crianza del Cuestionario de Patrones de Autoridad/(CPAP). El estilo parental de crianza se clasifica en Autorizativo, Permisivo, Autoritario o Negligente al convertir en puntaje Z, la puntuación obtenida en cada estilo y luego seleccionando el valor más alto a partir del percentil 75. En los casos en que ningún puntaje Z se ubicó por arriba del percentil 75 se clasificó como estilo parental indefinido.

Tabla 9 Definición Conceptual y Operacional de las Variables Dependiente de Estudio

TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variable Depen. diente	Conducta de Sexo-Genital de Riesgo Repro ductivo Bioló gico	<p>Contacto sexo genital, anal y/o bucal en el que se cumple una, varias o todas las siguientes condiciones de riesgo para la salud:</p> <p>a. Los seres vivos involucrados no usan protección (preservativos para mujeres y hombres);</p> <p>b. Los involucrados no tienen la destreza óptima para la colocación correcta de dichos preservativos o están dañados o caducos;</p>	<p>Respuesta otorgada a cada pregunta de conductas sexo-genitales de riesgo biológico para la reproductividad biológica, en términos de ocurrencia o frecuencia, relativas a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de inicio de la vida sexo-genital activa menor a 20 años de edad. 2. Edad del primer embarazo menor a los 20 años de edad. 3. La primera relación sexo-genital fue forzada. 4. Haber vivido o estar experimentando abuso, agresión e incluso violación(es) sexo-genitales o bucales. 5. Práctica del sexo oral/bucal en una frecuencia que va de siempre a una vez por semana. 6. Práctica del sexo anal en una frecuencia que va de siempre a una vez por semana. 7. Práctica del sexo grupal en una frecuencia que va de siempre a una vez por semana.

	<p>c. En donde los objetos utilizados para dar y recibir placer sexo-genital están faltos de higiene o no son de uso individual;</p> <p>d. Las condiciones físico-medioambientales en las que se da ese contacto sexo genital, anal y/o bucal son insalubres;</p> <p>e. Los seres vivos, los objetos usados que están en contacto con los orificios corporales y/o sus fluidos, ya están contaminados con parásitos,</p>	<p>8. Práctica del sexo con personas del mismo sexo en una frecuencia que va de siempre a una vez por semana.</p> <p>9. Práctica del sexo transexual en una frecuencia que va de siempre a una vez por semana.</p> <p>10. Práctica del sexo-genital en combinación con tabaco y alcohol.</p> <p>11. Práctica del sexo-genital en combinación con marihuana.</p> <p>12. Práctica del sexo-genital en combinación con cocaína.</p> <p>13. Práctica del sexo-genital en combinación con piedra.</p> <p>14. Práctica del sexo-genital en combinación con éxtasis.</p> <p>15. Práctica del sexo-genital en combinación con otra droga.</p> <p>16. Haber tenido contagio de una ITS o tener una ITS.</p> <p>17. Haber sido o estar siendo infiel.</p> <p>18. Haber tenido un embarazo o haber embarazado a una mujer por infidelidad.</p> <p>19. Contagio de una ITS por infidelidad.</p>
--	--	---

	<p>bacterias, hongos y/o virus clasificados como ITS;</p> <p>f. Se tiene múltiples parejas sexuales;</p> <p>g. Se combina los contactos sexo-genitales con sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC).</p>	<p>20. Haber recurrido a la interrupción voluntaria del embarazo (abortos).</p> <p>21. No saber colocar el condón para las personas con pene.</p> <p>22. No saber colocar el condón para las personas con vagina.</p> <p>23. Haber tenido o estar viviendo un cáncer reproductivo biológico.</p> <p>24. No tomar medidas preventivas en contra de las ITS.</p> <p>25. No considerar al uso de los condones respectivos por genital, como una de las mejores medidas para la prevención de las ITS.</p> <p>26. Sentir incomodidad, molestia o malestar ante las preguntas del CuSexgRiesa, en relación con las CSGRRB.</p> <p>27. No tener la necesidad de informar mejor a los hijos sobre los riesgos para la salud y las medidas preventivas para la eliminación de las CSGRRB.</p>
--	--	---

Participantes.

Participaron voluntariamente 180 adultos México-Americanos y/o mexicanos residentes en Milwaukee, con hijos nacidos en cualquiera de los 2 países (México o en los EEUU). Se eliminaron 10 registros porque no estaban completos. Entonces, la cantidad de sujetos definitiva fue de 170 de los cuales participaron: Mujeres 94 Hombres 76

Los Criterios de inclusión de los participantes fueron:

- Cubre el hueco en la investigación Hombres y mujeres adolescentes de 18 a 19 años embarazadas o no, con o sin hijos.
 - Hombres y mujeres adultos de 20 años de edad en adelante, con/sin hijos/embarazadas o no.
 - Personas que fueron hispanoparlantes o bilingües Español-Inglés.
 - Residencia en los EEUU, de por lo menos 6 meses y, que estuvieran viviendo en Milwaukee en el momento de la realización de la investigación.
 - Nacionalidad mexicana y/o de origen México-Americano.
 - Aceptar participar voluntariamente. Cabe mencionar que se les entregó un consentimiento informado en donde se les pedía su autorización para la cesión de derechos fotográficos y de videograbación solo con la finalidad de tener evidencias de la investigación realizada.
- Formaron parte de la muestra, todos aquellos que decidieron participar de manera voluntaria hubieran o no firmado el consentimiento, respetando su derecho al anonimato y en la confidencialidad de su información.

Los Criterios de exclusión de los participantes:

- No ser mexicanos o de origen mexicano
- Adolescentes de 10 a 17 años con o sin embarazos, con o sin progeñie (en los EEUU la mayoría de edad para este tipo de decisiones es a los 18 años de edad).
- No ser hispano hablante o;
- Ser hispano parlante pero que no supieran leer en idioma Español o que no recordaran como leer en el idioma Español.
- Residencia en EEUU con una estadía menor a 6 meses.
- No vivieran en Milwaukee, en el momento del levantamiento de los datos.
- Llenados incompletos menos del 90% de alguno de los instrumentos (la ficha sociodemográfica, o alguno de los 2 cuestionarios y/ o de alguna de las 2 escalas o en todos los instrumentos).
- Rechazo verbal del consentimiento informado con la cesión de derechos de imagen y voz, aunque ya lo hubieran firmado.

Instrumentos.

1. **Consentimiento Informado:** como sujetos participantes y con la cesión de derechos sobre voz e imagen. (Anexo I).
2. **Ficha Sociodemográfica:** Costa de 25 preguntas, divididas en 4 áreas, a saber; Datos Generales (con 7 preguntas); Perfil Laboral (con 6 preguntas); Educación (con 3 preguntas); Familia y Economía (con 4 preguntas); con hijos Adolescentes y Embarazadas. (con 5

preguntas). Se omitieron las preguntas sobre la raza y etnicidad, ya que solo se aplicó a personas mexicanas o de origen mexicano. En lo general, las preguntas versaron sobre; la edad, sexo, orientación sexual, el tipo de familia, nivel socioeconómico, la escolaridad, ocupación, jornada laboral de los evaluados, el número de hijos, sexo y la edad de sus vástagos, la edad en la que tuvieron su primer embarazo, religión y su dominio del idioma Inglés, entre otras, (Anexo II).

3. **Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP)** de Aguilar, Valencia y Sarmiento (2007). El cual fue desarrollado para evaluar los patrones parentales de ambos progenitores (padre y madre) y se ha informado de su confiabilidad y validez. El CPAP, evalúa la interacción parental que perciben los hijos tanto en su relación con el padre como con la madre. Los ítems/preguntas plantean diferentes situaciones propias de la vida y educación familiar a las que el evaluado, debe contestar con base en su percepción. Consta de 29 reactivos distribuidos en cuatro subescalas que evalúan los patrones parentales: Autorizativo, Autoritario, Permisivo y Negligente. Cada ítem fue evaluado en una escala de Likert de 4 puntos, que van de:

1=Totalmente Cierto, hasta; 4=Casi Nunca o Nunca

La subescala Autorizativa contiene 9 ítems con un Alfa de Cronbach para los padres de .81 y una Alfa de Cronbach para las madres de .77 Un ejemplo de reactivo es: “Mi papá/mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta”. La subescala autoritaria consta de 8 ítems, valor Alfa de Cronbach del padre es .74 y el Alfa de Cronbach de la madre .72 Un ejemplo de reactivo es: “Cuando mi papá/mamá me pide que haga algo espera que lo haga inmediatamente y sin hacer preguntas”. La subescala permisiva contiene 5 ítems con Alfa de Cronbach para el padre de .64 y para la madre de .61 Un ejemplo de ítem es: “Mi papá/mamá me

da libertad para actuar y comportarme como yo desee”. La subescala negligente consta de 7 ítems, el Alfa de Cronbach del padre .85 y el Alfa de Cronbach de la madre .76 Un ejemplo: “A mi papá/mamá parece importarle poco lo que suceda”.

4. Escala de Percepción Parental (EsPerPayMa) incluye al padre y a la madre. Esta escala fue desarrollada también por Aguilar, et al., (2007) La cual fue desarrollada para evaluar la percepción de los adolescentes sobre las características positivas y negativas de sus progenitores. Consta de 16 adjetivos de los cuales; ocho adjetivos son positivos y ocho negativos. Cada ítem fue evaluado en una escala de Likert de 5 puntos, que van de:

1=Casi Siempre o Siempre, hasta; 5=Casi Nunca o Nunca

La confiabilidad tiene una consistencia interna Alfa de Cronbach de percepción paterna es =.78 y la de percepción materna es =.77

5. Escala de Conflicto entre Padres-Hij@s (EsConPa-Hi) también de Aguilar, et al., (2007). La cual fue desarrollada para evaluar el grado de conflicto entre los progenitores e hijos. Evalúa la frecuencia de conflictos con los padres en ciertos temas relacionados con: las adicciones, el arreglo personal, la cooperación en los quehaceres del hogar, uso de su tiempo libre, el tiempo que se dedica al estudio y sobre el manejo del dinero. Consta de 12 reactivos. Cada ítem fue evaluado en una escala de Likert de 4 puntos, que van de:

1=No he Tenido Ninguna Bronca hasta; 4=Si he Tenido Muchas Broncas

La confiabilidad tiene una consistencia interna Alfa de Cronbach de percepción paterna es =.78 con un Alfa de Cronbach de percepción materna es =.76

6. **Se elaboró expreso el Cuestionario de Conductas Sexo-Genitales de Riesgo para la Reproductividad Biológica (CuSexgRiesa).** Este cuestionario, fue revisado por dos psicólogos expertos, quienes hicieron observaciones de mejora, mismas que se aplicaron y una vez aprobado se aplicó (Anexo III).

El CuSexgRiesa tiene las siguientes características: Su objetivo es identificar las conductas sexo genitales de riesgo reproductivo biológico (CSGRRB) de una persona hispanoparlante. Cabe señalar, que por razones de género se utilizó la arroba “@” por ejemplo; no se escribió HIJO-HIJA se usó hij@. El CuSexgRiesa también, identificó la edad del participante, su sexo, incluyendo la transexualidad. Igual, se preguntó si el participante pertenece a la comunidad LGBTQ+ La tabla 10 muestra el total de preguntas de cada instrumento.

Tabla 10 TOTAL DE ITEMS DE CADA INSTRUMENTO

No	INSTRUMENTO	ITEMS
1	Ficha del Perfil Sociodemográfico	25
2	CPAP	29
3	EsPerPayMa	16
4	EsConPa-Hi	12
5	CuSexgRisa	22
	Gran Total	104

Materiales.

Para la aplicación de los instrumentos se usaron versiones de papel y lápiz y en forma electrónica, la mayor parte de las aplicaciones fueron usando una computadora portátil o un Iphone/teléfono celular inteligente.

Procedimiento.

1. Se hizo un “piloteo” de los instrumentos como sigue:
2. Se acudió a las instalaciones de UCC (The United Community Center/Centro de la Comunidad Unida) en dónde, se permitió la entrada para hacer una aplicación de los instrumentos, con dichas aplicaciones a personas inscritas a esta institución no lucrativa, todos de habla hispana, viviendo en Milwaukee, Wisconsin en los EEUU. En UCC, se hicieron aproximadamente 25 aplicaciones de la ficha de perfil sociodemográfico y el CuSexgRisa por lo que se logró identificar algunos errores o preguntas no bien formuladas e incluso saltos en la lógica de aplicación, por lo que se hicieron los ajustes que consideramos necesarios. Entonces, se adecuaron; la ficha de perfil sociodemográfico y el CuSexgRisa de una manera más simple y amigable para el/la participante.
3. Se envió dicho cuestionario a un psicólogo experto quien hizo varias sugerencias de mejora, mismas que se aplicaron, paso seguido;
4. Se envió para una segunda y final revisión a una psicóloga experta, quien hizo sus sugerencias de mejora, mismas que se aplicaron. Finalmente, dio su aprobación para correr la investigación. Cabe señalar, que ninguna de esas aplicaciones hechas durante este piloteo se incluyó en los resultados de la investigación y mucho menos en su base de datos.
5. Con el propósito de contar con los sujetos de la investigación, se elaboró una carta de presentación, en ambos idiomas (Inglés - Español) con los objetivos de la presente tesis de maestría y se hizo una presentación de mi persona.

6. Con sólo la presentación de la carta redactada, a las 2 organizaciones que se indican a continuación, se obtuvo su anuencia para aplicar los instrumentos en sus instalaciones, las 2 organizaciones son las de los incisos a y b. Después de acudió a los escenarios detallados en los incisos del c al e.
 - a. Mexican Fiesta. Wisconsin Hispanic Scholarship Foundation, Inc. (Fundación para Becas Hispanas en Wisconsin). Dicha organización nos requirió el pago \$300.00 dólares Americanos como donación para darnos acceso al Pabellón de Servicios Comunitarios. Se nos proporcionó una mesa, un mantel rojo, 4 sillas y permiso para usar la toma de electricidad. Así que durante el evento anual de MEXICAN FIESTA en su edición 2018 durante 2 días se tuvo acceso a población mexicana y de origen México-Americano, viviendo en Milwaukee, Wisconsin en los EEUU, invitándoles a ser nuestros participantes.
 - b. El Sr. Cónsul General del Consulado de México de Wisconsin con sede en Milwaukee, quién amable y desinteresadamente autorizó el acceso a sus instalaciones y la participación voluntaria de los empleados del consulado mexicano, en esta investigación. Asimismo, autorizó el abordar a los ciudadanos mexicanos que estuvieran haciendo algún trámite en dichas instalaciones. Por razones de seguridad, no se tomó ninguna fotografía e incluso a ningún participante en este inmueble se les pidió firmar ningún consentimiento informado.
 - c. También, se usaron 3 grupos pequeños de Facebook que son parte de la comunidad latina en Milwaukee denominados: i. “Mujeres creciendo a sus hijos bilingües”; ii. “Empleadas bilingües de terapia física”; y, iii. Latinas Connect Milwaukee con su directora y fundadora Patty Checa.

- d. Se acudió a locales comerciales y casas habitación de comunidades hispanas de la zona sur de Milwaukee, Wisconsin en los EEUU, que es dónde se concentra la mayor parte de la población mexicana.
- e. Por último, se abordó a mexicanos que estaban en el entrenamiento de fut-bol de sus hijos en parques de la zona hispana (también, en el lado sur de la Cd., de Milwaukee).

- En todos estos escenarios se abordó de la misma manera a todos los participantes. Se les hizo la misma introducción, descrita más adelante.
- Los voluntarios-participantes que cubrieron con los criterios de inclusión antes descritos, con su anuencia, contestaron los instrumentos directamente en una lap-top o teléfono celular, con internet, o impresos. La duración de su participación fue de entre 8 y 45 mins, este tiempo dependió básicamente, de la habilidad del voluntario en el manejo de la computadora y, de su fluidez para leer en idioma Español. El total del tiempo invertido fue en promedio de 15 a 20 mins.
- En la aplicación de los instrumentos en las lap-tops y los teléfonos celulares, se usó la plataforma onlineencuesta.com donde se tuvo acceso a los instrumentos en su formato electrónico.
- Como se contó con 3 lap tops y 2 teléfonos celulares inteligentes, fue posible que 5 voluntarios trabajarán simultáneamente.
- Siempre se tenían disponibles los instrumentos en papel contándose con bolígrafos, por si hubiera alguna eventualidad (falta de conectividad, electricidad, inhabilidad de los participantes, para usar la lap-top, o el teléfono celular inteligente, etc). También, se tuvo disponibles los consentimientos informados y las fichas de datos sociodemográficos. La

duración promedio en medio electrónico fue de 15 mins. Cuando se aplicaron los instrumentos en papel y con bolígrafo, la duración fue de 15 a 45 mins, el promedio fue de 20 mins. En este caso, el tiempo estuvo en función de la habilidad de los participantes para leer en idioma Español.

- Todos los participantes fueron voluntarios, algunos de ellos para acceder a los instrumentos aceptaron leer y firmar el consentimiento informado. Paso seguido contestaron la ficha de datos sociodemográficos y los 2 cuestionarios con las 2 escalas.
- Algunos participantes rechazaron leer y/o firmar el consentimiento informado, pero aceptaron verbalmente los términos y condiciones para participar y lo hicieron amablemente, en todos los casos.
- La gran mayoría no necesitó firmar ningún consentimiento informado, ya que se sintieron más cómodos y seguros solo con la palabra de confidencialidad y anonimato.
- Observado lo anterior, se abordó a los participantes, de la siguiente manera:
- Se hicieron 4 preguntas básicas: Disculpe; ¿Es mexicano/a?; ¿vive en Milwaukee?; ¿tiene más de 6 meses viviendo aquí?; y última, ¿sabe leer en idioma Español? Si la respuesta a estas preguntas era positiva. Se hizo la siguiente introducción:
- *“Buen día, me llamo _____, soy mexicano/a. Yo soy psicólogo/a. Estoy haciendo una investigación, como parte de mi tesis de maestría, para obtener el título de maestra en Psicología Educativa, en la UNAM, en México ¿le gustaría ayudarme? Es completamente anónima y confidencial su participación e información. Se tardaría entre 10 y 20 mins. en contestar un cuestionario que tiene 5 partes. ¿Sería tan gentil de ayudarme, regalándome un poco de su tiempo al contestar los instrumentos, por favor?”*

- Dado el volumen de participantes al mismo tiempo y por razones de seguridad, para cuidar el equipo electrónico, la autora de esta tesis, con otro psicólogo titulado también mexicano aplicaron los instrumentos en la tradicional Mexican Fiesta y en el Consulado de México, antes mencionado. En las otras localidades, sólo participó la autora de la presente tesis.
- Una vez que el/la participante aceptó responder los instrumentos, a todos los participantes, se les explicó el propósito del estudio, se les mostró el cómo contestar los instrumentos en las lap-tops y/o en los teléfonos inteligentes de nuestra propiedad. Se les reiteró que su participación sería anónima y que los datos obtenidos serían completamente confidenciales.
- Algunos participantes aceptaron firmar el consentimiento informado por este voluntariado y cedieron todos los derechos de imagen y sonido.
- En la aplicación de los instrumentos de manera manual, se hizo la misma introducción, se dio la misma explicación. La variante fue que contestaron físicamente los instrumentos y posteriormente, se hizo la captura de sus respuestas en onlineencuestas.com De esta manera todas las repuestas de todos los participantes se compilaron en el mismo sitio web.
- Para los 3 grupos pequeños de Facebook de hispanos viendo en Milwaukee., fueron invitados por correo electrónico, sólo a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, proporcionándoles el enlace de acceso. Cabe señalar, que no todos los invitados, contestaron los instrumentos. Estas aplicaciones por internet ocurrieron en los lugares de trabajo o en los hogares de los participantes. La gran mayoría contestó en su teléfono celular inteligente.
- A ningún participante, se otorgó, ningún tipo de incentivo; ni económico, ni en especie. Solo se les expresó verbalmente, nuestra profunda gratitud por la amabilidad de su participación. Muchas veces fue tan dinámica su participación que, a muchos de ellos, ni siquiera se les

invitó al círculo restaurativo gratuito con fecha posterior a la culminación de la investigación y del presente trabajo. Básicamente, porque ellos se iban rápidamente, solo diciendo “*Sí, Gracias...Adiós*”.

- La aplicación de los instrumentos (los 2 cuestionarios y las 2 escalas) fue en el siguiente orden:

1. Ficha del Perfil Sociodemográfico;
5. Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental (CPAP);
3. Escala de Percepción del Padre y de la Madre (EsPPayMa);
4. Escala de Conflictos entre los Padres-Hijo (EsConPa-Hi);
5. Cuestionario de Conductas Sexo-Genitales de Riesgo para la Reproductividad Biológica (CuSexgRiesa).

- Se señala que, durante toda la aplicación, en la mayor parte de los casos, se estuvo presente a cierta distancia, por si los participantes tuvieran alguna duda de palabras o preguntas, etc. Se garantiza que las respuestas correspondieron a los participantes seleccionados.

- Al final de la aplicación de los instrumentos, a algunos de los participantes, se les invitó a participar, (sin ningún compromiso de aceptación) en un círculo restaurativo con una duración de 2 horas, en el lugar, fecha y horario acomode a sus necesidades en grupos de entre 10 y 30 participantes sobre: Identificación, Manejo y Evitación de las Conductas Sexuales de Riesgos Reproductivos. Enfatizando, las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, durante la adolescencia, la juventud y, en la vida adulta. Esto fue como un servicio gratuito, por haber participado en la presente investigación.

- No obstante, lo anterior, muchos de los participantes rechazaron amablemente este ofrecimiento con respuestas evasivas tales: Un simplemente: “no gracias”; “no estoy interesado”; “déjelo así, gracias”; “en otra ocasión”; “más adelante vemos”, etc.
- El texto usado para leerse vía telefónica y/o enviarlo vía correo electrónico o bien al domicilio de los participantes que proporcionaron sus datos y que no fue posible contactarlos, ni vía telefónica, ni vía electrónica sobre la invitación para el Círculo Restaurativo fue:

“Por este medio, te queremos expresar de nuevo, nuestra profunda gratitud por haber contestado, exactamente 104 preguntas con las que aprendimos sobre las condiciones bajo las cuales viven nuestros compatriotas y de sus prácticas sexuales de riesgo reproductivo para la salud, viviendo en los EEUU. Tu participación fue el año pasado durante la Mexican Fiesta. MIL GRACIAS”. Como lo prometimos, te estamos invitando a un Círculo Restaurativo completamente gratuito, con duración de 2 horas este sábado 14 del presente mes y año, en la biblioteca Mitchell que esta en la 906 W. Historic Mitchell Ave., en la que estaré presente como psicóloga titulada en la UNAM y también soy una exprofesora universitaria de tiempo completo, en la carrera de Psicología de la FES-Iztacala de la UNAM puesto que desempeñé por 13 años.

Abordaremos los siguientes puntos:

1. Bienvenida
2. Presentación de los asistentes
3. Objetivos de la Investigación en la que participaron y los resultados preliminares
4. ¿Qué es un Círculo Restaurativo?
5. Elección por consenso del tema del círculo restaurativo. A elegir uno, entre las siguientes opciones;
 - A. Estilos Parentales de Crianza
 - B. Colocación correcta del condón del hombre
 - C. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
6. CONCLUSIONES y Despedida

Esperamos contar con tu entusiasta participación y que, dicho Círculo Restaurativo, sea de utilidad en tus experiencias de vida. También, habrá bebidas y botanas frías. Todo es completamente gratuito.

Esperamos tu confirmación por este medio, o electrónicamente o vía correo regular.

ATENTAMENTE

Psic. Ángeles Flores

Postulante para la obtención del título de Maestría en Psicología Educativa.”

Los instrumentos se aplicaron en: el Pabellón de Servicios Sociales, de Mexican Fiesta y en los 2 pisos de las oficinas del Consulado General de México de Wisconsin con sede en Milwaukee, en los escritorios del lugar de trabajo, en el cubículo de trabajo, oficina, el salón de actividades generales, salas de junta, comedor, áreas de descanso, en la sala de espera o las terrazas de las casas o bien en espacios abiertos como el parque. Según se nos indicó por las autoridades responsables de la institución hispana contactada o bien en el lugar de reunión de mexicanos y de las personas de origen mexicano.

Análisis de datos:

Para la obtención de frecuencias y la realización de las gráficas se usó un programa Excel. El resto de los análisis, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 18

Los datos se analizaron con las siguientes técnicas estadísticas:

1. ***Distribución de Frecuencias:*** Se calcularon las frecuencias para las CSGRRB y para las variables sociodemográficas, mismas que se presentaron en porcentajes y se hizo una comparación entre las dos muestras participantes.

2. ***Coefficiente de Alfa de Cronbach:*** Se calculó este coeficiente para obtener la confiabilidad de las escalas de las variables parentales (estilos, percepción y conflictos padre-hijo). Igual, porque

no se habían aplicado en muestras de migrantes mexicanos viviendo en Milwaukee. Se considerará que hay una buena confiabilidad, se debe obtener un valor igual o mayor a 0.7

3. **Estadística Descriptiva:** Se calcularon las medidas típicas de tendencia central; la media, la desviación estándar su valor mínimo y el valor máximo para describir las variables parentales.

4. **Análisis de Varianza:** Se empleó para detectar diferencias entre las percepciones parentales y frecuencia de conflictos según el estilo parental. Un valor f con probabilidad menor a 0,05 indica que hay diferencia entre las percepciones o frecuencia de conflictos, según sea el caso

5. **Ji cuadrada / Chi cuadrada** permitió identificar la independencia entre el estilo parental y los reactivos de CuSexgRiesa.

6. **Coefficiente de Contingencia:** Se usó el coeficiente de contingencia para determinar las relaciones entre los estilos parentales de crianza y las CSGRRB.

Las dos pruebas anteriores se aplicaron a cada reactivo.

Para los análisis posteriores solo se seleccionaron aquellos reactivos donde se detectaron diferencias, considerando una significación de 0,05

7. **Análisis de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis:** Se usó para identificar las diferencias entre las CSGRRB según el estilo parentales de crianza.

Resultados.

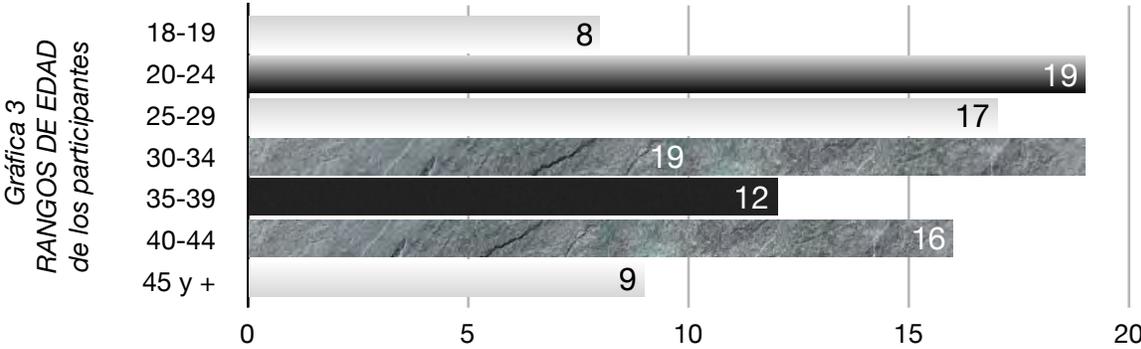
Los participantes fueron personas que se clasificaron mujeres en un 55% y el 45% como hombres Visualizados en porcentajes: Mujeres 55% y Hombres 45% (ver tabla 11 muestra la distribución de los participantes nacidos por país y por sexo.).

Tabla 11 **Distribución por Porcentaje, Género y País**

Participantes	Porcentaje por país	HOMBRES	MUJERES	Porcentaje de Género	TOTAL
Nacidos en USA	26%	11	34	55%	45
Nacidos en México	74%	65	60	45%	125
TOTALES	100%	76	94	100%	170

Participaron 125 personas nacidas en territorio nacional mexicano y 45 personas nacidas en territorio de los EEUU.

Los rangos de edad; de mayor frecuencia fueron los de las edades de los 20 a 24 y la de 30 a 34 años de edad, con un empate de 19% Como se muestra en la gráfica 3

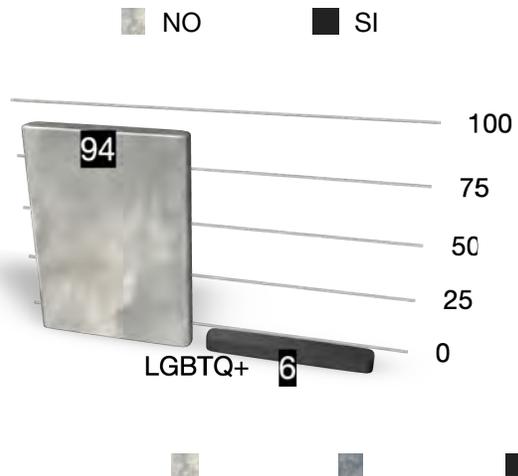


Los participantes verteañeros sumaron el 36%; los treintañeros el 31% y los cuarentañeros el 25%. Finalmente, los rangos de edad de 18 a 19 años de edad fueron, conjuntamente con el rangos de edad de 45 años los de menor frecuencia. Observamos (gráfica 3) que la frecuencia de edad de nuestros participantes es más alta entre las edades de 20 hasta los 44 años de edad. Conforme, se aleja a mayores o menores rangos de edad, disminuye la frecuencia de nuestra población

La pertenencia a la comunidad LGBTQ+.

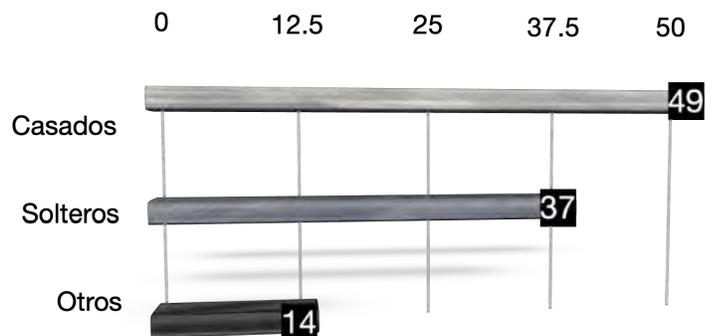
En la gráfica 4 se puede observar que sólo el 6% de las muestras estudiadas pertenece a la comunidad LGBTQ+.

Gráfica 4 Su pertenencia a la comunidad LGBTQ+



En cuanto al estado civil: El 49% están casados, el 37% son solteros y el resto, agrupado en la categoría de OTROS, se dividen en viudo/a (1%) separados (2%) o divorciados (5%) y los de unión libre (6%). Ver gráfica 5.

Gráfica 5 Estado Civil de los Participantes



El tiempo de los participantes,

viviendo en los EE.UU: En la

gráfica 6 se muestra que el 24% ha

vivido toda su vida. El 25% más

de 20 años. El 28% tienen

viviendo entre 11 y 19 años y el

22% tiene el menor de tiempo de

residencia en los EEUU que fue entre menos de dos años y hasta un máximo de diez años. Esto

significa que la muestra fue con un arraigo en el país de los

EEUU mayor a 11 años de residencia, sumados nos dan el

77%

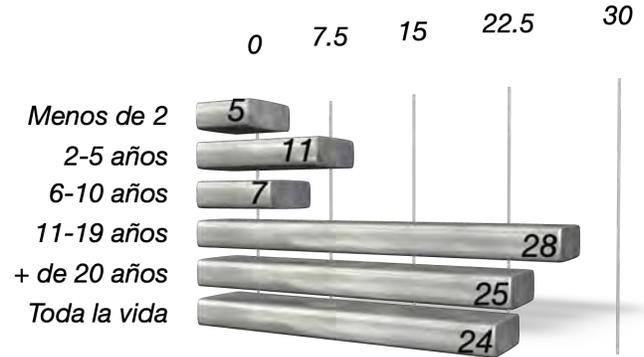
Religiones: Ver gráfica 7 Las religiones que profesan los participantes fluctuaron entre: Católicos, Cristianos y Ateos.

La frecuencia de ocurrencia fue en ese orden. Predominaron

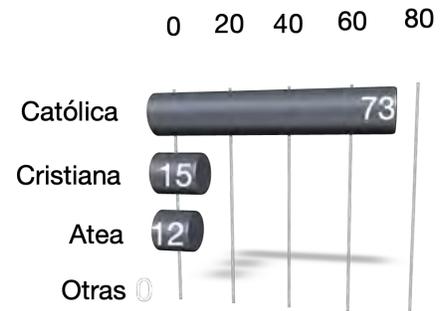
los Católicos con un 73%, Cristianos 15% Ateos 12%

En cuanto a la educación: Ver gráfica 8; los participante con la educación más alta fueron aquellos con la preparatoria terminada con el 22% Los que cuentan con carrera universitaria sin concluir, tienen un empate con las carreras universitarias, que sí, han ido al College (Carrera Universitaria terminada) con un 15% para ambas. El porcentaje más bajo fue el de “nunca fue a la escuela” con el 1% Es importante notar que la población participante tiene un alto grado de

■ Gráfica 6 Años de Residir en territorio de los EEUU



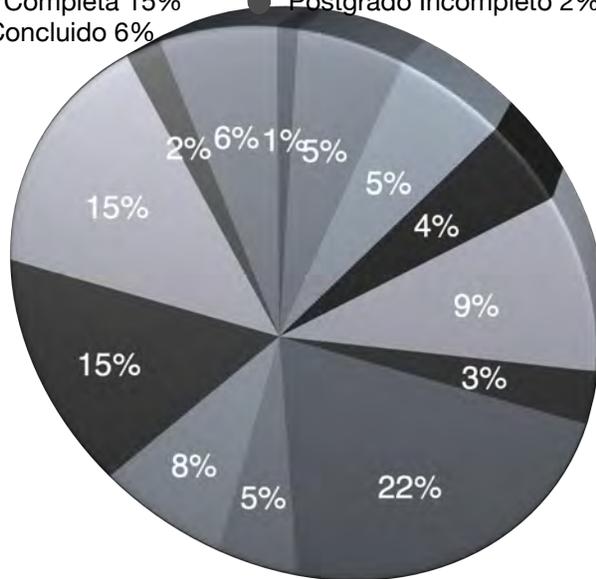
■ Gráfica 7 Religiones



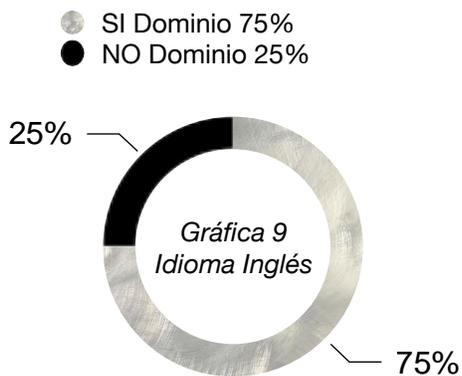
escolaridad con experiencia universitaria (38%) con una licenciatura hasta post-grado terminado que suman el 21%

Gráfica 8 ESCOLARIDAD

- No Escolarizado 1%
- Primaria Completa 5%
- Secundaria Completa 9%
- Preparatoria Completa 22%
- Carrera Técnica Completa 8%
- Universidad Completa 15%
- Postgrado Concluido 6%
- Primaria Inconclusa 5%
- Secundaria Inconclusa 4%
- Preparatoria Inconclusa 3%
- Carrera Técnica Inconclusa 5%
- Universidad Inconclusa 15%
- Postgrado Incompleto 2%



En cuanto a su dominio del idioma Inglés: El 75% sí se considera bilingüe y el 25% no., graficado en la gráfica 9 En cuanto a sus destrezas en habla, lectura y escritura su dominio es



muy parejo. Esto es, si se consideran excelentes, o sin nada de dominio del idioma, se dan ese mismo puntaje de dominio en en estas 3 destrezas del idioma, están en un nivel similar por lo que los participantes se evaluaron con la misma destreza (Nada, Poco, Bien, Muy Bien y Excelente) en los 3 aspectos: Hablar, Leer y Escribir.

Tabla 12		
No.	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
1	Oficinista	21
2	Educación	11
3	Obrero	9
4	Construcción	9
5	Otros (Estilista, Asistente)	8
6	Hogar	7
7	Restaurante	6
8	Ventas	7
9	Sin empleo	6
10	Servicios Profesionales	4
11	Voluntariado	4
12	Jardinería	3
13	Negocio Propio	2
14	Limpieza	2
15	Operador	1

Prácticamente, no hubo diferencias en sus destrezas. Aunque

cabe señalar que a pesar de que tienen muchos años

viviendo en los EEUU el 25% de nuestros participantes NO

se consideran Bilingües Español-Inglés. Esto hace que ellos

muestren dificultades para adaptarse óptimamente al país.

De este 25% el 61% lleva viviendo en los EEUU de entre 11

y 19 años de residencia.

La actividad remunerada, horas de trabajo mensual y la

jornada laboral: La gran mayoría de los participantes SÍ

trabajan: 95% (ver tabla 12, gráficas 10 y 11).

La gente trabaja a la

semana 40 horas o

más, (El 64%) y le siguen el 9% con trabajo entre 30-39

horas. Los que trabajan de 20-29 hrs., alcanzan el 8% Los

que trabajan menos de 20 horas son el 4% Finalmente, con

un 15% son los que tienen actividades no remuneradas,

como son; las amas de casa, los estudiantes y aquellos que

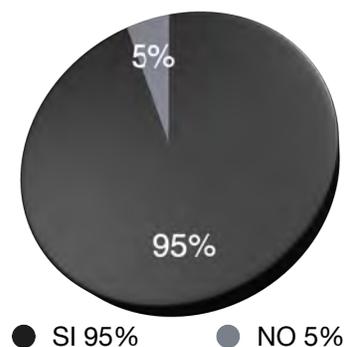
son voluntarios. La tabla 12 muestra las áreas laborales en las que las muestras participantes

trabajan. *El turno trabajado:* Más frecuente es el matutino con el 61%_Le sigue el turno mixto

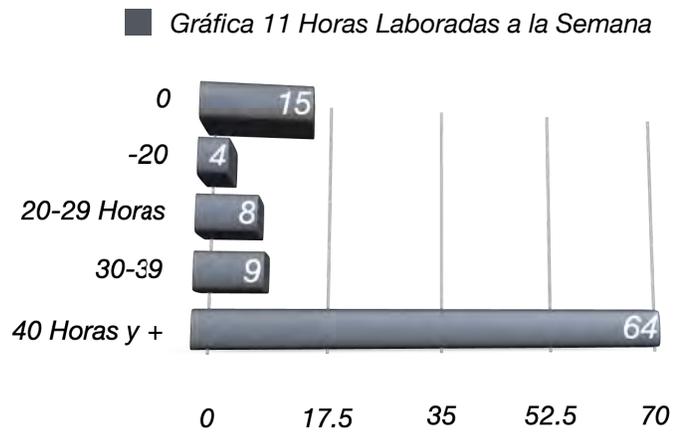
(jornada diurno y nocturna) con 27%. El vespertino es el 7% y los que trabajan turno nocturno es

el 5% Se puntualiza que del total de personas que reportan trabajar el 17% SÍ rola turnos. Las

Gráfica 10
Vida Laboral Activa

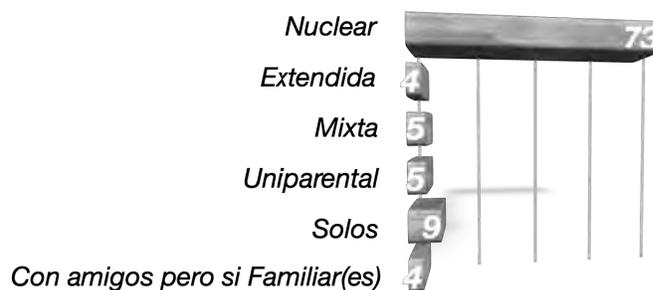


actividades productivas de los participantes se muestran en la tabla 12 sumando los trabajos manuales (obrero, construcción, trabajo en restaurantes, jardinería, hogar, limpieza y otros) son un 44% Agrupando los trabajos que requieren una especialidad y/o destreza especializada (educación, oficinista, ventas, servicio, voluntariado, operador y con negocio propio) se obtiene un 56%



¿Con quién viven los participantes? Los evaluados que viven con la familia nuclear (progenitores/esposos y hermanos) es la gran mayoría, 73%. Los que viven con la familia extendida (sus padres/esposos, tíos y/o primos es el 4%. Los que viven con una familia mixta [esposos y los hijos propios y con los de su(s)pareja(s)]. Las familias uniparentales son el 5% Los que viven solos, son apenas el 9% y, los que viven con amigos pero sin familiares, son el porcentaje menor, apenas alcanzan el 4% Lo que significa que hay una vida predominantemente familiar, ver gráficas 12 y 13. Dado que las muestras participantes viven en familia; solo en el 27% de las familias trabaja

■ Gráfica 12 Tipos de Familia con las que viven (datos en porcentaje).

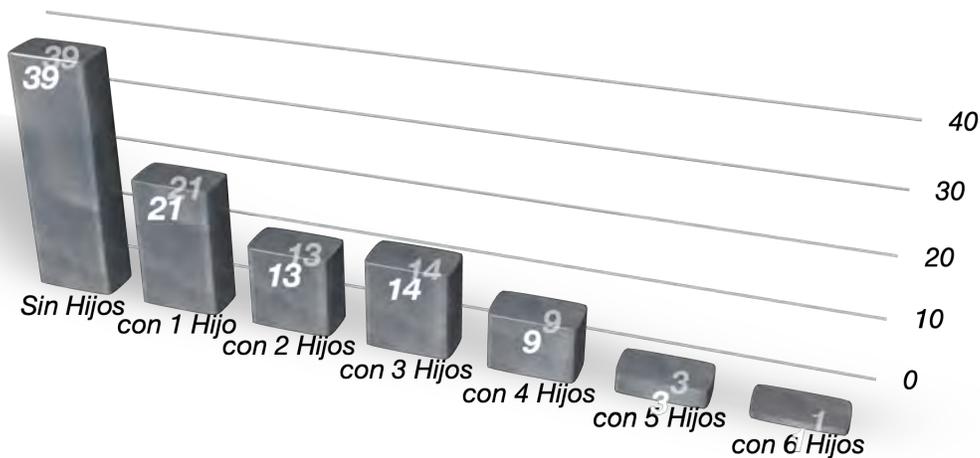


1 persona; en el 38% trabajan 2 personas y el 31% trabajan de 3 a 5 personas. Se detectó familias en donde nadie

trabaja que fue el 4% (especulativamente, pueden ser jubilados o pensionados o personas que reciben apoyo económico del gobierno de los EEUU, por discapacidades, becas, tal vez reciben apoyo económico desde México, etc.).

Las personas evaluadas sin hijos sumaron el 39%; con 1 solo hijo. El 21%; con 2 hijos el 13%; con 3 hijos el 14%; con 4 hijos 9%, con 5 hijos 3% y con 6 hijo el 1%. Se observa entonces, que las familias numerosas, son menos frecuentes.

■ Gráfica 13 Familias con Hijos

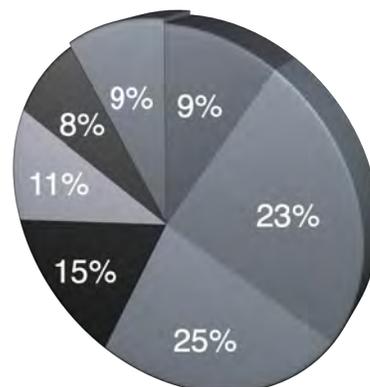


¿Cuales son sus ingresos mensuales en dólares americanos?



Como se muestra en la Gráfica 14 los primeros 3 rangos de ingresos están dentro de los nivel de “pobreza” o ingresos no suficientes para una vida digna, según los criterios en los EEUU. Si sumamos éstos, son el 57% y apenas

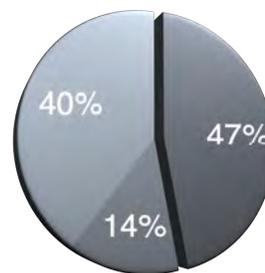
Gráfica 14 Ingresos Mensuales



el 9% tiene ingresos “suficientes”. Las familias que reportan los ingresos más bajos (menos de 1,000; entre 1001 y 3,000 dólares americanos, es en donde se concentran el mayor número de hijos (63% de los vástagos reportados) y tienen un ingreso mensual entre el rango de; menos \$1,000 y \$ 3,000 dólares americanos, que a la paridad con el peso mexicano al 6 de noviembre de 2018 es de \$19.20 pesos mexicanos por \$1.00 dólar americano, equivale en moneda nacional mexicana a un rango de entre \$20, 409.60 y \$57,600.00 pesos mexicanos al mes. *Haciendo pocos cálculos, se infiere que las familias migran, entre otras razones valiosas para migrar. Se observa que, con pocos estudios y sin un buen dominio del idioma, tienen ingresos importantes al compararlos con los ingresos que obtendrían en nuestro país. Por otro lado, gracias a los programas federales de los EEUU les es posible recibir apoyos económicos y en especie. Como son; pertenecer a los bancos de comida, atracciones, educación gratuita e incluso apoyos para el pago de la electricidad, ropa de invierno, comida especial en fiestas nacionales gratuita, servicios médicos, visuales y dentales. Además, de servicios psicológicos gratuitos en su idioma o con una interprete vía telefónica, entro muchos otros. Apoyos que reciben sin muchas preguntas y sin juicios de ninguna índole.* Asimismo, observamos que las familias con mayor número de hijos se aglutinan en esos ingresos más bajos (el 63%) y conforme las familias tienen mejores ingresos disminuyen la cantidad

de hijos. Las familias con un ingreso medio (entre \$3,001 y \$5,000 dólares americanos) agrupan el 23% de los hijos reportados y el mayor ingreso (\$5,001 y \$6,500 o más dólares americanos) se

Gráfica 15 Viven en Casa Tipo



● Rentada 45% ● Hipotecada 13% ● Propia 38%

reportan apenas el 14% de los hijos.

Dado el ingreso de las familias de las muestras participantes y de su situación legal migratoria en los EEUU, observamos que adquirir créditos para compra de vivienda se dificulta, por lo tanto, la población participante vive en *casas del siguiente tipo*: Rentada 47% Pagando hipoteca el 14% y Propia el 40% Se observa que el 51% de los participantes eventualmente contarán con una casa de su propiedad. Gracias a que se aprovecharon, los créditos otorgados a nuestras familias migrantes ilegales a través del Dreamer Act (Ley de los Soñadores) y los programas de apoyo que se derivan de dicha ley. Ver gráfica 16 Para concluir este macro análisis sociodemográfico. En los participantes de la muestras con menor nivel académico, se aglutina el 32% quienes a su vez suman el 51% de los hijos reportados. En oposición a los participantes que reportaron una educación alta (desde universidad terminada hasta post-gradados) son el 16% de los hijos reportados.

Tabla 13 Tipo y Frecuencia de las Conductas Sexo-Genitales (cifras en porcentaje)

CONDUCTA SEXO-GENITAL	NUNCA	Esporádica	1 vez x mes	1 vez x semana	SIEMPRE	No Contestaron
Sexo-Oral/Bucal	33	25	14	11	17	1
Sexo-Anal	73	11	5	4	7	2
Sexo-Grupal	93	0	1	1	4	2
Sexo-con mismo sexo	92	1	1	1	3	2
Sexo-Transexual	93	0	2	1	3	2
Sexo con Tabaco	82	6	3	2	6	1
Sexo con Alcohol	53	18	13	11	4	1
Sexo con Marihuana	86	6	1	1	5	1
Sexo con Cocaína	92	2	1	1	4	1
Sexo con Piedra	94	0	1	1	4	1
Sexo con Extasis	94	0	1	1	4	1
Sexo con otras drogas	94	0	1	1	4	1

En cuanto a los resultados generales de las conductas sexo-genitales de riesgo para la

Tabla 14

reproducción biológica (GSGRRB) se muestran el tipo y la

RANGO DE EDAD	INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:	EDAD DEL PRIMER EMBARAZO
Antes de los 10 años	3%	1%
11-14 años	10%	1%
15-19 años	48%	18%
20-24	30%	23%
25-29	5%	14%
30-34	2%	4%
35-39	0%	3%
40 +	1%	0%
NO respondieron	1%	NO APLICA: 36%

frecuencia en la tabla 13 las muestras participantes sin hijos

adolescente fueron el 66% de la muestra. Con 1 hijo adolescente

17%, con 2 hijos adolescentes, apenas el 9%, con 3 hijos el 6%, con

4 hijos el 1% y con 5 hijos adolescentes el 1% Del 34% de las

muestras participantes con hijos adolescentes. Ninguno de ellos, en

el momento del levantamiento de los datos, reportó tener hijas

adolescentes embarazadas o hijos adolescentes que hubieran

embarazado a una mujer. Sin embargo, el 23% de los encuestados

reportaron que sus hijos adolescentes se embarazaron o

embarazaron a una mujer. Esto es, casi 1 de cada 4 entrevistados

con hijos adolescentes han tenido un embarazo adolescente. Ver tabla 14 En cuanto a las

adolescentes mujeres que se embarazaron (el 14%) todas continuaron viviendo en su hogar, solo

una dejó de estudiar y también de trabajar. **La mayoría siguió estudiando y sí se pusieron a**

trabajar. De los adolescentes hombres que embarazaron a una mujer (el 9%) solo continuaron

viviendo en su hogar 3 y, de éstos 2 dejaron de estudiar. El resto sí siguió estudiando. **Ninguno**

de los hombres que embarazó a una mujer, trabajó.

La primera relación sexual: el 93% fue voluntaria y el 3% forzada el 4% no respondió la

pregunta. La mayor parte de los participantes inició su vida sexual activa en la adolescencia en

su adolescencia intermedia y su primer embarazo fue entre los 20 y los 24 años de edad, ver tabla

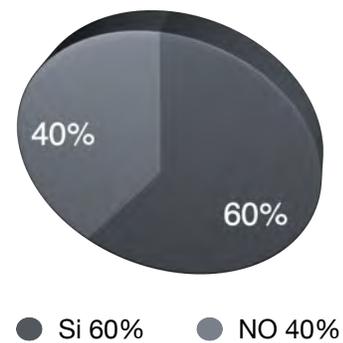
12 Abuso Sexual: El 81% reportó que NO ha experimentado abuso, agresión o violación sexual y

el 17% SÍ experimentó abusos sexuales y el 2% no respondió. En cuanto a la colocación correcta del condón del hombre el 82% reportó que SÍ sabe hacerlo contra el 18% que dijo NO saber colocar el condón del hombre correctamente. La colocación correcta del condón de la mujer 42% SÍ sabe colocarlo correctamente contra el 58% que dijo NO saber.

En cuanto a la adquisición de alguno de los Cánceres Reproductivos: la respuesta fue 0% solo el 3% reportó haber tenido algún tipo de cáncer y fue el cáncer de piel, no asociado con las conductas sexo-genitales de riesgo de reproductivo biológico. Se destaca que en la práctica de sexo-genitalidad de las muestras participantes, en su frecuencia más alta está el practicar sexo oral/bucal. En cuanto a la combinación del sexo con sustancias estimulares del SNC. La frecuencia más alta fue combinar sexo genitalidad con el alcohol. El resto de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, se encontró que la frecuencia es muy baja, como se muestra en la tabla 15

En cuanto a la prevalencia y prevención de las ITS: Ver gráficas, 16, 17, 18, y 19 El 60% reportó haber tomado alguna(s) medidas preventivas y el 40% dijo que NO. Las medidas preventivas más frecuentes que toman las muestras participantes son; la abstinencia, la fidelidad y el uso del condón.

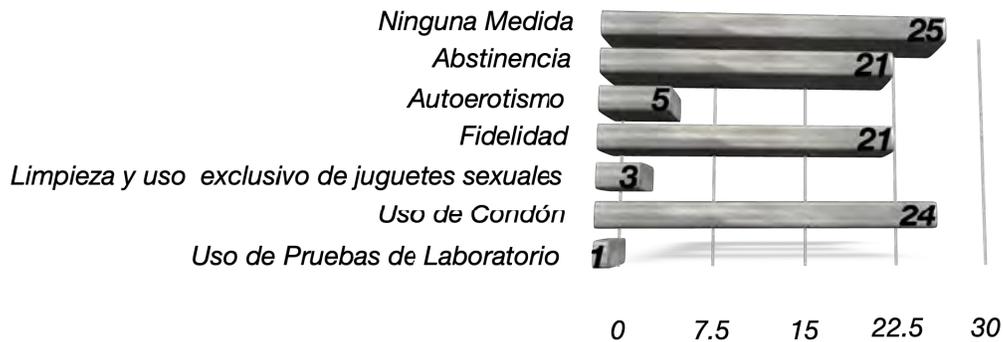
Gráfica 16 ¿Toma Medidas Preventivas?



Gráfica 17 Contagio de ITS



■ Gráfica 18 Tipo de Medidas Preventivas



El contagio de las ITS se comportó de la siguiente manera: El 95% de las muestras participantes NO reporta haber tenido alguna vez en su vida una ITS; El 4% experimentó Clamidia y el 1% Herpes. Ver gráfica 17 se precisa que sí hubo una persona que contestó estar contagiado de VIH-SIDA lo que representa el .001% que la gráfica 19 no lo representa visualmente.



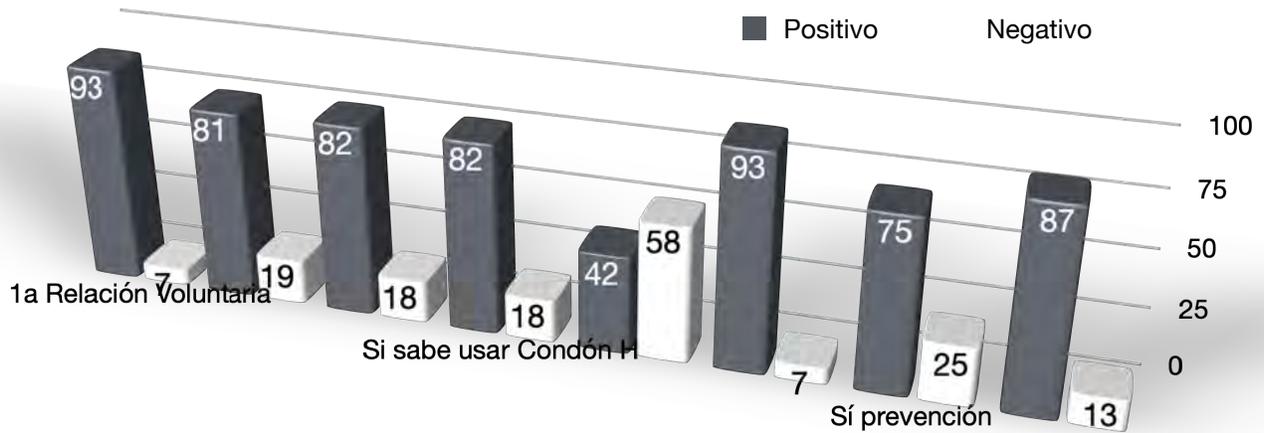
- Abortos 5%
- Infidelidades 82%
- Embarazo por Infidelidad 2%
- ITS por Infidelidad 5%

A la pregunta ¿Cuál es la mejor forma de prevenir las ITS? Se eligió el condón en el 55% y la abstinencia el 37%; vale la pena mencionar que la combinación de genitalidad con alcohol y drogas apenas obtuvo un 3% el resto se agrupa en otras respuestas con un 8%

Apenas una mínima parte de los participantes que fue menos del 3% mencionó algún método anticonceptivo como medida preventiva para las ITS.

Abortos: El 5% de los encuestados reportó haber recurrido al aborto voluntario 1 vez, el 1%; recurrió en 2 abortos y; el 1% ha practicado más de dos abortos. En total un 7% ha tenido una interrupción voluntaria del embarazo.

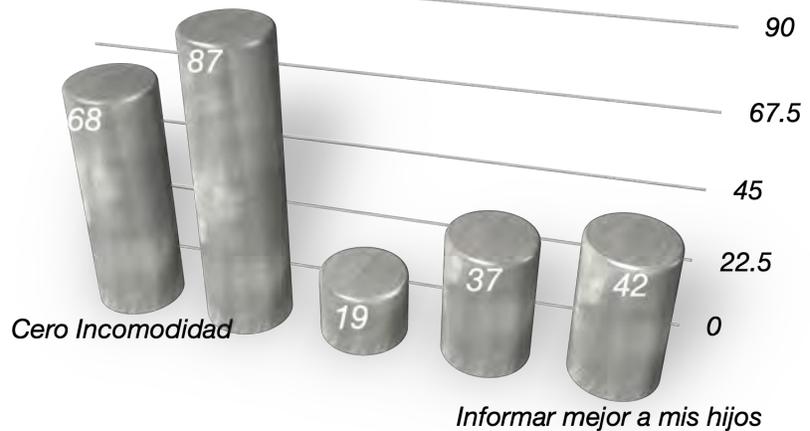
Gráfica 20 Resumen de las Conductas Sexo-Genitales de Riesgo Reproductivo Biológico



Infidelidad: El 82% no ha sido infiel, el 18% Sí ha sido, al menos 1 vez infiel. Como resultados de la infidelidad el 3% se infectó de Clamidia y el 1% de Herpes. En cuanto al embarazo por infidelidad el 98% mencionó que ninguna vez y el 2% SÍ se embarazó como resultado de una infidelidad.

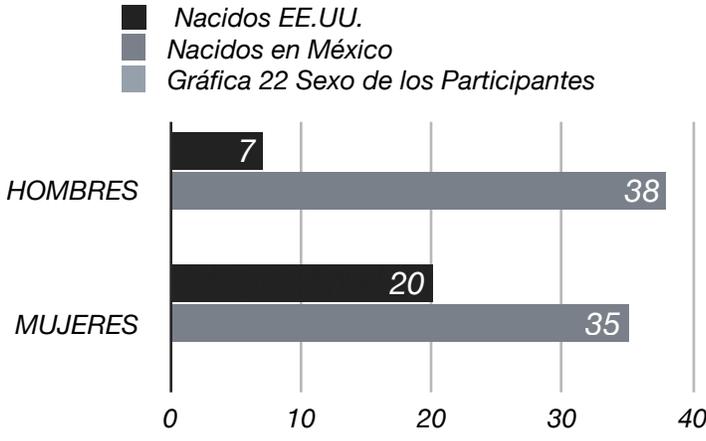
Ver gráficas 18 y 19

Gráfica 21 ACTITUD ante la investigación



La actitud ante el CuSexgRiesa (ver gráfica 21): El 68% reportó haberse sentido nada incómodo ante las preguntas. El 87% sin molestias o malestar alguno

Este cuestionario le hizo pensar al 42% de las muestras participantes en informar mejor a sus hijos 19% de los encuestados en informar un poco a sus hijos 37% de las muestras participantes le ha

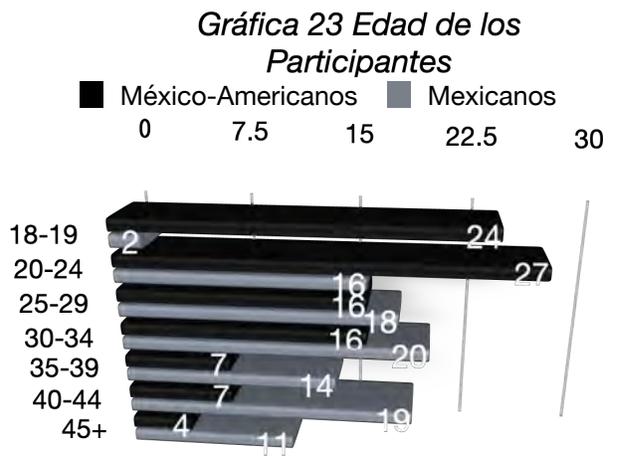
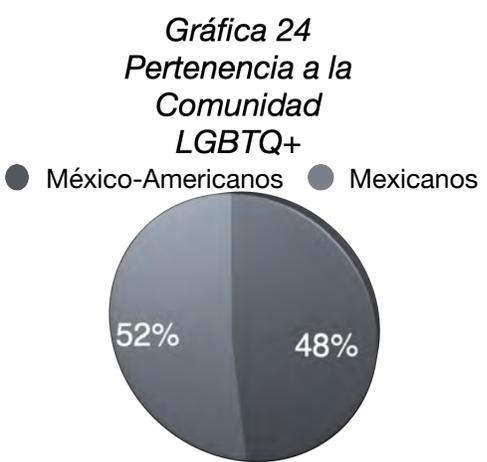


hecho pensar **el informar a sus hijos** el 1% No contestó. En general las muestras participantes tienen prácticas sexo-genitales, con muy baja frecuencia y tipo de riesgo reproductivo biológico.

El comparativo de Socio-demográficos de las muestras de los participantes de mexicanos vs México-Americanos, como se muestra en la gráfica 22; El número de hombres nacidos en los EEUU son 11; las mujeres nacidas en los EEUU, son 33 para los nacidos en la República Mexicana son: mujeres 60; Hombres 65

Visualizados en porcentaje: Hombres que son México-Americanos 7% Las Mujeres México-Americanas son el 20% Para los Mexicanos: 38% Hombres y Mujeres 35%. Ver gráfica 22

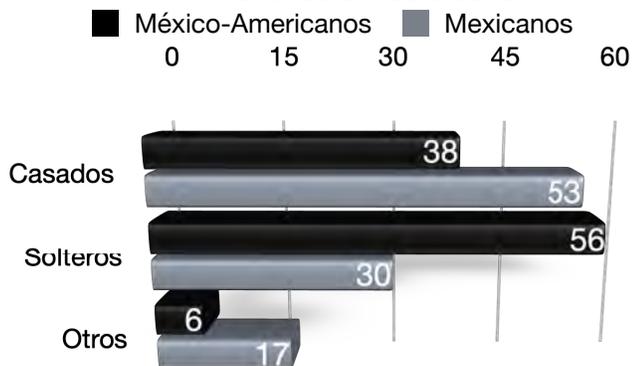
El comparativo de Socio-demográficos



Las edades de los mexicanos y los México-Americanos: Observamos en la gráfica 23 que la nuestra participante de los México-Americanos es en su mayoría son participantes jóvenes y, conforme avanzan en edad van disminuyendo en cantidad. Los

participantes jóvenes y, conforme avanzan en edad van disminuyendo en cantidad. Los

Gráfica 25 Estado Civil



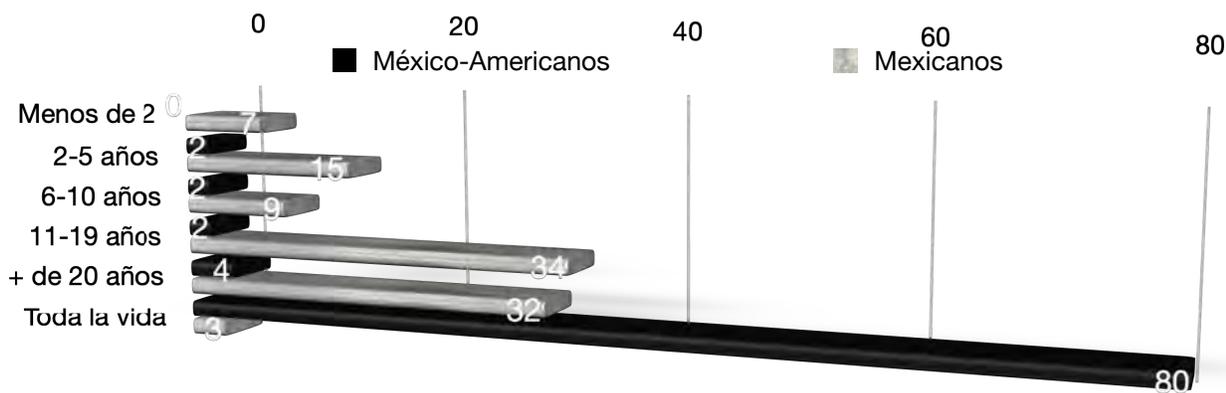
participantes de la muestra nacidos en México se distribuyen más o menos homogéneamente de entre, los 20 a los 40 años de edad.

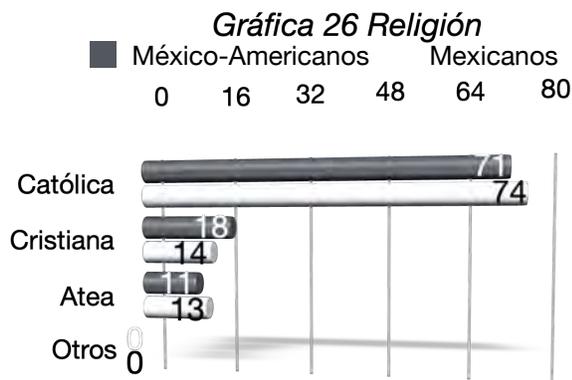
Pertenencia a la comunidad LGBTQ+: Un número mayor, de la muestra participante de México-Americanos (11%) tienen una

participación más activa en la comunidad LGBTQ+ que la muestra de los mexicanos (4%). Sin embargo, cabe precisar que en números, son solo 5 personas de diferencia. Ver gráfica 24

El estado civil: Observamos en la gráfica 25 que la muestra participante de los mexicanos se conducen por la vida casados y que la muestra participante de los México-Americanos van solteros. Asimismo, la muestra participante de los México-Americanos especificaron muchos más estados civiles tales como; viudos, separados y/o en unión libre, en contra posición con la muestra participante de los mexicanos.

Gráfica 27 Tiempo de Residencia en los EEUU



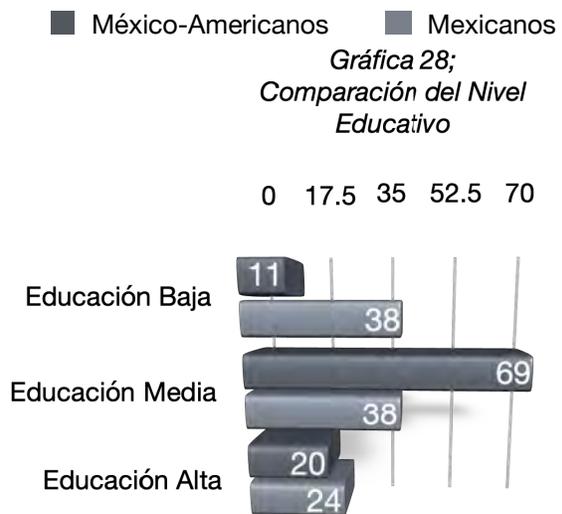


Tiempo de residir/vivir en los EEUU: Dado que nuestra población mexicana no nació en los EEUU como resultado lógico, los mexicanos tienen una duración menor de residencia en el país de los EE.UU. Ver gráfica 26

Religión: Prácticamente, no hubo diferencias en sus preferencias espirituales en ninguna de las dos muestras participantes. La mayoría son católicos (por arriba del 70%, ver gráfica 27). La distribución es para la muestra participante de México-Americanos: Católica 71%; Cristiana 18%; Atea 11% Otros, 0% Para la muestra participante de Mexicanos: Católica, 74%; Cristiana, 14%; Atea, 13% Otros, 0%

Educación.

La gráfica 28 muestra los porcentajes con menor nivel académico agrupados (sin escolaridad; primaria sin terminar o terminada; secundaria sin terminar o terminada; carrera técnica sin terminar; y, bachillerato sin terminar) se les denominó educación baja. Asimismo, se agrupó como educación media (carrera técnica terminada y carrera universitaria sin terminar) y como educación alta



(desde universidad terminada hasta post-graduados con o sin terminar). Observamos en la gráficas 28 y en la tabla 16 que la muestra de los participante de mexicanos tienen más estudios en educación básica y en educación superior pero en cuanto a educación media, la muestra de los participantes México-Americanos supera a la muestra de los participantes mexicanos, casi en el doble. Lo que ejemplifica el rezago educativo de la muestra participante de los mexicanos. Sin embargo, si bien la muestra de participantes de los México-Americanos muestran un grueso de participantes con educación media, deja mucho que desear en su educación alta. Esperaríamos más porcentaje en su educación alta porque nacieron y viven en un país considerado de “primer mundo” y, por lo tanto desarrollado, pero a pesar de contar con más posibilidades educativas no son aprovechadas, esto es, no se ve reflejado en su nivel de educación alta.

Tabla 15 TRABAJOS (Cifras en Porcentaje)

No.	ACTIVIDAD	MÉXICO-AMERICANOS	MEXICANOS
1	MANUALES	20	44
2	ESPECIALIZADOS	56	41
3	SIN REMUNERACIÓN	24	15

Profesiones y Oficios: La muestra de los participantes mexicanos (nacidos en territorio mexicano) muestran una mayor proporción de trabajos manuales que la muestra de los participantes México-Americanos y, éstos a su vez muestran la mayor proporción en trabajos que requieren de ciertas destrezas especializadas tales como son; ser chofer, operador de maquinaria, oficinista, maestros, etc. Igualmente, en actividades no remuneradas, encontramos que la muestra de los México-Americanos tienen un mayor porcentaje en la categoría de NO trabajo, que pudieran ser; retirados, pensionados, voluntarios, amas de casa y estudiantes e incluso familias pertenecientes a algún programa de beneficencia pública. Ver tabla 16

Bilingües Español-Inglés: Como resultado lógico la muestra participante de los nacidos en los

EEUU supera a la muestra

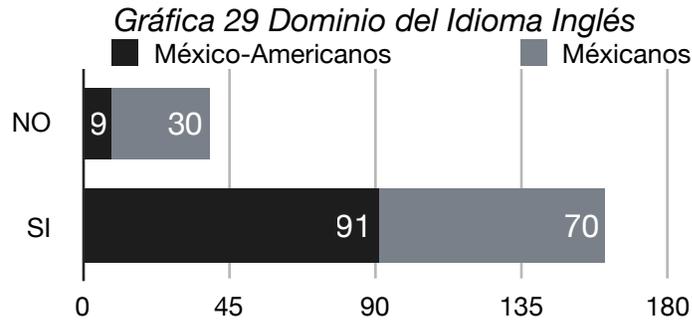
de los participantes nacidos

en México, en el dominio del

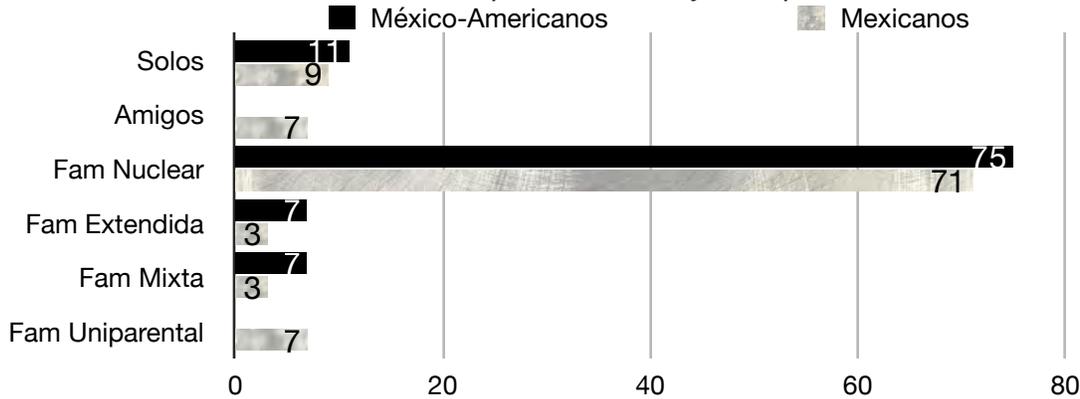
idioma Inglés. Ver gráfica 29

porque, las personas

aprenden el idioma del país en donde nacen.



Gráfica 30 Tipo de Familia y Compañía en Casa



¿Con quién viven?: Como se observa en la gráfica 30 la muestra de participantes mexicanos

prefiere vivir con su familia nuclear (padres y su prole). La muestra de los participantes México-

Americanos prefiere más vivir solos. Prácticamente, ni viven con amigos y tampoco como

familias uniparentales. En contraste con la muestra de los participantes mexicanos quienes

aceptan vivir con amigos y

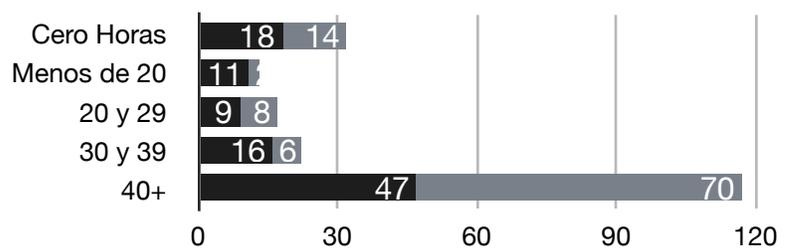
también como familias

uniparentales.

Las horas trabajadas (carga

laboral): La gráfica 31 muestra

Gráfica 31 Cargas Laborales



que ambas poblaciones trabajan turnos completos de 40 o más horas, siendo la muestra de los nacidos en México que más

trabaja, pero tienen menos

ingresos. Como se muestra

en las gráficas 31 y 32

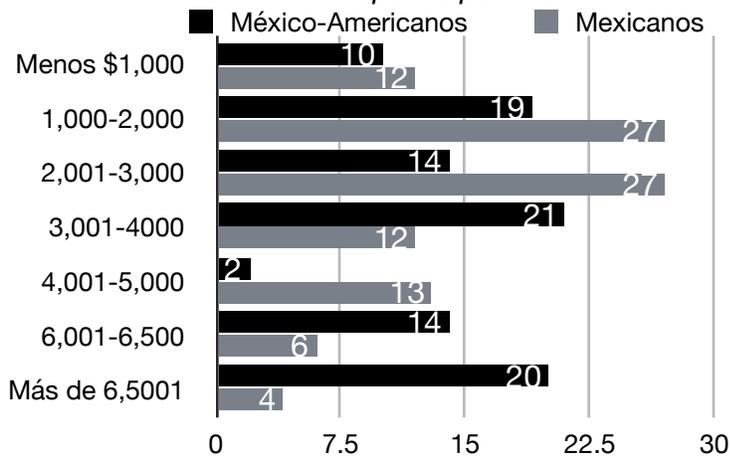
El ingreso mensual en

dólares americanos por

número de hijos e hijas

(graficados en porcentaje) se

Gráfica 32 Comparación de Ingresos entre las muestras participantes



comportó así: Observamos que el caso de la muestra de los participantes mexicanos con menores ingresos (de \$1,000 a \$3,000) tienen un mayor número de hijos en ambas muestras participantes.

En contraste con la muestra participante de los nacidos en los EEUU quienes tienen más hijos en un ingreso de \$3,001 a

\$4,000 y de más de \$6,5001

dólares americanos, ver

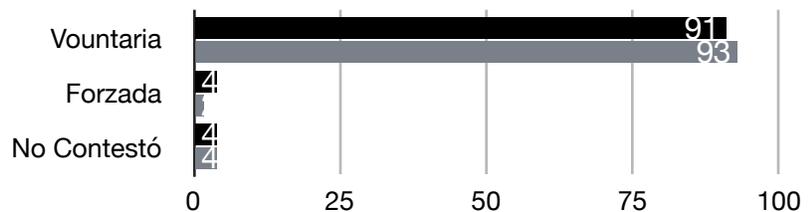
gráfica 32

Resultados de las Conductas

Sexo-Genitales de Riesgo en

■ México-Americanos ■ Mexicanos

Gráfica 33 Primera Relación Sexo-Genital



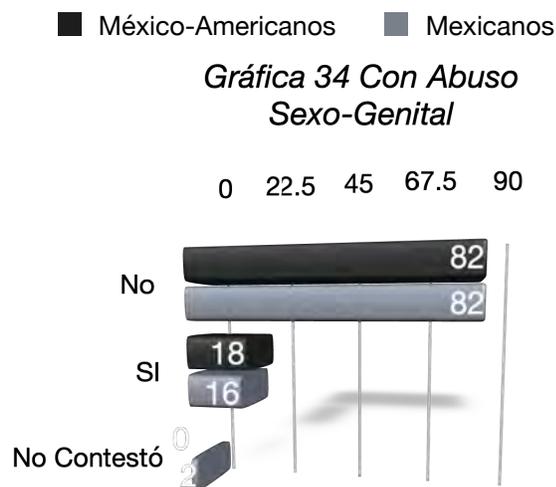
la Reproducción Biológica para las muestras participantes. Las muestras participantes con hijos

adolescentes que se embarazaron o que embarazaron a una mujer: La muestra de los mexicanos

fueron el 2% y de la muestra de los México-Americanos fue el 4%. Si bien es cierto que los

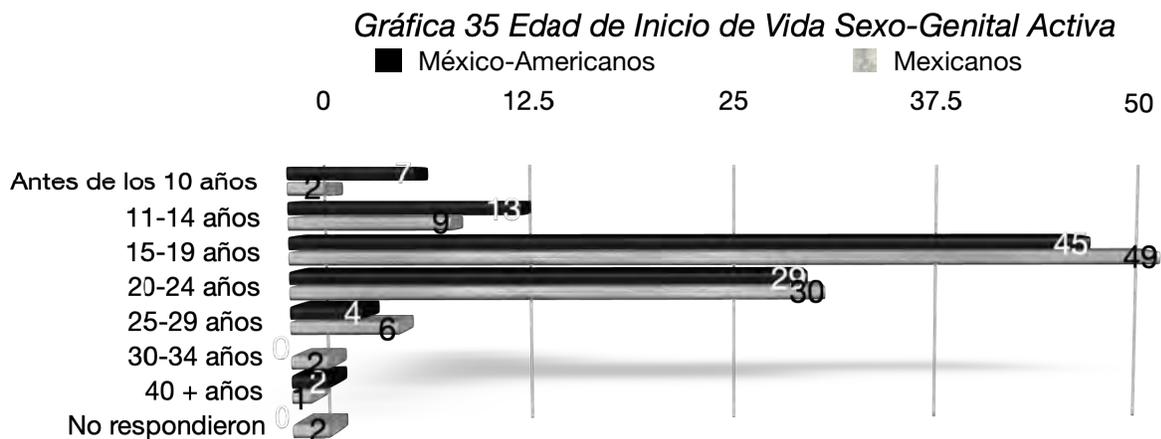
porcentajes son muy bajos, consideramos útil, hacer dicha especificación, dado que el embarazo adolescente es una conducta sexo-genital de riesgo reproductivo biológico.

La primera relación sexo-genital: Para la muestra de los mexicanos; el 93% fue voluntaria y el 4% forzada y un 4% no respondió la pregunta. Para la muestra de los México-Americanos participantes: El 91% fue voluntaria, el 2% forzada y también el 4% no contestó la pregunta. Ver gráfica 33



Abuso Sexo Genital: La muestra de los mexicanos; El 82% NO ha experimentado abuso, agresión o violación sexual y el 16% Sí experimentó abuso sexual. Los que no respondieron fueron el 2% La muestra de los participantes México-Americanos: En un 82% NO ha experimentado abuso, agresión o

violación sexual y el 18% Sí experimentó abuso sexual. Los que no respondieron también fueron el 2%. Ver gráfica 34 La mayor parte de la muestras participantes inició su vida sexo-genital

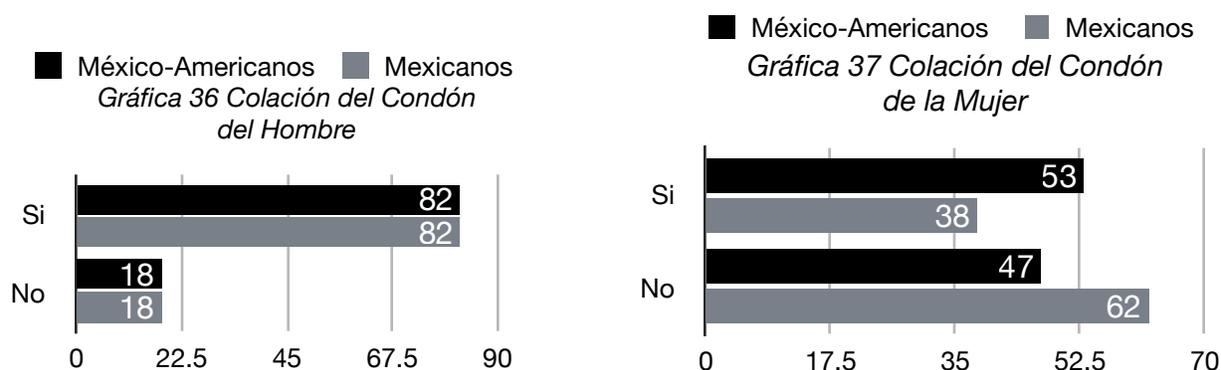


activa en la adolescencia intermedia y su primer embarazo fue ente los 20 y los 24 años de edad.

Ver gráfica 35

La colocación correcta del condón del hombre: No hubo diferencias en ninguna de las dos muestras participantes e incluso es la misma proporción que la cifra global: 82% SÍ sabe hacerlo contra el 18% que dijo NO (gráfica 36).

La colocación correcta del condón de la mujer: Para la muestra de los participantes mexicanos el 38% SÍ sabe hacerlo contra el 62% que dijo No, en contraste con la muestra de los participantes de los México-Americanos, el 53% dijo Sí saber.



El 47% contestó No conocer la aplicación correcta. La muestra de los México-Americanos participantes, en un mayor número, dicen conocer la aplicación correcta del condón de la mujer que los mexicanos. Ver gráfica 36

Las gráficas 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44 ilustran las prácticas sexuales de las 2 muestras participantes. Se observa que a pesar de haber nacido en dos países muy diferentes, empezando por su lenguaje, tienen grandes similitudes, por ejemplo; prácticamente, todos contestaron, en general, todas las preguntas de los instrumentos. Su sexo-genitalidad en general, muestra baja

variación, alrededor del 85% de las muestras participantes nunca han experimentado el sexo con personas del mismo sexo, transexual y el grupal. La muestra de los nacidos en México mostró

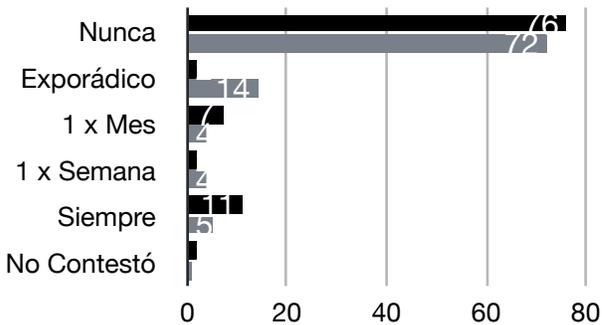
bajas variantes (genitalidad; oral/ bucal, anal, con personas del mismo

sexo, transexual y grupal). Ver

gráficas 37, 38, 39 40 y 41

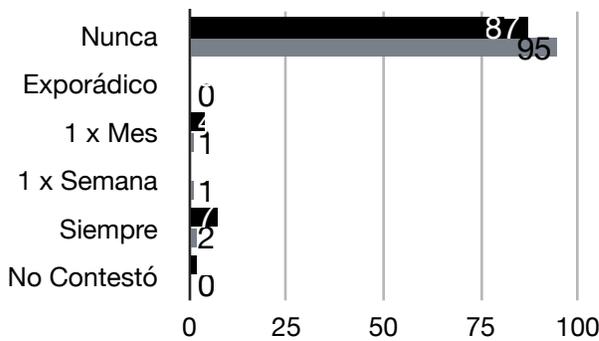
■ México-Americanos ■ Mexicanos

Gráfica 38 SEXO ANAL



■ México-Americanos ■ Mexicanos

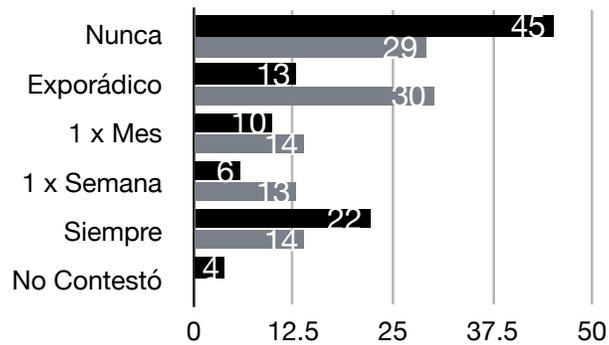
Gráfica 40; SEXO TRANSEXUAL



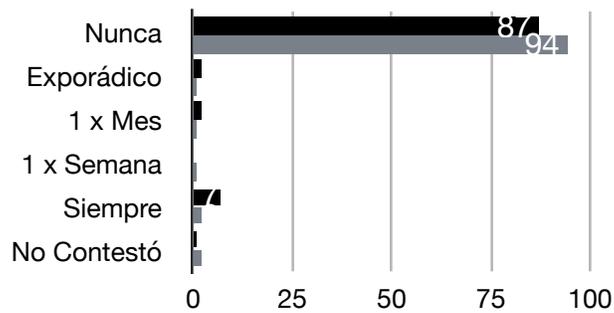
■ México-Americanos ■ Mexicanos

■ México-Americanos ■ Mexicanos

Gráfica 37 Sexo Oral/Bucal

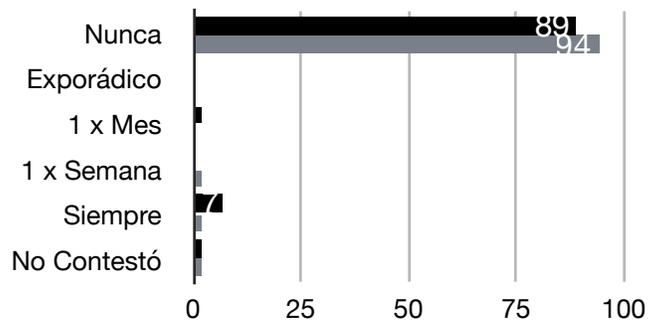


Gráfica 39 SEXO con el mismo SEXO



■ México-Americanos ■ Mexicanos

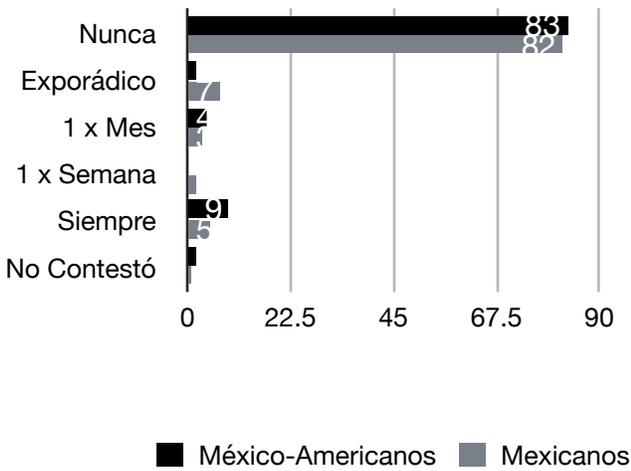
Gráfica 41 SEXO GRUPAL



Sexo-Genitalidad en Combinación con Sustancias Estimulantes del Sistema Nervioso

Central: Las prácticas sexo-genitales, de la muestra de los México-Americanos participantes tienen más variación en la expresión de su sexo-genitalidad que la muestra de los participantes nacidos en territorio mexicano. Cabe precisar que aunque, la mayor parte de ambas muestras no combinan las relaciones sexuales con sustancias que les estimulan su sistema nervioso central

Gráfica 42 SEXO + TABACO

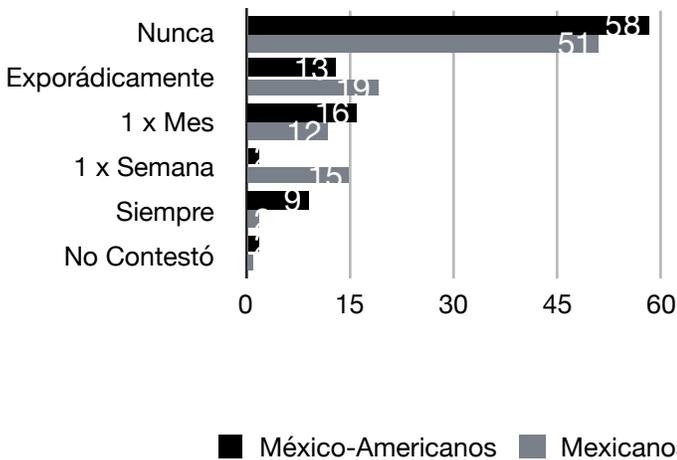


(SNC). El alcohol es la sustancia con mayor frecuencia de combinación. La muestra de los nacidos en territorio nacional mexicano, reportan una adición más baja de sustancias estimulantes del SNC, en sus relaciones sexo-genitales que la muestra de los participantes México-Americanos. Ver gráficas 42, 43 y 44

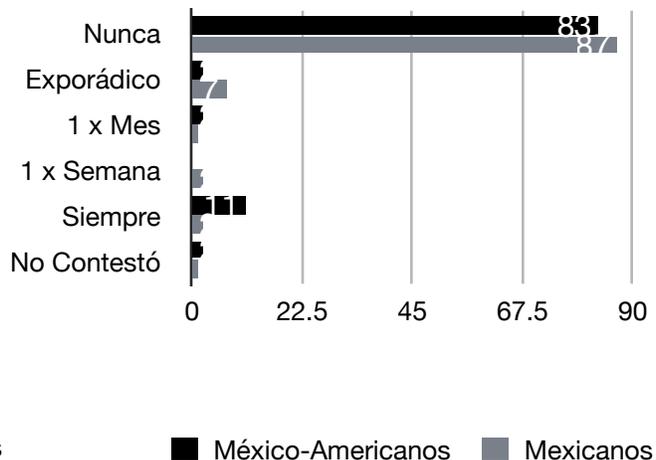
En esta sección, no se graficó las otras

substancias estimulantes del SNC, exploradas a saber; cocaína, piedra, éxtasis y la categoría de

Gráfica 43 SEXO + ALCOHOL

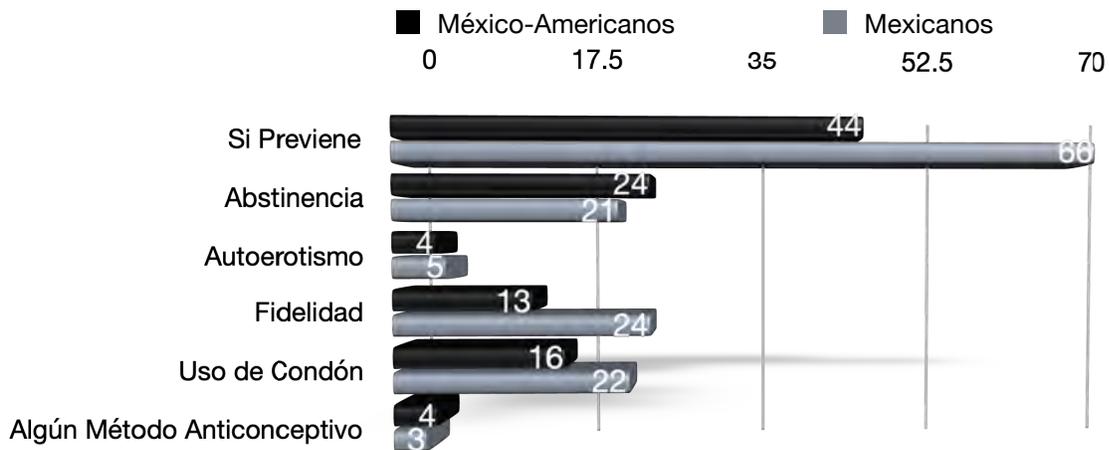


Gráfica 44 SEXO + MARIHUANA



otras, dado que la frecuencia de uso para ambas muestras participantes fue prácticamente, nula/nunca. Únicamente se graficó la substancia de la marihuana, por ser la que se mencionó, una frecuencia entre 1 y 11% ver gráfica 44

Gráfica 46; Medidas Preventivas para las ITS



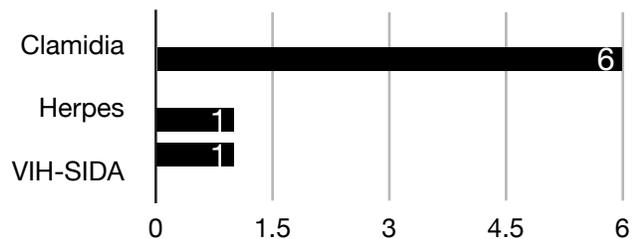
Comportamiento de los Cánceres Reproductivos: Los resultados fueron 0% Solo el 3% reportó haber tenido algún tipo de cáncer, que fue el cáncer de piel, el cual fue reportado por un participante varón México-Americano que no es cáncer reproductivo.

Comportamiento de las ITS A la pregunta ¿Cuál es la mejor forma de prevenir las ITS? La muestra de los participantes nacidos en

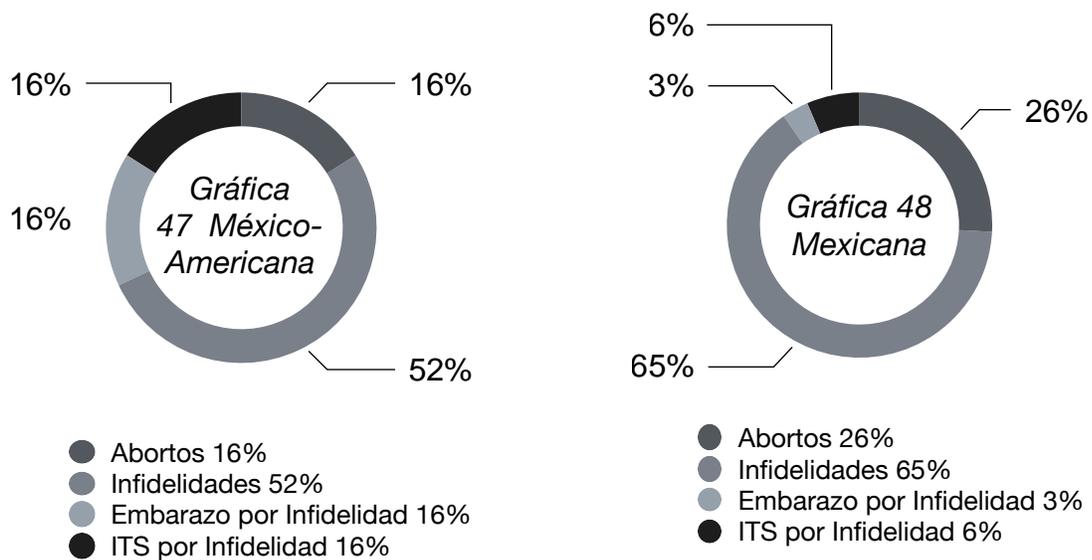
México, previene en un 66% y la muestra de los México-Americanos en un 44% Se señala que la muestra de los México-Americanos mencionó más veces, algún método anticonceptivo como medida

■ México-Americanos ■ Mexicanos

Gráfica 45
ITS para ambas muestras



preventiva para las ITS, que la muestra de los nacidos en territorio mexicano. Ver gráficas 45 y46



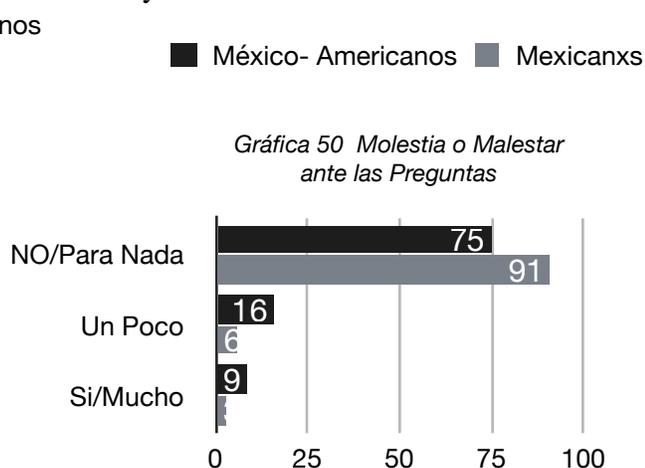
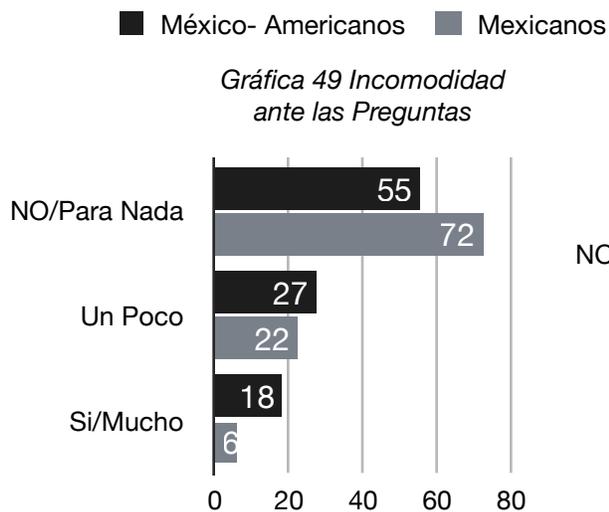
Abortos: La muestra participante nacida en México reportó haber recurrido a la interrupción voluntaria del embarazo, con una mayor frecuencia (el 8% vs 4%). Esto representa el doble en porcentaje (mayor frecuencia) que la muestra participante México-Americana en la presente investigación. Ver gráfica 47 y 48.

Infidelidad y sus Embarazos e ITS: Para la muestra participante de los nacidos en México, se muestra mayor infidelidad y se aborta más frecuentemente, que la muestra de los participantes México-Americana. Asimismo, en esta muestra se ha contraído más ITS en este periodo de infidelidad y, ha habido más embarazados en los periodos de infidelidad. Ver gráficas 47 y 48 respectivamente.

La actitud ante el CuSexgRiesa: Se mostró muy buena aceptación hacia las preguntas de los instrumentos. La muestra de los participantes Mexico-Americanos reportó haber sentido un poco

más de incomodidad que la muestra participante nacida en territorio mexicano, ver gráficas 49,

50 y 51



Este cuestionario le hizo pensar: Más a la

muestra participante de los nacidos en territorio mexicano, sobre el informar mejor a su prole en relación a cada una de las preguntas, planteadas en la presente investigación. En cuanto a la

molestia o malestares que le hizo

sentir dichas preguntas se encontró

que a la muestra participante de los

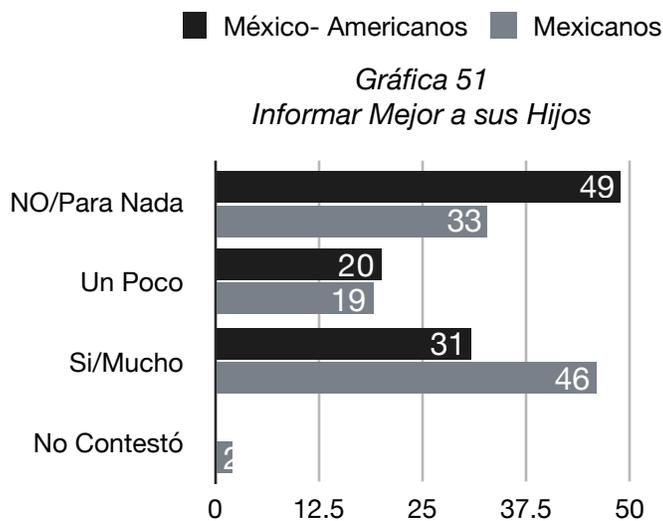
nacidos en territorio de los EEUU

reportó sentirse afectada en un 16%

más que a la muestra participante de

los nacidos en México. Ver gráfica

50 y 51 respectivamente.



Resultados por Sexo-Genital y por Lugar de Nacimiento. Se observa que la primera relación sexo-genital, por lugar de nacimiento mostró que: Para la muestra de los participantes nacidos en México: La muestra de mujeres participantes nacidas en México, en un 80% iniciaron vida

sexo-genital activa entre los 15 y 24 años de edad. Para la muestra de los varones nacidos en México la iniciaron antes, en un 15% de los 11 a 14 años de edad y para los 19 años, el 72% ya había experimentado conductas sexo-genitales. Para la muestra de los participantes nacidos en los EEUU la muestra de mujeres México-Americanas, tienen un inicio de vida sexual antes que la muestra las nacidas en México. Alcanzan un 62% para cuando ya cumplieron los 19 años de edad. Si sumamos a las mujeres que experimentaron sexo-genitalidad, antes de los 10 años de edad (6%) y entre los 11 y 14 años (9%). Se observa que a sus 24 años de edad el 91% de las mujeres de ésta muestra, ya había arrancado con su vida sexual activa. Para los hombres el grueso del inicio de su vida sexual activa es entre los 20 y 24 años de edad (48%). Sin embargo, un 27% arrancó entre 11 y 14 años de edad. Si sumamos a los que iniciaron antes de los 10 años de edad, el 2% y los que iniciaron entre la edad de 15-19 años (23%). Literalmente, a los 24 años de edad el 100% de los hombres, ya había iniciado su vida sexo-genital activa.

Para la muestra de los participantes México-Americanos; tanto las mujeres como los hombres, inician más tempranamente su vida sexo-genital activa que la muestra de los nacidos en México.

Las medidas tomadas para prevenir las

ITS: Cabe precisar que solo se ha

graficado 3 de las opciones de respuesta,

que fueron las más frecuentes para ambos

géneros, razón por la cual, no suman el

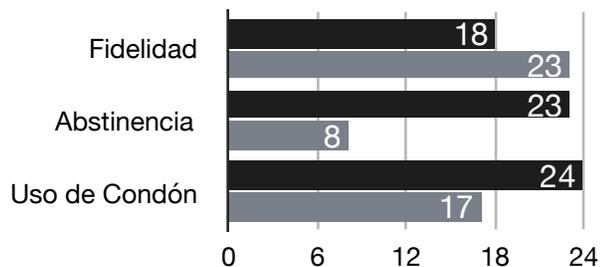
100%, tener en mente que el porcentaje

faltante se diluyó en la otras opciones

(ver Anexo III).

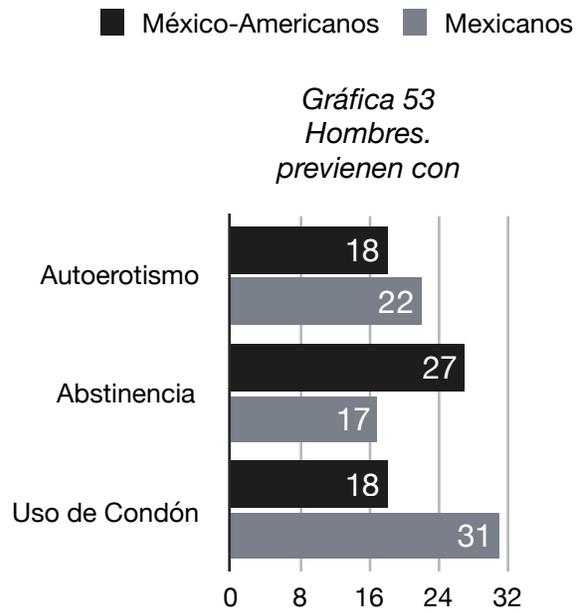
■ México-Americanas
■ Mexicanas

Gráfica 52
Las mujeres previenen con:



Mujeres: La muestra de las mujeres participantes nacidas en México, para prevenir las ITS, en un 23% decide ser fieles a su pareja actual. Se abstiene de tener relaciones sexuales el 8% y el 17% decide usar condón en sus relaciones sexuales.

La muestra de las mujeres participantes México-Americanas previene las ITS en un 24% con condón, el 23% se abstiene de tener vida sexual y el 18% prefiere ser fiel a la pareja como medida protectora y preventiva. Ver gráfica 52



Hombres : La muestra de los hombres participantes nacidos en México previene: Preferentemente con el uso de condón y definitivamente, ningún participante hombre mencionó su fidelidad como medida preventiva. La muestra de los participantes nacidos en EEUU, optan por: Tampoco mencionar su fidelidad y la preferencia es la abstinencia.

En ambas muestras se observa la mención del autoerotismo como una medida preventiva. Ver gráfica 53

El contagio de las ITS entre Mujeres y Hombres Participantes: La muestra de las mujeres participantes nacidas en México ha adquirido una ITS en un 10% en comparación con la muestra de los hombres mexicanos participantes ha contraído en un 3% una ITS.

La muestra de las mujeres participantes nacidas en los EEUU de origen mexicano, ha contraído una ITS en un 0% y la muestra de los hombres participantes en un 18%

Para las mujeres: La muestra de las nacidas en México son las que han adquirido más ITS y los hombres nacidos en EEUU han adquirido más ITS de estos 4 grupos. Las ITS a causa de una infidelidad el 3% en la muestra de las mujeres mexicanas y en la muestra de los hombres mexicanos el 2% La muestra de las mujeres México-Americanas se ha contagiado a causa de una infidelidad en un 3% y la muestra de los varones participantes nacidos en los EEUU el 9%

Para los hombres: La muestra de los nacidos en los EEUU de origen mexicano, ha sido infiel a sus parejas, se han contagiado más frecuentemente de una ITS que el resto de los participantes de ambas muestras.

En cuanto a sus prácticas sexo-genitales encontramos que las mujeres de la muestra por país de nacimiento se comportan como se muestra en la tabla 16

Tabla 16	MUJERES			
Tipo de Genitalidad	Mujeres Mexicanas	Mujeres Mexicanas	Mujeres México-Americanas	Mujeres México-Americanas
Oral	NUNCA 35%	65% sí lo práctica	NUNCA 47%	El 57% sí lo practica
Anal	NUNCA 87%	13% sí lo practica	NUNCA 79%	El 21% sí lo practica
Grupal	NUNCA 98%	2% sí lo practica	NUNCA 91%	El 9% sí lo practica
Sexo con el mismo Sexo	NUNCA 98%	2% sí lo practica	NUNCA 88%	El 12% sí lo practica
Sexo Transexual	NUNCA 100%	NO lo practican	NUNCA 88%	El 12% sí lo practica

Tabla 16		MUJERES		
Tipo de Genitalidad	Mujeres Mexicanas	Mujeres Mexicanas	Mujeres México-Americanas	Mujeres México-Americanas
Sexo en combinación con Estimulantes del SNC	Con tabaco NUNCA 92%	Ellas en un 8% practican sexo con tabaco	Con tabaco NUNCA 88%	Ellas en un 12% practican sexo con tabaco
	Con Alcohol NUNCA 60%	El 40% si practica sexo con alcohol	Con Alcohol NUNCA 65%	El 35% practica sexo con alcohol
	Con Marihuana NUNCA 92%	El 8% practica sexo con Marihuana	Con Marihuana NUNCA 88%	El 12% con Marihuana
	Con Cocaína NUNCA 100%	Ninguna practica sexo en combinación con Cocaína o Piedra o Éxtasis	Con Cocaína NUNCA 91%	
	Con Piedra NUNCA 100%	el 6% practica sexo en combinación con otras drogas	Con Piedra NUNCA 91%	
	Con Éxtasis NUNCA 100%		Con Éxtasis NUNCA 91%	El 9% combina el sexo con: Cocaína o Piedra o Éxtasis o con otro tipo de droga
	Otra droga NUNCA 94%		Otra droga NUNCA 91%	

En general, las mujeres de la muestra nacidas en los EEUU presentan más conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, ya que combinan sus relaciones sexo-genitales con un mayor uso de estimulantes del SNC, a excepción del sexo-oral/bucal, que es un poco más practicado por la muestra de las mujeres mexicanas participantes.

Para los hombres de la muestra participante, la distribución de las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, es como se muestra en la tabla 17

Tabla 17

HOMBRES

Tipo de SEXO	Hombres Mexicanos	Hombres Mexicanos	Hombres Mexico-Americanos	Hombres Mexico-Americanos
Oral	EXPORÁDICO 29%	NUNCA 0%	NUNCA 36%	El 64% sí lo practica
Anal	NUNCA 59%	El 41% si lo practica	NUNCA 64%	El 36% sí lo practica
Grupal	NUNCA 91%	El 9% si lo practica	NUNCA 82%	El 18% sí lo practica
Sexo con el mismo Sexo	NUNCA 91%	El 9% si lo practica	NUNCA 82%	El 18% si lo practica
Sexo Transexual	NUNCA 91%	El 9% si lo practica	NUNCA 82%	El 18% sí lo practica
Sexo en combinación con Estimulantes	Con tabaco NUNCA 72% Con Alcohol NUNCA 43% Con Marihuana NUNCA 83% Con Cocaína NUNCA 88% Con Piedra NUNCA 94% Con Éxtasis NUNCA 94% Otra droga NUNCA 94%	Ellos en un 28% practica sexo con tabaco En 57% practica sexo con alcohol El 17% con Marihuana El 12% con Cocaína Ellos en un 6% para cada una, practica sexo con Piedra o Éxtasis o bien con otra droga	Con tabaco NUNCA 64% Con Alcohol NUNCA 36% Con Marihuana NUNCA 64% Con Cocaína NUNCA 73% Con Piedra NUNCA 73% Con Éxtasis NUNCA 73% Otra droga NUNCA 73%	Ellos en un 36% practican sexo con tabaco En un 64% con alcohol El 36% con Marihuana Ellos en un 27% combinan el sexo con Cocaína o Piedra o Éxtasis o bien con otra droga

La muestra de los hombres participantes nacidos en los EEUU son mucho más explorados sexualmente combinando estimulantes del SNC e incluso en la variedad de las conductas sexuales de riesgo reproductivo biológico.

Entre las hombres y mujeres de la muestra participante nacidas en México y en los EEUU, los hombres reportaron mucho más conductas sexuales de riesgo reproductivo que las mujeres. Los

hombres de la muestra participante con lugar de nacimiento en los EEUU superan a todos los grupos. Ver la tabla 18

Tabla 18		Hombres y Mujeres por lugar de Nacimiento			
Tipo de SEXO	Mujeres Mexicanas	Hombres Mexicanos	Mujeres México-Americanas	Hombres Mexico-Americanos	
Oral	65% si lo práctica	Nunca 0%	El 57% si lo practica	El 64% si lo practica	
Anal	13% Si lo practica	El 41% si lo practica	El 21% si lo practica	El 36% si lo practica	
Grupal	2% si lo practica	El 9% si lo practica	El 9% si lo practica	El 18% si lo practica	
Sexo con el mismo Sexo	2% si lo practica	El 9% si lo practica	El 12% si lo practica	El 18% si lo practica	
Sexo Transexual	NO lo practican	El 9% si lo practica	El 12% lo practica	El 18% si lo practica	
Sexo en combinación de Estimulantes del SNC	Ellas en un 8% practican sexo con tabaco El 40% si practica sexo con alcohol El 8% practica sexo con Marihuana Ninguna practica sexo en combinación con Cocaína, Piedra y Éxtasis y el 6% practica sexo en combinación con otras drogas	Ellos en un 28% practica sexo con tabaco En 57% practica sexo con alcohol El 17% con Marihuana El 12% con Cocaína Ellos en un 6% para cada una, practica sexo con Piedra o Éxtasis o con otra droga	Ellas en un 12% practican sexo con tabaco El 35% practica sexo con alcohol El 12% con Marihuana El 9% combina el sexo con: Cocaína o Piedra o Éxtasis y con otro tipo de droga	Ellos en un 36% practican sexo con tabaco En un 64% con alcohol El 36% con Marihuana Ellos en un 27% combinan el sexo con Cocaína o Piedra o Éxtasis o con otra droga	

A continuación se muestran los resultados sobre los estilos parentales de crianza correlacionados con las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico.

Para los resultados de las correlaciones entre los estilos parentales de crianza y las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico (CSGRRB) en primer lugar se calculó el Alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad de las escalas de las variables parentales a saber; estilos de percepción parental de crianza y conflicto padre-hijos. La confiabilidad es aceptable porque en todas SÍ existió un índice apropiado de consistencia interna, ya que todos los puntajes superan el 0.70

La estadística descriptiva obtenida se muestra en la tabla 19. Se observa que se tiene una mayor percepción del estilo parental de crianza de ambos padres como autorizativos, al padre se le percibe más negativamente y se reporta poca frecuencia de conflictos padres-hijos.

Tabla 19			Cronbach's	Cronbach's	Media	Media	Desviación Std	Desviación Std	Valor Mínimo	Valor mínimo	Valor Máximo	Valor Máximo
No	INSTRUMENTO	ESTILO	PADRE	MADRE	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
1	CPAP	AUTORIZATIVO	0.872	0.876	22.10	24.01	6.58	6.15	8	8	32	32
2	CPAP	PERMISIVO	0.817	0.838	15.72	16.70	5.04	4.91	6	6	24	24
3	CPAP	AUTORITARIO	0.833	0.867	20.60	20.48	6.12	6.43	8	8	32	32
4	CPAP	NEGLIGENTE	0.844	0.897	13.80	13.10	5.68	6.13	7	7	28	28
5	EsPerPa yMa	POSITIVOS	0.891	0.905	30.55	33.78	7.85	6.82	8	8	40	40
6	EsPerPa yMa	NEGATIVOS	0.745	0.819	39.00	33.78	6.56	6.82	8	8	39	40
7	EsConf Pa-Hi		0.907	0.929	22.79	23.01	9.05	9.86	12	12	48	48

El análisis de varianza con el estadístico F arrojó los resultados sobre la percepción de conflicto del padre y de la madre con los vástagos (CPAP-EsPerPay y Ma-EsConfPa-Hi), encontrándose diferencias en la percepción positiva de ambos padres, según el estilo parental. Particularmente, quienes perciben a sus padres o madres como autorizativos o permisivos consideran que tienen atributos positivos. En cambio, quienes perciben a sus padres o madres

como negligentes les atribuyen rasgos negativos, al igual que a las madres autoritarias (ver tabla 20).

No.	ESTILO PARENTAL DE CRIANZA		Tabla 20	
	PERCEPCIÓN DEL PADRE y DE LA MADRE		Puntaje F	Valor p
1	Padre Autorizativo	con Padre Positivo	3.30	0
2	Padre Permisivo	con Padre Positivo	3.35	0
3	Padre Negligente	con Padre Negativo	2.00	.,007
4	Madre Autorizativa	con Madre Positiva	3.33	0
5	Madre Permisiva	con Madre Positiva	2.42	.,002
6	Madre Autoritaria	con Madre Negativa	1.67	.,030
7	Madre Negligente	con Madre Negativa	1.80	.,016

En la tabla 21 se presentan los resultados de los análisis de Ji cuadrada y el coeficiente de contingencia. La Ji cuadrada identificó la independencia de patrones de autoridad con las CSGRRB (CPAP-CuSexgRiesa) Asimismo, el coeficiente de contingencia mostró la relación entre los estilos parentales de crianza y las CSGRRB. Los valores de Ji cuadrada que resultaron significativos indican que hay dependencia entre el estilo parental de crianza y la conducta sexo-genital de riesgo en cuestión, tales como: En las preguntas; 5b. Frecuencia del Sexo Anal; 5c. Frecuencia del Sexo Grupal; 13. Colocación correcta del condón del Hombre; 17. Tomar Medidas Preventivas contra las ITS; 20a. Incomodidad ante las Preguntas de la investigación presentadas el CuSexgRiesa; 20.b Molestia ante dichas Preguntas.

El coeficiente de contingencia se calculó para estos casos, en las que hubo dependencia para conocer la fuerza de la correlación entre dichas variables. Cabe precisar, que se obtuvo puntajes con niveles de significancia iguales o menores a 0,05 en 6 conductas sexo-genitales, de las 20

CSGRRB evaluadas en el CuSexgRiesa. Asimismo, en la tabla 21 se presentan los resultados de Ji cuadrada en dónde se identificó dependencias en algunas CSGRRB y, los estilos parentales de crianza. Se muestran todas las preguntas de CuSexgRiesa y se especifican los datos de Ji cuadrada (chi cuadrada) solo para las CSGRRB que resultaron significativas.

Tabla 21 Resultados en Porcentaje POR Estilo Parental de Crianza Correlacionados con TODAS las conductas Sexo-Genitales de Riesgo Reproductivo Biológico (NO suman el cien por ciento entre padre y madre porque solo se está reportando el porcentaje más alto, por razones de espacio y fácil comprensión).

No	CONDUCTA SEXO-Genitales DE RIESGO REPRODUCTIVO Biológico	Tabla 21									
		Estilo AUTORIZATIVO		Estilo PERMISIVO		Estilo AUTORITARIO		Estilo NEGLIGENTE		SIN Estilo Aún DEFINIDO	
	PROGENITOR(A) / TUTOR(A)	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
1	Edad primera relación sexual	18% 15-19	17.3% 15-19	6% 15-19	23.5% 15-19	7.2% 15-19	23.5% 15-19	8.4% 15-19	23.5% 15-19	8.4% 15-19	23.5% 15-19
2	Edad primer embarazo	4.2% (20-24)	3% (20 y 24)	1.2% (20 y 24)	3.6% (20 y 24)	3.6% (15-19)	4.2% (15-19)	5.4% (20-24)	6.5% (20-24)	10.2% (20-24)	8.3% (20-24)
3	La primer relación sexual fue VOLUNTARIA, NO FORZADA	.6% SÍ	0% SÍ	0% SÍ	0% SÍ	.6% SÍ	.6% SÍ	1.2% SÍ	1.8% SÍ	.6% SÍ	.6% SÍ
4	Abuso, Agresión o Violación Sexual	15.0% NO	13.1% NO	13.2% NO	15.5% NO	12.6% NO	10.1% NO	15.6% NO	15.5% NO	25.1% NO	28% NO
5 a.	Frecuencia del Sexo Oral	6.6% Muy Esporá dico	3.6% Muy Esporá dico	4.2% NUNCA	4.2% NUNCA	4.8% NUNCA	5.4% Muy Esporá dico	7.8% NUNCA	10.7% NUNCA	10.8% NUNCA	12.5% NUNCA
5 b.	Frecuencia del Sexo Anal Valor de Chi cuadrada Materna 32.39 y su Significancia = .039)	12.0% NUNCA	8.9% NUNCA	10.2% NUNCA	12.5% NUNCA	13.8% NUNCA	11.3% NUNCA	13.2% NUNCA	15.5% NUNCA	23.4% NUNCA	24.4% NUNCA
5 c.	Frecuencia del Sexo Grupal Valor de Chi cuadrada Materna 28.14 y su Significancia = .030)	15.6% NUNCA	12.2% NUNCA	15.0% NUNCA	16.1% NUNCA	16.2% NUNCA	14.9% NUNCA	16.2% NUNCA	17.3% NUNCA	29.9% NUNCA	32.1% NUNCA
5 d.	Frecuencia de Genitalidades con Personas del mismo sexo	15.6% NUNCA	12.5% NUNCA	15.6% NUNCA	16.7% NUNCA	15.0% NUNCA	14.9% NUNCA	15.6% NUNCA	16.7% NUNCA	29.9% NUNCA	31.5% NUNCA
5 e.	Frecuencia del Sexo Transexual	15.6% NUNCA	12.5% NUNCA	14.4% NUNCA	16.7% NUNCA	16.2% NUNCA	14.3% NUNCA	16.2% NUNCA	17.3% NUNCA	30.5% NUNCA	32.1% NUNCA
5 f.	Combinar relaciones sexuales con TABACO	15.0% NUNCA	11.9% NUNCA	13.2% NUNCA	15.5% NUNCA	14.4% NUNCA	12.5% NUNCA	14.4% NUNCA	15.5% NUNCA	26.5% NUNCA	26.2% NUNCA

No	CONDUCTA SEXO-Genitales DE RIESGO REPRODUCTIVO Biológico	Tabla 21									
		Estilo AUTORIZATIVO		Estilo PERMISIVO		Estilo AUTORITARIO		Estilo NEGLIGENTE		SIN Estilo Aún DEFINIDO	
5 g.	Combinar relaciones sexuales con ALCOHOL	10.2% NUNCA	7.7% NUNCA	7.2% NUNCA	8.3% NUNCA	6.6% NUNCA	4.2% NUNCA	12.0% NUNCA	14.3% NUNCA	16.2% NUNCA	17.9% NUNCA
5 h.	Combinar relaciones sexuales con MARIHUANA	16.2% NUNCA	12.5% NUNCA	13.8% NUNCA	16.1% NUNCA	13.8% NUNCA	13.1% NUNCA	13.8% NUNCA	16.1% NUNCA	28.1% NUNCA	28.0% NUNCA
5 i.	Combinar relaciones sexuales con COCAÍNA	16.2% NUNCA	13.1% NUNCA	15.0% NUNCA	16.7% NUNCA	15.6% NUNCA	14.3% NUNCA	15.0% NUNCA	17.3% NUNCA	29.9% NUNCA	30.4% NUNCA
5 j.	Combinar relaciones sexuales con PIEDRA	16.2% NUNCA	13.1% NUNCA	15.0% NUNCA	16.7% NUNCA	16.2% NUNCA	14.9% NUNCA	15.6% NUNCA	17.3% NUNCA	31.1% NUNCA	32.1% NUNCA
5 k.	Combinar relaciones sexuales con ÉXTASIS	16.2% NUNCA	13.1% NUNCA	15.0% NUNCA	16.7% NUNCA	16.2% NUNCA	14.9% NUNCA	15.6% NUNCA	17.3% NUNCA	31.1% NUNCA	32.1% NUNCA
5.l	Combinar relaciones sexuales con OTRA DROGA	Sin Datos Reportados, no se mencionó otros tipos de drogas usadas									
6	Contagiarse de una ITS	15.0% NUNCA	13.1% NUNCA	15.5% NUNCA	15.5% NUNCA	14.4% NUNCA	13.7% NUNCA	17.4% NUNCA	19.0% NUNCA	32.3% NUNCA	32.7% NUNCA
7	Otra ITS	Sin Datos Reportados porque no mencionaron otro tipo de ITS									
8	Ser Infiel	13.2% NUNCA	10.1% NUNCA	13.8% NUNCA	14.3% NUNCA	13.2% NUNCA	12.5% NUNCA	13.8% NUNCA	15.5% NUNCA	28.1% NUNCA	28.6% NUNCA
9	Embarazo por una infidelidad	16.8% NO	13.7% NO	15.0% NO	16.7% NO	15.6% NO	14.3% NO	16.8% NO	18.5% NO	32.3% NO	33.3% NO
10	Contagiarse de una ITS por Infidelidad (11. Otra ITS)	16.8% NUNCA	13.7% NUNCA	15.0% NUNCA	16.7% NUNCA	16.2% NUNCA	14.9% NUNCA	17.4% NUNCA	19.6% NUNCA	31.7% NUNCA	32.1% NUNCA
12	A recurrido al aborto vountario	15.6% NUNCA	13.1% NUNCA	14.4% NUNCA	14.9% NUNCA	15.0% NUNCA	14.3% NUNCA	17.4% NUNCA	19.0% NUNCA	30.5% NUNCA	31.5% NUNCA
13	Colocación correcta del condón del Hombre Valor de Chi cuadrada Paterna 92.42 y su Significancia = .055) Valor de Chi cuadrada Materna 10.38 y su Significancia = .034)	15.0% SI	13.1% SI	14.4% SI	16.1% SI	13.8% SI	10.7% SI	12.6% SI	15.5% SI	26.6% SI	26.6% SI
14	Colocación correcta del condón de la Mujer	6.6% SI	5.4% SI	6.6% SI	8.9% SI	9.0% SI	4.8% SI	7.8% SI	10.1% SI	12.0% SI	13.7% SI
15	Cánceres Reproductivos	Sin Datos Reportados; no se mencionó ningún cáncer de reproductividad biológica									
16	Otros Canceres reproductivos	Sin Datos Reportados porque no hubo otros tipos de cáncer (excepto un cáncer de piel)									

No	CONDUCTA SEXO-Genitales DE RIESGO REPRODUCTIVO Biológico	Tabla 21									
		Estilo AUTORIZATIVO		Estilo PERMISIVO		Estilo AUTORITARIO		Estilo NEGLIGENTE		SIN Estilo Aún DEFINIDO	
17	Toma Medidas Preventivas contra las ITS Valor de Chi cuadrada Paterna 93.36 y su Significancia = .053 Valor de Chi cuadrada Materna 11.28 y su Significancia = .024	12.6% SI	11.3% SI	10.2% SI	12.5% SI	12.0% SI	8.9% SI	8.4% SI	9.5% SI	18.0% SI	18.5% SI
18	Cuales Medidas de Prevención para las ITS	5.4% Condón	4.2% Fidelidad	4.8% Condón	4.8% Condón	5.4% Fidelidad	5.4% Fidelidad	8.4% Ninguna	8.3% Ninguna	10.8% Ninguna	10.7% Ninguna
19	Mejor Método de Prevención para las ITS	9.0% Condón	7.7% Condón	9.0% Condón	9.5% Condón	8.4% Abstinen cia	7.7% Condón	13.2% Condón	9.5% Condón	13.8% Abstinen cia	10.1% Condón
20 a	Incomodidad ante las Preguntas Valor de Chi cuadrada Materna 20.27 y su Significancia = .009)	11.4% NADA	10.1% NADA	12.0% NADA	14.3% NADA	9.6% NADA	8.3% NADA	12.0% NADA	10.1% NADA	28.2% NADA	24.4% NADA
20 b	Molesto ante las Preguntas Valor de Chi cuadrada Materna 21.68 y su Significancia = .006	15.0% NO	12.5% NO	14.4% NO	16.7% NO	15.6% NO	14.3% NO	13.8% NO	13.7% NO	27.5% NO	29.2% NO
20 c	Informar Mejor a sus Hijas e hijos	7.2% SI MUCHO	6.0% SI MUCHO	6.6% NO NADA	9.5% NO NADA	9.6% SI MUCHO	9.5% SI MUCHO	10.8% SI MUCHO	8.9% SI MUCHO	14.4% NO NADA	14.3% SI MUCHO

Observe que se anotó en esta tabla 21 las preguntas 13 y 17 del CuSexgRiesa correlacionadas con el estilo educativo paterno que si bien NO resultaron significativas en la Ji cuadra, sí quedaron muy próximas a serlo. Cabe señalar que el porcentaje de las CSGRRB, que los participantes NO contestaron no tiene interés mayor, ya que es muy bajo en, prácticamente todos los estilos parentales de crianza, dichos porcentajes fluctuaron entre estos tres valores; 0,6% 1,2% y el máximo de 1,8% por lo que se eliminó dicha columna. Asimismo, observe que en este cuadro hay una columna nueva, denominada SIN estilo educativo parental aún definido, la que muestra el porcentaje más alto encontrado para cada conducta sexo-genital. Dichos valores,

correspondieron a aquellos participantes cuyos puntajes no se ubicaron en ninguno de los estilos parentales de crianza, ya definidos (Autorizativo, Permisivo, Autoritario y Negligente).

No	TABLA 22 Resumen Conductas Sexuales de Riesgo con el Valor de Chi Cuadrada	Coeficiente de Contingencia con Estadístico F
1	Pregunta #5b: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo anal? Valor de Chi cuadrada Materna 32.39 y su Significancia = .039	Coeficiente de Contingencia: Valor .628 Aproximación de Significancia = .019
2	Pregunta #5c: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo grupal? de Chi cuadrada Materna 28.14 y su Significancia = .030	Coeficiente de Contingencia: Valor .769 Aproximación de Significancia = .044
3	Pregunta #13: ¿Estoy completamente segur@ que conozco y aplico la técnica de colocación correcta del condón del hombre? Valor de Chi cuadrada Materna 10.38 y su Significancia = .034	Coeficiente de Contingencia: Valor .241 Aproximación de Significancia = .034
4	Pregunta #17: ¿Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)? Valor de Chi cuadrada Materna 11.28 y su Significancia = .024	Coeficiente de Contingencia: Valor .251 Aproximación de Significancia = .024
5	Pregunta #20a: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir incomoda Valor de Chi cuadrada Materna 20.27 y su Significancia = .009	Coeficiente de Contingencia: Valor .328 Aproximación de Significancia = .009
6	Pregunta #20b: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir molesta... Valor de Chi cuadrada Materna 21.68 y su Significancia = .006	Coeficiente de Contingencia: Valor .338 Aproximación de Significancia = .006

Se creó la tabla 22 para tener una visión rápida del grueso de los resultados correlacionales, mismos que a continuación se describen:

1. *La Frecuencia del Sexo Anal:* la menor frecuencia de sexo anal la presenta la muestra de los participantes con un estilo parental de crianza no definido para la madre, le sigue el estilo parental de crianza de la madre negligente y después el de la madre permisiva. La muestra de participantes con una percepción de madres autorizativas y autoritarias son las más accesibles al sexo anal, con la misma frecuencia. Todo lo anterior con un coeficiente de contingencia alto.

2. *La Frecuencia del Sexo Grupal:* La menor preferencia de sexo grupal lo presentan la muestra de los participantes con un estilo materno no definido; le sigue el estilo parental de crianza materno negligente y el de una madre permisiva. Por último, la muestra de los participantes con una percepción materna autorizativa y la percepción de una madre autoritaria, es las más accesibles al sexo grupal.
3. *Colocación Correcta del Condón para los hombres:* El reporte de esta destreza de mayor a menor dominio es como sigue: Madre sin estilo de crianza definido; madre con estilo de crianza permisivo; madre con estilo de crianza negligente, le sigue la madre autorizativa y por último, la madre de estilo parental de crianza autoritario es la que reportó tener un menor dominio en la colocación correcta del condón de hombre. Se enfatiza que los porcentaje menores en general, correspondieron a la madre de estilo parental de crianza autoritario, exponiéndose más a una ITS y, a los embarazos no deseados. Lo anterior, con un coeficiente de contingencia moderado.
4. *Tomar Medidas para Prevenir las ITS:* Si bien es cierto, que en todos los estilos parentales de crianza de la muestra participante, sí previenen las ITS. Con base en la percepción para la madre, estadísticamente significativa se observa que el estilo parental de crianza materno previene más activamente las ITS. En orden descendente; Primero las progenitoras sin estilo parental definido, le sigue la madre permisiva. Después, la autorizativa y finalmente la negligente. La muestra de los participantes con una percepción de madre autoritaria son quienes previenen menos el contagio de una ITS y en consecuencia se exponen a mayores

riesgo; en general, en su salud y, en particular, en su salud sexo-genital de reproducción biológica. Lo anterior, con un coeficiente de contingencia moderado.

5. *La incomodidad ante las preguntas de toda la investigación:* Cómo se ha mencionado la muestra de los participantes en lo general, reportaron muy bajos índices de incomodidad. Los participantes sin estilo parental de crianza aún no definido para la madre, fueron los más abiertos y accesibles ante las preguntas del CuSexgRiesa. Les siguieron, la muestra de los participantes con estilo parental de crianza permisivo. Después, las madres con los estilos parentales autorizativos; y, los negligentes. Finalmente, la muestra de los participantes con la percepción de madre autoritaria fueron los que se sintieron más incómodos, con las preguntas de la presente investigación. Aunque, con un coeficiente de contingencia bajo.

6. *La molestia ante las preguntas de toda la investigación:* La muestra de los participantes, en lo general, reportaron muy bajos índices de molestia ante las preguntas de la investigación. Para la madre, sin estilo parental de crianza aún definido y las madres permisivas fueron las más abiertas a este tipo de preguntas. Siguiéndoles, las autoritarias y las negligentes. Finalmente, la muestra de los participantes con la percepción de madres con estilo parental de crianza autorizativo mostraron más molestia ante las preguntas de toda la investigación. Aunque también, con un coeficiente de contingencia bajo.

Para la percepción del padre y de la madre en conflicto con sus vástagos y las CSGRRB (EsPerPayMa-EsConfPa-Hi-CuSexgRisa), se aplicó la prueba estadística de análisis de la varianza de Kruskal-Wallis, para identificar si es que la percepción de los progenitores como positivos o negativos MODIFICA la ocurrencia, la variabilidad de los tipos y la frecuencia de las

CSGRRB. Se observa en la tabla 23 los estilos parentales de crianza en su diferenciación con todas las preguntas del CuSexgRiesa, para la percepción del PADRE, solo se obtiene una significancia estadística en seis CSGRRB de las cuales, solo en la pregunta#4 NO es posible hacer un análisis más específico, porque no hay suficientes campos que nos proporcionen más información. Sin embargo, anotamos que solo se está reportando los puntajes de la prueba estadística Kruskal-Wallis con significancia menor o igual a 0,05 por razones de espacio y fácil comprensión.

No.	TABLA 23 PREGUNTA	CONSTRUCTO	VALOR DE SIGNIFICANCIA EN LA PRUEBA KRUSKAL-WALLIS	OPCIONES DE RESPUESTA DEL CuSexgRiesa A COMPARAR PARA HACER EL ANÁLISIS ESPECÍFICO
1	Pregunta #1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Padre Conflicto	0.027	6 vs 8; 5 vs 2; 5 vs 3; 5 vs 8; 4 vs 3
2	Pregunta #2 ¿A qué edad Ud., se embarazó o embarazó a una mujer por primera vez?	Padre Negativo	0.035	5 vs 1; 5 vs 6; 5 vs 7; 3 vs 1; 3 vs 7
3	Pregunta #4: ¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?	Padre Positivo	0.012	Menos de 3 campos
4	Pregunta #5a: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo oral?	Padre Negativo	0.009	1 vs 3; 1 vs 4; 2 vs 4
5	Pregunta #20a: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho ¿sentir incomodo?	Padre Negativo	0.027	3 vs 1
6	Pregunta #20b: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho ¿sentir molesto?	Padre Negativo	0.050	3 vs 1

A continuación se presentan los datos de estas seis conductas:

La percepción de padre-conflicto se diferencia de la edad de inicio de la vida sexual activa. (tabla 24).

La edad de inicio de vida sexual activa en el rango de edad con un muy alto riesgo reproductivo biológico, con la media comparada más alta del grupo (25.75) corresponde a la edad entre los 11 y los 14 años de edad. Lo que nos permite inferir que a mayor conflicto entre padres e hijos hay un inicio de vida sexual activa a una edad más temprana. La muestra de los participantes evaluados inician su vida sexual activa en la etapa de la adolescencia intermedia y la adolescencia tardía (15 a 19 años de edad). Esto es una conducta sexo-genital de riesgo reproductivo biológico.

Es un hecho que el inicio de la vida sexual activa tiene que ver con el estilo parental de crianza que aunque, también depende de este llamado biológico intenso a la reproductividad biológica y, que en esta temprana edad, sin un plan de vida y plan de carrera, con padre de conflicto alto, es más factible de que ocurra esta primera relación sexo-genital entre los 11 y los 19 años de edad. Se podría suponer que un padre con estilo parental de crianza autoritario y también el estilo parental negligente favorecerán un inicio muy prematuro de vida sexo-genital activa.

Tabla 24 Padre Conflicto con Pregunta 1

Opciones	Media	Desviación Estándar	Número
1. Antes de los 10 años de edad	19.2	6.685	5
2. Entre los 11 y los 14 años de edad	25.75	9.963	16
3. Entre los 15 y los 19 años de edad	23.86	8.136	74
4. Entre los 20 y los 24 años de edad	21.06	9.485	48
5. Entre los 25 y los 29 años de edad	18.55	10.150	9
6. Entre los 30 y los 34 años de edad	16.00	5.656	2
7. Entre los 40 y más años de edad	0	0	0
8. No Respondió			2
Total			156

PADRE-CONFLICTO:
con la pregunta #1:
¿A qué edad tuvo
su primera relación sexual?

La percepción de padre-negativo se diferencia de la edad del embarazo para hombres y para mujeres. (tabla 25):

Se observa que esta conducta sexo-genital de riesgo reproductivo con esta percepción de padre negativo tienen significación estadística con unas desviaciones estándar que van de bajas a moderadas. Abajo, estamos incluyendo la tabla de sus medias comparadas con su desviación estándar. Precisamos, que la edad de embarazo, en el rango de edad con un muy bajo riesgo reproductivo biológico, con la media de 21.51 y la desviación estándar más baja de 5.67 corresponde al rango de edad de: Entre 20 y 24 años de edad.

El embarazo adolescente, solo ocurrió en los estilos educativos negligente y sin estilo parental de crianza definido aún. Recuerde que se reportaron embarazos que ocurrieron en los rangos de edad, de los 11 a los 19 años.

Tabla 25 Padre Negativo con Pregunta 2

Opciones	Media	Desviación Estándar	Número
1. Antes de los 10 años de edad	32.00	9.899	2
2. Entre los 11 y los 14 años de edad	0	0	0
3. Entre los 15 y los 19 años de edad	20.03	6.506	28
4. Entre los 20 y los 24 años de edad	21.51	5.679	39
5. Entre los 25 y los 29 años de edad	19.04	7.016	23
6. Entre los 30 y los 34 años de edad	20.00	6.957	6
7. Entre los 40 y más años de edad	27.00	7.238	6
8. No Respondió	0	0	0
Total			104

PADRE NEGATIVO:

con la pregunta #2:

¿A qué edad se embarazó o embarazó a una mujer?

La percepción de padre-positivo se diferencia de haber sufrido abuso, agresión o violación sexuales. (tabla 26).

Tabla 26 Padre Positivo con Pregunta 4

PADRE-POSITIVO con la pregunta #4: ¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?

Opciones	Media	Desviación Estándar	Número
1. SI	27.7	7.615	28
2. NO	31.2	7.802	136
Total			164

La percepción padre-negativo se diferencia de la inclusión de sexo oro-genital con una frecuencia de siempre. (tabla 27):

Tabla 27 Padre Negativo con Pregunta 5a

PADRE-NEGATIVO:

con la pregunta #5a:

En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿con qué frecuencia incluye sexo oral?

Frecuencia	Media	Desviación estándar	Número
1. Muy Esporádicamente	19.18	5.708	43
2. Una vez x mes	19.13	5.412	23
3. Una vez x semana	22.55	5.606	18
4. Siempre	25.04	7.689	25
5. No respondió	12.00	0	1
Total			110

La percepción de padre-negativo se diferencia del no sentirse incómodo (tabla 28) Sentirse muy incomodo/a con la puntuación más alta de 24.75 para el padre negativo a pesar de que son solo 16 casos.

Tabla 28 Padre Negativo con Pregunta 20a

Opciones	Media	Desviación estándar	Número
1. Sí Mucho	24.75	7.224	16
2. Un Poco	21.60	6.331	38
3. No/Para Nada	20.14	6.377	111
Total			165

PADRE-NEGATIVO con la pregunta #20a:
El haber contestado el cuestionario me ha hecho ¿sentir incomodo/a?

La percepción de padre-negativo se diferencia del no sentirse molesto (Tabla 29).

Tabla 29 Padre Negativo con Pregunta 20b

Opciones	Media	Desviación estándar	Número
1. Sí Mucho	25.75	9.407	8
2. Un Poco	23.40	7.268	15
3. No/Para Nada	20.39	6.178	142
Total			165

PADRE-NEGATIVO:
con la pregunta #20b:
El haber contestado el cuestionario me ha hecho ¿sentir molesto?

Los resultados de la Prueba Kruskal-Wallis por estilo parental de crianza muestran diferencias con las CSGRRB para la madre, a saber; el haber sufrido abuso, agresión o violación sexuales; inclusión y frecuencia del sexo oral; colocación correcta del condón del hombre; y, el haber tomado medidas preventivas en contra de las ITS, de cuyas preguntas, solo en la pregunta#5a del CuSexgRiesa, correspondiente al sexo oral, Sí fue factible hacer el análisis más específico. Ver tabla 30. No fue posible hacer un análisis

específico, en las 3 preguntas restantes porque no hay suficientes campos que nos proporcione más información.

No	Tabla 30 PREGUNTA	CONSTRUCTO	VALOR DE SIGNIFICANCIA EN LA PRUEBA KRUSKAL-WALLIS	OPCIONES DE RESPUESTA DEL CuSexgRiesa A COMPARAR PARA HACER EL ANÁLISIS ESPECÍFICO
1	Pregunta #4: ¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?	Madre Positiva	0.000	Menos de 3 campos
2	Pregunta #5a: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo oral?	Madre Positiva	0.020	3 vs 4; 3 vs 1; 2 vs 4; 2 vs 1
3	Pregunta #13: ¿Estoy completamente seguro que conozco y aplico la técnica de colocación correcta del condón del hombre?	Madre Positiva	0.009	Menos de 3 campos
4	Pregunta #17: ¿Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)?	Madre Positiva	0.003	Menos de 3 campos

La percepción de madre positiva se diferencia de; haber sufrido abuso, agresión o violación sexual; de no saber la colocación correcta del condón del hombre; y, el no tomar medidas preventivas en contra de las ITS (tablas 31, 32 y 33).

Tabla 31 Madre Positiva con Pregunta 4

Opciones	Media	Desviación Estándar	Número
1. SI	30.71	5.234	28
2. NO	34.40	7.008	136
Total			164

MADRE-POSITIVA:

con la pregunta #4:

¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?

La prole más expuesta fue con una madre negativa, es quién deja más oportunidades de que su prole viva un abuso, agresión o violación sexual.

MADRE-POSITIVA:

con la pregunta #13:

¿Estoy completamente seguro/a que conozco y aplico la técnica correcta de colocación del condón del hombre? (tabla 32)

Tabla 32 Madre Positiva con Pregunta 13

Opciones	Media	Desviación estándar	Número
1. SI	34.38	6.477	136
2. NO	31.06	7.776	30
Total			166

MADRE-POSITIVA:

con la Pregunta #17

¿Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)? (tabla 33)

Tabla 33 Madre Positiva con Pregunta 17

Opciones	Media	Desviación estándar	Número
1. SI	35.27	5.231	100
2. NO	31.53	8.248	66
Total			166

La percepción madre-positiva se diferencia del sexo buco-genital con la frecuencia de muy esporádicamente. (Tabla 34).

Tabla 34 Madre Positiva con Pregunta 5a

Frecuencia	Media	Desviación estándar	Número
1. Muy Esporádicamente	34.33	5.940	18
2. Una vez x mes	34.50	2.507	8
3. Una vez x semana	30.80	7.463	5
4. Siempre	32.36	6.697	11
5. No respondió	37.00	3.000	3
Total			45

MADRE-POSITIVA con la pregunta #5a:

En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿con qué frecuencia incluye sexo oral?

Bajo una percepción de madre positiva las CSGRRB son: La frecuencia de muy esporádicamente con la desviación estándar mayor del grupo.

Las tablas 35 y 36 resumen los hallazgos de la presente investigación . La tabla 36 da respuesta a las preguntas del CuSexgRiesa.

Tabla 35 RESUMEN		
CSGRRB con significancia estadística para la MADRE en CHI CUADRADA	CSGRRB con significancia estadística para la MADRE en KRUSKAL-WALLIS	CSGRRB con significancia estadística para el PADRE en KRUSKAL-WALLIS
		Pregunta #1: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
		Pregunta #2: ¿A qué edad Ud., se embarazó o embarazó a una mujer por primera vez?
	Pregunta #4:¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?	Pregunta #4:¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual?
	Pregunta #5a: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo oral?	Pregunta #5a: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo oral?
Pregunta #5b: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo anal?		
Pregunta #5c: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo grupal?		
Pregunta #13: Estoy completamente segur@ que conozco y aplico la técnica de colocación correcta del condón del hombre?	Pregunta #13: ¿Estoy completamente segur@ que conozco y aplico la técnica de colocación correcta del condón del hombre?	
Pregunta #17: Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)?	Pregunta #17: ¿Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)?	
Pregunta #20a: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir incomoda		Pregunta #20a: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho ¿sentir incomodo?
Pregunta #20b: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir molesta...		Pregunta #20b: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho ¿sentir molesto?

Tabla 36 Respuestas con significación estadística a las preguntas del CuSexgRiesa

ITEM	RESPUESTA
Pregunta #4: ¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual? Con la madre y el padre positivos	No
Pregunta #5a: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo oral? <u>Esporádicamente:</u> Con una madre Autorizativa. <u>Nunca:</u> Con una madre sin estilo de crianza definido y con una madre negligente <u>Nunca:</u> Padre Negativo.	Nunca
Pregunta #5b: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo anal? Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Negligente	Nunca
Pregunta #5c: En su práctica actual de la sexualidad con una pareja ¿incluye sexo grupal? Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Negligente	Nunca
Pregunta #13: Estoy completamente seguro que conozco y aplico la técnica de colocación correcta del condón del hombre? Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Permisiva y Positiva	Sí
Pregunta #17: Ha tomado medidas preventivas para evitar una infección de transmisión sexual (ITS)? Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Permisiva y Positiva	Sí
Pregunta #20a: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir incomodo. Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Permisiva Con padre Negativo; Sí un poco	Para nada
Pregunta #20b: El haber contestado este cuestionario, me ha hecho sentir molesto. Con madre sin estilo de crianza definido y con madre Permisiva Con un Padre Negativo; Sí un poco	No, Para nada

Evidentemente, las pruebas estadísticas no paramétricas empleadas arrojaron cifras y datos consistentes con niveles de significancia altos y con fuerzas de correlación de moderados a altos y se diferenciaron con gran precisión los estilos parentales de crianza de las CSGRRB. Asimismo, se identificó claramente la independencia de patrones de autoridad con las CSGRRB, también se mostró la relación entre los estilos parentales de crianza y las CSGRRB que indican que hay dependencia entre el estilo parental de crianza y la conducta sexo-genital de riesgo reproductivo biológico en 6 de las 20 CSGRRB evaluadas. Existió una mayor percepción del estilo parental de crianza de ambos padres como autorizativos, al padre se le percibe más negativamente y se reporta poca frecuencia de conflictos padres-hijos, en general.

Se encontró diferencias en la percepción positiva de ambos padres, según el estilo parental. Particularmente, quienes perciben a sus padres o madres como autorizativos o permisivos consideran que tienen atributos positivos. En cambio, quienes perciben a sus padres o madres como negligentes les atribuyen rasgos negativos, al igual que a las madres autoritarias.

El estilo parental autoritario es el que muestra, invariablemente, los niveles mayores de; frecuencia, tipo y variabilidad de CSGRRB. Le sigue el estilo parental de crianza negligente. El estilo parental de crianza aún sin definir, el autorizativo y el permisivo se correlacionó, invariablemente, con los menores niveles de; muy frecuencias, tipo y variabilidad de CSGRRB.

Discusión.

Con base a los resultados arrojados en la presente investigación, se concluye que el CuSexgRiesa proporciona información relevante para identificar conductas sexo-genitales de riesgo para la reproducción biológica. Se observó: Ambas muestras participantes son muy similares en; religión, horas trabajadas, dominio en la colocación del condón de hombre, falta de dominio en la colocación del condón de la mujer, prácticamente ninguna incomodidad e incluso molestia ante las preguntas del CuSexgRiesa. La muestra México-Americana supera a la población de mexicanos nacidos en la República Mexicana en: educación, ingresos, tipo de vivienda, dominio del idioma Inglés y laboran en puestos que requieren cierta especialización. Se conducen por la vida como solteros y prefieren vivir solos, tienen menos hijos y más participantes de la muestra pertenecen a la comunidad LGBTQ+ y, mencionaron más veces que sí saben colocar correctamente el condón de la mujer. En contraposición, la muestra de los participantes mexicanos nacidos en territorio nacional mexicano, supera a la muestra de los participantes México-Americanos en: dominio del idioma Español, oficios desempeñados, número de hijos, se conducen por la vida como casados, viven en familia y se ponen una diversidad mayor de estados civiles (divorciado, unión libre, etc.).

Considere que esta investigación se realizó en territorio estadounidense, sin embargo, la muestra de los participantes fue significativamente mayor en número de los mexicanos nacidos en México. La mayoría de éstos son migrantes ilegales viviendo una condición de inestabilidad importante e incluso sin seguro médico, dental y visual.

Asimismo, se encontró que los progenitores/tutores/cuidadores con estilo parentales de crianza Autorizativo y Permisivo, si bien tienen conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, es un hecho que se presentan con mucha menor frecuencia que en los estilos

parentales de crianza Autoritario y el Negligente. Estos resultados son consistentes con los de Aguilar, Valencia y Romero (2004) en cuanto al impacto diferencial de los estilos parentales de crianza Autorizativo y Negligente y con los de Aguilar, Aguilar (2013). Los progenitores/tutores/cuidadores con los estilos parentales de crianza Autoritario y Negligente se correlacionan con vástagos que presentan más CSGRRB en contraposición con los estilos educativos del padre Autorizativo y Permisivo que muestran mucho menos conductas CSGRRB. Asimismo, se observa que la percepción del padre se le atribuyó más conductas negativas y tiene una mayor influencia en la generación de conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico que la percepción de la madre. Por lo que cuando hay conflicto con el padre, se adelanta el inicio de la vida sexo-genital activa en sus hijos, considerada en sí misma una conducta sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico. Cuando la madre es más estricta y “arma más broncas” que el padre para las emisión de conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, su prole las presentan con menor frecuencia.

Por su parte, los padres y las madres sin haber definido aún, su estilo parental de crianza, favorecen en todos los aspectos, una menor frecuencia de CSGRRB, lo que disminuye drásticamente las posibilidades de embarazos adolescentes, los embarazos no deseados y el riesgo de contagiarse de una ITS. Las conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico son mucho más frecuentes, en los estilos educativos parentales Autoritario y en el Negligente. Tenga en mente que, con base en nuestros resultados y las muestras participantes, se observa que las madres permisivas también se correlacionan con hombres y mujeres más infieles que el resto de los estilos educativos parentales. Finalmente, se detectó que hay, al menos 5 estilos educativos parentales a saber:

Autorizativo

Autoritario

Permisivo

Negligente

Sin estilo educativo aún definido

Se considera que este 5° estilo parental de crianza (sin estilo aún definido) es un estilo independiente que no se ajusta o encaja en los anteriores. Se antoja tan amplio, en posibilidades de investigación. Los hallazgos que fueron estadísticamente significativos, para los resultados de las correlaciones entre los estilos parentales de crianza representan el 57% de las conductas sexuales de riesgo reproductivo biológico examinadas en el CuSexgRiesa (ver tablas-resumen 35 y 36)

dichas CSGRRB que correlacionaron con los estilos parentales de crianza, son ampliamente factibles de trabajar/entrenar con las familias migrantes de origen mexicano y en los México-Americanos. Asimismo, se sugiere incluirlos en cualquier aproximación de educación sexual que pretenda ser novedoso y estar actualizado.

Los resultados anteriores permiten mencionar que ya desde hace varias décadas el concepto de estilo parental acuñado por Baumrind (1966) ha sido ampliamente utilizado en investigaciones acerca de las consecuencias de la socialización familiar sobre el desarrollo de niños y adolescentes que para este año 2020 casi 6 décadas después, bien vale la pena, “arrojar” ampliamente los actuales modelos teóricos sobre socialización familiar, ya que son de mayor complejidad que los unidireccionales, además de que estudian las interacciones y su bidireccionalidad, son también ecológicos y orgánicos, al tener en cuenta los contextos en que se dan dichas interacciones, contemplan la influencia genética y reconocen la posibilidad de intervenir y educar a las familias, justamente por considerarlas sistemas abiertos (Arranz y Oliva 2010 y Troncoso, 2013). Dichos modelos pueden ser retomados para analizar las diferentes

manifestaciones del contexto migrante legal e ilegal (según sea el caso) en la crianza, así como en los procesos educativos subyacentes y posteriores, con sus implicaciones en el desarrollo del ser humano, en lo general y del desarrollo de su sexualidad en sus 4 holones, en lo particular.

Se enfatiza que es urgente aplicarse a desarrollar mucho más el estilo educativo parental Autorizativo e incluso restaurativo con un programa de crianza positiva, ya que no podemos soslayar esta modernidad abasayante que trae consigo; un VPH precursor de cánceres reproductivos, con un VIH-SIDA, abortos/interrupciones voluntarias del embarazo legales, pornografía online, con adolescentes que se auto definen con las 5 letras “I”; Inconscientes, Inmortales, Intocables e Infértiles y en estos tiempos de COVID-19 también Inmunes. Los adultos pensamos que tal vez sean esas 5 letras “I” de; Incautos, Irresponsables, Imprudentes, Insensatos y, en estos tiempos de la pandemia COVID-19 también Incurables porque el VIH-Sida, está aquí y ¡sí da! En la educación sexual, hay mucho trabajo para transformar esa letra “I” en Íntegros Inteligentes, Incluyentes, Igualitarios, Importantes, e Interesantes. En la total consideración, es impostergable que se les entrene y que adquieran las destrezas para una toma de decisiones inteligentes e incluso las destrezas para ponerse correctamente, un condón, ya sea de hombre o de mujer, aprender a decir NO y entender que NO significa ¡NO! Las habilidades para una *profilaxis* (*Surveillance, 2017*) es este tratamiento que previene una infección (lavarse las manos antes de orinar, para las personas con pene y por supuesto, también después) antes de que se pasen bacterias, hongos parásitos y/o virus. Aunque parezca ilógico, educar enfáticamente en que se requiere tener una higiene íntima básica; el no compartir juguetes sexuales; aplazar el inicio de la vida sexo-genital activa; visitas periódicas al médico, así como la accesibilidad a los servicios de salud. Entre otras medidas preventivas, es vital para conservar la salud sexo-genital y la salud en general. Como se mencionó el *despertar* de la sexo-genitalidad, es un componente

crucial de la adolescencia, el llamado biológico a la reproducción es tan intenso, no solo por las manifestaciones biológicas y los cambios hormonales y corporales, que los adolescentes y los jóvenes experimentan, sino también, por el deseo de afirmar su identidad y su lugar en el ámbito social, así como la elección de su género, les lleva a una toma de decisiones que sin una guía madura y comprometida, dicha toma de decisiones se tornará ineficiente e inmadura, en esta etapa pivote del desarrollo psico-sexual como lo menciona los SENS (2012). Sabemos que la conservación de la salud y de la salud sexo-genital depende de: Una profilaxis adecuada, léase higiene, atención médica preventiva y periódica, el ejercicio de la sexualidad consciente y responsable. Tener disponible la información suficiente y necesaria para comprender la sexualidad a lo largo de la vida y, haber *aprehendido*, sí con esta letra “h” intermedia, que significa agarrarse de ella, asirse, de dicha información y que esté disponible con actualización médico-científica, sin consejas, sin ataduras ni falso pudores, sin que sea mediatizada por ninguna religión y menos por ningún gobierno, ya que nada ni nadie tiene derecho a quitarle al hombre, el goce y disfrute de lo que le pertenece al hombre y le pertenece por derecho propio porque es con lo que ha nacido. La disponibilidad de los métodos de regulación de la fertilidad, son imprescindibles en especial el uso consciente y obligado del condón. Con relación a la genitalidad anal y bucal, en la actualidad, ya se cuenta con telas suaves fabricadas con vinipiel para la protección durante ambas modalidades de dichas CSGRRB (PPWI, 2017). La adquisición de las destrezas para usar los mecanismos de protección y aquella para la regulación de la fertilidad; una toma de decisiones inteligente; sistematización en el uso de dichos mecanismos de protección para conservar la salud sexo-genital; evitar la combinación de sustancias estimulantes del SNC con la sexo-genitalidad; aprender técnicas seguras para sexo oral/bucal, sexo anal, sexo-transexual, el sexo-grupal, entre otros. Son tópicos básicos para cualquier

programa de educación sexual integral-holístico, holónico-sistémico. Las actitudes, preferencias y prácticas sexo-genitales de los adolescentes son claves, primero; para evitar resultados indeseados como embarazos o ITS y luego en ETS. Segundo, porque en esta edad, se gestan las preferencias de goce, disfrute y búsqueda de sus prácticas sexuales en su vida adulta. La salud sexo-genital reproductiva, no depende únicamente de las decisiones personales dado que los jóvenes, en especial y, las mujeres menores de edad (niñas y adolescentes) son más vulnerables a la violencia sexual y de género, por lo que para ellas requerimos temas educativos (como se mencionó en el capítulo 5 de este escrito) que ilustren todos los tipos de abusos de género. Contenidos educativos, no solo que sean diferentes a los que se requieren para las personas con pene. Se requiere que sean aún más explícitos y amplios, incluyendo las prácticas demostrativas del uso del condón para las personas con vulva/mujeres y del condón para las personas con pene/hombres (Magaña, 2017). Incluyendo las necesidades de las personas que pertenecen a la comunidad LGBTQ+ Así como estrategias para la detección oportuna de los depredadores sexo-genitales. En la literatura y en las investigaciones ya citas a lo largo del presente estudio, se ha demostrado y es aceptado que el entrenamiento conductual es una de las estrategias líder para la educación, el entrenamiento e incluso la eliminación o adopción de conductas, independientemente de; la edad, etnicidad, preferencia sexual, de la modalidad de la intervención ya sea individual, de pareja, familiar, grupal e incluso con una auto-administración, incluyendo el escenario en el que se aplique; el consultorio, la clínica, el hogar, la fabrica, escuela, centros comunitarios, etc. (González, Pedroza y Martínez, 2014).

Asimismo, usando herramientas tan simples como el juego dirigido al individuo, el elogiar, el ignorar, los tiempos fuera, la recompensa, los contratos conductuales, el principio de Premac, la sobrecorrección, la economía de fichas, etc. se producen cambios significativos que mejoran la

calidad de vida de las personas. Independientemente de si son conductas observables directamente o “internas” por lo que también, este entrenamiento conductual y el cognitivo-conductual, entre otros, son intervenciones líderes en programas de educación para los padres de familia. Dichos entrenamientos líder se ven complementado con las técnicas restaurativas (Costello, Wachtel, y Wachtel, 2009) y las de la atención plena (mindfulness). Rechtschaffen, (2016) enfatiza la práctica, la enseñanza de las técnicas y de la difusión de los beneficios de la atención plena desde los 3 años de edad y hasta el fin de la vida consciente. Todo lo anterior, podría aplicarse al entrenamiento a padres para mejorar de su estilo de crianza educativa.

La presente investigación corroboró:

1. En la mayor parte de los participantes de la muestra, su primera relación sexual fue voluntaria.
2. Se conoció que la mayoría de los participantes de la muestra no reportaron abusos, agresiones y/o violaciones sexuales.
3. El inicio de vida sexual activa corresponde a este intenso llamado biológico a la reproducción, a una edad entre los 15 y 19 años de edad. Asociado con la percepción de un padre-conflicto.
4. Los embarazos, corresponden a una edad entre los 20 y 24 años que es una etapa reproductiva de muy bajo riesgo reproductivo biológico.
5. Descubrimos que hay una baja frecuencia en la variación de las conductas sexo-genitales en las muestras participantes, así como el bajo consumo de sustancias estimulantes del SNC, en combinación con sus relaciones sexo-genitales.

6. La baja frecuencia de la interrupción voluntaria de los embarazos o abortos voluntarios y de las infidelidades, igual que la inexistencia de cánceres reproductivos y del bajísimo contagio de las ITS reportado, fue sorprendente positivamente.
7. La decisión de prevenir las ITS de la mayor parte de las muestras participantes fue sumamente alentadora ya que se consideró el uso apropiado del condón del hombre como el mejor método para prevenir las ITS, tales como: El VIH-SIDA, VPH, precursor de cánceres de reproducción biológica. También medidas para prevenir parásitos en los genitales, como son los piojos y las Tricomonas. La Candidiasis, Gonorra, Clamidia, la Sífilis, Donovanosis, el Herpes, las Hepatitis A, B, C y D como ejemplos ilustrativos, pero no limitativos.
8. La elección de medidas reales y médico-científicas para prevenir las ITS, en las que se incluyeron a la abstinencia y a la fidelidad.
9. La aceptación del mejor método de prevención, como fue el uso del condón, mayoritariamente elegido.
10. El reconocimiento de su falta de destreza en la colocación del condón de la mujer fue ilustrativo para incluirse como punto básico, en los programas de educación sobre la prevención de las conductas sexo-genital de reproducción biológica (CSGRRB).
11. Ambas muestras participantes, reconocieron que un método anticonceptivo NO es una estrategia aceptable para prevenir las ITS es una respuesta satisfactoria.
12. Las madres percibidas sin un estilo parental de crianza aún definido favorecen en menor frecuencia las prácticas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, denominadas como; sexo anal y el sexo grupal, seguidos por el estilo parental de crianza de la madre percibida como negligente.

13. Las madres percibidas sin un estilo parental de crianza aún definido y las madres con estilo parental de crianza permisivo, favorecen la toma de medidas preventivas para la ITS y en consecuencia para los embarazos no deseados y el embarazo adolescente, así como su dominio en el uso correcto del condón del hombre.
14. Las muestras de los participantes que percibieron a sus madres con un estilo parental de crianza autoritario mostraron más incomodidad ante las preguntas de esta investigación.
15. Las muestras de los participantes que percibieron a sus madres con un estilo parental de crianza autorizativo, mostraron más molestia ante las preguntas de esta investigación.
16. Las madres que fueron percibidas con estilos autorizativos y permisivos, también se perciben como positivas. Se correlacionan con la prevención de la ITS y por ende de los embarazos no deseados, así como con el reporte del dominio de la colocación correcta del condón y la inclusión de sexo buco-genital en sus prácticas coitales.
17. Ambos progenitores que fueron percibidos como positivos se correlacionan más con una nula o muy baja ocurrencia de abusos, agresiones y/o violaciones sexuales.
18. Los conflictos altos entre padres e hijos propician el inicio de una vida sexual a una edad menor.
19. Una percepción del padre negligente también fue percibido como un padre negativo. Se relaciona más con la mayor frecuencia de la práctica de sexo buco-genital y el sentirse incomodo y/o molesto con las preguntas de la presente investigación.

Considere que el estilo educativo parental de crianza sin definir aún mostró porcentajes muchas veces más elevados para la evitación de las CSGRRB que el resto de los estilos parentales de crianza ya establecidos y ampliamente investigados, lo que hace suponer que en este siglo XXI, los tradicionales estilos de crianza, es muy probable que ya no tengan la vigencia

de antaño. Barocio (2016) proclama una disciplina con amor, la cual se basa en un estilo amoroso con límites claramente definidos incluyendo todo tipo de herramientas de la modificación de conducta, sin nombrarlas como tales. Dicho estilo no puede llamarse tradicionalmente como permisivo, por lo amoroso, ni autoritario por el establecimiento de límites, pero si pudiera ser un estilo muy cercano a una mezcla entre el estilo autorizativo, con el permisivo. Lo anterior concuerda con los programas de crianza positiva de Chainé y Vázquez, (2014) y con González, et al., (2014). Los hallazgos de correlación estadísticamente significativa igual o menor a 0,05 de la presente investigación, son de gran utilidad educativa y bien, no solo se pueden, sino que es imperativo, incluir en este nuevo tipo de educación integral, holística, holónica y sistémica sobre el sexo-genital de riesgo reproductivo biológico.

El desafío: promover entre los adolescentes y adultos conductas sexo-genitales de reproducción biológica segura.

Las acciones de promoción y prevención en la población migrante enfrentan enormes desafíos, especialmente en el ámbito de la comunicación. Los mensajes de mayor potencial preventivo son aquellos que tienen sentido y que influyen en la toma de decisiones. En la salud sexual y reproductiva adolescente, este desafío es aún mayor. Se trata, ni más ni menos, de lograr en ellos el convencimiento de lo que les es más benéfico para la conservación de la salud, en opción al deber ser:

- Ante una situación a menudo compleja, ¿qué podemos hacer concretamente? Podemos empezar por criar jóvenes que, en vez de jactarse con un “a mí no me va a pasar”, adopten la actitud más reflexiva de “a mí también me podría pasar”.
- Retrasar el inicio de vida sexo-genital activa hasta los 20 años de edad.

- Usar sistemáticamente métodos anticonceptivos seguros y de manera apropiada. El acceso simple a los métodos de regulación de la fertilidad y servicios médico-psicológicos.
- Abstenerse de consumir alcohol u otras sustancias estimulantes del SNC o bien darle técnicas para el consumo moderado para no exponerse a relaciones sin protección, sin consentimiento o con violencia.
- Al promover la fidelidad con la pareja, se favorece el tener un menor número de parejas y se reducen significativamente las CSGRRB.
- Buscar asesoramiento calificado cuando se trata de su salud sexual.
- Un estilo educativo parental autorizativo con madres y padres positivos con un bajo nivel de conflicto entre padre, madres e hijos e incluso entre la pareja esposa-esposo; esposa-esposa; esposo-esposo favorece una baja frecuencia de CSGRRB.
- Educar y entrenar con empoderamiento a los adolescentes y a los jóvenes, propicia una toma de decisiones inteligentes y oportuna en el desarrollo de los 4 holones de la sexualidad humana
- Otro Desafío: Investigar más profunda y específicamente, el cómo sobrevive nuestra gente, en este país vecino del norte. Si bien es cierto que en la presente investigación hemos captado, una muestra de mexicanos con un tiempo de residencia en los EEUU de 1 a 10 años, consideramos, que ciertas preguntas de investigación, de índole migratoria, podrían dar más información al respecto.

Los expertos Bandura (1994, 1995, 2001 y 2002) Barcenas, Robles y Díaz-Loving, (2013), Quintanilla, et.al., (1995) , Flores y Ortega (2017 a, b y c), Magaña, (2017) que apoyan el

enfoque de facultar al ser humano desde su adolescencia temprana, apuntan principalmente al desarrollo de una institucionalidad y un marco sociocultural donde se respeten los derechos fundamentales de los niños, los adolescentes y los jóvenes para que dispongan de opciones válidas para tomar decisiones más saludables en relación a su sexualidad y al ejercicio o no de su reproducción biológica, manteniendo intacta, por supuesto, su salud sexual y su capacidad reproductiva. Una opción, que daría más oportunidades es eliminar la idea o la percepción como valoración cultural, que la única opción de las personas con vulva, para realizarse como mujeres, en la sociedad, es la maternidad. Esto permitiría una transición exitosa a la adultez con un proyecto de vida más amplio (Jara, 2018). Entre estas intervenciones se encuentran aquellas que evitan las uniones/vida en pareja a edad temprana, la violencia y la coacción sexual, a partir de un fortalecimiento del marco legal y una disminución de los prejuicios culturales-tradicionales, dictados por las religiones limitantes y poco edificantes. En cada vida de los adolescentes (10 a 19 años de edad) conviene enseñar qué: Es mejor esperar hasta que estén listos con su única decisión, el lugar, el momento y el uso inevitable de los mecanismos de protección. También, se vale incluir una buena dosis “*solo de puro romance*”, sin combinar excesivamente el alcohol y/o sin el uso de drogas.

Fortalezas de la Investigación.

1. La investigación se corrió con migrantes y/o descendientes de migrante en territorio no mexicano, se consideró la situación sociopolítica que se vivió durante el proceso de elaboración de la presente tesis.
2. Se usaron instrumentos hechos expreso por mexicanos para mexicanos

3. Tres de los cuatro instrumentos utilizados en la investigación ya tenían una confiabilidad aceptable.
4. Se elaboraron exprofeso para la presente investigación el CuSexgRiesa y la ficha del perfil socio-democrático. Documentos anexos, los cuales pueden ser utilizados en otras investigaciones.
5. Alrededor de un poco más del 95% de las aplicaciones estuvieron “supervisadas”.
6. En nuestras familias mexicanas y México-Americanas participantes, no encontramos limitaciones lingüísticas en el idioma Español, ya que todas ellas hablan muy bien el Español. Tampoco existió diferencias significativas entre sus preferencias religiosas. Su sexualidad, según reportaron está entre las conductas sexo-genitales de muy bajo riesgo de reproducción biológica. Es una comunidad familiarmente sana, aún en el extranjero. Se constató que nuestra gente vive como lo hace la denominada “*familia-muegano*” *vamos todos juntos a cualquier parte y vivimos también juntos.*
7. Los resultados sociodemográficos si bien dejan ver que están en una clara “desventaja” los participantes nacidos en territorio mexicano comparados con los México-Americanos, es un hecho que sus condiciones de vida, son lo suficientemente buenas para vivir bien y con estabilidad económica y armónicamente aunque no de manera legal (y, aunque lo fueran, tampoco se tiene la seguridad de la permanencia en los EEUU, en esta era Trump).
8. Los resultados aportaron datos para conocer a través de las muestras participantes sobre la población mexicana migrante y la que ha nacido en territorio de los EEUU.
9. El diseño, el muestreo y el análisis estadístico de los datos, Sí permitió realizar afirmaciones correlacionales importantes que apoyan los resultados de otras investigaciones.

10. La aplicación de los instrumentos en territorio estadounidense con una muestra de mexicanos y México-Americanos, es una novedosidad.

Limitantes de la Investigación.

1. No se hizo una revisión rigurosa de la identidad de los participantes, esto es, no se solicitó ninguna identificación de ningún tipo. Solo confiamos en su palabra de ser mexicanos o México-Americanos viviendo en Milwaukee por más de 6 meses. Si bien es cierto, que también en las encuestas online, se preguntó lo mismo y que solo las invitaciones fueron para mexicanos viviendo en Milwaukee, confiamos en la honestidad de su elección.
2. No se hizo una confiabilidad de la información entre padres e hijos, porque, de entrada, no fue parte de ninguno de los objetivos de la presente investigación. Sin embargo, siempre es un dato importante de veracidad.
3. En la ficha sociodemográfica no se incluyó la opción de ser jubilado o estar retirado de su actividad productiva y si pudimos inferir que tuvimos algunos participantes en esa condición.
4. Se observó que unos cuantos, de 2 a 5 participantes quisieron compartir algunas preguntas con su pareja y no lo impedimos. Ocurrió, por ejemplo, qué hacían preguntas o comentarios entre ellos y continuaban con su llenado, ya de manera individual.
5. No consideramos que los instrumentos podrían haber sido escritos también en idioma Inglés, ya que varios participantes no sabían leer en idioma Español.
6. No es una investigación interracial, pudiendo haberlo sido, ya que en la Cd. de Milwaukee, viven no solo mexicanos, sino también personas de las siguientes razas: Indios-nativos-americanos, una amplia parte de la población son afroamericanos, hay muy pocos asiáticos y

una gran cantidad y diversidad de latinos, entre otras razas, tales como polaca, alemana, hindú, coreana, vietnamita, etc. Tampoco se hicieron preguntas específicas incluyendo a la comunidad LGBTQ+ Ni siquiera en la ficha del perfil sociodemográfico, dimos la oportunidad de que eligieran un género diferente e incluso de que expresaran que no deseaban contestar la pregunta sobre su género. Por ejemplo:

Mujer

No Binario

Hombre

Prefiero No Responder

7. No indagamos sobre: Condición legal en los EEUU ni sobre sus razones para migrar, ni para quedarse viviendo, en los EEUU ni sobre sus necesidades, sentimientos, o sus limitantes para vivir en la ciudad del levantamiento de los datos en particular, o en los EEUU en general, ni sobre sus actividades recreativas, ni sus deseos sexo-genitales ocultos, etc. Tampoco, sobre su “orgullo” mexicano, respeto a sus tradiciones y festividades (día de los muertos, día de las madre, celebrar la independencia mexicana, etc.) o bien sobre su alimentación como una manera de identificación, ni sobre si es que su cultura mexicana sigue en pie o bien si se ha hecho una especie de “semi-cultura mexicana” con “semi-cultura americana” y cómo ésta se manifiesta en sus conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico, etc.
8. No se averiguó sobre ciertas prácticas sexo-genitales de placer sensual-erótico (en el que se exaltan los sentidos) más específicas de nuestros participantes, principalmente por razones prácticas, ya que, si se hubiera extendido el CuSexgRiesa a 54 preguntas, dado que se requerirían alrededor de 700 participantes, si se quisiera validar, lo que excedía en mucho las posibilidades personales en tiempo y de economía.

9. Por la legislación tan estrictamente específica en los EEUU y nuestra propia condición migratoria (solo contar con residencia permanente) no nos fue posible trabajar con la población menor de edad, lo que incluye a los adolescentes de 10 a 17 de edad. Asimismo, nos pareció muy poco representativo, por lo mismo ocioso, indagar en nuestra base de datos lo que se pudiera encontrar en nuestros adolescentes participante de 18 y 19 años de edad.
10. Como última limitación del estudio se puede señalar que este diseño *ex post facto* no permite realizar afirmaciones causales. El procedimiento de muestreo fue no probabilístico, por lo que los datos reportados no se pueden considerar estimaciones de parámetros y solo se pueden considerar como hipótesis y datos de comparación en estudio, dentro de la misma muestra participante. Debe señalarse que la sensibilidad del tema estudiado dificultó el acceso a instituciones educativas.

A Investigar en Próximos Estudios.

1. Profundizar en las preguntas sobre la combinación de relaciones sexo-genitales con sustancias estimulantes del SNC. Incluir a participantes adictos a estas sustancias.
2. Duplicar esta investigación con los instrumentos en idioma Inglés.
3. Indagar sobre las razones para migrar, para quedarse en los EEUU, sobre sus necesidades, sus sentimientos limitantes y edificantes para sobrevivir y mejorar sus condiciones de vida, sobre sus actividades recreativas, y sus deseos sexo-erótico-genitales ocultos, etc.
4. Incluir participantes de otras razas.

5. Identificar si su cultura mexicana sigue en pie o bien si se ha hecho una especie de “semi-cultura mexicana” con “semi-cultura americana” y cómo esta modificación en su cultura se manifiesta en sus conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo biológico.
 6. Hacer entrevistas verbales, cara a cara. Llevar a cabo algunos grupos focales para obtener información más íntima e incluso círculos restaurativos.
 7. Crear estrategias para los adolescentes que les haga reflexionar sobre el estilo educativo parental recibido/percibido y mostrarles en los cuatro estilos educativos actuales. Se propone un nuevo estilo parental de crianza con una metodología restaurativa
 8. La percepción de riesgo es un área de oportunidad en la investigación psicológica seria. Consideramos que esta percepción del riesgo que está latente, que es real y verdadera variará con base en: la edad del participante, su cultura, educación, género, su nivel socioeconómico e incluso plan de vida y plan de carrera, etc. Sin embargo, bien vale la pena indagar sobre la percepción de riesgo y los cuatro estilos parentales de crianza sobre los 4 holones de la sexualidad humana.
 9. Se requiere mucha investigación sobre la forma de criar-educando, en aquellos padres y madres de familia quienes no han definido aún su estilo parental de crianza y el cómo se impacta su estilo parental de crianza en el desarrollo de los 4 holones de la sexualidad humana.
 10. El tipo de familia en el que se proporciona la crianza y la educación sobre el desarrollo de los 4 holones de la sexualidad humana es un campo de investigación amplio, dado que la
-

familia clásica (padre-madre-hijos) es cada vez menos común. Las familias uniparentales y homosexuales son cada año mucho más común, si bien ya existen estudios sobre la tipología familiar (Mandara, 2003) aún nos falta aprender más de ellas.

Capítulo 7

Conclusión.

Dado que los progenitores son los primeros cuidadores que proveen la alimentación, el vestido, el techo, los cuidados, el afecto y las interacciones sociales que tienen la mayor influencia en los primeros años de vida de los infantes. Es común que los bebés se desarrollen y crezcan en una familia. El tipo de familia, (Mandara, 2003) las condiciones socioeconómicas, político-sociales (Ruchkin, Eisemann & Hägglöf, 1998) también las condiciones socio-demográficas (Jorge & González, 2018) y las condiciones medioambientales, como son un ambiente saludable, esto es libre de agentes tóxicos, con agua potable, condiciones salubres, vacunas, alimentación suficiente y saludable, con servicios de salud, educación y recreación, en el que transmitirán los valores familiares que forman parte de la cultura bajo la cual, los pequeños se están desarrollando. Son los progenitores quienes dan las bases para preparar a estos niños para una vida saludable, productivo y competente (APA, 2018 citado en Mullins & Tashjian, 2018).

La investigación psicológica cualitativa ha favorecido hallazgos sobre la satisfacción de logro y los estilos parentales de crianza. Existen también investigaciones híbridas (cuali y cuantitativas) que dan cuenta de la dependencia entre los estilos parentales de crianza con la percepción de la felicidad. En especial, la cuantitativa ha encontrado correlaciones estadísticamente significativas consistentemente entre el estilo parental de crianza y el tipo de ajuste conductual, en diversas áreas del desarrollo humano, tales como; el tipo de familia (Mandala, 2003) y el número de hijos (Jorge, et. al., 2018) el rendimiento escolar (Aguilar, et al., 2007) en el desarrollo cognitivo (Arraz & Oliva, 2010) maltrato escolar (Delgado, et al., 2017) la reducción del bullying (González, et.al., 2014) el ajuste del adolescente (Lee, et al., 2006) las

conductas de riesgo para la salud del adolescente (Marin-Cañado y Garrido, 2017) en los ajustes del desarrollo del adolescente (Oliva, 2006) para la formación de los hábitos de riesgo sexual para hacer frente al cáncer cervicouterino (Picalla y Vallejos 2017) sobre la expresión del género (Schouten & Pasmans, 2007) y la socialización del género (Navarro, 2010) entre otros.

Entonces, estudiar para comprender mejor los estilos parentales de crianza y su impacto en todas las áreas de desarrollo de los seres humanos, es crucial. Sin embargo, el estudiar las conductas sexuales de riesgo reproductivo biológico se hace complicado por su estigmatización social, que van desde consejos populares limitantes, rechazo y/o desacreditación de los resultados de la investigación científica vs la aproximación orgánica, restricciones y desaprobación religiosa, hasta la falta de cuidados de higiene básicos y el desconocimiento de la biología reproductiva, la mecánica de la cópula, así como la inexistencia e incluso la no aceptación de los mecanismos de protección para evitar los embarazos adolescentes y las ITS.

Por otro lado, la tipificación desde hace 60 años de los estilos parentales de crianza en 4, a saber: Autorizativo/Ajustativo/Democrático: Son padres quienes muestran una calidez, control y límites racionales, tienen altas expectativas de su prole, explican la disciplina y clarifican las reglas. Se les asocia una prole competente, segura e independiente, con madurez y asertividad (Aguilar, et. al., 2007). En cuanto a la emisión de conductas sexuales de riesgo reproductivo se pronostican prácticamente nulas o bien de muy baja frecuencia, como se comprobó en la presente investigación.

El segundo estilo parental de crianza es: Sobre controlador/Autoritario/Impositivo, son padres quienes aplican un excesivo control y supervisión a sus vástagos. Se les asocia con una prole que muestran rasgos de hostilidad, rebeldía, agresión social e incluso delincuencia (Mullins y Tashjian, 2108). En cuanto a la emisión de conductas sexuales de riesgo reproductivo

biológico, se pronostican prácticamente con muy alta frecuencia y con más variedad, como se corroboró en los resultados reportados aquí.

Tercer estilo parental de Crianza: Falto de control/Permisivo/Sobreprotector; Son padres quienes muestran flexibilidad amplia, gran calidez y muy bajo control y no ponen límites. Se les asocia con una prole dependiente, déspota, conducta impulsiva y bajos niveles de autocontrol (Jorge et al., 2018). En cuanto a la emisión de conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo se pronostican con una frecuencia mucho mayor a la prole con estilo de crianza percibido como Autorizativo, pero con mucho más baja frecuencia, con la prole con estilo de crianza percibido como Autoritario, como se comprobó en investigación aquí reportada.

Cuarto estilo parental de crianza: Negligente/Ausente/Déspota; son progenitores, distraídos, desatentos y poco interesados por cubrir las necesidades de su prole. Se les asocia con hijos, descuidados, sucios, enfermizos y tímidos o extremadamente agresivos (Mullins y Tashhjian, 2108). En cuanto a la emisión de conductas sexo-genitales de riesgo reproductivo se pronostican con una frecuencia mucho mayor a la prole con estilo parental de crianza percibido como Permisivo, pero con mucho más baja frecuencia, con la prole con estilo parental de crianza percibido como Autoritario, como se comprobó en la presente investigación reportada aquí.

Quinto estilo parental de crianza: Sin estilo; son progenitores que favorecen muy pocas CSGRRB como se mostró en los resultados de la presente investigación. Donde se requiere mucha más investigación.

Es un hecho, que esta clasificación tradicional de los estilos parentales de crianza está siendo cada vez más rebasada por la rapidez, con la que se obtiene la información y la interacción de los seres humanos entre sí, es cada vez más diversa e intensa gracias al internet, la web, las redes sociales y a la disponibilidad de las computadoras personales, los teléfonos inteligentes,

tabletas, etc., lo que está sofisticando cada vez más los programas y circunstancias bajo las cuales se educa a los pequeños, adolescentes y con la contingencia pandémica del COVID-19 la educación del ser humano, en general. Entonces, Mandara (2003) apunta desde hace 17 años que el asunto de la crianza educativa es un entrenamiento intensivo, multivariable y más sofisticado que en el pasado.

En concordancia con los resultados de Jorge y González (2018) también se encontró en la presente investigación varios participantes que no se percibieron dentro de uno de los 4 estilos de parentales de crianza antes descritos por lo que asumimos la misma conclusión de Jorge y González (2018) que no hay “modelos fijos o ‘puros’ de crianza, sino que éstos, se solapan, ya que los estilos educativos suelen ser mixtos y varían con el desarrollo del niño, es decir, no son estables a lo largo del tiempo”. p 639

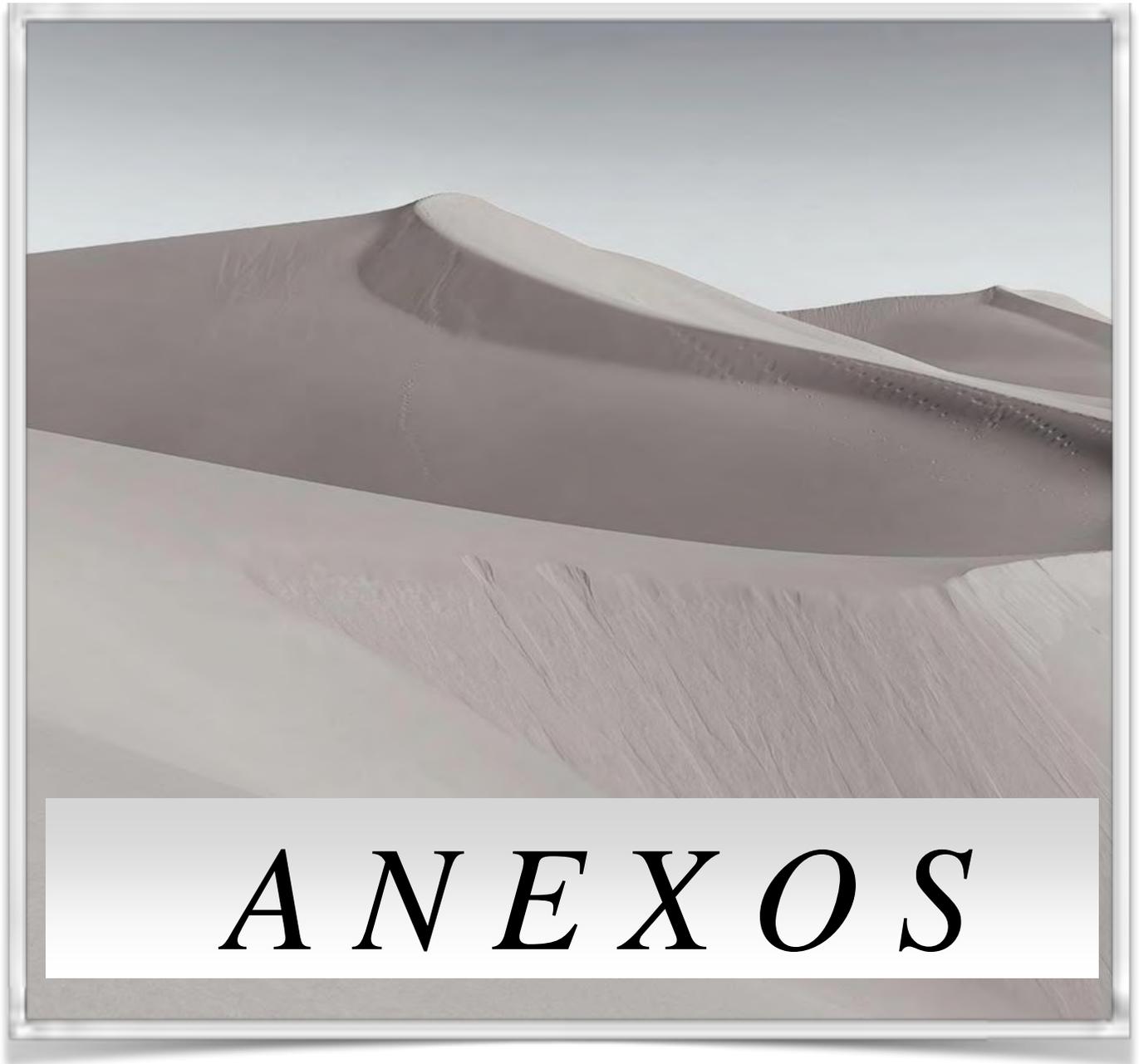
En este escrito, se definió a la sexualidad humana como el desarrollo de las potencialidades de los 4 holones del sistema de la sexualidad, la expresión del ser humano a través de la integración de sus 4 holones. Así, que en cuanto a los derechos sexuales con base en este modelo holónico de la sexualidad, sería innecesario especificar derechos sexuales y *reproductivos*, dado que la sexualidad no es solo genitalidad. Asimismo, se adoptó el concepto de educación sexual de la OPS (2000) la cual es el proceso vital en el que se adquieren y transforman formal e informalmente, conocimientos, actitudes y valores para las diversas manifestaciones de la sexualidad en todos los ámbitos concomitantes.

El objetivo general de la presente investigación fue: Identificar el estilo parental de crianza en adultos, de población migrante de México a los EEUU y/o México-Americana viviendo en la Cd. De Milwaukee, Wisconsin en los EEUU y compararlos con la presencia y la frecuencia de las conductas sexo-genitales consideradas como de riesgo reproductivo biológico (CSGRRB). En

migrantes. Asimismo, obtener y comparar ambas muestras en sus datos sociodemográficos, con la finalidad de identificar las diferencias y similitudes entre ambas poblaciones que nos ilustre el cómo vive cada muestra poblacional. Objetivo cubierto con los hallazgos significativos tales como: La muestra de participantes varones nacidos en territorio de los EEUU presentan una mayor frecuencia y diversidad en sus CSGRRB; se identificó claramente la independencia de los patrones de autoridad con las conductas sexo-geniales y se mostró la relación entre los estilos parentales de crianza y las CSGRRB que resultaron significativas; la muestra de participantes nacidos en territorio de los EEUU, tienen un mayor grado académico y cuentan con empleos que requieren cierta especialización por los que gozan de una mejor posición socioeconómica.

La población migrante eventualmente, regresa a nuestro país con sus nuevas prácticas sexo-genitales, sus ITS o libres de ella y que impacta al sistema de salud nacional. En la presente investigación, se hizo evidente que se requiere un mayor número de investigaciones sobre las CSGRRB, del ser humano, en concordancia con Bandura, (2001) Bárcena, et al., (2013), Juárez y Castro (2006).

Por último, se asume que investigaciones del presente tipo favorecen una atenuación del estigma social sobre el apetito, el goce y el disfrute de orgasmos. Favorece, al mismo tiempo que se difundan más ampliamente los mecanismos de regulación de la fertilidad y de aquellos destinados a la protección de las ITS, así como una práctica sexo-genital segura, saludable y satisfactoria que por ende facilitará el desarrollo de las potencialidades de los 4 holones de la sexualidad humana. Acciones a implementarse de los 10 años de edad conjuntamente con la detección del estilo parental de crianza percibido y educar sexualmente con base en dicho estilo parental de crianza.



ANEXOS

Anexo I





UNAM

Consentimiento Informado de Participación Voluntaria y de Aceptación con la Cesión de Derechos de Imagen y Voz

NOMBRE:

Fecha:

Tel Celular:

Correo Electrónico:

Dirección:

Milwaukee,
Wisconsin en los
EEUU.

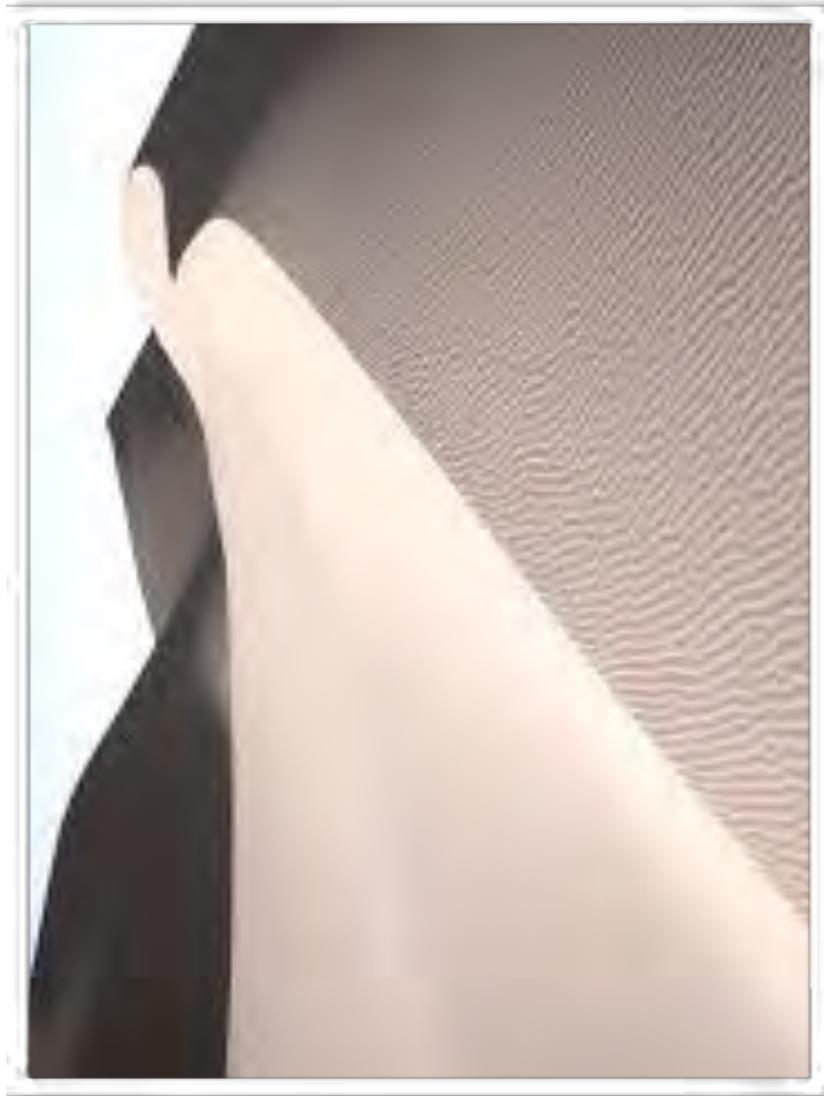
FIRMA

Por este conducto, estoy aceptando participar de manera completamente voluntaria proporcionando información honesta, en la contestación de cuestionarios ya sea; en papel y lápiz o bien por medios electrónicos, con el objetivo de aportar datos; para la clarificación y/o la comprensión de las necesidades generales y de la situación que vive la población México-Americana y/o de los Mexicanos residiendo en MKE. USA, y de sus familias. Mi participación es enteramente voluntaria y sin ningún interés económico o en especie. Aceptando el manejo de la información a la que haya lugar, sin el más mínimo inconveniente de mi parte en cualquier medio ya sea: verbal, escrito, de difusión, publicitario, en cualquier territorio, e incluso en medios electrónicos y/o en multimedia incluyendo el internet.

Asimismo, autorizo y acepto ser dibujado, grabado, fotografiado, videograbado o filmado por cualquier medio gráfico, fotográfico y/o de video, computarizado, etc., como evidencia de esta recolección de datos. También, estoy cediendo todo tipo de derechos de su uso ya sea: escrito, de difusión, publicitario en cualquier territorio, e incluso en medios electrónicos y/o en multimedia, incluyendo el internet.

Al firmar este documento, también estoy recibiendo la más alta confidencialidad y garantía de anonimato en el manejo de mis datos personales.

Anexo II



Ficha del Perfil Sociodemográfico

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

La información que nos proporcione es de mucha utilidad para el estudio. Su privacidad queda garantizada al ser un cuestionario donde sus respuestas son totalmente anónimas y sólo se emplean con fines estadísticos.

El símbolo @ puede ser leído como una "a" y también como una "o". Usted puede leerla como mejor le acomode

GRACIAS DE ANTEMANO POR SU PARTICIPACIÓN

***Obligatorio**

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

Entre 18 y 19 años

Entre 20 y 24 años

Entre 25 y 29 años

Entre 30 y 34 años

Entre 35 y 39 años

Entre 40 y 44 años

45 ó más años

3. Pertenezco a la comunidad LGTBQ+?

Marca solo un óvalo.

Si

No

4. Estado Civil *

Marca solo un óvalo.

Solter@

Casad@

Divorciad@

Viud@

Unión Libre

Separad@

5. País de Nacimiento *

Marca solo un óvalo.

- Estados Unidos
- México
- Otro

6. Tiempo de Vivir en los Estados Unidos *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 2 años
- Entre 2 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Entre 11 y 19 años
- Toda mi vida

7. Religión

Perfil Laboral

8. ¿Trabaja Actualmente? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

9. ¿En qué trabaja?

Marca solo un óvalo.

- Construcción
- Educación (Maestr@, asistente educativo, estudiante)
- Hogar
- Janitor/limpieza
- Jardinería/landscaping
- Negocio Propio
- Obrero@
- Oficinista
- Operador de transporte público
- Restaurante o comedor (Cociner@, meser@, ayudante, cantinero)
- Ventas
- Voluntariado
- Sin empleo actualmente
- Otro

10. Si en la pregunta anterior respondió "Otro",
mencione cuál

11. ¿Cuántas horas trabaja a la semana?

Marca solo un óvalo.

- 40 ó más horas a la semana
- Entre 30 y 39 horas a la semana
- Entre 20 y 29 horas a la semana
- Menos de 20 horas a la semana

12. ¿Qué turno trabaja?

Marca solo un óvalo.

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno
- Mixto

13. ¿Rola turnos?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

Educación

14. ¿Cual es su máximo nivel de estudios? *

Marca solo un óvalo.

- Nunca fui a la escuela
- Primaria (Elementary) sin terminar
- Primaria (Elementary) terminada
- Secundaria (Middle School) sin terminar
- Secundaria (Middle School) terminada
- Preparatoria (High School) sin terminar
- Preparatoria (High School) terminada
- Carrera Técnica (Technical Career) sin terminar
- Carrera Técnica (Technical Career) terminada
- Carrera Universitaria (College) sin terminar
- Carrera Universitaria (College) terminada
- Posgrado (Postgraduated) sin terminar
- Posgrado (Postgraduated) terminado

15. ¿Se considera bilingüe?

Marca solo un óvalo. Sí No

16. Dominio del Inglés *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Nada	Poco	Bien	Muy Bien	Excelente
Habla	<input type="checkbox"/>				
Lee	<input type="checkbox"/>				
Escribe	<input type="checkbox"/>				

Familia y Economía

Seleccione todas las casillas que aplican

17. Usted vive con ... *

Selecciona todas las opciones que correspondan. Esposo/a Pareja Amigos/conocidos Padres Hermanos Tíos/as Primos/as Hijos/as Hijos/as del esposo(a) o pareja actual Solo/a

18. Su vivienda es ...

Marca solo un óvalo. Rentada Propia Prestada Pagando hipoteca (mortgage)

19. ¿Cuántas personas de la familia trabajan? **Marca solo un óvalo.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Más de 5

20. El ingreso mensual familiar total es de ...*Marca solo un óvalo.*

- Menor de 1,000 dólares
- Entre 1,001 y 2,000 dólares
- Entre 2,001 y 3,000 dólares
- Entre 3,001 y 4,000 dólares
- Entre 4,001 y 5,000 dólares
- Entre 5,001 y 6,500 dólares
- Más de 6,500 dólares

Adolescentes y embarazos

21. ¿Cuántos hij@s tiene? **Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Más de 6

22. ¿Usted, o su pareja, ha recurrido a un aborto voluntario?*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Más de dos veces

23. ¿Cuántos de sus hij@s son adolescentes (entre 10 y 19 años)? *

Marca solo un óvalo.

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 Más de 6

24. Durante la época de la adolescencia, alguna de sus hijas ...

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Si	No	No aplica
¿Ha quedado embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siguió viviendo en casa durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siguió estudiando durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se puso a trabajar durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Durante la época de la adolescencia, alguno de sus hijos ...

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Si	No	No aplica
¿Ha embarazado a una mujer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siguió viviendo en casa durante ese embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siguió estudiando durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se puso a trabajar durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con la tecnología de



Anexo III



CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXO-GENITALES DE RIESGO

DE REPRODUCCIÓN BIOLÓGICA (CuSexgRiesa)

OBJETIVO: Este cuestionario tiene la intención de identificar las conductas sexuales de riesgo reproductivo de una persona hispanohablante.

INSTRUCCIONES: Conteste todas las preguntas de este cuestionario, con base en lo que Ud., regularmente hace, no en lo que le gustaría hacer. La honestidad en sus respuestas nos será de mucha utilidad para el cumplimiento del objetivo.

Es **IMPORTANTE** que sepa que **SUS RESPUESTAS SON TOTALMENTE ANÓNIMAS Y CONFIDENCIALES** y que los datos se usarán solamente con fines estadísticos.

NOTA: Este símbolo @ se puede leer como letra A ó como letra O. Usted la puede leer como mejor le acomode.

¡DE ANTEMANO AGRADECEMOS SU VALIOSA PARTICIPACIÓN!

*Obligatorio

Sexo *

- Mujer
- Hombre
- Transexual

Edad *

- Entre 18 y 19 años
- Entre 20 y 24 años
- Entre 25 y 29 años
- Entre 30 y 34 años
- Entre 35 y 39 años
- 40 ó más años

¿Pertenezco a la comunidad LGBTQ+? *

- Sí
- No

¿Cuál es su religión? *

1. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? *

- Antes de los 10 años

- Entre 11 y 14 años
- Entre 15 y 19 años
- Entre 20 y 24 años
- Entre 25 y 29 años
- Entre 30 y 34 años
- Entre 35 y 39 años
- 40 ó más años

2. ¿A que edad Ud., se embarazó o embarazó a una mujer por primera vez? *

- Antes de los 10 años
- Entre 11 y 14 años
- Entre 15 y 19 años
- Entre 20 y 24 años
- Entre 25 y 29 años
- Entre 30 y 34 años
- Entre 35 y 39 años
- 40 ó más años

3. Su primera relación sexual fue ... *

- Voluntaria
- Forzada

4. ¿Durante algún momento de su vida sufrió abuso y/o agresión sexual o una violación sexual? *

- Sí
- No

5. En su práctica actual de la sexualidad con una pareja, incluye ... *

conteste todas las que aplique

	Nunca	Una vez por semana	Una vez por mes	Siempre
Sexo oral/bucal	()	()	()	()
Sexo anal	()	()	()	()
Sexo grupal	()	()	()	()
Sexo con mismo sexo	()	()	()	()
Sexo transexual	()	()	()	()
Consumo de tabaco	()	()	()	()
Consumo de alcohol	()	()	()	()
Consumo de marihuana	()	()	()	()
Consumo de cocaína	()	()	()	()
Consumo de piedra	()	()	()	()
Consumo de éxtasis	()	()	()	()
Consumo de otra droga	()	()	()	()

6. ¿Ha contraído alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)? *

conteste todas las que apliquen

- () Nunca
- () Clamidia
- () Sífilis
- () Hepatitis B, C ó D
- () Herpes
- () VPH (Virus del Papiloma Humano)
- () VIH-SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome)
- () Otra

7. Si su respuesta a la pregunta anterior fue "Otra", mencione cuál

8. ¿Cuántas veces ha sido infiel en su relación? *

- () 0
- () 1
- () 2
- () 3
- () 4
- () 5 ó más

9. ¿Ha quedado embarazada o ha embrazado a una mujer, como resultado de una infidelidad? *

- () Sí
- () No

10. ¿Ha contraído alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) a causa de una infidelidad? *

conteste todas las que apliquen

- Nunca
- Clamidia
- Sífilis
- Hepatitis B, C ó D
- Herpes
- VPH (Virus del Papiloma Humano)
- VIH-SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome)
- Otra

11. Si su respuesta a la pregunta anterior fue "Otra", mencione cuál

12. ¿Alguna vez ha tenido un aborto voluntario? *

- 0
- 1
- 2
- 3 ó más

13. Estoy completamente segur@ que conozco y aplico la técnica correcta de colocación del condón del hombre *

- Si
- No

14. Estoy completamente segur@ que conozco y aplico la técnica correcta de colocación del condón de la mujer *

- Si
- No

15. ¿Ha sido diagnosticad@ con algún cáncer? *

- Sí
- No

16. Si respondió que "Si" en la pregunta anterior, mencione por favor que tipo de cáncer

17. ¿Ha tomado medidas preventivas para evitar una Infección de Transmisión Sexual (ITS) *

- Sí

No

18. ¿Qué medidas ha tomado para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) *
conteste todas las que apliquen

- Ninguna
- Abstinencia
- Autoerotismo/masturbación
- Fidelidad
- Limpieza y uso exclusivamente personal de juguetes sexuales
- Uso de condón
- Realizar pruebas de laboratorio cuando hay sospecha o duda de una ITS en la pareja
- Evitar combinar alcohol/drogas con sexo
- Preguntar abiertamente a la pareja y confiar en su palabra
- Creer, asumir o suponer que la pareja está libre de ITS

19. ¿Cuál es el mejor método para evitar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) *

- Abstinencia
- Autoerotismo higiénico con o sin juguetes sexuales pero de uso exclusivamente personal
- Coito interrumpido
- Condón
- Dispositivo Intrauterino físico (DIU ó T de cobre)
- Dispositivo Intrauterino hormonal (DIU medicado)
- Implante subcutáneo (en el brazo)
- Implante tubárico (en ambas Trompas de Falopio)
- Inyecciones
- Ligadura de Trompas de Falopio
- Método de Billings
- Método del Ritmo
- Parches
- Pastilla de Emergencia
- Píldoras anticonceptivas
- Vasectomía
- Otro

20. El haber contestado este cuestionario me ha hecho sentir y pensar ... *

	Si, Mucho	Un poco	Para Nada
Incómod@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molest@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que debo Informar mejor a mis hij@s adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referencias

- Achotegui, J. L. (2009) Migración y Salud Mental. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Zerbitzuan; zerbitzuan.net; Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3119470>
- Aguilar, V. J., Valencia, C.A. y Sarmiento, S.C. (2007) Relaciones personales y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigación entre estudiantes de escuelas públicas. DGAPA. Facultad de Psicología.. México. UNAM.
- Aguilar, J. y Aguilar, A. (2013) Validez de Constructo de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos. Acta de Investigación Psicológica 3 (3) p1228-1237 Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Aguilar, J., Valencia A. y Romero, P. (2004) Estilos Parentales y Desarrollo Psicosocial en Estudiantes de Bachillerato. Revista Mexicana de Psicología 21 (2) p119-129 Facultad de Psicología. México. UNAM
- Álvarez-Gayou, J. L. (1991) Sexualidad en la pareja. México. Ed. Manual Moderno.
- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ANDAR (2005) Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas Adolescentes y Jóvenes. National Alliance for the Right to Decide. Recuperado de www.andar.org.mx/docs_pdf/d.sex.rep.adoles.pdf
- Rubio E. R. y Díaz, M.J. (1994) Antología de la sexualidad humana. México. Ediciones Conatos-Porrúa. Tomos 1, 2, 3.
- Aurioles, E. R. (2012). Educación integral de la sexualidad. Formación para maestras y maestros de educación básica. México. Secretaría de educación Pública/SEP.
- APA (2018) Dictionary of Psychology. Recuperado de <https://dictionary.apa.org>
- Arraz, F. E., Oliva, A. (2010) Quality of family context and cognitive development: A cross sectional and longitudinal study. Journal of Family Studies 16(2):130-142. August 2010 España
- Asamblea General de la ONU/Organización de las Naciones Unidas (1948) en Paris Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Asociación Mundial de Sexología (WAS, 1999). Declaración de los Derechos Sexuales. Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China. Recuperado de http://www.joveneslectores.sems.gob.mx/extras/interactivos/sexualidad/doc/Derechos_sexuales.pdf

- Bahamón, M. M., Vianchá, P. M., y Tobos, V. M. (2014) Prácticas de Conductas Sexuales de Riesgo en Jóvenes: Una Perspectiva de Género. *Psicología desde el Caribe*. V. 31. No.2
- Bandura, A. (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs. New Jersey. EEUU. Ed. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* Englewood Cliffs. New Jersey. EEUU. Ed. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994) Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson. *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. This is a revised and updated chapter of the 1992 chapter p. 25-59. New York. EEUU. Ed. Plenum.
- Bandura, A. (1995) Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En Bandura, A. (2001) *Self-efficacy in changing societies* p.1-45 New York. EEUU. Ed. University Press. Cambridge.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and health. En N. J. Smelser y N.J. y Baltes P.B. (2001) *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* Vol. 20 p. 13815-13820. Oxford. EEUU. Ed. Elsevier Science.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 151, 269-290 Recuperado de <http://200.6.99.248/~bru487cl/filesBandura2002.pdf>
- Bárcena G. S., Robles M. S. y Díaz-Loving, R. (2013) El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 2013, 3 (1), 956-968. Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Barocio, R. (2014a) *Disciplina con Amor. Cómo poner límites sin ahogarse en la culpa. Guía para padres y maestros*. Nueva Edición. México. Ed. Pax.
- Barocio, R. (2014b) *Disciplina con Adolescentes para Adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente*. México. Ed. Pax.
- Baumrind, D. (1968) Authoritarian vs. Authoritative Parental Control. *Revista Adolescence* V.3 No.11: p.255-272.
- Baumrind, D. (1960) *Parenting Styles & Theory-Video & Lesson*. Recuperado de <https://study.com/academy/lesson/diana-baumring-parenting-styles-theory.html>
- BBC Mundo. Redacción (2015) *La Joven que Murió Lapidada en Afganistán Acusada de Haber*

Cometido Adulterio, 4 de noviembre. Recuperado de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151103_afganistan_lapidacion_mujer_adulterio_bd

Beauvoir, S. (1949) *El segundo sexo*. New York. EEUU. Ed. Baines and Noble..

Bertalanffy, V. L. (1968) *General System Theory: Foundations, Development*. New York. EE.UU Ed. George Braziller.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España. Ediciones Paidós, 1987.

Cabral, M. y Cabral, E. (2010) *Factores de Riesgo y Violencia Juvenil en la República Dominicana*. Revista Psicocientífica. Com, Junio 24 ISBN en línea ISSN: 23228644

Calixto, E. (2018) *El Amor en Tiempos de la Neurobiología y la Perspectiva de Género*. Gaceta de la Facultad de Medicina. UNAM. Recuperado de <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/02/14/el-amor-en-tiempos-de-la-neurobiologia-y-la-perspectiva-de-genero-2/>

Carreras, F. D. (1986) *Sexo, religión y creencias*. España. Ed. Nueva Sociedad.

CDC/Centers for Disease Control and Prevention. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC, por sus siglas en inglés (2015). *About Teen Pregnancy. Teen Pregnancy in the United States*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/about/index.htm>

CDC/Centers for Disease Control and Prevention. Centro de Control de Enfermedades (2016) *STD Surveillance Chlamydia (September 26, 2017)* CDC Centers for Disease Control and Prevention. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *STD Surveillance (2017) Chlamydia*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stats.htm> Actualizado en marzo 01 de 2017

CDC/Centers for Disease Control and Prevention/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2018) *Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas. HIV surveillance Report 2018; 29* Recuperado de www.cdc.gov.

CDC/Centers for Disease Control and Prevention/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2018). *Estadísticas sobre el Cánceres Asociados al Virus del VPH/CDC*. Recuperado de www.cdc.gov.

CNC Español (2018) *Empresas se oponen a la Separación de Familias*. Recuperado en <https://cnnespanol.cnn.com/video/oposicion-empresas-eeuu-separacion-familias-inmigrantes-indocumentados-elecciones-legislativas-gobierno-juan-carlos-hidalgo-entrevista-serbia-dinero/> y En CNN, youtube. Junio 19 y 20 de 2018 cnn.com

- Coalición internacional para la salud de las mujeres (2020) Recuperado de <https://iwhc.org/articles/sexual-rights-human-rights/>
- COLEF (2018) Colegio de la Frontera Norte. Migración Internacional y Políticas Migratorias en México. Dinámicas y Retos de la Migración en Tránsito y de Retorno. 5 y 6 de julio/2018 En: https://www.colef.mx/?post_type=evento&key=TE&fil=Seminario
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo (1994) 5 a 13 de septiembre de 1994. DOI. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Comisión Nacional de derechos Humanos/CNDH. México (2017) Recuperado de www.cndh.org.mx
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf
- Costello, B., Wachtel, J. y Wachtel, T. (2009) The restorative practices handbook for teacher, disciplinarians and administrators. Building a culture of community in schools. Canadá. Ed. IIRP
- Covi, D. (1990) El Fin de la Actividad Sexual según San Agustín. Compilación de Augustinus 17 (1972). Recuperado de [res://ieframe.dll/acr_depnx_error.htm#scribd.com,https://www.scribd.com/document/349806095/DelgadoSan-Agustin-y-la-Sexualidad-Conyugal-docx](https://www.scribd.com/document/349806095/DelgadoSan-Agustin-y-la-Sexualidad-Conyugal-docx) y también En: cormacburke.or.ke
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/BEIJIN_S.PDF
- Cruz, M.L., Rivera, A.S., Díaz, L. R. y Taracena, R. E. (2013) Tipos de Personalidad del Mexicano. Desarrollo y Validación de una Escala. Acta de Investigación Psicológica. 3(2), 1180-1197 Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Declaración Universal de los Derechos humanos (1948) Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Delgado, L.A., Chavez, H.A., Rodriguez, H.M., Macías, G. y Klein-Caballero (2007) Percepción de crianza parental y maltrato escolar en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista de Educación y Desarrollo, 40. Enero-marzo. p 39-50

- Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humano. (2017) Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/40_Cartilla-Derechos-sexuales-reproductivos.pdf
- Díaz-Guerrero, R. (2003). Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2 Ed. Trillas. México.
- Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de Literatura de Ciencias y Artes (2010) España. Ed. Montaner y Simón. Barcelona.
Recuperado de https://books.google.com/books?id=PWIVAQAAAJ&pg=PA783&lpg=PA783&dq=poesta+hispano+romano+Marcial+sigloI+despues+de+cristo+y+la+masturbacion&source=bl&ots=PMONV-kohG&sig=ACfU3U2pkDajO-v4E6IRfmXT3O-j9ih5_A&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwj1mt2lrrjLAhUBi6wKHdp-ALMQ6AEwC3oECAgQAQ#v=onepage&q=poesta%20hispano%20romano%20Marcial%20sigloI%20despues%20de%20cristo%20y%20la%20masturbacion&f=false
- EFE (2018) Iglesia Católica. Oculto Nombres de 500 Curas Acusados de Abusos Sexuales Madrid, diciembre 20 Recuperado de https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/iglesia-catolica-oculto-nombres-500-curas-acusados-abusos-illinois_201812205c1b55650cf252e369de4d5a.html
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Champion, C., Gershoff, E. y Fabes. R. A. (2003). The Relation of Parental Emotionality and Related Dispositional Traits to Parental Expression of Emotion and Children's Social Functioning. *Motivation and Emotion*. March 2003, V. 27 Issue 1 p 27–56
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2001). Terapia racional-emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México. Editorial Pax.
- Escuela de Derecho de Cornell (2020) Cornell legal School. Legal Information Institute. Recuperado de https://www.law.cornell.edu/wex/constitutional_law
- Estándares Nacional de Educación Sexual de EEUU/National Sexuality Education Standards (2011) Escuelas Públicas. Milwaukee Public School (MPS). Milwaukee. Wisconsin. EEUU. Recuperado de <https://www.ica.org/blog/national-sexual-education-standards>
- Estándares Nacionales de Educación en Sexualidad: Contenido Básico y Habilidades, K-12/Education Standards: Core Content and Skills, K-12. Special Report. (2012) Una publicación especial de la revista *Journal of School Health*. Reporte especial/NSEE (2012) Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED528427>
- El Tiempo (2004) Estupor por Embarazo a los 8 años. Septiembre 8/2014 Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1532493>
- Exxebania, I., Apocada, P., Fuentes, M. y Felix, L. (2009) La Crianza y la Educación de los Hijos

en la Actualidad: ¿Lo Estamos Haciendo Bien? Revista de Psicología Social V. January. Universidad del País Vasco. España

- Francisco Papa (2016) The joy of love. On love in the family. Post-Synodal Apostolic Exhortation. New Jersey, EEUU. Ed. Paubist Press.
- Federici, S. (2004) Caliban and the Witch. Women, The Body and Primitive Accumulation, Calibán y la bruja. Mujeres. El cuerpo y la acumulación primitiva. Brookling. EEUU. Ed. Autonomedia.
- Federici, S. (2010) Un Encubrimiento Sistemático por los Altos Cargos de la Iglesia. Ed. Traficante de Sueños. Recuperado de http://basica.sep.gob.mx/dgdc/sitio/pdf/inicio/matlinea/2011/FCyE_SEC.pdf
- Fisher, H. (1999) El primer sexo. Ed. Taurus. Buenos Aires, Argentina.
- Flores, A. (2017) Pew Research Center. How the U.S. Hispanic population is changing. 18 de septiembre 2017 Recuperado de <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/09/18/how-the-u-s-hispanic-population-is-changing> y En: <http://www.pewresearch.org/author/aflores/> También Recuperado de <http://www.pewhispanic.org/2013/05/01/a-demographic-portrait-of-mexican-origin-hispanics-in-the-united-states/> Tabulaciones del Centro Hispánico Pew
- Flores, G. A y Ortega, B. J. (2017a) Manuales de Educación Sexual para Hispanohablantes. Programa Cuidándonos Creceremos Más Sanos/CCmáS. Mi Cuaderno de Aprender. Módulos 1, 2 y 3. Planned Parenthood. Wisconsin, EEUU. PPWI.
- Flores, G. A y Ortega, B. J. (2017b) Manuales de Educación Sexual para Animadores de Fiestas Caseras de Educación Sexual para Hispanohablantes. Programa Cuidándonos Creceremos Más Sanos/CCmáS. Guía del Animador@. Módulos 1 2 y 3. Planned Parenthood. PPWI. Wisconsin, EEUU.
- Flores, G. A y Ortega, B. J. (2017c) Manual de Formación en Educación Sexual para Animadores. Programa Cuidándonos Creceremos Más Sanos/CCmáS. Manual Coaching del Promotr@ de Salud. Planned Parenthood Wisconsin. EEUU. PPWI.
- Freud, S. (1905) Tres Ensayos de Teoría Sexual. Recuperado de www.psicologiageneralunlp.files.wordpress.com/2010/08/freud-tres-ensayos-de-teoria-sexual.pdf
- Freud, S. (1924) Tres Ensayos de Teoría Sexual. Compilados. Recuperado de www.psicologiageneralunlp.files.wordpress.com/2010/08/freud-tres-ensayos-de-teoria-sexual.pdf
- Garcia, J. (2016) ¿Qué es el Tao del Amor? Recuperado de www.taodelamor.com

- García-Piña, C. (2016) Sexualidad. Información para Orientar la Práctica Infantil: Acta Pediátrica Mexicana V. 32 p 47-53
- Goleman, D. (1997) Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ. New York. EEUU. Ed. Random House Publishing Group.
- Goleman, D. (2001) Inteligencia Emocional. Editorial Kairós. (ISBN 84-7245-371-5)
- Gonzalez, M.B., Pedroza, C.F. y Martinez, M.K. (2014) Prácticas de Crianza Positiva. Entrenamiento a Padres para Reducir el Bullying. Acta de Investigación Mexicana No.3 (2) p 1180-1197 Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Gonzalez, R. O. (2016) Terapia Sexual y de Pareja. Recuerdo de https://www.youtube.com/playlist?list=UU8CA4D_d9JXKtLX022xqXgw
- Gottman J. (2006) Reglas de oro para convivir en pareja. España. Ed. Grupo editorial España y Penguin Random House.
- Green, R. (2010) Robert Stoller's Sex and Gender: 40 Years OnArticle in Archives of Sexual Behavior 39(6):1457-65 · December 2010 DOI: 10.1007/s10508-010-9665-5
- Groden, J., Kantor, A., Woodard, C.R. y Lipsitt, L.P. (2011) How everyone on the autism spectrum, young and adult, can...became resilient, be more optimistic, enjoy humor, be kind, and increase self-efficacy. A positive psychological approach. Londres y Filadelfia. Ed. Jessica Kingsley publicitas.
- HidrocalídoDigital (2016) Tiene 10 años y Está Embarazada. Abril 19/2016. Recuperado de <http://www.hidrocalidodigital.com/local/articulo.php?idnota=106114>
- Huebner, A. J. y Howell, W. (2003) Examining the Relationship between Adolescent Sexual Risk-Taking and Perceptions of Monitoring, Communication, and Parenting Styles. Journal of Adolescent Health. V. 33 No. 2 p. 71-78
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior /IME (2013). Estadística de la población mexicana en Estados Unidos, SRE. Recuperado de http://www.ime.gob.mx/mundo/2013/america/estados_unidos_details.pdf
- Instituto Queretano de las Mujeres (IQM, 2013) Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los Jóvenes del Estado de Querétaro. Carroeta informativa. CreSer para un desarrollo integral. A.C. República Mexicana.Gobierno del Estado de Querétaro.
- IPPF (2009) Una declaración de Federación Internacional de Planificación de la Familia /IPPF Recuperado de [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_sp anish.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf)

- Jara, P. (2018) ¿Cuál es la Segunda Región en el Mundo con la Tasa más Alto de Embarazo Adolescente? América Latina y el Caribe es la Segunda región con la tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Recuperado de <https://blogs.iadb.org/salud/2018/04/09/embarazo-adolescente-en-america-latina/> abril 9
- Jiménez, J. (2010) Estilos Educativos Parentales y su Implicación en Diferentes Trastornos de Recuperado <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
- Jorge, E., y Gonzalez, C. (2018) Estilos de Crianza Percibidos y su Relación con Variables Socio-Demográficas en Adultos que consultan con sus Hijos. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 21 No. 2 p639-662 UNAM. México. Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php/rep
- Juarez, F. y, Castro, T. (2006) Partnerships Dynamics and Sexual Health Risks among Male Adolescents in the favelas of Recife, Brazil. International Family Planning Perspectives 32 (2) p62-70. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2006/06/partnership-dynamics-and-sexual-health-risks-among-male-adolescents-favelas>
- Kaplan, H.S. (1974) Hormones and Sex: The New Sex Therapy, Active Treatment of Sexual, Dysfunctions. Recuperado de www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203727317
- Kaplan, H.S. (1974) The New Sex Therapy. New York. EEUU. Ed. Brunner-Routledge.
- Kaplan, H. S.(1983) Trastornos del deseo sexual. Barcelona. España. Ed Grijalbo.
- Koestler, A. (1968) El espíritu de la máquina. Recuperado de www.ddooss.org/articulos/otros/arthur_Koesler.htm
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, Rex y Miller, S.K. (2001) Adolescent Sexual Risk Behavior: A Multi-system Perspective. Clinical Psychology Review. Perspectives V. 19-1
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. En Hablemos de Sexualidad: lecturas. México: Conapo-MexFam. Recuperado de <http://www.obela.org/system/files/La%20perspectiva%20de%20género%20-%20Marta%20Lamas.pdf>
- Lee, S., Daniels H. & Kissinger, D. (2006) Parental Influences on Adolescent Adjustment: Parenting Styles Versus Parenting Practices [Journals.sagepub.com DOI. /doi/abs/10.1177/1066480706287654](https://doi.org/10.1177/1066480706287654)

Legislación del Gobierno de Wisconsin (2020a) Ley de Estatutos de Wisconsin No. 948.02 y 948.09 Recuperado de <http://legis.wisconsin.gov>

Legislación del Gobierno de Wisconsin (2020b) Tipo de leyes en Wisconsin.
<http://legis.wisconsin.gov/about/glossary>

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2003) Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de mayo de 2003 Recuperado de <http://www.inpi.gob.mx/normateca/dmdocuments/ley-de-la-cdi.pdf>

Ley del Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas (2018) Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5545778&fecha=04/12/2018

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

Ley General de Población. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_120718.pdf

Ley General de Salud. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes. Recuperado de https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Ley-para-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf

LGBT Closet (2019) 23 de abril Recuperado de. www.closetlgbt.com y Recuperado de. [www. elclosetlgbt.com](http://www.elclosetlgbt.com)

Los Angeles Times en Español (2018) Albergue Padre en Texas. Recuperado de [www.New York Times](http://www.NewYorkTimes.com) e incluso Recuperado de <https://www.elnuevoherald.com/noticias/.../article214512839>

Maccoby, E. E. (2007) Historical Overview of Socialization Research and Theory. En: Grusec, J. E. y Hastings, P. D. (2007) Handbook of socialization: Theory and research. New York. Ed. Guilford Press pp. 13-41

Magaña, A.L. (2017) El Embarazo Adolescente: La Experiencia en Querétaro. México. Safe Healthy Strong Conferences. Edición 6a EMBODY. PPWI. Realzada en Milwaukee. Wisconsin. EEUU.

Mandala, J. (2003) The typological Approach in Child and Family Psychology: A Review of Theory, Methods, and Research. Clinical Child and Family Psychology Review. V 6 No. 2 June p129-146

- Marín-Cañado, C., Garrido, P.M. (2017) Importancia de la familia ante las conductas de riesgo para la salud en adolescentes. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conductas-de-riesgo-salud-adolescentes/>
- Martínez-Sánchez, I.; Navarro, R. y Yubero, S. (2009). Estereotipos de género entre los adolescentes españoles: imagen prototípica de hombres y mujeres e imagen de uno mismo. *Información psicológica*, 95, 77-86. Recuperado de: https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10_578/1957/fi_1331640284-10.%20informacio%20psicologica.pdf?sequence=1
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966) *Human Sexual Response*. New York. EEUU. Ed. Little, Brown & Co.
- Massey, D., Arango, J., Graeme, H., Kouaouci, A. Pellegrino, J. y Edward, T. (1993) *Population and Development Review*, Vol.19, n. 3, sep. 1993. Recuperado de <https://www.ugr.es/~redce/REDCE10/articulos/14DouglasDMassey.htm#notabis>
- McKee, C., Long L., Southward L.H., Walker, B. y McCown, J. (2015) The Role of Parental Misperception of Child's Body Weight in Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs*. 2016 Mar-Apr 31 (2) p196-203 DOI. 10.1016/j.pedn.2015.10.003. Epub 2015 Oct 29.
- Mehrabian, A., y Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3) p248-252
- Mendoza, G. B., Pedroza, C.F. y Martínez, M.K. (2014) Prácticas de Crianza Positiva: Entrenamiento a Padres para Reducir Bullying. *Acta de Investigación Psicológica* 4 (3) p1793-1808 México. UNAM.
- Meza. M. C. & Rubio, R. A. (2018) Inventando el presente de la expropiación del cuerpo a la construcción de la ciudadanía. *Compilación*. Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Recuperado de www.uaa.mx/direcciones/difusion/editorial/menu.html
- Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes/MAISSRA (2016). *Acciones y Programas*. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México.Secretaría de Salud.
- Money, J. (1999) *The love map guidebook: A definitive statement*. New York. EEUU. Ed. Continuum.
- Moral de la Rubia J. y Garza T. D. (2016) Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolarizados Mexicanos. *Revista Internacional de Psicología*. Vol 15 No. 2 Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/226>
- Morales, C.M., y Vázquez, P.F., (2014) Prácticas de Crianza Asociadas a la Reducción de los

Problemas de Conducta Infantil: Una Aportación a la Salud Pública. Acta de Investigación Psicológica. No 4(3) p1700-1715 Facultad d Psicología. UNAM. México.

MPS/Milwaukee Public School. Escuelas Públicas de Milwaukee (2015) Currículo de Crecimiento y Desarrollo Humano. Nivel de Grado 8avo. Nombre de la unidad: Desarrollo Humano Número de lección: 1-15 DOI.
https://mps.milwaukee.k12.wi.us/MPS-English/CAO/Documents/Health-Education/MPSHGD8thGradecurriculum2015-16_Spanish.pdf

National Sexuality Education Standards (2012) Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED528427>

Norma Oficial Mexicana para los Servicios de Planificación Familiar (1993) NOM-005-SSA2-1993. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-005-SSA2-1993%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar.pdf>

Norma Oficial Mexicana del Embarazo, Parto y Puerperio (2016) NOM-007-SSA2-2016. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo%20C%20parto%20y%20puerperio.pdf>

Oliva D.A. (2006) Relaciones familiares y desarrollo adolescente Anuario de Psicología. Anuario de Psicología. V. 37, No. 3 p209-223 Barcelona. España

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud/OMS (1975) Educación y tratamiento en sexualidad humana Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37539/WHO_PHP_57_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006a) El Informe sobre la salud en el mundo 2006 Colaboremos por la salud. Cap. 2 Recuperado de <https://www.who.int/whr/2006/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006b) Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health y Definición de Salud sexual de la Organización Mundial de Salud (2006) Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Organización Mundial de la Salud. OMS/WHO (2006c) Definiciones de trabajo útiles. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006d) Defining sexual health Report of a technical

consultation on sexual health. Recuperado de www.who.org.

Organización Mundial de la Salud. OMS (WHO (2015) Health, Human Rights and the Law
Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) Infecciones de Transmisión Sexual. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

OPS, OMS (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Actas de una Reunión de Consulta Convocada por OPS, OMS en colaboración con WAS. Antigua Guatemala. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

OPS, OMS y WAS (2000) Actas de una Reunión de Consulta Convocada por Antigua Guatemala. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

OPS, OMS (2009) Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la asociación Mundial de Sexología (WAS) celebrada en Guatemala. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

Palacios, D. (2008) Educación para la Sexualidad: Derecho de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. Recuperado de www.mineducacion.gov.co/1621/article-17394.html

Picalla, T.M. y Vallejos C. H. (2016) Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvicouterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-Vitarte. Recuperado de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/389/Monica_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1 secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-Vitarte

- Pineda, E. 2020. ¿Qué SISTEMA DE GOBIERNO tiene ESTADOS UNIDOS? / The AMERICAN POLITICAL SYSTEM / W SUBTITLES. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=r12pjQ6Uqb4>
- Planned Parenthood Wisconsin/PPWI (2017) Safe Healthy Strong Conference. Edición 6a Realizada en Milwaukee. Wisconsin en los EEUU. EMBODY. PPWI.
- Prada, P. N. (2018) Expropiar el cuerpo. Seis Historias sobre Violencia Sexual en el Conflicto Armado. CNMH-Centro Nacional de Memoria Histórica. Agencia para el Desarrollo Internacional. Bogotá. Colombia (USAID). Centro Nacional de Memoria Histórica. Recuperado de <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/informes/expropiar-el-cuerpo>
- Principios de Yogyakarta (2006). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>
- Portillo, D.D. y Ferreiro, H. M. (2015) Evaluación de un Modelo de Intervención para la Educación Integral de la Sexualidad en Secundaria. Secretaría de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno del estado de Chihuahua. Recuperado de peepsida@fatimaibp.org c_a_cademica@peepsida.com
- Punset E. (2007) El viaje al amor. Las nuevas claves científicas. Madrid. España Ed. Círculo de lectores.
- Quintanilla, L., Smith, L., Lafarga, J., Cox, K y Roitsten, F. (1995) Guía para Capacitadores en Salud Sexual. New York. EEUU. Ed. IPPF/WHO.
- Quispe, R. (2013) Disciplina con Amor y Límites. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=U0l8u7hTQfw> y Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=vn3fpJY04Yg>
- RAE/Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2018) Diccionario Electrónico de la Lengua Española/DEL Versión electrónica. Recuperado de www.rae.com
- Rechtschaffen, D. (2016) The mindfulness education workbook. Lessons for teaching mindfulness to students. New York, EEUU. Ed. Norton Primera edición..
- Recursos Juveniles/Youth Resources (2015) Hay cuatro tipos de leyes. Recuperado de www.youthresource.com
- Rena, S., Abedalaziz, N y Leng, C. L. (2013) The Malaysian Online Journal of Educational Science. V. 2 Issue 2 Recuperado de <https://eric.ed.gov/?q=source%3a%22Malaysian+Online+Journal+of+Educational+Sciences%22&ff1=subQuestionnaires&ff2=subCorrelation&id=EJ1086208>

- Report of the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. Recuperado de https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_CONF.171_13_Rev.1.pdf
- Rosas, B. A. (2015) Sexo, Erotismo y Amor Infinito. CECAPIP. Manual del Diplomado en Sexualidad y Erotismo. México. Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
- Rosas, F. Roses, M. (1998) Determinantes psicosociales y ambientales en el desarrollo de la juventud iberoamericana. OPS, OMS. Washington, D.C. Recuperado de www.ops.org/sv/component?option=com_docman/task,doc_view/gid,150/itemid,Array/
- Resolución de Brasil sobre los Derechos Humanos y la Orientación Sexual (2003) Recuperado de <https://undocs.org/E/CN.4/2003/L.92>
- Rubio, A. E. (1994) Introducción al Estudio de la Sexualidad Humana. CONAPO/Consejo Nacional de Población. Compilación. México. Recuperado de www.dgespe.sep.gob.mx
- Rubio, A. E. (1994) Sexualidad Humana. Recuperado de https://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_06_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf
- Sánchez, N., Grogan-Kaylor, A., Castillo, M., Caballero, G. y Delva, J. (2010) Relaciones sexuales entre adolescentes de Santiago de Chile: Un estudio de factores individuales y de crianza. Revista Panamericana de Salud Pública. V.28 No. 4 pp. 267-274
- Santrock (2014) Child Development-McGraw-Hill Education 14th Edición. Recuperado de <https://www.mheducation.com/.../child-development-santrock/M0078035333.html>
- Schouten, V.P. y Pasmans, M. M. (2007) Considere el Género Cuando Tenga que Discutir Asuntos Sexuales con los Padres. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17137742
- Norma Oficial Mexicana/ NOM-005-SSA3-2010, 4.15. Medicina preventiva, conjunto de procedimientos y actividades de la práctica médica, encaminadas a prevenir las causas de morbilidad y disminuir los índices de mortalidad asociados a enfermedades que padecen los seres humanos. Secretaría de Salud/SSA (2016) Recuperado de www.dof.gob.mx
- Norma Oficial Mexicana/NOM-007-SSA2-201 de Embarazo, Parto y Puerperio. Recuperado de www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=0712016041
- Secretaría de Educación Pública. SEP. (2011) Plan de Estudios Educación Básica 2011. México. Secretaría de Educación Pública (SEP).
- Secretaría de Educación Pública. SEP. (2011) Programas de Estudio 2011 Guía para el Maestro

Educación Básica. Secundaria. Formación Cívica y Ética. México. Secretaría de Educación Pública/SEP.

Secretaría de Salubridad/SSA, Secretaría de Educación Pública/SEP. Secretaría de Relaciones Exteriores (2018) Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” UNFP. México. Recuperado de www.unfp.org.mx/ssr_esexualidad.pdf

Secretaría de Salud (2016) Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. ISBN 978-607-460-511-2 México

Shibley, J. H (1995) Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana. Recuperado de https://books.google.com/books?id=b_jbCZEKq38C&pg=PA290&lpg=PA290&dq=descubrimiento+del+punto+G+año&source=bl&ots=B7aZ0hAKXm&sig=ACfU3U2ZDEOa_4pBJkL0Xizw5iamdeFdpg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiks4W118vqAhV1dc0KHRI9AMAQ6AEwEnoECAkQAQ#v=onepage&q=descubrimiento%20del%20punto%20G%20año&f=false

Skinner, B.F. (1981) Conducta verbal. Ed. Trillas. México.

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18

Sulbarán, L.P. (2019). Qué se sabe de las redadas masivas de inmigrantes indocumentados que planea el gobierno de EE.UU. BBC News/Mundo 12 de julio. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-48958093>,

Tashjian, S. (2018) Parenting Styles and Child Behavior. Psychology in Action. Recuperado de <https://www.psychologyinaction.org/psychology-in-action-1/2018/4/23/k17ziyft1vy9tlytr919k48epdnur>

The New York Times (2018) Newspaper. Junio/20/2018 y June 5, 2018 Taking Migrant Children from Parents Is Illegal, U.N. Tells U.S. New York Times

The Washington Post (2018) On immigration, Trump keeps making life absolutely miserable for Republicans in Congress. Recuperado de https://www.washingtonpost.com/news/the-fix/wp/2018/06/20/on-immigration-trump-is-making-life-absolutely-miserable-for-republicans-in-congress/?noredirect=on&utm_term=.615c3e3b6953

Troncoso, M. (2003) El abordaje multifamiliar en dependencias. Programa Ecológico. Chile Edición 6a Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial. Barros Luco. Santiago de Chile.

Trump Administration’s “Zero-Tolerance” Immigration Policy” (2018) Recuperado de

<https://www.hrw.org/news/2018/08/16/qa-trump-administrations-zero-tolerance-immigration-policy#>

UNFPA/Fondo de las Naciones Unidas. UNICEF (2011) Estado de la población mundial 2011. 7 mil millones de personas: su mundo, sus posibilidades. Nueva York. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/swop_2011.php

UNFPA/Fondo de las Naciones Unidas. UNICEF (2013) Strategy on Adolescents and Youth. Towards realizing the full potential of adolescents and youth. Recuperado de <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/youth/UNFPA%20Adolescents%20and%20Youth%20Strategy.pdf>

UNESCO/UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2010) Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación Sexual. Enfoque Basado en Evidencias Orientando a Escuelas, Docentes y Educadores de Salud. United Nations Children's Fund. París. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark/48223/pf0000183281_spa

Wagner, S.F. (1992) Introduction to Statistics. Harpercollins College Outline. Northern Virginia Community College. Ed. Harper Perennial. Harper Collins Publishers p153-156; p239-273

WAS (2008). Asociación Mundial de Sexología/ World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis. Recuperado de <http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/MillDecSP.html>

WHO (2006). World Health Organization/Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Ginebra.