

# **EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL PARA FORMACIÓN DE PROFESORADO**

## **LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL Nº 26.150**

La ley nacional de Educación Sexual Integral 26.150 establece la obligatoriedad de las escuelas de todo el país, de gestión privada y estatal, confesionales y no confesionales, de impartir un programa integral de educación sexual, desde el nivel inicial hasta el superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. Al hacerlo, da respuesta a la preocupación de la sociedad y del Estado por cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva, los problemas del VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, el aumento del embarazo adolescente, el aborto, la iniciación sexual más temprana, la sexualidad objeto, la discriminación y desigualdad en función de los géneros, la exclusión de las diferencias identitarias, entre otros aspectos.

Ésta fue diseñada dentro del marco legal más general de la Constitución Nacional, que establece la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a acceder a los mejores niveles de salud, de información y a desplegar sus capacidades y potencialidades sin riesgos para sus vidas y dentro del marco específico de la Ley Nacional de Educación

Así en su artículo primero sostiene que “Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos”.

El mismo no solo ratifica la concepción de educación sobre la cual se erige la Ley de Educación Nacional sino además la calidad de derecho de la misma y la obligatoriedad del Estado de propiciarla, reafirmando lo estipulado en el artículo 8 y 4 de la Ley Nacional de Educación

De esta manera y conforme a los lineamientos de la Ley Nacional de Educación, la Ley de Educación Sexual Integral considera a la educación en sexualidad como una práctica intencional que a diferencia de concepciones

tradicionales parte en primer lugar del educando, de sus experiencias, de su contexto.

Una relación que tiene un sentido intencional de desarrollar capacidades, habilidades, modos de relación, es decir, modos de sentir, actuar y pensar. Una relación que implica espacios de intercambio, de experiencias y de enriquecimiento mutuo.

El educando es el punto de partida y de llegada de procesos educativos que le otorgan la posibilidad de construir y reconstruir representaciones acerca de la vida y de sí mismo y que le permiten la participación cultural, activa y crítica.

Así entendida, la educación integral atiende a la persona en su totalidad; y por tanto, a la sexualidad como dimensión constitutiva de la misma. Comprende la construcción paulatina de sentimientos, valores, actitudes y saberes para el desarrollo pleno y armónico. Contempla no sólo la formación individual, sino su capacidad de proyección social, a partir de un proyecto de vida, ejercido en libertad y responsabilidad y regulado desde una ética personal y social.

Si la sexualidad es un componente fundamental de la persona - comprendida desde los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, afectivos y éticos, aspectos que conforman e integran una unidad- y de la relación con los otros, entonces, se construye desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. Construcción que se realiza en el marco de procesos sociales de encuentro con el otro y con el entorno socio – cultural en el que vive.

La construcción de la sexualidad es armonía, proceso, crecimiento continuo, respeto por los tiempos, los espacios y las creencias propias y de la comunidad educativa y social.

Bajo este enfoque, la Educación Sexual Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, implica la participación de la familia, escuela y comunidad, propiciando procesos integrativos y armonizantes en una doble dimensionalidad que apunta no solo a la **constitución de ciudadanos** sino también a la conformación holística del ser humano entendido en toda su plenitud como un verdadero **ethos cultural**.

## **EL COMPLEJO ENTRAMADO DE LA SEXUALIDAD HUMANA.**

Toda educación parte de la concepción de hombre que se posea. Es importante conocer entonces, desde qué antropología parte la Ley de Educación Sexual.

La misma parte de la persona humana, entendida como un ethos cultural es decir un todo conformado por múltiples dimensiones que lo atraviesan y sellan

Pichón Riviere describe al ser humano como un ser esencialmente de necesidades las cuales solo pueden ser satisfechas en relación con el medio

Pero dicha relación no es de simple asimilación sino que implica una acción que genera transformación tanto en el entorno como en su interior por lo que el exterior se internaliza y el interior se externaliza en cada acción

El ser humano es producto y productor de prácticas culturales que superan los determinantes genéticos y abren nuevos códigos de desarrollo en un permanente feedback de construcción

A diferencia de las demás especies, los seres humanos poseemos sexualidad mientras que el resto posee sexo. El sexo surge del dato biológico y su objetivo fundamental es la supervivencia filogenética mientras que la sexualidad supera lo biológico y se inscribe en el plano de lo simbólico de la experiencia humana misma

La sexualidad si bien parte de un rasgo biofisiológico al ser una dimensión constitutiva del ser humano al igual que el mismo no se mantiene al margen de la interacción con el entorno que lo rodea y en ese accionar de mutua construcción la misma va adquiriendo sentidos mediatizados que la diferencia no sólo de acuerdo a épocas históricas sino entre los diferentes sujetos

Para comprender claramente este complejo juego de interacciones y mediatizaciones partamos de la definición que la Organización Mundial de la Salud otorga a la sexualidad y observemos su multidimensionalidad:

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en colaboración con la **Asociación Mundial de Sexología (WAS)** en Guatemala en Mayo del 2000 determina que:

*“El término **sexualidad** se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.”*

Esta forma de considerar a la sexualidad implica necesariamente una nueva manera de concebir al ser humano como un sujeto constituido por múltiples dimensiones que lo atraviesan y conforman y a la sexualidad como una más de las tantas que le permiten el desarrollo de sí en el proceso de identificación en el mundo y con los otros, es concebir al sujeto como un todo **holístico** es decir que sus dimensiones son conductos irreductibles que no son posibles de separar para analizar sus componentes sin perder su cualidad holística en donde el todo es más que la suma de sus partes en la medida en que en la interrelación de las mismas construye nuevas cualidades que subsumen a las existentes en las dimensiones separadas .

## **LA SEXUALIDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y CULTURAL**

Hemos señalado que una de las dimensiones constitutivas de la sexualidad humana es la Dimensión Sociocultural. Centraremos el análisis en la forma que inciden de manera decisiva los factores sociales, históricos y culturales en la conformación del modo de ser masculino o femenino del ser humano.

Recorriendo la historia del concepto de sexualidad, podemos analizar claramente que la diversidad de culturas, sus particularidades acerca de prácticas sexuales en clases sociales distintas y en sujetos diferentes, pone en evidencia que la sexualidad no es para nada solo un fenómeno natural. Hablar de ella nos involucra con lo humano, con las relaciones sociales...con las

relaciones entre varones y mujeres, con procesos de humanización, de instituciones que albergan a seres humanos y bajo ningún punto de vista resiste el reduccionismo a un solo conocimiento, necesita atravesar las fronteras disciplinarias de otros campos científicos.

### **Género: la definición del concepto. Breve historia de su surgimiento.**

I

El género constituye la **categoría explicativa de la construcción social y simbólica histórico-cultural de los hombres y las mujeres sobre la base de la diferencia sexual.**

La categoría de género analiza la síntesis histórica que se da entre lo biológico, lo económico, lo social, lo jurídico, lo político, lo psicológico, lo cultural; implica al sexo pero no agota ahí sus explicaciones.

Por la década del sesenta del siglo XX, surgió el concepto de género dentro del ámbito de la Psicología en su corriente médica, para destacar un acontecimiento hasta entonces no valorado: existía algo fuera del sexo biológico que determinaba la identidad y el comportamiento. Tal fue el hallazgo de Robert Stoller (1964) quien estudiaba los trastornos de la identidad sexual en aquellas personas en las que la asignación del sexo falló, dada la confusión que los aspectos externos de sus genitales producían. Los casos estudiados condujeron a Stoller a suponer que el peso y la influencia de las asignaciones socioculturales a los hombres y las mujeres, a través de entre otros, los ritos y las costumbres, y la experiencia personal constituían los factores que determinan la identidad y el comportamiento femenino o masculino y no el sexo biológico.

A partir de este descubrimiento acerca del papel de la socialización como elemento clave en la adquisición de la identidad femenina o masculina, habiendo disfunciones sexuales semejantes en los individuos, Stoller y Money propusieron una distinción conceptual entre “sexo” y “género”, en los cuales el sexo refiere a los rasgos fisiológicos y biológicos del ser macho o hembra, y el género, a la construcción social de esas diferencias sexuales.

Este hecho tuvo el valor de incorporar la categoría género, años más tarde, a los Estudios de la Mujer de la década del '70 por el feminismo estadounidense académico, ayudando a resolver problemáticas que éstos no podían explicar

fácilmente y en la búsqueda de legitimidad académica, lo cual desembocó en los Estudios de Género, por cuanto distinguir entre sexo y género, suponía explicar una serie de condicionamientos sociales y culturales en su historia que se inscriben sobre los cuerpos y la sexualidad humanos, especialmente los femeninos, enunciados desde el discurso patriarcal como “naturales”.

**El género es una construcción simbólica e imaginaria que comporta los atributos asignados a las personas a partir de la interpretación cultural de su sexo: distinciones biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, afectivas, jurídicas, políticas y culturales impuestas. A su vez, la sexualidad se vive en función de una condición de género que delimita las posibilidades y potencialidades vitales.**

El concepto de género emergió para designar todo aquello que es construido por las sociedades para estructurar, ordenar, las relaciones sociales entre mujeres y hombres. Al basarse estas relaciones, estas construcciones sociales y simbólicas en la diferencia sexual, se estructuran relaciones de poder cuya característica esencial es el dominio masculino. No obstante, el género no nos enfrenta a una problemática exclusiva de las mujeres.

Las diferencias a través de los tiempos en las características asignadas a varones y mujeres, los roles ampliamente diferenciados que delimitaron tareas y actividades a cada uno de ellos, otorgaron un papel dominante a los varones y de sumisión a las mujeres. De este modo los trabajos de las mujeres se restringieron a tareas hogareñas, atención de la casa y cuidado de los niños y enfermos, y la de los varones transcurrieron en los espacios públicos, trabajos remunerados, funciones políticas y de gobierno. En la actualidad, esto se modificó. De este modo, se puede afirmar que a partir de un hecho biológico, como es el sexo que se trae al nacer, socialmente se construyen modelos de comportamientos que se estiman pertinentes para varones y mujeres y que no responden a características naturales o innatas sino que se construyen socialmente, se aprenden en la familia, en la escuela y en las interacciones sociales en general.



Ahora te invito a ver el siguiente video sobre la EQUIDAD DE GÉNERO: *“El sueño imposible”*

<http://www.youtube.com/watch?v=S-jGqLaTRc>

### Qué es la perspectiva de género

I

La perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual.

Todas las sociedades estructuran su vida y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual. Esta diferencia anatómica se interpreta como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas. Lo lógico, se piensa, es que si las funciones biológicas son tan dispares, las demás características –morales, psíquicas - también lo habrán de ser.

Desde hace varios años, antropólogos, biólogos, psicólogos, etc., se han dedicado a investigar y esclarecer qué es lo innato y qué lo adquirido en las características masculinas y femeninas de las personas. Se ha comprobado que el status femenino es variable de cultura en cultura, pero siempre con una constante: la subordinación política de las mujeres, a los hombres. Hasta hace poco tiempo esto se explicaba en términos "naturales" y hasta "inevitables",

contraponiendo otra constante: la diferencia biológica entre los sexos. Casi todas, si no es que todas, las interpretaciones sobre el origen de la opresión de la mujer la ubicaban en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad.

**La capacidad de ser madres** marca sin duda una gran diferencia entre hombres y mujeres, pero considerar a la biología como el origen y razón de las diferencias entre los sexos –y en especial de la subordinación femenina – sin tomar en cuenta para nada otros aspectos, es un error.

**I Si bien la diferencia entre el macho y la hembra humanos es evidente, que a las hembras se les adjudique mayor cercanía con la naturaleza (supuestamente por su función reproductora) es una idea, no una realidad.**



Ambos somos seres humanos, igualmente animales, o igualmente seres de cultura. El problema de asociar a las mujeres con lo "natural" y a los hombres con lo cultural es que cuando una mujer no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, o cuando quiere ingresar al mundo público, se la tacha de "antinatural" porque "se quiere salir de la esfera de lo natural". En cambio, los hombres se definen por rebasar el estado natural: volar por los cielos, sumergirse en los océanos, etcétera. A nadie le parece raro que el hombre viva en el ámbito público, sin asumir responsabilidades cotidianas en el ámbito doméstico. En cambio, la valoración cultural de las mujeres radica en una supuesta "esencia", vinculada a la capacidad reproductiva. Es impresionante que a principios del siglo XXI, cuando los adelantos científicos en materia de

reproducción asistida están desligando cada vez más a las personas de la función biológica, siga vigente un discurso que intenta circunscribir la participación de las mujeres a cuestiones reproductivas. Ese discurso "naturalista" tiene tal fuerza porque reafirma las diferencias de hombres y mujeres y, al hacerlo, reafirma la situación de desigualdad y discriminación.

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.**

### **Sexualidad humana y genitalidad**

Desde el punto de vista de estrictamente biológico, se considera al sexo de un individuo como una condición referida a la reproducción, y a la sexualidad como el conjunto de rasgos anatómicos y fisiológicos que caracterizan cada sexo.

Pero al hablar de la sexualidad humana, desde un punto de vista multidimensional, se observa que, bien comparte elementos comunes con otras especies de seres vivos, entre ellas la función reproductiva, difiere radicalmente en su esencia, va más allá de lo meramente bio-físico-orgánico-genital y se presenta como una relación con otro ser humano. El espíritu, la inteligencia y el amor le dan su sello distintivo y único que lo distingue de la genitalidad animal.

Las conductas sexuales tienen un componente que no existe en otros seres vivos: voluntad e intención, lo que le permite al hombre integrar conscientemente su comportamiento sexual dentro de su plan de vida. Si bien los instintos, deseos e impulsos están inscritos o programados biológicamente, la expresión de los mismos dependerá de la razón y voluntad.

En la sexualidad humana no se trata, por tanto de una función o actividad genital, sino más bien del ser personal humano total y de la realización del hombre como tal. La genitalidad es solo una función localizada mientras que la sexualidad es un modo de ser, un modo único y necesario de pertenencia al género humano. Freud en su obra *Compendio de psicoanálisis* dice claramente *“Es necesario establecer una neta distinción entre los conceptos de lo sexual y lo genital. El primero es un concepto más amplio y comprende muchas actividades que no guardan relación alguna con los órganos genitales”*.

Por esto no puede considerarse la sexualidad como localizada o limitada a la genitalidad. La primera comprende a la segunda, pero no se agota en ella. Obviamente todos los fenómenos genitales son sexuales; hay sin embargo fenómenos sexuales que no tienen nada que ver con la genitalidad.

i

El nivel de genitalidad no puede ser totalizante en la comprensión de la sexualidad, que se presenta como mucho más amplia. La genitalidad es un dato anatómico y una función fisiológica. La sexualidad no es ni un mero dato, ni un objeto, ni una función: es una dimensión constitutiva de la persona que permea todo su ser.

El hombre y la mujer establecerán con los demás siempre y necesariamente “relaciones sexuadas”, pero no necesariamente “relaciones sexuales-genitales”.

### **Anatomía y Fisiología del Sistema Reproductor Humano - Dimensión Biológica de la sexualidad**

El programa genético, el sistema endócrino (hormonal), los órganos genitales y el sistema nervioso integrarán lo que se denomina organización biológica de la sexualidad. Sin esta dimensión sería inaudito hablar de comportamiento sexual, deseo, capacidad para estimularse, respuesta sexual y capacidad de satisfacción, que dependen en gran parte de la armonía de éstas estructuras biológicas.

Y no solo eso, la procreación y quizás la diferencia en estimulación y respuesta de hombres y mujeres son subordinados de controles biológicos. La interacción de controles, estímulos y respuestas nos permite establecer el esquema básico que conforma este edificio biológico sobre el cual se estructura la arquitectura de la sexualidad.

Esta organización biológica interacciona desde que nacemos con el ambiente y el aprendizaje social por la facultad que tiene nuestro cerebro de condicionarse, programar, asociar y actuar como centro de control del organismo donde se coordina el mundo interior o somático con el exterior o ambiente.

A diferencia del hambre o la sed, la motivación sexual no está sujeta a la saciedad, nadie se muere si no satisface sus necesidades sexuales, por lo que la organización biológica permite muchas más veleidades y es más sensible a los estímulos que provienen del exterior.

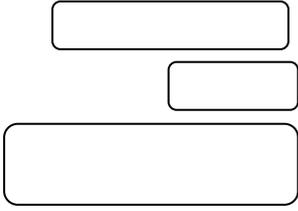
En principio hay un **estímulo sensorial** (captado por algún órgano de los sentidos) o un **estímulo imaginado** (fantasías sexuales), que desencadena un impulso que llega hasta el **sistema nervioso** donde se genera una respuesta que, a través de **hormonas o neurotransmisores**, lleva una orden a los **órganos sexuales** para que se pongan en movimiento. Todos estos elementos y las vías nerviosas deben estar en buen estado para que el proceso total se lleve a cabo.

**i** El conocimiento del cuerpo, de sus posibilidades, limitaciones y funciones, es una base indispensable para poder vivir la sexualidad sin miedos, sin falsas expectativas y sin angustias. La sexualidad, como se dijo, es muy amplia e implica la comunicación, la afectividad y el placer. Pero el cuerpo es su base y por este motivo es importante conocerlo bien.

### Sistema Reproductor Masculino

Órganos externos	Característica y Función
Escroto	Es una bolsa de piel rugosa, delgada y sensible que cuelga de la raíz del pene. Su localización y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos. La producción normal de espermatozoides requiere una temperatura alrededor de 2-3 °C por debajo de la temperatura corporal central. Dentro del escroto, la temperatura es más baja ya que se encuentra fuera de la cavidad pelviana.
Pene	Es el órgano copulador masculino. Está formado por un cuerpo principal cilíndrico que en su extremo posee un abultamiento de gran sensibilidad llamado <b>glándula</b> . Este último está recubierto por una piel muy fina llamada <b>prepucio</b> . Ambos están unidos por una estructura llamada <b>frenillo</b> . En su interior, el pene está formado por <b>tejido eréctil</b> , que contiene gran cantidad de vasos sanguíneos los cuales, durante la excitación sexual reciben gran cantidad de sangre provocando el

	alargamiento y endurecimiento del mismo, es decir la erección.
<b>Órganos internos</b>	<b>Característica y función</b>
Testículos	<p>Son dos órganos encargados de producir células sexuales masculinas o espermatozoides y hormonas sexuales o testosterona. Esta última responsable de los caracteres sexuales masculinos como voz grave, distribución del vello corporal, ensanchamiento de espalda, etc.</p> <p>Los testículos están formados en su interior por una red de tubos huecos llamados túbulos seminíferos, en el interior de los cuales se forman los espermatozoides.</p>
Epidídimo	<p>Son estructuras en forma de coma situadas encima de los testículos. Están formados por un apiñamiento de túbulos testiculares. En su interior los espermatozoides completan su maduración y adquieren movilidad por medio de la ondulación de su único flagelo.</p>
Conductos deferentes	<p>Son tubos huecos por donde circulan los espermatozoides al salir del epidídimo. Se conectan con las vesículas seminales, luego con la próstata y desembocan en la uretra.</p>
Vesículas seminales	<p>Son estructuras en forma de sacos situadas debajo de la vejiga. Se encargan de fabricar un líquido viscoso que protege a los espermatozoides, los alimentan y facilitan su desplazamiento. Este líquido está formado por sustancias alimenticias como la glucosa que brindan la energía que necesitan los espermatozoides. (Líquido seminal)</p>
Próstata	<p>Es una estructura única ubicada cerca de las vesículas seminales y debajo de la vejiga. En ella se juntan la vía seminal y la vía urinaria, a partir de aquí, el camino que hace el semen y la orina es el mismo. Sin embargo nunca lo utilizan al mismo tiempo ya que existen músculos que abren y cierran una de las dos vías.</p> <p>La próstata también produce un líquido que protege, alimenta y facilita el desplazamiento de los espermatozoides. (Líquido prostático)</p> <p>4El semen está formado por: espermatozoides + líquido seminal + líquido prostático.</p>
Glándulas de Cowper	<p>Son dos glándulas que se encuentran en la base del pene. Estas glándulas liberan un fluido gelatinoso y transparente a la uretra que la limpia neutralizando los residuos de la orina. Este líquido favorece el desplazamiento de los espermatozoides y lubrica el glande, facilitando la penetración del pene en la vagina.</p>
Uretra	<p>Es un conducto que recorre el interior del pene, en la parte final se ensancha y se llama meato uretral. Por él circula el semen durante la eyaculación y la orina durante la micción.</p>



Vesícula



Glándula  
de

Vista  
sagital del

Corte del  
epidídimo  
visto al  
microscop

Fotomicrogr  
afía en  
MEB de

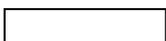
Salida de la uretra

Glande

Corona del glande



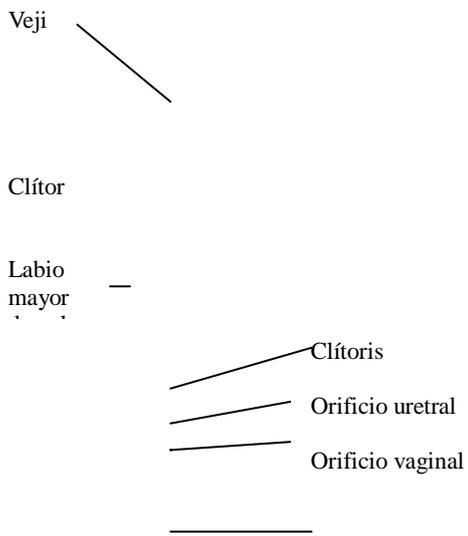
Prepucio



## Sistema Reproductor Femenino

<b>Órganos externos</b>	<b>Característica y Función</b>
Lo que se ve desde afuera recibe el nombre global de <b>vulva</b> . La vulva comprende:	
El monte de Venus	Es una capa de grasa situada encima del pubis
Labios mayores	Son dos pliegues de piel ricos en grasa y recubiertos de pelos a partir de la pubertad
Labios menores	Son pliegues de piel más pequeños que envuelven el orificio vaginal y el meato uretral.
El clítoris	Es una estructura compuesta por tejido eréctil, similar al tejido que conforma el pene, muy sensible a la estimulación sexual. Es un órgano muy pequeño, situado en la parte frontal del hueso púbico, en el punto donde se juntan, por arriba, los labios mayores. Su extremo también está recubierto por una membrana.
El meato uretral	Es el orificio por donde sale la orina. Está situado entre el clítoris y el orificio vaginal. Si bien se considera parte de la vulva, en realidad no tiene conexión directa con el sistema reproductor como en el caso de los varones, cuyo sitio de unión con el sistema urinario es la uretra.
El orificio vaginal	Es la entrada de la vagina
El himen	Es una membrana muy fina y elástica situada en el inicio del canal vaginal. Esta pequeña película está perforada de forma diferente en cada mujer. Al ser muy delgado y frágil, el himen se puede romper de muchas formas, con ejercicio físico, penetración etc.
<b>Órganos internos</b>	<b>Característica y función</b>
Ovarios	Son órganos en forma de almendra. Son los encargados de originar las células sexuales u <b>óvulos</b> . Además producen hormonas sexuales femeninas: <b>estrógeno y progesterona</b> , responsables de las características sexuales femeninas como crecimiento de las mamas, voz, ensanchamiento de caderas etc.
Trompas de Falopio	Son dos tubos que conectan los ovarios con el útero, a través de los cuales los óvulos se desplazan durante la ovulación. En ellos se produce la fecundación y los primeros estadios del desarrollo embrionario
Útero	Es un órgano hueco formado por gruesas paredes musculares. Tiene la forma de una pera invertida y tiene el tamaño de un puño. En él se aloja el feto durante el embarazo. Internamente el útero está formado por tres capas: el perimetrio, el miometrio (muscular) que cumple una destacada función durante el trabajo de parto y para evitar hemorragias posteriores al mismo; y el endometrio (mucosa) que sufre transformaciones importantes durante el ciclo menstrual de la mujer. El extremo inferior del útero está formado por un anillo muscular

	llamado cerviz o cuello de útero. Es el encargado de producir el moco cervical, uno de los indicadores para la valoración de fertilidad o infertilidad de cada momento.
Vagina	Es un tubo de paredes elásticas cuyo extremo inferior termina en el orificio vaginal. Por este conducto ingresa el pene durante el acto sexual y a demás es el canal de salida del feto durante el parto.



## Ciclo Menstrual

El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer, y que depende de los niveles de hormonas sexuales femeninas.

Entre los 11 y 15 años, la interacción entre las hormonas del hipotálamo, la hipófisis y los ovarios produce una serie de cambios cíclicos en el útero y los ovarios que constituyen el ciclo menstrual.

El ciclo comprende dos períodos sucesivos, uno estrogénico (estro) o de actividad y otro de reposo o progestacional (diestro). La regulación del ciclo es un complejo mecanismo que recibe influencias del sistema nervioso, endocrino, del ambiente, etc.

Desde la pubertad hasta la menopausia la mujer tiene treinta a cuarenta años de vida sexual fértil, y alrededor de 300 a 500 ciclos menstruales. Cada ciclo se acompaña de manifestaciones psíquicas y somáticas y puede durar entre 28 y 32 días contando desde el comienzo de una menstruación hasta la iniciación de la siguiente. La ovulación separa al ciclo en dos fases: fase folicular (proliferativa, preovulatoria o estrogénica) y fase luteínica (postovulatoria, secretoria o progestacional).

### G

**Fase folicular:** Durante esta fase el hipotálamo (sistema nervioso) produce unas hormonas llamadas *hormonas liberadoras de gonadotropinas* que estimulan a que la hipófisis (sistema endocrino) produzca otras hormonas llamadas gonadotropinas. Una de ellas, la FSH o folículo estimulante actúa sobre los folículos ováricos, que contienen en su interior óvulos inmaduros, estimulando su crecimiento y maduración.

Al producirse su crecimiento, el folículo ovárico en maduración comienza a producir estrógeno, una hormona que actúa en el útero provocando el engrosamiento del endometrio. Este engrosamiento se produce para nutrir al embrión en sus primeros estadios, en caso de que se produzca una fecundación.

**Ovulación:** Durante la fase folicular el estrógeno aumentó hasta un nivel tal que inhibió la producción de FSH, lo cual termina por inhibir, a su vez, la

producción de estrógeno. Al mismo tiempo, la hipófisis incrementa la producción de una segunda hormona gonadotrófica llamada Luteinizante (LH). Esta hormona estimula la maduración final del óvulo y provoca la ruptura del folículo ovárico que libera al óvulo maduro. Esto ocurre aproximadamente en mitad del ciclo.

**Fase luteínica:** Los restos del folículo ovárico roto forman una nueva estructura denominada cuerpo lúteo o amarillo, cuya función es la producción de otra hormona, la progesterona. Esta última actúa sobre el útero para mantener su engrosamiento preparándose para una posible concepción; además inhibe la producción de hormonas hipofisarias e hipotalámicas.

Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo se desintegra, aproximadamente en el día 23 del ciclo. Esto provoca una disminución de secreción de hormonas ováricas, liberando el freno sobre el hipotálamo y la hipófisis e iniciándose un nuevo ciclo. Además la disminución de estrógeno y progesterona provoca el desprendimiento del endometrio, lo cual ocasiona la menstruación.

Si se produce un embarazo, el cuerpo lúteo no se desintegra y continúa produciendo progesterona que se precisa para el mantenimiento de la gestación hasta el tercer o cuarto mes de embarazo.

### **Moco Cervical**

El moco cervical es una secreción compleja que se produce de forma constante en el cuello del útero. Existen varios tipos diferentes de moco cervical, con diferentes funciones fisiológicas. Entre ellos, un tipo especial de moco que tiene una función específica en la reproducción e importancia en los síntomas de fertilidad e infertilidad.

Según el predominio de una u otra hormona, la consistencia, composición y cantidad de moco serán distintas.

El predominio estrogénico dará como resultado un moco fluido, transparente, elástico, que escurre por el cuello del útero y después por la vagina de forma que la mujer no solo podrá verlo sino también recogerlo en la vulva. Este tipo de moco proporciona a los espermatozoides una sensación lubricante y facilita su ascenso hasta las trompas de falopio. Su máxima producción es durante los días de ovulación e indica que la mujer se encuentra en un período fértil del ciclo.

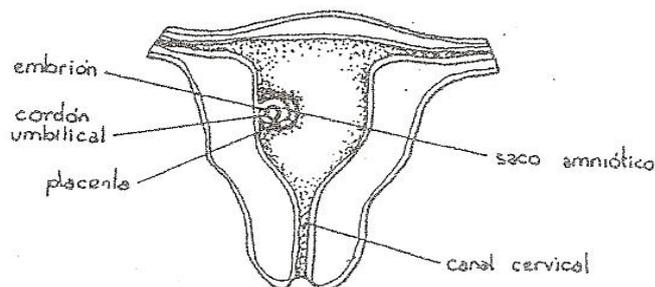
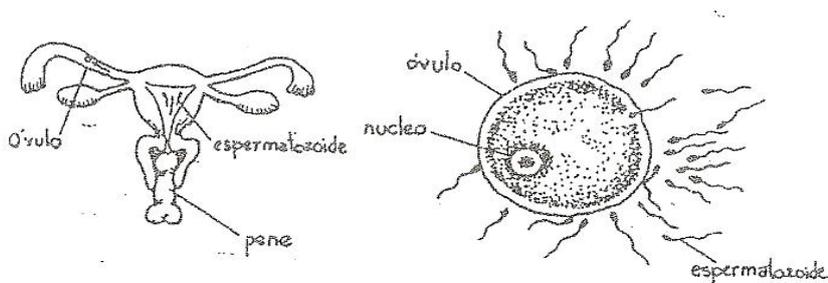
La progesterona es responsable de la producción de un moco denso y compacto, que queda en el cuello del útero, a modo de barrera natural, protegiendo al útero e impidiendo el paso de los espermatozoides. La presencia de este moco indica el período de infertilidad del ciclo y se produce durante los días posteriores a la ovulación.

### **Fecundación**

La fecundación es un fenómeno complejo, por medio del cual se unen las gametas femenina (óvulo) y masculina (espermatozoide), resultando de ésta unión la formación de una célula que será el punto de partida del desarrollo de un nuevo ser. El óvulo fecundado, ahora cigoto, sigue su viaje a través de las trompas de Falopio hacia el útero.

Unas 36 horas después de la concepción empieza el proceso de división celular por el cual la única célula original se convierte en una masa de dos y al dividirse ésta, en una masa de cuatro y así sucesivamente.

Unos cinco a siete días después de la concepción, la masa celular se implanta en la mucosa uterina (endometrio) para ser nutrida y crecer.



## **Embarazo y gestación**

El período de vida intrauterina es de enorme importancia. La conducta de los padres y las madres influirá en el niño. Las madres necesitan de una adecuada nutrición y reposo.

En la mujer los cambios hormonales que ocurren en su cuerpo producto del embarazo pueden manifestarse en una mayor sensibilidad, de ahí la importancia del apoyo de un ambiente de cariño y protección en el cual la figura del marido y padre cobra especial relevancia.

El embarazo puede dividirse en dos etapas:

### **Período embrionario**

Se llama período embrionario a las primeras ocho semanas de gestación. Es el período donde ocurren los pasos más importantes en el desarrollo del nuevo ser, desde el punto de vista biológico, ya que se forma la mayoría de los órganos y tejidos.

### **Período Fetal**

Se llama período fetal al que se extiende desde la novena semana de gestación hasta el momento del parto. Durante éste período el nuevo ser va creciendo de tamaño y experimentando algunos cambios menores, ya que sus órganos se formaron durante la etapa anterior.

### **Primer trimestre del Embarazo**

Alrededor del octavo día, luego de ocurrida la fecundación, tiene lugar la implantación del cigoto en las paredes del útero. De allí en adelante irá creciendo y se desarrollará progresivamente hasta el momento del parto.

Durante la tercera semana, después de la fecundación, comienza a formarse la placenta y hay un principio de médula espinal. Se inicia la formación de los ojos y del corazón, del cual ya se advierten los primeros latidos. Comienza asimismo la formación de la cabeza y del sistema digestivo.

Al final de la cuarta semana se empiezan a perfilar las primeras protuberancias de las cuales se desarrollarán los pies y las manos. A fines de la sexta semana se aprecia el cerebro y se distinguen las piernas y brazos. En la séptima semana el pecho y el abdomen están totalmente formados y comienzan a desarrollarse los pulmones.

En la octava semana la cara adquiere sus rasgos propios: se perfilan los ojos, nariz y boca. Comienza la formación de dedos en mano y pies, y se distinguen claramente brazos, codos, antebrazos y manos, muslos, rodillas, pantorrillas y pies. También se observa el desarrollo de ovarios o testículos, según sea el sexo del niño. La capacidad de sentir dolor ya se percibe en éste período. A la décima semana la cara está muy desarrollada, a excepción de la mandíbula. El corazón ya tiene sus cuatro cavidades y está latiendo rítmicamente.

Al finalizar la duodécima semana, los brazos, manos, dedos y piernas están plenamente formados. Comienzan a distinguirse las uñas, orejas y se observa la formación inicial de los dientes en la mandíbula. Los ojos están casi totalmente desarrollados. Como se puede observar, los tres primeros meses de gestación son los más importantes de la vida intrauterina de las personas. Durante éste tiempo se forman los órganos más importantes del cuerpo. Finalizado éste período el niño mide aproximadamente 7 centímetros y pesa 30 gramos.

### Segundo Trimestre del Embarazo

Durante el segundo trimestre del embarazo el niño continúa creciendo y los órganos formados anteriormente maduran. A las 13 semanas y media ya puede patear y mover los dedos de los pies. La boca puede abrirse y cerrarse, y es capaz de mover sus brazos y empuñar sus manos. La madre comienza a sentir las primeras señales del bebé a través de su abdomen, entre la decimosexta y vigésima semana. La piel tiene un tinte rosado y un fino vello cubre todo su cuerpo. Aparecen las primeras cejas y pestañas.

Un mes después aparece el pelo de su cabeza y depósitos de grasa bajo su piel arrugada. Pesa aproximadamente 500 gramos y mide 30 centímetros. Si naciera en éste momento trataría de respirar, pero probablemente no sobreviviría sin apoyo de incubadora y de atención médica especializada.

### Tercer Trimestre del Embarazo

Durante este último período hay un notorio aumento de peso; el niño sextuplica el peso que tenía al terminar el segundo trimestre. Junta tejido

adiposo lo cual borra las arrugas de su piel. A las 28 semanas está cubierto de una capa sebosa protectora. Sus ojos están abiertos.

A las 40 semanas el embarazo llega a su término y el niño nace en buenas condiciones para vivir.



## **Parto**

El parto es el proceso mediante el cual el bebé sale, a través de la vagina, desde el útero hacia el exterior. Esto es posible gracias a la dilatación del cuello del útero y las contracciones del mismo que empujan al niño.

Esto ocurre entre las 38 a 40 semanas de embarazo. Hay una serie de cambios hormonales que son responsables del fenómeno del parto. Como tal, éste se inicia días u horas previas al nacimiento del niño. Uno de los primero

signos es la eliminación de un tapón mucoso que forma una barrera entre el útero y la vagina. Este tapón ha servido para proteger y aislar al niño del ambiente exterior.

Los dolores característicos del parto son resultado de las contracciones de útero, que hacen que el cuello de éste se dilate y ayuda a expulsar al niño a través de la vagina.

Las contracciones ocurren a intervalos regulares de tiempo y se van haciendo más largas e intensas a medida que progresa el parto.

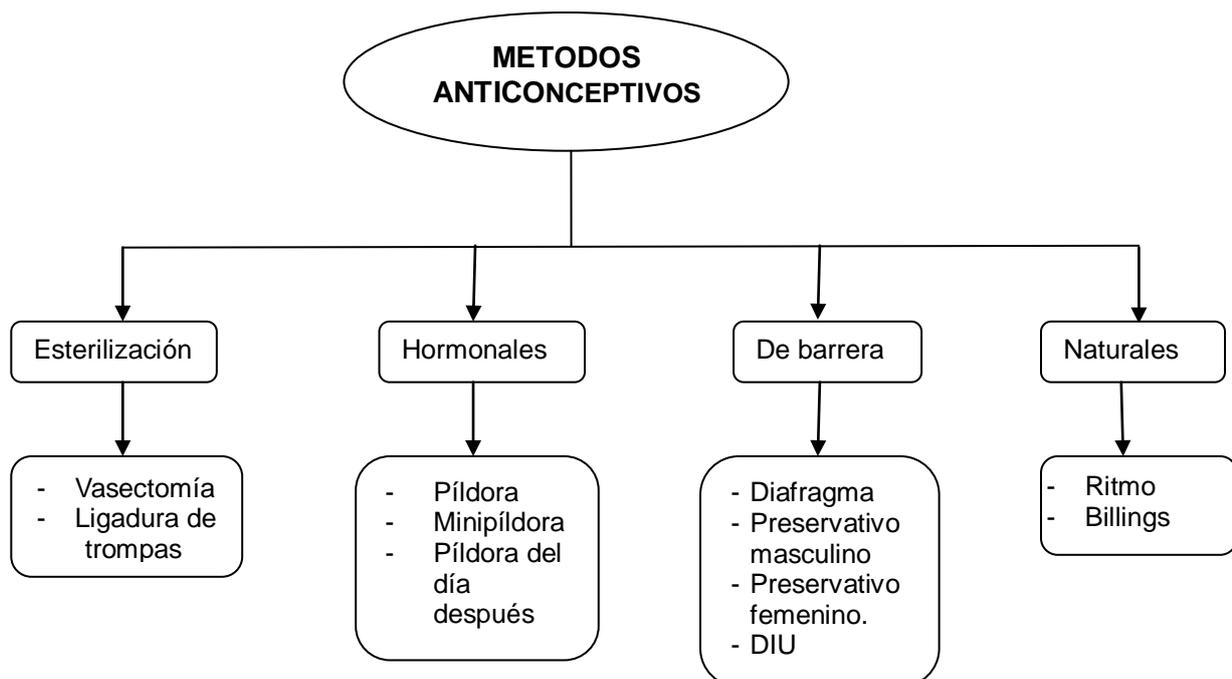
En condiciones fisiológicas la duración puede durar desde 4 a 8 horas.

Una vez que sale el niño, se expulsa la placenta.

En ocasiones las contracciones no logran dilatar el cuello uterino y en ese caso el médico administra una droga que facilita el proceso. Esto se conoce como parto inducido.

## Métodos Anticonceptivos

Un **método anticonceptivo** es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la [fecundación](#) o el [embarazo](#) al mantener [relaciones sexuales](#). Por lo general, implica acciones, dispositivos o medicamentos que poseen distintos niveles de efectividad. También se le llama *contracepción* o *anticoncepción*, en el sentido de ser formas de [control de la natalidad](#).



### Métodos de esterilización

Ligadura de trompas: Es una intervención quirúrgica que consiste en un corte a la altura de las trompas de Falopio y una sutura posterior de manera de bloquear el paso de los espermatozoides. Su efectividad es del 99%.

VENTAJAS:

- Una sola intervención y no se necesita medidas de precaución posteriores.
- No Altera el ciclo menstrual, ni interfiere con el placer sexual de la mujer
- No hace falta usar ningún método anticonceptivo

INCONVENIENTES:

- Precisa intervención.
- Es practicante irreversible.

Vasectomía: Es la operación que se realiza en el varón y consiste en un corte y sutura de los conductos deferentes, para evitar la salida de espermatozoides. Los espermatozoides se siguen produciendo, pero ya no llegan al exterior. Estos se degeneran y son destruidos por el sistema inmunológico.

Su efectividad es del 100% si la operación está correctamente realizada.

VENTAJAS:

- Intervención relativamente sencilla y rápida que no precisa medidas de precaución posteriores.
- No interfiere con el placer o el desempeño sexual masculino.

DESVENTAJAS:

- Prácticamente irreversible.
- Sola es segura después de algunas semanas de haber sido realizada la intervención

**Métodos hormonales:** Consisten en la administración exógena de píldoras o pastillas anticonceptivas que contienen hormonas femeninas sintéticas que inhiben la producción de FSH y LH, lo cual termina por anular la ovulación. Estos tipos de anticonceptivos también pueden administrarse mediante parches, inyecciones y otras variantes.



Los métodos hormonales están cerca del 100% de efectividad (98% aprox.) cuando son administrados correctamente.

Es conveniente que la mujer consulte a un ginecólogo antes de comenzar a utilizar cualquiera de éstos. El médico determinará el tipo de anticonceptivo más adecuado con respecto a su composición hormonal de acuerdo a cada persona.

#### VENTAJAS:

- Tiene un alto porcentaje de efectividad.
- En algunos casos causa beneficios ya que atenúa los síntomas experimentados por las mujeres durante la los días de menstruación como: dolor producido por contracciones uterinas, inflamación de pechos, el sangrado es menos profuso, etc.

#### DESVENTAJES:

- Puede causar en algunos organismos retención de agua, pechos más sensibles, náuseas.
- Si se trata de píldoras que se administran diariamente, el olvido de dos días consecutivos aumenta el porcentaje de fracaso del método.

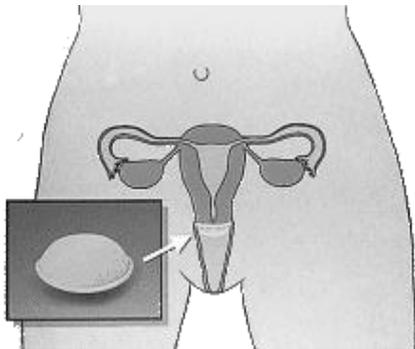
La píldora del día después, llamada también anticonceptivo de emergencia, consiste en unas pastillas con altas dosis de hormonas femeninas que retrasan la ovulación y alteran la estructura del endometrio, de esta forma

previene el embarazo en aquellas mujeres que tuvieron relaciones sexuales y el método anticonceptivo ha fallado o se tuvieron relaciones sin protección, incluyendo los casos de violación. Algunos médicos afirman que su efecto también es detener el embarazo probablemente por evitación de la implantación.

El nombre de éste método puede ser engañoso pues debe utilizarse inmediatamente después de tener relaciones sexuales y el método anticonceptivo ha fallado o se tuvieron relaciones sin protección; puede tomarse en un periodo de hasta 72 horas, sin embargo la sugerencia es que la mujer tome 2 píldoras en una sola toma inmediatamente.

**Métodos de barrera:** Impiden la fecundación porque constituyen un obstáculo para el encuentro del óvulo y el espermatozoide.

- *Diafragma:* Es un tapón de látex cuya función es cubrir el cuello del útero y evitar que los espermatozoides entren al [mismo](#). Su efectividad varía entre un 80% y un 94%.



Método de barrera:  
El diafragma se ajusta  
en el cuello uterino  
e impide que los  
espermatozoides  
entren al útero

ADAM.

Para colocarlo se debe proceder de la siguiente manera:

- Se debe colocar crema o jalea espermicida por ambos lados, plegarlo entre sus dedos e introducirlo con el lado cóncavo hacia arriba, a través de su [vagina](#), hasta el fondo.
- Una vez introducido, la mujer deberá asegurar con su dedo la correcta posición del dispositivo.

- Puede colocarse varias horas antes de la relación sexuales pero debe retirarse después de seis horas para asegurarse de que la acción del espermicida tuvo efecto.

VENTAJAS:

- No interfiere con el placer femenino ya que no causa pérdida de sensibilidad.

DESVENTAJAS:

- NO protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- En algunas ocasiones la usuaria puede experimentar irritación o dolor vaginal, producido más por los espermicidas que por el propio diafragma.

*Preservativo femenino:* Este dispositivo es una alternativa adicional a todos los demás métodos anticonceptivos existentes, protegiendo al mismo tiempo contra las enfermedades de transmisión sexual. Está formado por dos anillos flexibles conectados por una envoltura de poliuretano. Uno de los anillos se encuentra por dentro de la envoltura y se coloca de manera tal que se encaje en el cuello uterino; el otro permanece fuera de la vagina y cubre los genitales externos de la mujer. Su efectividad es del 95%.

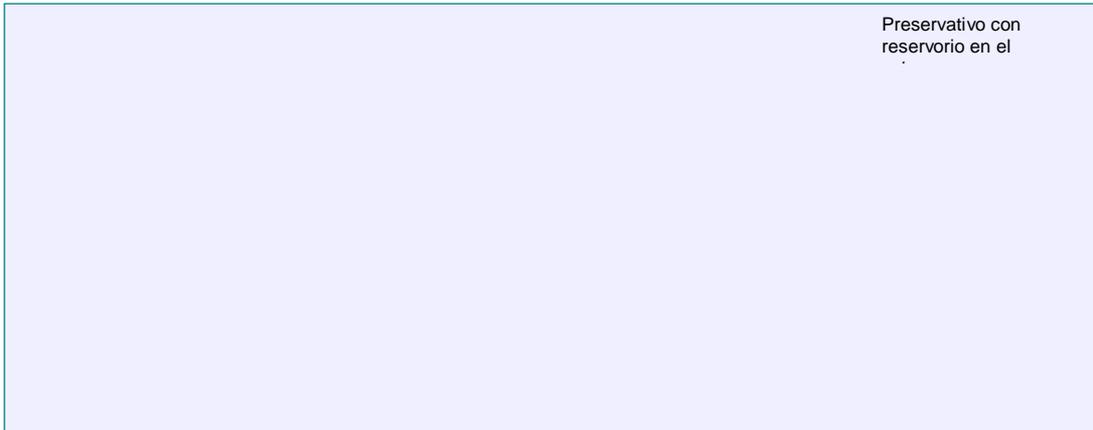
DESVENTAJAS:

- Es de difícil colocación.
- Puede resultar incomodo durante la relación sexual.

VENTAJAS:

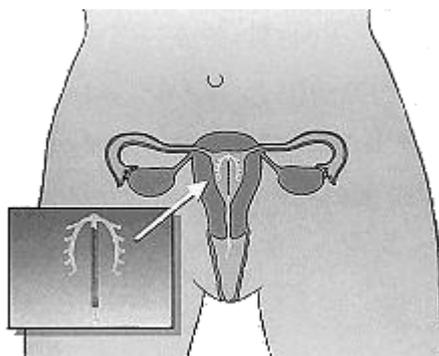
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual.

*Preservativo masculino:* Es un dispositivo hecho de látex muy fino, largo y parecido a un saco y con forma de tubo delgado con un extremo redondeado para cubrir el pene durante las relaciones sexuales, impidiendo que los espermatozoides penetren en el sistema reproductor femenino. Su efectividad varía entre 86 y 97%. G



#### VENTAJAS:

- Tiene un alto porcentaje de efectividad.
- Evita la transmisión de enfermedades venéreas.
- No necesita de chequeos médicos
- DESVENTAJES:
- Cierta pérdida de sensibilidad en el hombre



*DIU:* Los dispositivos intrauterinos (DIU), también llamados aparatos o espirales, son pequeñas estructuras plásticas (en algunos casos pueden tener un aditamento metálico u hormonal) de variadas formas y tamaños. Este dispositivo es colocado en la [cavidad uterina](#) por el médico, durante la menstruación ya que el cuello del útero se encuentre abierto y se tiene la

seguridad que no hay embarazo. El DIU debe ser mantenido en el útero mientras la mujer desee evitar el embarazo o mientras el médico así lo indique.

Es un método altamente seguro aproximadamente un 99,4% de efectividad.

El DIU puede durar desde uno a varios años, dependiendo su composición y de la prescripción médica.

**VENTAJAS:**

- Puede ser utilizado durante varios años.
- No hay riesgo de olvido, como con las pastillas.

**DESVENTAJAS:**

- En ciertos casos da lugar a hemorragias o espasmos abdominales, por lo que debe ser retirado inmediatamente.
- Puede ser expulsado espontáneamente.

**Métodos Naturales**

*Ritmo:* Es un método que solo pueden utilizar las mujeres con regularidad en los intervalos de la presentación de la menstruación. Se toman como días no fértiles desde el día que se inicia la menstruación hasta el octavo día del ciclo y desde ocho días antes de la fecha que se espera el próximo flujo menstrual. Suponiendo que el ciclo de la mujer es de 28 días:

Días no fértiles								DIAS MUY FÉRTILES											Días no fértiles								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

El día 1 y el día 28 del ciclo menstrual coinciden con la menstruación. Si la mujer desea evitar el embarazo no debe tener relaciones sexuales entre los días 12 y 17 de su ciclo. Para más seguridad se recomienda tomar un intervalo más grande de tiempo, por ejemplo no mantener relaciones entre los días 9 y 20 del ciclo.

Este método tiene una efectividad de entre 75% y 80%. Solo en el caso de que las mujeres sean muy regulares en sus ciclos.

*Método de Billings:* Como se expuso anteriormente, correspondiendo con la ovulación se produce un aumento en la producción de moco cervical. Si en días de ovulación se detecta un poco de líquidos que fluye por los genitales y asoma por la región vaginal, ese flujo tendrá características de leve pegosidad y viscosidad, lo cual indica la vecindad de la fecha ovulatoria. Los días en que este moco no se detecta son los días no fértiles del ciclo.

#### VENTAJAS:

- Son métodos seguros en el caso de parejas estables y permite a la mujer conocer muy bien el funcionamiento de su ciclo e identificar diferentes cambios en su cuerpo.

#### DESVENTAJAS:

- No son seguros cuando la mujer es irregular.
- Puede llegar a fallar cuando se produzca alguna alteración en el ciclo por algún cambio hormonal.

## **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), también llamadas venéreas, son enfermedades de tipo infectocontagiosas que se contraen generalmente, por mantener relaciones sexuales en condiciones de higiene inadecuadas y/o con personas ya infectadas; por intercambio de fluidos durante el contacto sexual (sangre, semen, fluidos vaginales...)

La OMS ha clasificado como enfermedad sexualmente transmisible a los siguientes padecimientos: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, condilomas acumulados, vaginitis, herpes genital, parasitosis (como sarna y pediculosis), uretritis inespecífica, y SIDA.

A continuación se presentan las características más importantes de las ETS más comunes.

## **HERPES GENITAL**

- Causado por un virus (HSV2).
- Período de incubación: 3 a 20 días después del contacto inicial, persistiendo las molestias durante 2 a 4 semanas.
- Síntomas: Sensación ardorosa en el sitio del contagio. Posteriormente aparecen unas pequeñas vesículas rodeadas de tejido enrojecido. Luego las vesículas pueden romperse produciendo llagas húmedas y muy dolorosas. Fiebre, dolor de cabeza e inflamación de los ganglios.
- Consecuencias: Se pueden sufrir recaídas durante varios años. Si la infección se presenta durante los primeros meses de embarazo, el riesgo de un aborto aumenta. Asimismo, puede contagiar al hijo durante el parto. En las mujeres puede estar relacionado con el cáncer de cuello de útero.
- Transmisión: Por contacto directo con ampollas o úlceras abiertas que estén infectadas.
- Tratamiento: No existe aún tratamiento específico para eliminar el virus del herpes genital. Lo único que puede hacerse es dar tratamiento sintomático, para controlar el dolor, a base de analgésicos, higiene sexual, empleo de preservativos etc.

## **CONDILOMAS**

- Causado por un virus (HPV).
- Período de incubación: 1 A 3 MESES
- Síntomas: Crecimiento de verrugas, usualmente en genitales y ano. Picazón y ardor en la zona afectada.
- Consecuencias: Pueden esparcirse lo suficiente como para obstruir las aperturas vaginales, rectales o de la garganta. En la mujer puede predisponer a su organismo para el cáncer de cuello de útero.
- Transmisión: Por contacto directo con verrugas infectadas.
- Tratamiento: No hay cura específica. Las verrugas pueden eliminarse por medios

## **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

- **Causado por:** Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).  
Este virus ataca unas células específicas del organismo. Los glóbulos blancos, particularmente unos llamados linfocitos T4. Estos son los encargados de activar la respuesta inmunológica, que se pone en marcha cada vez que ingresa al organismo un agente potencialmente patógeno. La destrucción de estas células se traduce en una baja de las defensas, por lo que el organismo queda expuesto a cualquier tipo de infección.
- **Período de incubación:** De 6 a siete meses después de adquirida la infección.  
Las personas infectadas con el VIH son inicialmente "seropositivos", esto significa que presentan en su sangre anticuerpos contra el virus. Esto no significa que están enfermos de SIDA ni que van a estarlo, solo implica que poseen en su organismo el virus que causa la enfermedad y que son capaces de contagiarlo.  
Algunas personas seropositivas desarrollan el llamado "complejo relacionado el síndrome" en donde pueden manifestar algunos de los síntomas del SIDA pero sin las infecciones propias de éste. Otras personas, en cambio, pueden desarrollar el síndrome completo o SIDA manifiesto.  
Algunos factores ayudan al desarrollo y evolución de la infección por VIH (SIDA), como ser: inadecuada nutrición, mala condición física, utilización de alcohol y drogas, exposición frecuente a fluidos seminales, vaginales y sanguíneos, constitución genética, la edad del sujeto al momento de infectarse, el padecimiento previo de otras enfermedades venéreas.  
Es recomendable que ante el resultado positivo de una prueba de anticuerpos de VIH se realice una segunda prueba para confirmar estos resultados. Igualmente si el resultado resultara negativo ya que la prueba para VIH 1 no detecta el VIH 2, ya que hay un período de incubación entre la infección y la transición a seropositividad en el cuál no se detectan los anticuerpos. A este período se lo suele llamar "Período ventana".
- **Síntomas:** Incremento en la frecuencia y severidad de infecciones virales, tales como catarros y resfriados. Inexplicables erupciones y cortadas que tardan mucho tiempo en sanar, fiebres sudores nocturnos, fatiga crónica y profunda que no es debida al ejercicio físico o a otras enfermedades. Rápida, inexplicable y significativa pérdida de peso, tos seca, persistente no explicable por fumar. Diarrea persistente, inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, axilas y/o ingle, mancha blancas poco usuales en la boca.

- Transmisión: 1) por coito, ya sea anal, vaginal u oral sin protección; 2) intercambio de fluidos corporales (semen, flujo vaginal, sangre); 3) transfusión sanguínea proveniente de una persona infectada; 5) de la madre al feto durante el embarazo o al momento de nacer; 6) por la leche materna y 7) por compartir agujas hipodérmicas con una persona infectada. **El SIDA no se contagia por: tomar del mismo vaso, usar el mismo baño, usar los mismos cubiertos, un abrazo o un beso, nadar en albercas, ni por ningún tipo de contacto casual con personas infectadas.** Es muy importante tener en cuenta que a pesar de que la información difundida habla de poblaciones específicas con alto riesgo (homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos), no son las únicas que tienen riesgo. Cualquier persona sexualmente activa, que necesite transfusiones sanguíneas o comparta agujas para inyectarse, **o tenga relaciones sexuales sin protección**, tiene el riesgo de contraer el VIH independientemente de sus preferencias sexuales o sus vivencias religiosas o morales. El haber creído que la población antes mencionada es la única de alto riesgo era la única afectada, ha conducido a un mayor contagio entre mujeres heterosexuales y niños.

- Tratamiento: No hay tratamiento específico para el SIDA. Lo que usualmente se realiza es el tratamiento auxiliar de la sintomatología asociada. Un medicamento que se utiliza comúnmente es el AZT para hacer menos rápida la invasión del virus.

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por el VIH. Esos medicamentos atacan diversos aspectos del proceso que utiliza el virus para reproducirse. Como el VIH muta rápidamente y se vuelve resistente a todos los medicamentos administrados en forma aislada, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos para lograr la máxima supresión del VIH.

La terapia de combinación contra el VIH es conocida como terapia antirretrovírica o ART. La ART cambia el curso natural de la infección por el VIH y prolonga significativamente el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de síntomas. Para alcanzar estos resultados es importante empezar el tratamiento antes de que se manifiesten los síntomas del SIDA, pero aquél también tiene beneficios importantes y duraderos para la salud de los pacientes que lo comienzan después del diagnóstico de SIDA. *Aunque es eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH, la ART no es una cura.*

Además de los tratamientos para la infección por el VIH en sí, existen terapias para prevenir y/o tratar muchas de las infecciones oportunistas relacionadas con el VIH.

- Consecuencias: Muerte por fallas del sistema inmunológico del cuerpo y propagación del virus.

## GONORREA

- Causado por : Bacteria, llamada *Neisseria gonorrhoeae*
- Período de incubación: 2 a 10 días posteriores al contagio.
- Síntomas: Las mujeres, por lo regular, no presentan ningún síntoma, aunque en algunos casos puede presentarse flujo purulento acompañado de irritación vaginal o dolor al orinar. En el hombre puede presentarse ardor acompañado de secreción purulenta que sale a través del conducto uretral al orinar. Primero esa secreción es amarillenta, si no hay tratamiento se puede volver verduzca, y finalmente, sanguinolenta. Ocasionalmente, se presenta inflamaciones y ardor continuo de bajo vientre.
- Consecuencias: Enfermedades pélvicas inflamatorias, esterilidad, artritis, problemas cardíacos, del hígado y meningitis. En los bebés produce ceguera.
- Transmisión: Por contacto directo con membranas mucosas infectadas como el útero, cérvix, ano, garganta y ojos.
- Tratamiento: Antibióticos durante una o dos semanas.

## SÍFILIS

### **VAGINITIS MONILIAL**

- Causado por un hongo.
- Período de incubación: variable.
- Síntomas: La mujer, que es la que con mayor frecuencia la padece, sufre comezón en la vulva y flujo constante, así como resequedad vaginal; en el hombre, pueden provocar inflamación del pene.
- Consecuencias: En mujeres infecciones secundarias por bacterias. En bebés infecciones en boca y garganta.
- Transmisión: El hongo puede localizarse en la boca, vagina o recto sin causar molestias. Los síntomas activos pueden surgir después de una terapia antibiótica o por contacto directo con una persona o ropa infectada.
- Tratamiento: Usualmente con el uso de cremas, ungüentos o supositorios; eventualmente se prescriben medicamentos orales en los casos resistentes.

### **TRICOMONIASIS**

- Causado por un parásito llamado Trichomona.
- Período de incubación: 4 a 28 días.
- Síntomas: Flujo vaginal verdusco acompañado de mal olor, dolor al orinar, inflamación



Un componente esencial de la preservación de la salud del sistema reproductor es la higiene del mismo. Esta se refiere a una serie de medidas que es necesario llevar a cabo para mantener en condiciones adecuadas los órganos genitales, ayudar a su buen funcionamiento, evitar enfermedades que los afecten y preservar una vida sexual y reproductiva sana.

La higiene del sistema reproductor se inicia desde el nacimiento con el baño diario para evitar la irritación que causa la orina y las heces fecales. Se aconseja a los padres tocar los testículos del niño durante el baño para saber si estos han descendido y se encuentran en la bolsa escrotal. En caso de que alguno de los testículos no haya descendido es necesario comunicar al médico.

La palpación de los propios testículos es útil para detectar tumores, así como la presencia de sangre o agua. También es importante que tanto los niños como los adolescentes corran el prepucio hacia atrás para asear el pene y evitar la acumulación de esmegma (sustancia, blanca, sebácea resultado de la secreción de pequeñas glándulas) ya que ésta puede causar irritaciones e infecciones.

En la niña y la adolescente, durante el baño se deben separar con dos dedos de una mano los labios mayores de la vulva y con la otra mano asear los genitales que quedan al descubierto, ya que tanto la humedad como los restos de orina pueden llegar a irritar.

Otra medida para evitar las infecciones consiste en la forma de llevar a cabo la limpieza posterior a la excreción urinaria o fecal, de tal manera que la limpieza de la vulva y el ano se realicen por separado y de adelante para atrás.

Es necesario hacer énfasis en la importancia del examen ginecológico periódico, así como del papanicolau y el examen de mamas. Aunque éstos no son específicos para prevenir ETS, son de gran utilidad como medida preventiva y de cuidado de la salud sexual.

Si se sospecha haber adquirido alguna ETS es importante acudir al médico de inmediato y no aplicarse ni tomar nada que no sea recetado por éste, ya que puede dar lugar a consecuencias graves.

Es importante tener en cuenta que el daño que puede causar una ETS no es solamente físico. Psicológicamente la persona puede sentirse disminuida, rechazada socialmente y por lo tanto sentir agresión hacia sí misma y los demás.

## **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS**

### **¿Qué son los derechos sexuales?**

La Asociación Mundial de Sexología, en su Declaración sobre los Derechos Sexuales define a los mismos como "derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos."

Asimismo señala que como la salud es un derecho humano fundamental, "la salud sexual debe ser un derecho humano básico". Del mismo modo expresa que la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce los siguientes derechos sexuales:

- ✓ El derecho a la libertad sexual.
- ✓ El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- ✓ El derecho a la privacidad sexual.
- ✓ El derecho a la equidad sexual.
- ✓ El derecho al placer sexual.
- ✓ El derecho a la expresión sexual emocional.
- ✓ El derecho a la libre asociación sexual
- ✓ El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- ✓ El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- ✓ El derecho a la educación sexual integral.
- ✓ El derecho a la atención de la salud sexual.

### **¿Qué son los derechos reproductivos?**



de derechos humanos. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres".

Según Jennie Dador Tozzini los **derechos reproductivos** comprenden, sin que la enumeración sea limitativa:

- ✓ Derecho de las personas para controlar y decidir sobre su propio cuerpo;

- ✓ Derecho a recibir servicios de salud de calidad donde no exista discriminación en relación con la edad, sexo, orientación sexual, estado civil;

- ✓ Derecho a recibir información sobre métodos de planificación familiar seguros, tener acceso a ellos y poder elegirlos libremente sin ningún tipo de coacción;

- ✓ Derecho a recibir tratamiento en caso de infertilidad; y

- ✓ Derecho a la atención durante el embarazo, el parto y después de un aborto, entre otros.

- ✓ En cuanto a los **derechos sexuales**:

- ✓ Derecho a disfrutar de la sexualidad sin necesidad de procrear

- ✓ Derecho a la libre elección de prácticas sexuales,

- ✓ Derecho a formar o no una familia, y a elegir libremente la estructura de ésta;

- ✓ Derecho a vivir una vida libre de violencia sexual: libertad para decidir tener relaciones sexuales o no, el momento y la pareja,

- ✓ Derecho a que se le respete en la intimidad,

- ✓ Derecho a la libre expresión de su orientación sexual, así como la regulación de las distintas situaciones que se desprenden de su ejercicio cotidiano,

- ✓ Derecho a recibir información y/o educación sobre sexualidad, entre otros.

### **Algunos Derechos Humanos relacionados a los Derechos Sexuales y Reproductivos.**

Los derechos humanos que mencionaremos más adelante, son los más resaltantes en el tema de derechos sexuales y reproductivos.



### **Derecho a la vida.**

El derecho a la vida se relaciona con los Derechos Reproductivos de diversas maneras. Muchos seres humanos mueren a diario, debido a la falta de educación y/o nutrición, falta de información, falta de servicios adecuados para atender a mujeres embarazadas y/o a varones en cuanto a prevención y/o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, etc., siendo estas situaciones más graves en países subdesarrollados.

### **Derecho a la libertad y seguridad.**

En cuanto al tema de derechos sexuales y reproductivos la libertad y seguridad abarca el derecho a la libertad en la toma de decisiones de querer o no tener relaciones sexuales, formar una familia, el derecho a procrear, el derecho al placer sexual, el derecho a una vida libre de toda violencia, etc.

### **Derecho al beneficio del progreso científico.**

El derecho al beneficio del progreso científico implica el derecho de disfrutar de nuevas técnicas de evolución sobre métodos relacionados con la salud sexual y reproductiva, ya sean estos, relacionados con la prevención del embarazo, o sean técnicas para mejorar la fertilidad de las personas, incluyendo a hombres y mujeres. También se incluyen métodos para controlar o prevenir el SIDA, u otra enfermedad de transmisión sexual.

## **Derecho a la información y educación.**

Toda persona tiene el derecho a recibir información y educación relacionada con todos los temas, inclusive sobre salud reproductiva. En Educación Sexual se deben abordar temas referidos a la responsabilidad, a la equidad de género, a la tolerancia y los métodos anticonceptivos entre otros.

I

**La Organización Mundial de la Salud sostiene que el Derecho a la Educación es particularmente importante para la Promoción y Protección de la Salud.**

## **Derecho a la No Discriminación.**

Según la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, la no discriminación se refiere a:

- ✓ Considerando que el sexo de la persona es biológico e intrínseco de la misma, y el género es el construido social, cultural y psicológicamente.
- ✓ La eliminación de las políticas de ciertos centros educativos que restringen la continuidad de sus estudios a la niña adolescente en gestación.
- ✓ La edad mínima establecida para el matrimonio en algunas legislaciones, mayor para los hombres que para las mujeres.
- ✓ Leyes o Políticas de ciertas clínicas donde las mujeres más no los hombres requieren del previo consentimiento de los padres o de sus maridos para ser atendidas.
- ✓ La no discriminación sobre el estado civil de mujeres u hombres.
- ✓ La no discriminación por la edad para solicitar información sobre contracepción y atención médica, cuando son o están por convertirse en sexualmente activos.
- ✓ La no discriminación racial.
- ✓ La no discriminación hacia personas con VIH/SIDA.
- ✓ La no discriminación para optar por el desarrollo de la orientación sexual.

### Maltrato y abuso sexual: una mirada holística

A lo largo de la práctica docente, la cantidad de niños que sufren maltrato y/o abuso va en aumento. Por eso, se hace imperioso para nosotros, como educadores, saber más de este tema. Los profesionales de la educación somos, muchas veces, los primeros que entramos en contacto con este tipo de padecimientos de los niños o los jóvenes, de esta forma, resulta ineludible la adquisición de herramientas concretas para detectar situaciones de abuso y maltrato para la inmediata intervención y derivación.

### ¿QUÉ ES EL MALTRATO?

**i**

Es cualquier acción u omisión, no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño/a o adolescente por parte de sus padres, cuidadores o incluso, compañeros de escuela.

El **maltrato físico** es cualquier acción no accidental que provoque daño físico o enfermedad, puede incluir hematomas, cortaduras, quemaduras, fracturas y/o lesiones internas. Constituye el resultado de uno o dos incidentes relativamente aislados, o bien constituir una situación crónica.

En relación al **maltrato psicológico**, es el más difícil de identificar y de probar, ya que el daño es directamente proporcional a su invisibilidad. Insultos, amenazas, descalificaciones, castigos desproporcionados, cuando son la regla y no la excepción dentro de la relación padre-hijos, pueden provocar graves daños psicológicos, emocionales en el niño/a y adolescente. Si constantemente escucha que sus padres le dicen “Sos una porquería” o “Sos un inútil”, es probable que llegue a creerlo y actúe en consecuencia

Actualmente se encuentran consensuados por los expertos los siguientes tipos de maltrato infantil:

✓ **Maltrato físico**: comprende actos cometidos por adultos que generan lesiones físicas temporarias o permanentes en los niños/as y adolescentes a su cuidado.

✓ **Maltrato psicológico o emocional:** implica las actitudes de indiferencia, insultos, ofensas producidos por adultos cuidadores que dañan a los niños/as y adolescentes en su esfera emocional.

✓ **Abuso sexual:** contactos o interacciones entre un menor y un adulto, en los que el menor está siendo usado para la gratificación sexual del adulto.

✓ **Abandono físico:** situación de omisión producidas por adultos en las cuales no se da respuesta a las necesidades físicas básicas de los niños/as y adolescentes, siendo que se podría haber respondido.

✓ **Abandono emocional:** situación de omisión producidas por los padres o los adultos cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas (de afecto, de estima) de los niños/as y adolescentes habiéndose podido responder a las mismas.

✓ **Niños/as y adolescentes testigos de violencia doméstica:** situaciones en las que éstos vivencian escenas de violencia en el ámbito de la familia, no siendo ellos protagonistas directos de las mismas, sino sólo observadores.

✓ **Síndrome de Munchausen:** cuadro producido en forma premeditada por adultos por el cual someten a niños/as a exámenes médicos alegando síntomas generados por adulterar pruebas diagnósticas clínicas para que sean medicados en forma incorrecta y enfermen.

## EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

**i**

**El abuso sexual es toda actividad sexual que un adulto o adulta impone, ya sea con engaños, chantaje o fuerza, a una persona que no tiene la madurez mental o física para entender de lo que se trata.**

El abuso sexual es cometido por alguien que tiene dominio sobre otra persona, ya sea porque tiene más fuerza, jerarquía, o está en una situación que le da poder: tutor, profesor, jefe, padre, tío, etc.

En la mayoría los casos, el abusador es una persona conocida, del propio entorno, o de la familia. Precisamente, muchos aprovechan la situación de confianza para abusar. **Es esencialmente un abuso de poder.**

De todas las formas de abuso, tal vez la más difícil de aceptar y reconocer sea el abuso sexual hacia los niños/as.

Es un error pensar que el abuso sexual en la infancia es un hecho particular que corresponde a un determinado grupo familiar. Está inscripto en una serie de hechos que se corresponden con un determinado contexto ideológico cultural que abarca diferentes dinámicas familiares. Hay grupos sociales en los cuales es común para muchas niñas, y forma parte “normal” de su crecimiento. Para los varones, es un hecho que se daría en menor proporción.

Es una tradición a modificar dentro de diferentes sectores profesionales como no profesionales, responsabilizar a la madre por el abuso sexual del que son víctimas sus hijos e hijas.

### **Indicadores del abuso sexual en la infancia**

#### **Indicadores físicos**

- ✓ Dificultades para andar o sentarse
- ✓ Ropa interior rasgada o manchada
- ✓ Se queja de dolor o picazón en la zona vaginal o anal
- ✓ Contusiones o sangrado en los genitales externos
- ✓ Infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Tiene el cérvix o la vulva hinchados
- ✓ Tiene semen en los genitales, en la ropa o en la boca

#### **Indicadores comportamentales**

##### **Preescolares:**

- ✓ Conductas autoeróticas e hipersexualizadas
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Conductas regresivas
- ✓ Enuresis, encopresis
- ✓ Retraimiento social
- ✓ Temores inexplicables
- ✓ Fenómenos disociativos

##### **Escolares:**

- ✓ Cambios bruscos en el rendimiento escolar

- ✓ Problemas con la autoridad
- ✓ Mentiras
- ✓ Fugas del hogar
- ✓ Delincuencia
- ✓ Coerción sexual hacia otros niños/as
- ✓ Excesiva sumisión al adulto
- ✓ Quejas somáticas (cefaleas y dolores abdominales)
- ✓ Sobreadaptación y pseudomadurez

**Adolescentes:**

- ✓ Promiscuidad sexual
- ✓ Coerción sexual hacia otros niños/as
- ✓ Drogadicción
- ✓ Delincuencia
- ✓ Conductas autoagresivas
- ✓ Intentos

de

suicidio



- ✓ Excesiva inhibición sexual
- ✓ Trastornos disociativos
- ✓ Anorexia y bulimia

**Conducta del cuidador/a**

- ✓ Extremadamente protector
- ✓ Alienta al niño/a a implicarse en actos sexuales
- ✓ Sufrió abuso sexual en su infancia
- ✓ Abuso de droga o de alcohol
- ✓ Está frecuentemente fuera del hogar

**LEEMOS UN ARTÍCULO DEL DR. MARIETAN SOBRE LOS PEDÓFILOS**

## Donde haya niños deambula un pedófilo

Estos psicópatas tienen la necesidad especial de sexualizar con niños, les fascinan y erotizan, aún cuando los rasgos sexuales externos apenas se insinúan. Y ellos están allí, rondando, buscando su víctima infantil. Suelen elegir profesiones que los ponga en contacto con chicos. Recientemente leemos la noticia sobre un pedófilo profesor de música y otro pediatra. Gente que goza de la máxima confianza de los padres que les dejan a su cuidado los hijos. Pero ellos, antes que médicos o profesores, son perversos y utilizan a estas profesiones como disfraz para poder satisfacer sus aberraciones. El niño se encuentra en la extraña situación de que los padres lo dejan en manos de un adulto que con artimañas de perverso lo seduce y abusa de él. Las defensas de una criatura frente al avance del psicópata son casi nulas y más aún teniendo en cuenta que el acercamiento sexual es paulatino, sin agresiones groseras. El perverso establece un pacto de silencio con su víctima, y cuando las maniobras abusivas se incrementan le hace creer que él también es culpable de lo que está pasando y la vergüenza ahonda el silencio en el chico. ¿Cómo contárselo a sus padres? No puede, es demasiado para un niño, es una información difícil de digerir, de encontrarle claridad en su joven cerebro. Y a falta de palabras altera su conducta para dar cuenta de que algo extraño está pasando. Pero estos signos difícilmente puedan ser captados por los padres, sí tal vez por una maestra muy atenta y que tenga en cuenta la posibilidad de la existencia del abuso infantil. De lo contrario pasa desapercibido por años y se convierte en un secreto oscuro en la mente de un adulto, en casi un olvido. El pedófilo seguirá abusando de otros niños, no puede evitarlo y elige no evitarlo, y seguirá con sus clases, siendo amable con sus alumnos, y especialmente amable con algunos de ellos, y saludará con simpatía a los padres que les dejan por unas horas a sus hijos.

El pedófilo va detrás de los niños, aun los más pequeños, cargado de erotismo. ¿De dónde parte esa carga de erotismo si el estímulo carece aún de los atributos sexuales secundarios? No lo busque, lector, en el niño, si no en la mente perversa del pedófilo; y aún así nada racional encontrará: solo el irracional y oscuro lodazal de la psicopatía. No lo entenderá. El pedófilo es un perverso porque la temática de sus apetitos es sexual. ¿Y cuándo es psicópata? Cuando se convierte en pederasta, es decir cuando accede carnalmente al niño o bien lo utiliza para masturbarse en su presencia: allí el niño es una "cosa" que satisface sus necesidades especiales y el perverso no tiene en cuenta las consecuencias de su acción sobre el niño, y usa su poder (su cargo, su adultez) para entrapar al niño. Entonces, el pederasta es un pedófilo psicópata y perverso.

¿Puede el pedófilo perverso no ser psicópata? Sí, en el caso que solamente se solace masturbándose al contemplar pornografía infantil o de púberes en fotos o por Internet. Es decir que no tenga contacto directo con niños o púberes. Pero, la latencia está allí, en potencia. El pedófilo es potencia, el pederasta es acción. Ambos son perversos intensos. Y son psicópata cuando usan su poder (el empleo que los acerca a los niños, su adultez) y sus manipulaciones, su estudio sobre los niños (saber qué "caramelo" darle a qué niño), cuando abusa de ellos, es decir cuando los cosifica, y cuando la satisfacción de su necesidad especial está por encima de cualquier consecuencia negativa (la secuela de por vida que dará esa violación sobre un niño) que pueda provocar en el otro.

¿Qué deben hacer los padres? Saber que estos perversos existen, sin caer en la paranoia de que cada adulto que ejerce su profesión sobre los niños será un pedófilo. Los perversos son pocos, los profesores honestos y bien intencionados son la enorme mayoría. Pero, con saber que el pedófilo existe, ya es el primer paso para la prevención de un suceso desgraciado para el niño. ¿La gran herramienta? La de siempre, el amor, y con ello, van tan ligados que es difícil distinguirlos, el cuidado. Y el cuidado implica la comunicación con el niño, al nivel que el niño pueda entender. Las antiguas recomendaciones de las abuelas: no aceptes un caramelo de nadie; si alguien te toca "la cola" avísale a la maestra y nos contás a nosotros; solamente tu papá, la abuela y mamá te pueden retirar de la escuela; no hables con extraños, y tantas otras repetidas infinidad de veces...

Y ellos, los perversos, están ahí, simpáticos, agradables, con cara de "yo no fui", esperando...

**Dr. Hugo Marietan**, 22 de marzo de 2010

Nota completa en:

[http://www.marietan.com/material\\_psicopatia/pederasta\\_profesor.html](http://www.marietan.com/material_psicopatia/pederasta_profesor.html)

## ACERCA DEL AMOR Y LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En términos generales, se considera "adolescentes" a aquellos sujetos que tienen entre 13 y 20 años de edad. Sin embargo, según la persona, el sexo y la sociedad en que está inserta, la etapa puede comenzar o terminar hasta un par de años más temprano o más tarde.

**i**

En todos los casos, la adolescencia (del latín *adolescens*: literalmente "quien todavía se está alimentando [formando, creciendo]" en oposición a "adulto", de *adultus*: "el que ya se ha alimentado [formado, crecido]") abarca el período de transición entre la infancia y la madurez. Es este rasgo de tránsito, recorrido, articulación entre dos etapas tan distintas lo que la convierte en crítica por definición.

Los años de la secundaria coinciden con los mayores cambios en el desarrollo de niños y niñas: cambios hormonales que traen consigo la aparición de las llamadas características sexuales secundarias: vello púbico, modificación de la voz, crecimiento de senos, menstruación, ensanchamiento de caderas, etcétera.

Ocurre también una mayor apropiación del lenguaje, de la capacidad expresiva y de las estructuras lógicas. Así, del pensamiento concreto, regularmente característico de la infancia, en el que se piensa uno por uno los problemas que se van presentando, se pasa a pensamientos más abstractos y generales, lo que permite hilar los problemas y contrastarlos entre sí.

Las dudas y preguntas relacionadas con sus cuerpos son muchas y muy variadas: surge la preocupación de tener alguna anomalía física. En los varones, por ejemplo, tener el pene pequeño, en las mujeres, no tener los senos del tamaño deseado.

**i**

**Los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia están íntimamente ligados con los procesos biológicos que se inician en la pubertad.** La adolescencia, es, en el nivel fisiológico, la transformación más violenta e intensa que transita una persona a lo largo de su vida. Esta

transformación afecta al organismo en general y muy especialmente a los órganos genitales y a las funciones sexuales, y por supuesto, repercute en el plano psíquico.

Las modificaciones biológicas y morfológicas que se van sucediendo en el cuerpo suscitan muchas veces en el adolescente sensaciones de *extrañamiento*, como si no fuera el cuerpo propio el que ven o sienten.

Estos *desconocimientos transitorios* suelen combinarse con la preocupación que genera la falta de coordinación muscular, que realmente da la sensación de estar frente a “un cuerpo ingobernable”.

El cuerpo preocupa durante la adolescencia más que en ninguna otra época de la vida, pues en esta etapa la necesidad de gustar es imperiosa, y está relacionada con el deseo de ser aceptada/o integralmente como persona. Pero rara vez los jóvenes están conformes con su aspecto. La velocidad de los cambios no les permite adaptarse fácilmente a ellos, y es muy difícil que coincidan con sus fantasías que, por otra parte, son muy exigentes y perfeccionistas<sup>1</sup>.

### **Amor y sexo en la adolescencia**

Emocionalmente, lo más característico de la adolescencia es la atracción, el deseo que empiezan a sentir por otros chicos y chicas, además de la amistad, que adquiere una importancia muy grande.

**i**

La búsqueda del amor y el descubrimiento del sexo son parte fundamental de la adolescencia. El enamoramiento apasionado, el crear vínculos intensos aunque muchas veces efímeros, son sentimientos y conductas propias de esta etapa.

Amor y sexo son temas serios para los chicos. Ellos buscan información, quieren saber, conocer las reglas de la conquista amorosa, experimentar sensaciones nuevas y, ante todo, determinar su identidad sexual que les permitirá relacionarse con otros para amar y ser amados.

---

<sup>1</sup> Es corriente a esta edad caer en trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia) en el intento de lograr la figura ideal. Es importante anotar aquí que estos trastornos son capaces de acarrear consecuencias –transitorias o duraderas- a nivel genito-sexual, como la interrupción de las reglas o la pérdida de la libido.

Paralelamente a ir aceptando y conectándose con su genitalidad, el o la adolescente inicia la búsqueda de una pareja, eventual o más permanente. Estas relaciones le permitirán avanzar de unos acercamientos superficiales a los besos y caricias más profundas, que en un principio llenarán su vida sexual y que, progresivamente, los conducirán a la primera relación sexual.

“Pero, ¿cuándo se produce este **despertar sexual**?

Los cambios biológicos de la pubertad son los que imponen la madurez sexual, intensificando en consecuencia todos los procesos psicobiológicos propios de la adolescencia. La genitalidad surge con fuerza en esta etapa, impuesta por la presencia de hormonas que ponen en moviendo la menstruación en las chicas y la aparición del semen en el varón. La menstruación y las primeras poluciones vienen a confirmar la sexualidad femenina y masculina respectivamente. Es en este momento cuando por lo general comienzan el manipuleo de los órganos genitales y las fantasías de un vínculo genital.

Lo cierto es que, más tarde o más temprano, chicas y chicos se enfrentarán con su primera relación sexual, que puede darse con alguien amado o solo deseado. Y la pérdida de la virginidad, esta primera vez, suscita en ambos géneros temores y tensión. Y es que ciertamente, tanto para varones como para mujeres, la primera relación sexual constituye un rito de pasaje, iniciático.”

(Crispo, R.; Guelar, D.; Rabinovich, J. *Adolescencia y sexualidad*.  
Revista Novedades Educativas N° 184. Año 2006)

El amor adolescente es un amor idealizado, un enamoramiento "ciego" en el cual se sobrevaloran las cualidades del ser amado, no se captan las virtudes y defectos sino de acuerdo con la imagen que el enamorado quiere formarse del otro.

La persona amada se siente estimulada por esta alta valoración y trata de responder a este concepto. El enamorado por otra parte, vive mostrando

sus mejores cualidades, haciendo un esfuerzo que le hace perder el sentido real de sus limitaciones y defectos. Se produce una fusión entre las dos personas involucradas en la pareja, una confusión, dónde pareciera que todo tienen que hacerlo juntos y donde se pierde el límite entre uno y otro. El estar en pareja invade todo lo que se vive, siente, piensa...

**El riesgo de este tipo de enamoramiento es no poder superar la imagen idealizada del otro ni de sí mismo.** No es extraño que ante la menor falla la decepción sea enorme y que la interrupción de una experiencia de pareja se viva como un gran fracaso.

**i**

Sin embargo, es posible que esta experiencia dolorosa sea preparatoria para futuros encuentros, más enriquecedores. Ningún adolescente, varón o mujer, inicia sus relaciones de noviazgo sabiendo cómo es estar con otra persona, qué piensa y qué siente el otro, de qué manera pueden relacionarse, etc. **Todo esto se aprende y se construye, en este caso, de a dos.**

### **La masturbación**

La masturbación aparece en este período como una manifestación importante y normal del desarrollo. Es una búsqueda de satisfacción en sí misma, que, a diferencia de etapas anteriores (donde la automanipulación respondía a una necesidad de exploración del cuerpo infantil); frecuentemente empieza a asociarse con fantasías relacionadas con personas.

**i**

Se está universalmente de acuerdo en que la masturbación no produce daños físicos ni psicológicos. **Si la práctica de la masturbación se vive como exploración, aprendizaje y desahogo, dejará una valiosa enseñanza que se podrá aplicar en el sexo en pareja.** Si se vive con culpa y vergüenza, es posible que tales sentimientos emerjan en las futuras relaciones.

Los adultos que transmiten la idea de daño o de culpa obligan a los adolescentes a vivir sus experiencias sin que se hable de ello, como si fuera algo penoso que hay que ocultar. Vivir de este modo (obligado/a a negar un hábito que otorga placer) puede producir un alto grado de ansiedad en el o la adolescente, generando grandes temores (vinculados sobre todo con el miedo

al rechazo del entorno por sostener una conducta socialmente considerada “anormal”).

A veces los chicos o chicas manifiestan su preocupación por la frecuencia en que practican la masturbación. En esos casos, es indispensable aclarar que no hay ningún problema con darse placer de ese modo. **Solo sería preocupante si la única fuente de placer fuera siempre la masturbación,** ya que se estaría manifestando una dificultad para relacionarse con otras personas.

### **Definición de la identidad sexual**

“El cambio corporal y los cambios psicológicos van delineando la identidad de varón o mujer. La definición de la orientación sexual ocurre en esta etapa de la vida, aunque en muchos casos se reprime y no se reconoce ni adopta hasta llegada la madurez.

El modelo heterosexual es tan hegemónico en nuestra sociedad que los adolescentes temen la vivencia de percepciones de atracción o afecto a personas de su mismo sexo. Si bien éste es un motivo de comentarios con pares y adultos, los sentimientos respecto de las personas de su mismo sexo se ocultan y reprimen incluso ante uno mismo. **Esta represión no es positiva ni conveniente.** Es importante que los adultos ante estos indicios no los frenen ni combatan. Hablar, hacerlos surgir sin agresiones, ayuda a que los/las adolescentes los expresen y enmarquen en un contexto de normalidad, sabiendo que estas tendencias no siempre perduran, pueden ser pasajeras o no. En caso de ser pasajeras su vivencia no producirá ninguna frustración.

En caso de ser definitivas irá evolucionando sin conflictos consigo mismo, sus padres y sus pares. En la medida en que se vive la homosexualidad como un contexto posible y normal, se dará la posibilidad de un desarrollo de esa o ese adolescente normal y sin conflictos.

La homosexualidad no es una enfermedad ni un problema, en la medida en que se pueda expresar como decisión libre y consciente. Si se tiene que ocultar o reprimir, ahí sí es un problema o un dolor muy grande. La represión y discriminación son nocivas para todos, no sólo para los homosexuales. ¿Por qué? Porque estas ideas discriminatorias tiñen las relaciones entre personas del mismo sexo, de temor y sospecha de sentir o vivir algo que pueda parecerse a la homosexualidad como algo negativo, malo y condenable. La amistad entre hombres o la proximidad entre chicas son tildadas de “rareza”.

La homofobia implica también la existencia de pautas del machismo en el peor sentido de la palabra. Esto es: para ser un “verdadero hombre” hay que demostrar violencia, reprimir toda expresión de sentimientos y otros tantos estereotipos que lo único que logran es la pérdida de la espontaneidad y dificultar la posibilidad de comunicación entre las personas”.

(Bianco, Mabel. *Adolescencia*. FEIM)

Un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo.

La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y, ya adultos, sostienen una conducta heterosexual. Aún así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género lo que les turba emocionalmente.

i

El *comportamiento homosexual transitorio* de la adolescencia necesita ser comprendido en su justa dimensión. Es bien conocido el hecho fisiológico de que ningún macho es completamente masculino y ninguna hembra completamente femenina. Cada sexo, en su camino a la maduración psicológica sexual puede atravesar por un período de "falsa homosexualidad"

que se presenta en los distintos individuos con intensidad y duración muy variables.

### **El inicio de las relaciones sexuales**

Las telenovelas dirigidas al público adolescente, en general muestran que la iniciación sexual ocurre indefectiblemente en la adolescencia. Y las estadísticas reales confirman este dato: cada vez la iniciación sexual sucede a edades más tempranas, tanto en mujeres como en varones. Ahora bien, en un alto porcentaje, esta iniciación sexual sucede sin el convencimiento, la preparación y la información necesarios, lo que en ocasiones las vuelve una experiencia más traumática que placentera.

Muchas veces la presión del grupo de pares hace que los/as chicos/as precipiten su "debut" sexual. Esta decisión que debería ser personal y basada en procesos de maduración afectivos y orgánicos, termina siendo una decisión impuesta por el grupo y un acto que se ejerce más que por una búsqueda personal, por una necesidad de afianzar la pertenencia a un grupo determinado, o a ser considerado por ese grupo como un par o igual. Es importante recordar que en la adolescencia los grupos de amigos son muy importantes.

**i**

Una función central de la educación sexual formal es permitir a chicas y chicos decir "no" a relaciones sexuales, ya sea porque no se quiere tenerlas o porque se cree que no son seguras. Fortalecer la capacidad de decidir libre e informadamente de chicas y chicos es indispensable para que digan si o no como producto de una decisión libremente adoptada.

También otro papel importante de la educación sexual formal es poder diferenciarse de los pares. Ambos aspectos se basan en mejorar el poder de decisión y la autoestima de chicas y chicos.

**i**

Si bien no existe una respuesta unívoca acerca de la edad conveniente para iniciarse sexualmente, tal vez el criterio más razonable es que una persona está preparada para tener su primera relación sexual cuando:

- Lo haya decidido por sí misma, sin ningún tipo de presión de su pareja, sus amigos/as o familiares.

- Ⓢ Tenga un conocimiento adecuado de su cuerpo.
- Ⓢ Cuento con toda la información necesaria para prevenir embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual.
- Ⓢ Tenga la maduración afectiva y orgánica indispensable para transitar esta primera experiencia.

## **Varones y mujeres frente al sexo**

“Las mujeres desean a los hombres de los que se enamoran y los  
hombres  
se enamoran de las mujeres a las que desean”  
(Pierre Chordelos de Laclos)

Retomando los resultados de una investigación realizada por Antonio García Rojas<sup>2</sup> podemos afirmar que varones y mujeres muestran actitudes bien diferenciadas en cuanto a su forma de vivir y pensar la sexualidad, y en especial, las relaciones sexuales.

Para los chicos, frecuentemente las relaciones sexuales son fuente de prestigio y status. Esto hace que muchas veces estén más atentos a la “cantidad” que a la “calidad” de las experiencias sexuales.

En el caso de las chicas, la situación cambia. En general, ellas esperan que el sexo afiance una relación sentimental previa con su pareja, la búsqueda del placer por el placer mismo no sería una motivación tan importante.

Es posible delimitar dos patrones de comportamiento bien diferenciados, siendo uno preponderantemente masculino, y otro, femenino:

*“El masculino estaría definido por una mayor precocidad, promiscuidad y una mayor valoración del coito, que representa una importante señal de prestigio ante el grupo de iguales. El patrón femenino muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante, y que genera más sentimientos de culpa. Además, en las chicas, la conducta sexual está más integrada con otros componentes socioemocionales, por lo que hay una mayor vinculación entre sexo y afectividad”.*

Estas diferencias son más marcadas durante la adolescencia temprana (entre los 12 y los 14 años de edad) y van diluyéndose conforme avanza el

---

<sup>2</sup> García Rojas, Antonio. *Estudio sobre la sexualidad: educación afectivo-sexual durante la adolescencia*. Revista Novedades Educativas. Año 15, Nº 150. junio 2003.

proceso de construcción de la identidad sexual<sup>3</sup>. En la medida en que los chicos y chicas crecen, se muestran unos patrones de conducta más similares entre ambos géneros.

### **Embarazo en la adolescencia**



Los argumentos más comúnmente esgrimidos para catalogar al embarazo en adolescentes como un problema social y de salud pública, son los referidos al supuesto aumento constante en su ocurrencia y a los efectos nocivos sobre la salud tanto de la madre como del niño.

Sin embargo, una investigación realizada en nuestro país durante los años 2003-2004<sup>4</sup> muestra la disminución de la fecundidad adolescente en los últimos años.

Mónica Gogna afirma en un trabajo publicado en el año 1996: *“La preocupación por el embarazo adolescente estuvo, y sigue estando, fuertemente influenciada por datos acerca de la morbi-mortalidad materna e infantil en el comienzo de la vida reproductiva. En primer lugar, ‘numerosos estudios han coincidido en señalar una asociación entre complicaciones*

---

<sup>3</sup> Es importante señalar aquí, que la investigación de García Rojas releva las *representaciones de los adolescentes en torno a la sexualidad* y no, las experiencias sexuales. Es decir, la rigidez en las concepciones entre varones y mujeres durante la adolescencia temprana no está dando cuenta de que esa población es ya sexualmente activa, sino que muestra el modo en que chicos y chicas conciben –piensan, entienden- las relaciones sexuales.

<sup>4</sup> La investigación fue realizada por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Se realizaron 111 entrevistas a informantes clave (de áreas Salud, Educación, Desarrollo Social, ONGs, líderes comunitarios) y se aplicó la encuesta a 1645 puérperas de 15 a 19 años. El estudio se realizó en las provincias de Chaco, Misiones, Salta, Catamarca, Tucumán y en el Gran Buenos Aires y Gran Rosario, durante el período mayo 2003- junio 2004. El informe final de la investigación llevó el título *“El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud”*.

*obstétricas y embarazos en edades inferiores a los 18 años. El riesgo más alto es para las adolescentes menores de 15 años, entre quienes se registra una probabilidad de morir en el embarazo y el parto, cinco a siete veces mayor que para las mujeres de 20 a 24 años, que son las que enfrentan menor riesgo' (OPS, 1994, p. 20). Entre las principales causas de la mortalidad materna en la adolescencia se encuentra el aborto inducido. En segundo lugar, se ha señalado que los hijos de madres adolescentes están más expuestos a la posibilidad de nacer con bajo peso y de morir durante la infancia”.*

i

Sin embargo, distintas investigaciones han destacado que estos riesgos obstétricos, neonatales e infantiles serían más el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente –la condición de *marginalidad*- que la edad de la madre.

Es decir, **el riesgo de enfermedad o muerte, tanto en la madre adolescente como en el niño, se relaciona con la pobreza, la mala nutrición y el deficiente estado de salud previo al embarazo, sumado esto a un control médico tardío o inexistente durante la gestación.** Se ha observado que los controles médicos oportunos reducen significativamente las **complicaciones obstétricas y perinatales.**

Hay mucha experiencia acumulada que demuestra que con un apropiado soporte psico-social y con adecuados controles prenatales los resultados obstétricos en las madres adolescentes son comparables, o casi tan buenos, como los que se observan en mujeres mayores de 20 años (Olausson, 1997; Gale y Seidman, 1989; Lao y Ho, 1997).

Es sólo a edades muy tempranas (menores a 2 años post menarca, o sea alrededor de los 13-14 años) cuando se constituye en un evidente riesgo en términos biológicos en relación a resultados adversos, expresados en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer (Fernández -Paredes, Castro García *et al.*, 1996; Chineta, Eure *et al.*, 2002).

El embarazo y la maternidad adolescente afectan mayormente a las jóvenes de sectores populares. Frecuentemente, las adolescentes que son madres tienen un nivel de instrucción bajo y, al mismo tiempo, una mayor

participación en la actividad económica (ya que desde temprana edad deben colaborar con el sostén económico familiar).

A nivel nacional, el 60% de las chicas que en el 2000 fueron madres adolescentes no terminaron la primaria. Pero en algunas provincias la situación es más grave. En Jujuy, por ejemplo, el 99,7% de las madres precoces no concluyó la escuela<sup>5</sup>.

i

Para continuar analizando la complejidad de esta problemática, citamos los principales hallazgos obtenidos a partir del diagnóstico situacional llevado a cabo por el CEDES y el CONAPRIS<sup>6</sup>:

- El promedio de las adolescentes puérperas encuestadas se inició sexualmente a los 15 años, con su novio. La edad promedio al primer embarazo es 16 años y medio.
- Al momento del último embarazo muchas adolescentes se cuidaban de forma intermitente o no se cuidaban a pesar de que no deseaban explícitamente embarazarse y tenían un conocimiento aceptable de los métodos disponibles. Más de un tercio de las que no se cuidaron reportaron que querían tener un hijo, lo cual plantea que ésta es una alternativa válida para muchas jóvenes.
- Se observaron diferentes “grados de vulnerabilidad” al embarazo accidental entre las adolescentes de los diferentes sitios. Las situaciones más “problemáticas” se presentan en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca, mientras que Chaco, Rosario, GBA y La Plata presentan, con diferencias, situaciones menos desventajosas en términos de accesibilidad a métodos.
- Las adolescentes sostienen los altos niveles de control de embarazo de la población femenina bajo cobertura pública en todos los sitios analizados, aunque los inician más tardíamente.

---

<sup>5</sup> La importancia de la escolarización va más allá de la educación sexual, el sólo hecho de ir a la escuela genera más capacidad y mejores armas para ubicarse en la propia vida y ante los demás. El 42% de las mujeres de áreas rurales que sólo tienen tres años de escolaridad no conocen los métodos de planificación familiar. En cambio, menos del 27% de las que concurren entre cuatro a seis años a la escuela ignora cómo cuidarse y apenas el 6% de las que durante 7 ó 12 años asistieron, desconoce cómo evitar embarazos no planeados.

<sup>6</sup> Idem 4.

- La mayoría de las adolescentes que realizaron controles médicos (68.6%) hicieron 5 o más consultas. Aquellas que no hicieron controles prenatales o que hicieron sólo uno tienen un nivel educativo menor que las que realizaron dos o más controles.
- Los padres de los hijos de las encuestadas o bien tienen la misma edad que su compañera o bien la superan en algunos pocos años.
- Un 5% de las adolescentes encuestadas declara que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento de ese hijo. Si bien este grupo de edad tiene un peso relativo poco significativo es importante tener en cuenta que estas situaciones pueden estar relacionadas con violaciones y abuso sexual.
- En cuanto al vínculo con el padre del bebé se observa que el 40,6 % de las entrevistadas reportó estar conviviendo, y un 55,4 % que era su pareja no conviviente.
- Casi la mitad de las adolescentes encuestadas (un 46,3 %) ya no estudiaban al momento de embarazarse.
- De las adolescentes que sí estudiaban al momento de embarazarse, sólo 4 de cada 10 continuó estudiando hasta el final del embarazo o hasta por lo menos pasado el 7° mes, lo cual indica que el desgranamiento escolar durante el embarazo es significativo.
- El sentir vergüenza de ir a la escuela embarazada o el temor a ser discriminada fue el motivo de abandono escolar reportado por un tercio de las encuestadas. En Tucumán, Salta y Misiones este motivo fue mencionado por aproximadamente la mitad de las adolescentes.

**i**

Susana Torrado, afirma que *“el análisis de los cambios en los comportamientos reproductivos de los grupos parece indicar que **el mejor método anticonceptivo es el desarrollo social, hecho que se evidencia en la existencia de mejores oportunidades educativas y laborales para las mujeres jóvenes.** Estas mejores oportunidades son el motor más fuerte para postergar la maternidad en aras de poder realizar durante la adolescencia otra clase de proyectos”*.

## **JOVEN ARGENTINA: SI TIENES ENTRE 12 Y 24 AÑOS...**

Laura y Valeria nacieron el 14 de julio de 1992. A la misma hora acompañaron el torrente de flujos y ganas en el que sus madres jadeaban el deseo de verles la cara. Lloraron por la paz perdida y buscaron con los labios saborear el sabor del olor calcado en los sentidos. Subieron hasta las dunas todavía escamadas, todavía palpitantes del cuerpo de sus madres y con el primer beso, todavía transparente, todavía infante de leche, creyeron que la paz estaba asegurada mientras sus labios anudaran el cordón infinito de amor al pecho de su mamá.

No hay nada tan distinto y tan igual, tan inigualable y tan igualador como el parto. Sin embargo, esa similitud incomparable, esa igualdad sin uniformes, está signada, en la Argentina, por las desigualdades más abismales. Laura, no va a terminar la secundaria, como el 77% de los jóvenes para los cuales poner la mesa es un lujo y no una forma de hacer buena letra con sus padres. Valeria va a ser una de las mujeres que conformen el 50,8% de los padrones universitarios porteños, empujada a ser profesional desde antes de decir 'ajó', cuando aprendía a mirar el mundo bastoneada por cursos de estimulación temprana, libros de tela y gimnasios de actividades para lactantes.

Laura nació en una salita de Santiago del Estero. Su mamá, Ema, llegó a la sala de partos asustada y se asustó más con los gritos de la mujer que, apenas separada por los mínimos centímetros para que una partera exija pujos, sentía el dolor de las contracciones cabalgándole la espalda. Sus camas estaban tan pegadas que sus gritos se confundían en un mismo eco. Su marido, Alfredo, la esperaba lejos, cuidando de sus otros cuatro hijos de 2, 3, 5 y 7 años. No pasó más de una noche en el reposo del hospital hasta que volvió a su casa con Laura en las manos.

Valeria nació del mismo remolino de gozo, dolor y asombro que Laura. Aunque el papá, Pablo, estaba al lado de Marcela y le daba la mano como si pudiera de un soplo hacer cruzar un velero el río. No podía. Pero soplaba tanto que su mamá, Marcela, sabía que no remaba sola. Se quedó en la clínica dos días hasta que volvió a su casa. Su cuarto estaba preparado. Valeria no tuvo un hermano hasta después de tres años. Fue a la primaria, cursa tercer año, estudia inglés y sueña con recibirse de diseñadora de indumentaria. No se imagina mamá hasta dentro de muuuucho tiempo. Si ni siquiera se puede imaginar recogiendo las migas que deja cuando come en la cama para ver "Rebelde Way", mucho menos se puede ver limpiando regurgitaciones o aplastando papilla. Ella -como 6 de cada 10 de sus amigas- sabe, porque se lo dijo el ginecólogo, que puede elegir entre los preservativos, el diafragma, las pastillas o, cuando sea un poco más grande, un DIU. Habló con su mamá y fueron juntas a un médico de su cartilla. Su mamá le dijo que mejor todavía no. Pero ella sabe que su mamá sabe que ya sí y que la llevó diciéndole que por las dudas,

para quedarse tranquila cuando se quedaba a dormir –por seguridad- en lo de Agustín.

Laura fue a la primaria, pero en sexto grado tuvo que dejar porque su mamá necesitaba que la ayudara a cuidar a los otros tres hermanos que tuvo después de ella. Ahora cuenta los días que faltan para que le venga y sabe que hay pastillas, aunque no sabe donde pedir las. Sabe porque se lo contó una amiga.

No quiere tener un segundo hijo después de Rodrigo -que nació como otros 701.877 bebés argentinos de una mamá menor de 20 años-, pero la médica que le controla el peso a Rodrigo le dijo que pregunte el mes que viene a ver si llegó algo, que por ahora ni gasas hay, mucho menos pastillas. Laura se junta con sus amigas –3 de las 10 chicas con las que jugaba a las muñecas ya son mamás- a comparar en qué se parecen sus bebés. A ella le gusta que Rodrigo se parezca a Emilio, que tiene 28 y ojos de decidido. Ella sabe que el 90% de sus amigas ya tienen una casilla para ellas solas y quiere irse a vivir con él. Ya es grande para seguir escuchando la radio que quiere su mamá. Ya es mamá como ella. Ya es una mujer. Y tiene derecho a decidir.

### **Consideraciones acerca del aborto**

Hablar sobre aborto implica hacerle frente a nuestros prejuicios y posicionamientos morales. Implica confrontarnos con una realidad incómoda, no deseada, pero que indudablemente tiene presencia en el cotidiano de nuestra sociedad.

**i**

Para poder comenzar a entender una problemática tan compleja y polémica, es preciso correr de la tendencia a identificarnos “a favor” o “en contra” del aborto, para dar lugar a un análisis de la información disponible acerca de la realidad de las mujeres que abortan.

¿De qué hablamos cuando hablamos de aborto? El aborto nos confronta con nuestras ideas acerca de la vida y de la muerte, de la maternidad y la paternidad. Nos obliga a preguntarnos –si abrimos el espacio para ello- sobre las condiciones sociales y los recursos disponibles para las mujeres que toman la decisión de abortar. Nos cuestiona sobre la responsabilidad individual y la condena social, sobre la sexualidad, el placer, el riesgo...

El aborto inducido es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y

las consecuencias de sus complicaciones son médicas (y psicosociales también).

Cuando una adolescente queda embarazada sin que esto forme parte de sus planes –o de los planes de su pareja- inicia un complejo proceso de toma de decisiones. Allí aparece el aborto como una posibilidad de salida, de escape frente a una realidad futura que no se desea.

Si se toma la decisión de abortar, se ponen en juego el status social y la disponibilidad económica de la joven para acceder a una práctica que inevitablemente será cometida en la clandestinidad ya que, como sabemos, el aborto es ilegal en nuestro país.

Realizar esta práctica en forma clandestina conlleva un alto riesgo para la salud y la vida de las mujeres menos pudientes que tienen que recurrir a personal no calificado o -en el extremo de la desorientación- a manipularse ellas mismas en un intento desesperado por poner fin a embarazos que no desean.

El “aborto clandestino”, por las pésimas condiciones de asepsia, la frecuente falta de instrumental, la ausencia de un servicio médico de apoyatura en caso de complicaciones durante la intervención, es fuente de innumerables complicaciones para la salud de la mujer (sea adolescente o no). La más seria e irreversible es, por supuesto, la muerte de la mujer durante el procedimiento o por complicaciones en el post - operatorio. Las principales causas de muerte en relación con el aborto son hemorragias, infecciones, embolia o complicaciones con la anestesia, convulsiones, lesiones cervicales y shock endotóxico.

**i**

Es posible identificar frente a este tema, dos posturas opuestas, que sintetizaremos en dos formulaciones, una a favor y otra en contra del derecho al aborto: *“Una mujer tiene derecho a decidir tener o no tener un hijo sin exponerse a la muerte en un aborto clandestino”, “Todo ser humano tiene derecho a la vida desde su misma concepción”*.

Ambas posturas plantean un dilema moral: desde distintos puntos de partida, lo que está en juego es el **derecho a la vida**. En el primer caso, el derecho a la vida de la mujer. En el segundo, se trata de la defensa de la vida que existe desde la concepción (es decir, la vida del bebé).

No es la finalidad de este apartado fundamentar la elección de una u otra alternativa. **Frente a esta temática tal vez la respuesta válida no sea una sola.** Tal vez sea válido lo que cada uno pueda responderse a sí mismo.

### **VIH- SIDA y adolescencia**

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. También se asocia con desigualdades de clase social debido a que la **prevalencia** del VIH y la **incidencia** del SIDA son mayores en áreas donde la población pertenece a estratos socioeconómicos inferiores.

Las diferencias de género constituyen otra expresión de las desigualdades asociadas con la epidemia, puesto que son un componente central en las posibilidades de lograr posiciones socioeconómicas de mayor o menor privilegio. Estas diferencias implican una mayor probabilidad de que los hombres transmitan el VIH a sus parejas sexuales mujeres y, esto sucede en mayor medida, en contextos de pobreza.

**i**

En nuestro país y en el mundo, las relaciones sexuales sin el uso de preservativos, son la forma más habitual de contraer el VIH, tanto por vía vaginal, como anal u oral.

Las mujeres adolescentes y jóvenes constituyen uno de los grupos más vulnerables para adquirir el VIH por vía sexual. Contrariamente a lo que a veces se piensa, la mayoría de las mujeres que contraen el VIH no lo hacen por practicar relaciones sexuales con muchos varones. En general se infectan porque no se han animado a solicitar el uso de preservativos a sus parejas, por miedo a ser abandonadas o recriminadas, o porque dependen económica o emocionalmente de ellos.

En Argentina y América Latina, esto constituye un problema entre las adolescentes y jóvenes especialmente las pobres, ya que en muchos casos forman pareja a edades más tempranas, y con varones de edades mayores, que tienen una historia sexual en donde ha habido varias o muchas parejas

previas. Esto expone a sus nuevas compañeras sexuales a mayor riesgo para adquirir el VIH.

La famosa “prueba de amor” que muchos varones adolescentes solicitan a sus compañeras sexuales (es decir, practicar relaciones sexuales sin el uso del preservativo) constituye una forma de “chantaje emocional” que también las expone al VIH. **El conocimiento previo de una persona, su aspecto saludable, los sentimientos de amor hacia ella, no previenen la transmisión del VIH<sup>7</sup>.**

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para un/a adolescente los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA (pérdida de la relación, pérdida de confianza, pérdida de aceptación por parte de los compañeros) puede ser un precio demasiado alto que pagar.

Además, muchos jóvenes no tienen claro qué se entiende por *comportamiento sexual arriesgado*. Esta confusión puede llevarlos a creerse invulnerables (“*A mí no me va a pasar*”) o a percibir la transmisión del virus como una cuestión fortuita, que acontece sin que las personas logren vaticinar un escenario de riesgo y efectuar conductas dirigidas a impedir la transmisión del virus (“*Hagas lo que hagas te lo podés agarrar*”).

La transmisión del VIH se les manifiesta como un hecho tan insubordinado, que da lugar a la conjetura de que no interesa lo que se haga para sortearla, esto puede suceder en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia. De este modo, más que asumir actitudes de cuidado, los adolescentes se ponen en manos del destino o del azar.

**i**

En este punto, es importante que los adolescentes entiendan el hecho de que **las personas pueden tomar un papel activo en la prevención de este padecimiento.**

---

<sup>7</sup> La anatomía y fisiología femeninas también constituyen un factor de vulnerabilidad, ya que la vagina permanece en contacto con el semen por mucho más tiempo, que el pene con la misma. En las relaciones orales o anales también quienes reciben el semen son los/as expuestos a un mayor riesgo de infección. Estas cavidades suelen tener pequeñas lastimaduras a - sintomáticas, que facilitan la entrada del VIH en el torrente sanguíneo.

Los/as adolescentes que viven con el VIH pueden y deben asistir a la escuela, de la misma manera que pueden ejercer su profesión las/os profesoras que lo padecen. En ninguno de los dos casos las personas están obligadas a difundir su problema de salud o su condición serológica, ya que las interacciones en la escuela no constituyen ningún peligro para los demás, siempre y cuando se sigan las mismas conductas de bioseguridad que deben cumplirse con cualquier persona accidentada en el ámbito institucional: el uso de guantes de látex o nylon.

Desde la difusión de los primeros casos de alumnos/as o profesores/as viviendo con VIH, se produjeron reacciones diversas en la comunidad educativa. Muchas de ellas discriminatorias, como si la segregación de las personas que viven con VIH fuera una manera de evitar nuevas infecciones. **Estas actitudes basadas en fantasías o en la ignorancia, perpetúan el desconocimiento sobre el VIH, favoreciendo el aumento de la epidemia.** Por ello, trabajar por la no discriminación constituye una estrategia clave para visibilizar el SIDA en la escuela y promover el autocuidado, la inclusión social y la no discriminación.

## i

### **Uso de métodos anticonceptivos**

Actualmente, muchos/as adolescentes encuentran dificultades en asumir un comportamiento sexual responsable.

Para tratar de reducir las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes es esencial que nuestra sociedad reconozca el derecho de los y las adolescentes a ser sexualmente activos y los prepare para disfrutar de forma responsable de su sexualidad. La Educación Sexual es necesaria para ayudarles a sentirse cómodos con su propia sexualidad, hacerles conscientes de los riesgos de la actividad sexual sin protección y capacitarlos para adoptar un comportamiento sexual responsable.

En este sentido, es importante que los adolescentes conozcan todos los métodos disponibles, antes de hacer la elección de cualquiera de ellos.

También cobra relevancia la difusión de la **doble protección** como alternativa más segura, ya que apunta simultáneamente a la prevención de embarazos involuntarios y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La doble protección se pone en práctica usando el preservativo en todas las relaciones sexuales y sumando, además, otro método anticonceptivo como complemento (en general, pastillas anticonceptivas).

De este modo, además de aumentar la eficacia anticonceptiva se estimula la responsabilidad individual, tanto de los chicos como de las chicas, frente a la propia sexualidad y se propone el cuidado mutuo (las decisiones sobre métodos anticonceptivos pasan a ser una preocupación de la pareja y no de uno sólo de sus miembros).

### **Condiciones que favorecen que las personas se cuiden**

Cuidar y cuidarse requiere la creencia básica de que:

- Es bueno que las cosas (o la vida) perduren;
- Es posible que lo malo cambie y lo bueno mejore;
- Hay algún referente relativamente seguro que pueda oponerse a una fatalidad aplastante.

Si nos preguntamos ¿Por qué no se cuidan los adolescentes?, podríamos agrupar las respuestas en cuatro grupos:

- Porque no saben cómo hacerlo (problema de información).
- Porque saben cómo hacerlo pero no pueden acceder a aquello que facilita el cuidado (problemas de condiciones externas a la persona).
- Porque aunque saben y podrían cuidarse, no quieren hacerlo (problema de condiciones internas a la persona). Se trata de la actitud de jugar “a la ruleta rusa”.
- Porque creen –equivocadamente- estar cuidándose. Son las personas que creen que “a ellos no les va a pasar” porque no pertenecen a ningún “grupo de riesgo” (actitudes discriminatorias, negadoras del problema real).

#### **i**

El objetivo de una educación verdaderamente preventiva sería instalar entre los adolescentes la **conciencia de riesgo**, entendida como la capacidad

de darse cuenta que algunas condiciones externas o internas a mí mismo pueden ponerme en peligro de algo, y ese reconocimiento me moviliza a actuar para transformar algunas de esas condiciones o para disminuir las consecuencias.

Dado que esta capacidad se asienta en las emociones (sobre todo el miedo), es preciso ofrecer a los alumnos/as conocimientos que permitan identificar las condiciones que producen miedo, para diferenciar si esas condiciones son externas o subjetivas.

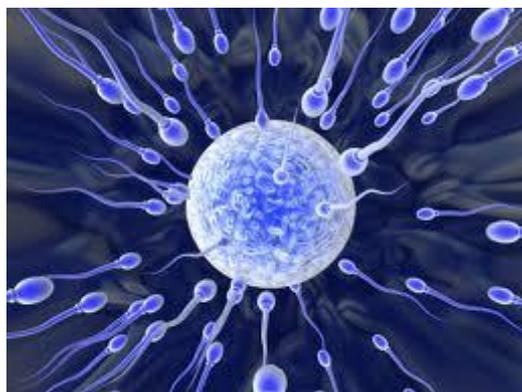
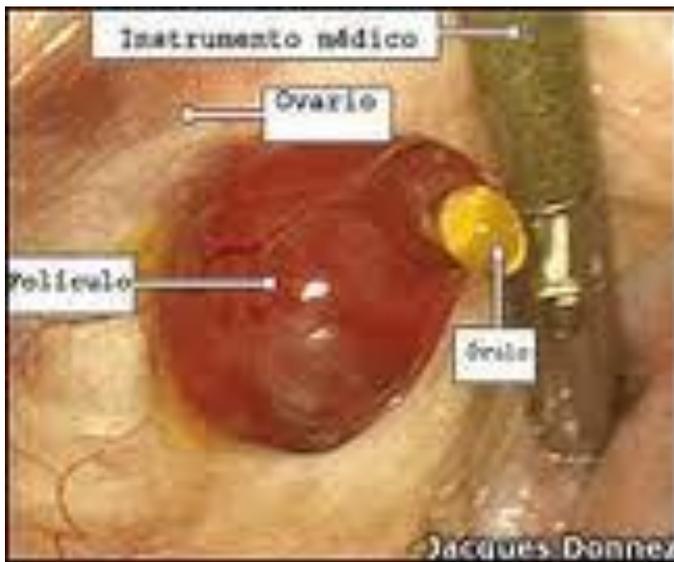
Tener conciencia de riesgo nos pone en mejores condiciones para adoptar conductas de cuidado o generar alternativas que disminuyan la vulnerabilidad.

En este punto es importante destacar que las conductas de cuidado comprometen simultáneamente a los individuos y a los grupos, a las parejas y a las comunidades.

## **GLOSARIO**

**Ethos cultural:** Pichón Riviere designa al ser humano como ethos cultural en la medida en que lo entiende como un todo conformado por múltiples dimensiones que lo atraviesan y sellan, en un proceso permanente de construcción y reconstrucción donde cada uno no es una parte de la sociedad sino la sociedad en su totalidad tamiza por las experiencias de ser

**Holístico:** El mariscal de campo Jan Smuts, experto agrónomo y militar acuñó el término Holismo en su libro "Holism and evolution" publicado en el año 1927. Holismo es la palabra que describe la tendencia de la naturaleza a crear conjuntos mediante la ordenación o agrupación de muchas unidades





## BIBLIOGRAFÍA

- BELGICH HORACIO (2005) *Los afectos y la sexualidad en la escuela (hacia una diversidad del sentir)* Homosapiens ediciones Santa Fe Argentina
- Benegas, Marcela (dir.). *Educación sexual en el nivel medio. Documento preliminar.* Ministerio de Educación - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.
- Bianco, ACOSTA VARGAS, G. (2003). *La Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer y la Convención sobre los derechos del niño: hacia la ciudadanía plena para niños, adolescentes y mujeres* en E. Faur y otra. Derechos universales, realidades particulares. Reflexiones y herramientas para la concreción de los derechos humanos de niños, niñas y mujeres, Bs.As. UNICEF.
- Bianco, M. y Re, M. *¿Qué deben saber madres, padres y docentes sobre educación sexual y VIH-Sida?.* FEIM. Buenos Aires, 2007.
- Bianco, Mabel. *Adolescencia.* FEIM.
- BIRGIN, H. y otras (2003). *Un marco conceptual de derechos humanos para la programación de UNIFEM.* UNIFEM. Mexico.

- Cárdenas González y otros. Aprendizaje de habilidades sociales. Revista Novedades Educativas, Año 14, N° 142. Buenos Aires, octubre 2002.
- CARDINAL DE MARTIN CECILIA (2005) *Educación Sexual Un proyecto humano de múltiples facetas* Siglo del Hombre Editores Bogotá
- COLL, C., PALACIOS, J. Y MARCHESI, A. (EDS.) (1990) *Desarrollo psicológico y educación; II. Psicología de la Educación*. Alianza - Psicología, Madrid.
- Componente Educación, Sida y ETS/LUSIDA. “La escuela y la prevención”. En *Salud, sexualidad y VIH-Sida. Actualización para el debate con los docentes*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Crispo, R.; Guelar, D.; Rabinovich, J. *Adolescencia y sexualidad*. Revista Novedades Educativas N° 184. Año 2006.
- FERNÁNDEZ ALICIA (1990) *La sexualidad atrapada de la señorita Maestra* Nueva Visión Buenos Aires
- FIORE, C. (2000) *Sexualidad: Ni moralismo ni canalización*. Ed. Abya Yala. Ecuador.
- FROMM E. (1998) “20” *“El arte de amar. La condición humana actual*. Bs.As. Paidós.
- García Rojas, Antonio. Estudio sobre la sexualidad: educación afectivo-sexual durante la adolescencia. Revista Novedades Educativas. Año 15, N° 150. junio 2003.
- GASTALDI, I y otro. (2000) *Sexualidad*. Ed. Don Bosco. Bs. As.
- GOLDSTEIN, B. y otro. (2006) *La educación sexual en la escuela* Ed. Nov. Educativas. Bs.As.
- IANANTUONI, ELENA. (2008) *Pedagogía de la sexualidad*. Editorial Bonum. Buenos Aires
- JIMENEZ RIOS Y VERA CASARES(2006) *Educación Sexual Integral: enfoque antropológico: materiales para docentes* Centro UNESCO Ciudad Autónoma de Melilla

- Lineamientos curriculares para la Educación Sexual Integral. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Ley Nacional N° 26.150. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.
- M. y Re, M. Cartilla Educativa para docentes: La prevención del VIH-Sida y la equidad de género van a la escuela. FEIM. Buenos Aires, 2007.
- MARTIN ORLANDO Y MADRID ENCARNACIÓN (2006) *Didáctica de la sexualidad. Un enfoque de la sexualidad y el amor*. Sb Madrid
- MARTÍN, ORLANDO. (2007) *¿Sexualidad en la escuela? Los desafíos de la Ley de Educación Sexual Integral*. Editorial SB. Buenos Aires,
- MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN. Ley 23849, de ratificación de la Convención de los Derechos del Niño. Ley 26061, de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ley 23179: Ratificación de al Convención sobre eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que cuenta con rango constitucional (Protocolo de CEDAW)
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (1998) Dirección de Programas Comunitarios. *Programa de Educación para la salud. "Promoción y Protección de la salud"*. Gobierno de Salta.
- MINISTERIO DE SALUD. Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de salud Sexual y Procreación Responsable.
- Miranda Martín, M.A.: *Aborto en la adolescencia. Enfoque integral para educadores de la enseñanza media superior*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, enero 2009, [www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.htm)
- MOCK- MONTES GLORIA Y QUINTEROS ANA (2006) *El aprendizaje sexual en el hogar y en la escuela: desde la infancia a la pubertad: una visión de educación sexual integral y formativa*. Editorial Plaza Mayor. Argentina
- Morgade, Rozengardt y otros. El cuerpo y la escuela. Revista Novedades Educativas, Año 13, N° 124. Buenos Aires, abril 2001.

- Re, M.; Blanco, M. y Mariño. A. Docentes y Educación Sexual Integral: Un papel en constante construcción. FEIM. Buenos Aires, 2008.
- Roche Olivar, Robert. Psicología y Educación para la Prosocialidad. Ciudad Nueva Editorial. Buenos Aires, 1997.
- Román, Cecilia. *Piedra libre a la Educación Sexual en el Nivel Inicial*. En Revista e- *Eccleston. Educación Sexual*. Año 3. Número 8. 2° Cuatrimestre de 2007. ISPEI “Sara C. de Eccleston”. DGES. Ministerio de Educación. GCBA
- Serie: Cuadernos de Educación Sexual Integral Programa Nacional de Educación Sexual Integral Ministerio de Educación Presidencia de la Nación Buenos Aires 2010
- Serra, Laura (Dir.). *Hablemos de Sida en la escuela*. CD N°8 de la Colección elaborada por *educ.ar* (portal educativo del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología), y por la Fundación Huésped.
- SICILIANI NORBERTO (2007) *Convertir deseos en proyectos 100 ideas para educar desde los valores y en la diversidad* Sb Buenos Aires
- TURIEL, ENESCO Y LINAZA (Eds.) (1989) “El mundo social infantil”, Alianza, Madrid.
- Weiss Martha y Greco María Beatriz. *Charlando sobre nuestra sexualidad*. Cuaderno de Capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Weller, Silvana. El papel de los adultos en los problemas de los jóvenes. Revisando el concepto de embarazo adolescente. Cuaderno de Capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.