

TRABAJO DE EDUCACION SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA
EL SEXO Y TU

HARIA OFELIA PELAEZ CESPEDAS
LIBIA ELENA RAMIREZ ROBLEDO
MARGARITA DEL SOCORRO TOBON VASQUEZ

Trabajo de Post Grado presentado como requisito para optar
por el Título de Magister en educación área
Orientación y Consejería

Asesor: CARLOS SFITURO RAMIREZ GOMEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACION
MEDELLIN. 1986

ACTA DE APROBACION DE TESIS

Los suscritos presidente y jurado de la tesis 'Gula de Educación Sexual en la Adolescencia. El sexo y Tfiⁿ, presentada por las estudiantes: María Ofelia PelSez Céspedes, Margarita TobGn VSsquer y Libia Elena Ramírez Robledo, como requisito para optar al título de Magister en Educación: Orientación y Consejería, nos permitimos conceptuar que ésta cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad y por lo tanto se aprueba.

Septiembre primero de 1988



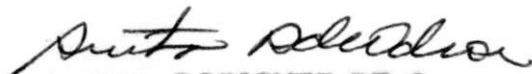
CARLOS ARTURO RAMIREZ GOMEZ

Presidente



OSCAR MESA MORENO

Jurado



ANITA RODRIGUEZ DE O

Jurado



NORELLA RUA YARCE

Jurado

DEDICATORIA

Las personas que siguen paso a caso nuestros esfuerzos y dificultades son las verdaderas acreedoras del éxito.

A nuestros Padres

Las autoras

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresamos nuestros agradecimientos:

A CARLOS ARTURO RAMIREZ GÓMEZ, por la magnífica asesoría prestada,

A FÉLIX ERRE, por su estupenda dedicación y colaboración en este trabajo.

A CARLOS ALBERTO GONZALEZ NOREÑA, por su constancia y dedicación en la realización de este trabajo.

A Todas aquellas personas e instituciones, que hicieron posible la culminación de este trabajo.

TABLA DE
CONTENIDO

INTRODUCCION	vii
1. CONCEPTOS BASICOS DEL ESTUDIO	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 OBJETIVOS	3
1.3 DELIMITACIONES DEL ESTUDIO	3
1.4 MARCO TEORICO	4
1.4.1 Conceptos fundamentales y definición de términos	5
1.4.2 Influencia de la Infancia en la Adolescencia	14
2. METODOLOGIA	22
2.1 EXPLORACION DE NECESIDADES RESPECTO A UN MATERIAL AUDIOVISUAL	23
2.2 SONDEO Y RESULTADOS	24
2.3 CONCLUSIONES Y PLAN DE TRABAJO	29
3. AUDIOVISUAL	32
3.1 MARCO EXPLICATIVO DEL GUION	32
✓ 3.1.1 Fases de la Adolescencia	32
✗ 3.1.1.1 Prepubertad	35
✓ 3.1.1.2 La Pubertad	38
3.1.1.3 Aspecto Biológico	50
3.1.1.3.1 Endocrinología	50
✗ 3.1.1.3.2 Anatomía diferencial	61

3.1.1.4	Aspecto Psicológico	108
3.1.1.4.1	La Identificación Sexual	108
3.1.1.4.2	Identidad Sexual	114
3.1.1.4.3	Roles Sexuales	119
3.1.1.4.4	Estereotipos Sexuales	124
3.1.2	La Adolescencia	129
3.1.2.1	Conflictos Psicosexuales	135
3.1.2.1.1	La Masturbación	136
3.1.2.1.2	La Menstruación	142
3.1.2.1.3	La Pornografía	151
3.1.2.1.4	Enfermedades Transmitidas Sexualmente (E T S)	154
3.1.2.2.5	Autoerotismo	177
3.1.2.2.6	Relaciones Homosexuales	182
3.1.2.2.7	Relaciones Heterosexuales	187
3.1.2.2.8	Juegos Sexuales sin Coito (Petting)	189
3.1.2.2.9	El Coito	192
3.1.2.2.10	Sexo y Amor	200
3.1.2.3	Embriología	212
3.1.2.3.1	La Fecundación	213
3.1.2.3.2	El Embarazo	217
3.1.2.3.3	El Aborto	236
3.1.2.3.4	El Parto	240
3.1.2.3.5	El Control de Natalidad	250
3.1.2.3.6	Métodos Anticonceptivos	253
4.	RECOMENDACIONES PRACTICAS PARA LOS EDUCADORES	309
	BIBLIOGRAFIA	313
	GUIÓN TEXTUADO	1-6
	"EL SEXO Y TU" - GUIÓN LITERARIO PARA AUDIOVISUAL	1-6
	"EL SEXO Y TU" - SEGUNDA PARTE	7-14

INTRODUCCION

SE considerará la sexualidad humana como un proceso evolutivo, una experiencia personal, una expresión de comportamiento y un componente fundamental de la personalidad.

El desencadenamiento hormonal, unido al desarrollo del aparato genital, despierta en los individuos de ambos sexos diversas sensaciones y, con él, todo el correspondiente erotismo psíquico; Fantasías, sueños, juegos de imitación, etc. Por tanto, es típico que el adolescente se preocupe por la información en el aspecto sexual; fantasea a su respecto, lo discute con sus amigos, intercambia información con individuos de su pandilla y con otros circunstancialmente asociados, lee todo lo que puede sobre el tema, y pasa bastante tiempo, cuando está solo, en exploración de las distintas partes de su cuerpo con el objeto de saber qué sensaciones pueden provocarle. Desea y busca toda fuente de información sin discriminación alguna; aprovecha las revistas y espectáculos pornográficos, dedicados al comercio de objetos eróticos y la publicidad que lleva un explícito mensaje sexual, ignorando que la cuestión económica ligada a este proceso no tiene como principal objetivo el liberar al individuo de sus miedos, problemas o ignorancia sexual, sino más bien, trata de obtener beneficios mediante la promoción indiscriminada y masiva del negocio de la sexualidad.

Tal finalidad es ajena a los presupuestos de una liberación sexual, pues no lleva consigo una real educación de los individuos ni tampoco promueve el cultivo de una sexualidad humanizada, sino que convierte a la sexualidad en pura mercancía, utiliza a la mujer y al hombre como seres objetos y trivializa la relación, así como el intercambio entre las personas.

Lo anteriormente descrito, unido al desconocimiento que el adolescente vive respecto al propio cuerpo y al ajeno, contribuye a la desorientación de los jóvenes y al incremento de sus ansiedades. El adolescente se encuentra perdido y desubicado con su sexualidad; tal desconcierto es atribuido a:

El conocimiento de posiciones opuestas con respecto a la sexualidad, que varían desde el tabú hasta el desenfreno.

La incidencia de la pornografía y la publicidad que contribuyen a deformar y tergiversar la información sexual, deficiente por sí, que ellos puedan tener.

La carencia social de medios y personal capacitado para proporcionar una correcta información sexual. Cabe anotar que, en nuestro medio, los pocos conocimientos adquiridos, en muchas ocasiones, no son científicos y son, por llamarlos de alguna manera, verdades deformadas, con términos inapropiados, en las circunstancias menos propicias que hacen de la sexualidad algo seductor y vergonzoso.

Es, pues, la adolescencia una etapa donde se hace apremiante una oportuna educación sexual encaminada a que el joven adquiera la información suficiente, cree sus propios valores y los haga coherentes con su comportamiento. Para esto se hace indispensable el cuestionamiento y revisión de los valores sociales y la propia posición ante ellos.

Este trabajo pretende proporcionar conocimientos objetivos referentes a la sexualidad de los jóvenes, con el fin de que obtengan bases que les permitan tomar una posición personal frente a la vivencia y manifestaciones de su propia sexualidad. No pretende compilar un tratado enciclopédico sobre la sexualidad en la etapa de la adolescencia; se sabe perfectamente que el tratamiento no es exhaustivo, e intención no es la de ofrecer respuestas tipo "receta" sino la de provocar en quien lo lea, inquietudes, las cuales le llevarán a cuestionar las actitudes del educando, con el objeto de llegar a respuestas que sólo serán válidas de acuerdo con su propio contexto psico-social. En otras palabras, se pretende inducir alternativas a nivel subjetivo, inherentes a cada persona dentro de su propia problemática y medio ambiente social.

Es importante recalcar que de ninguna manera se promueve una educación anárquica o libertina; por el contrario, el resultado deseable del programa debería ser una toma de conciencia de los valores necesarios, como una base racional para la toma de decisiones.

Este material será un medio de comunicación y no un discurso autoritario, ya que, no

existe un buen sistema educativo o un buen sistema programático, si no es el partido por un buen maestro, quien debe ser idóneo y responsable.

Hay tres aspectos esenciales en este trabajo: Las ilustraciones, la ampliación de los textos y la grabación.

Las ilustraciones se hicieron con fotografías que muestran de una manera clara los temas evitando las ilustraciones excitantes y morbosas, hay representaciones de personas en situaciones sexuales, pero se trata de personas corrientes en situaciones sexuales corrientes, nada salido del plano real y vivencial de la sexualidad.

Todas las ilustraciones fueron trabajadas en un «arco rectangular de 24 x 33.5 centímetros de panel durex sobre cartón industrial. Fueron elaborados especialmente para el presente audiovisual; son originales y documentadas en muchos textos de guía, de diferentes autores, retomando las más comprensibles y adaptándolas a este programa.»

En las ilustraciones esquemáticas aparece un dibujo general de la parte que se desea proyectar resaltada en rojo y una ampliación incluida en la misma imagen.

Todas las transparencias fueron elaboradas para el presente trabajo y su originalidad radica, especialmente, en que los modelos utilizados en las transparencias son adolescentes de nuestro medio.

La ampliación de la tesa ilustrado se hizo con el fin de que la persona que emplea esta ayuda, tenga ahí mismo un medio de preparación e información de los diferentes temas, lo que la capacitará para hacer un buen empleo del material.

Las grabaciones son cortas y requieren de explicaciones complementarias; de ahí la necesidad de una preparación previa que incluya el estudio de la parte complementaria contenida en el marco explicativo del guión.

Se recomienda a los usuarios del material remitirse al Marco Teórico de la Tesis, donde podrán informarse de las necesidades que motivaron su realización y de los pasos que se siguieron para elaborarla.

1. CONCEPTOS BASICOS DEL ESTUDIO

Seguidamente se hace alusión a las premisas que fundamentan el presente trabajo.

Contiene este Capítulo :

El problema investigativo.

>

Los objetivos.

Las delimitaciones del estudio.

El marco Teórico.

Conceptos fundamentales y definición de términos.

Influencia de la infancia en la adolescencia.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en **IDS** resultados del sondeo puede afirmarse que la educación sexual formal de nuestros adolescentes tiene lugar, de manera indirecta, en el plantel educativo. Allí aprenden sobre la reproducción en las clases de exploración vocacional y en las clases de biología, y del crecimiento físico-psíquico en las clases de comportamiento y salud dictadas en los últimos grados, IOS y 112.

Se percibe en los adolescentes grandes lagunas e inconsistencias en su información sexual, hecho que no es sorprendente, ya que la mayoría de los conocimientos que poseen proceden de sus coetáneos, y en menor grado de la literatura impresa, las clases en el colegio y los padres. Por desgracia, los compañeros son una fuente insuficiente y deficiente de información sexual. Los libros y folletos a los que tienen acceso son anticuados y, a veces, los temas que se tratan en las clases del colegio no tienen trascendencia ni oportunidad.

La educación sexual impartida en nuestro medio sigue más a la tradición que a la razón. Un sistema educacional de esta índole que tiende a conservar temores culpabilizantes, los cuales se mantienen de manera consciente o inconsciente haciendo que la actividad sexual sea vista más como una amenaza que como una vivencia, exige un replanteamiento y una revisión. El presente trabajo pretende, fundamentalmente, cuestionar el enfoque de los medios audiovisuales empleados para la educación sexual (en nuestro medio), ya que son muy parcializados, impidiendo, con este hecho, mirar de una forma objetiva y científica el comportamiento sexual; al mismo tiempo se presenta un programa que contiene un enfoque diferente, apoyado en conceptos científicos y técnicos, para facilitar una educación adecuada.

El planteamiento del problema parte del hecho, fácilmente observable, de la erotización del ambiente en que se desenvuelve la juventud actual. Los mensajes publicitarios se han apoyado en el interés que despierta la práctica sexual para su penetración en la gran masa. Esto contrasta con el silencio tradicional de la familia sobre la información y educación sexual.

Reconocida su gran importancia, se ha decidido centrarse en la etapa de la adolescencia, para la realización de un material audiovisual, útil en la formación sexual de los jóvenes.

1.2 OBJETIVOS

Realizar un sondeo de las deficiencias de la educación sexual y de los materiales existentes y consultar las necesidades del medio.

- Elaborar un material práctico y objetivo que sirva como instrumento para la educación sexual que debe impartirse al adolescente.

Brindar al educador y al adolescente un material audiovisual que proporcione mayor motivación e información sobre los aspectos básicos de la sexualidad que todo joven debe conocer.

Ofrecer al adolescente algunos elementos necesarios que le permitan revisar y analizar sus actitudes frente a la sexualidad.

- Estimular en los educadores el desarrollo del pensamiento reflexivo que les permita en forma activa racional y crítica la formación sexual del adolescente.

Resaltar la importancia de los diferentes aspectos que intervienen en la sexualidad del joven y la formación de su personalidad.

1.3 DELIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo sólo pretende ser una ayuda didáctica científica y objetiva, útil para la educación sexual de los adolescentes de nuestro medio. No es su objetivo hacer un examen estadístico, ya que no se trabaja con encuestas.

Su contenido teórico no se ajusta a ninguna corriente psicológica en particular, ya que es producto de la recopilación de información de diversas fuentes y diferentes enfoques.

El personal implicado en la realización de este trabajo, son jóvenes que en el hoientD viven las transformaciones psico-fisiológicas de alguna fase de la adolescencia; sus edades oscilan entre 11 y 19 años aproximadamente, su grado de instrucción se encuentra en uno de los cursos de primero a sexto bachillerato y el nivel socio-económico es variado, ya que se visitaron 16 colegios de distinta ubicación y diferente nivel económico.

A estos estudiantes se les realizó un sondeo en forma colectiva, tomando en cada colegio visitado un grado económico diferente y tratando de crear un ambiente acogedor y tranquilo para que pudieran expresar con confianza, sus inquietudes y necesidades respecto al material audiovisual empleado para sus clases de educación sexual. Las conversaciones fueron grabadas y posteriormente escuchadas con detenimiento, a fin de extraer los conceptos fundamentales, emitidos por los adolescentes. También se utilizó el diálogo individual con las personas encargadas de la educación sexual y con los psicoorientadores de oficina, ya que ellos en su misión requieren la utilización de material audiovisual.

La particularidad del método y procedimiento empleado obvia, de alguna manera, "la elaboración de tabulaciones, ya que no se elaboró una encuesta para ser respondida por escrito, sino que se utilizó el sondeo y las charlas, como medio de explorar y conocer las necesidades.

Las visitas para el sondeo se realizaron durante seis meses, correspondientes al Segundo Semestre de 1984, lo que sumado al tiempo de organización, referencia bibliográfica, documentación y elaboración totaliza tres años aproximadamente.

1,4 MARCO TEORICO

Elaborar un Marco Teórico en el campo educativo de la sexualidad humana no es tarea fácil, sin embargo, es un hecho imprescindible dado el carácter pedagógico del trabajo que se encara.

Coso abarcar la totalidad de la sexualidad humana, es una tarea ardua, además de extensa, se enfoca uno de los aspectos, considerados fundamentales como es el que hace referencia a la educación sexual en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa crítica de transición, durante la cual la falta de, por lo menos, una instrucción básica puede acarrear secuelas indelebles. Se elaboran aquí las bases de instrucción e información en el audiovisual, que puede ser empleado como instrumento para la educación sexual de los jóvenes.

Una de las dificultades enfrentadas en el estudio, fue la «alicia con que algunos jóvenes se refieren a sus conocimientos sobre la sexualidad: se esconden tras un pudor y una aoralidad, que les imposibilita abordar el tema de una manera directa y concisa.

No obstante, la colaboración prestada por el personal que participó en el sondeo, fue definitiva y consistente, ya que permitió conocer el estado actual de la educación sexual juvenil, al mismo tiempo que se recogieron las inquietudes de los adolescentes, respecto a las necesidades de un material audiovisual, referente a la sexualidad.

Este Marco Teórico contiene dos aspectos, a saber:

«M»

Los conceptos fundamentales del estudio, y

La definición de términos.

1.4.1 Conceptos fundamentales y definición de términos.

En este trabajo se encara la tarea de la reflexión teórica descomponiendo el término: "Educación Sexual en la Adolescencia" en sus partes constitutivas, a saber: sexualidad, educación y adolescencia, a fin de hacer una concatenación entre éstas y poder hablar de la educación sexual en la adolescencia.

Se iniciará con el término sexualidad recalando una de las concepciones más obvias que la define como un componente de la personalidad humana, que atañe a su concepción biológica y una fuerza o potencialidad para ser ejercida. El ejercicio de la sexualidad puede ser fuente de inmenso placer y expresión de sentimientos profundos, pero también de graves trastornos en la vida personal y social del individuo. En la misma medida en que la sexualidad puede ser un vehículo para la comunicación entre seres humanos y para la entrega de amor y placer, puede también ser un instrumento de explotación, abuso y sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud (D.H.S.) se ha pronunciado en este aspecto recalando que la salud sexual no es la mera ausencia de enfermedades sexualmente transmisibles o trastornos reproductivos, sino que va más allá. Para este trabajo se parte del enfoque de salud sexual de la OMS:

'Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, intelectuales, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor".
(Sexualidad humana y relaciones personales editado por René Jaime, Centro de Documentación y Publicaciones, IPP/RHO, 1981. p. 3).

Esta definición implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana y no un tratamiento de ella como una fuente de problemas. La fecundidad, aunque íntimamente ligada a la sexualidad, no constituye sino una parte de un campo mucho más amplio. La tradicional preocupación por la sexualidad sólo como un instrumento de procreación ignora aspectos tan importantes como la consideración de la práctica sexual como un medio de realización personal y de comunicación placentera entre dos seres.

En esta tesis se enfatizan también algunos aspectos importantes de la expresión de la sexualidad, a saber:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva de conformidad con una ética personal y social.

La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias

infundadas y otros factores psicológicos que inhiben o perturban las relaciones sexuales.

La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

La posición propuesta es la de un enfoque integral de la sexualidad humana: integral en el sentido de concatenar todos los elementos de la personalidad. Dicho enfoque propicia un acercamiento al carácter humano esencial y potencial aceptándolo como un hecho en evolución progresiva.

El enfoque integral tiene serias implicaciones en cuanto a valores, actitudes y conductas. He aquí algunas:

De todos los factores que constituyen la sexualidad humana, probablemente, los valores individuales y sociales ante ella y sus manifestaciones, sean el elemento más importante de vinculación, organización y coordinación de todos ellos entre sí.

Los valores en el ser humano se manifiestan a través de indicadores y de estos más importantes son: lo que el individuo hace, lo que le gustaría hacer, lo que espera que los otros hagan y su comportamiento ante lo que los otros y ella o él mismo hacen, o sea su actitud. Estas expresiones de la escala de valores particulares pueden no coincidir entre sí, e inclusive ser aparentemente contradictorias. Lo que se busca en un proceso de educación sexual formal es que el individuo encuentre sus propios valores y los haga coherentes con sus indicadores, y esto se consigue, no sólo a través de información, sino también a través de cuestionamiento y revisión de los valores sociales y la propia posición ante ellos.

Una forma de violencia en el proceso de educación de la sexualidad es la imposición de los valores del educador como "reales", "únicos" y "verdaderos". Esto es abusar de la posición de ventaja que todo educador ha adquirido en nuestra sociedad, y es un evidente atentado al defendido principio de auto-determinación. En una actitud de franca oposición a la educación sexual tradicional, negando todo elemento positivo que la misma queda contener: pretender hacer una educación sexual despojada de

valores, huyendo o pretendiendo creer que es posible un proceso educativo sin la transmisión de los mismos es utópico, ya que en un programa así no hay tal ausencia de valores, tan sólo son sustituidos por otros que en realidad se convierten en los antivalores de la educación tradicional.

En cuanto a valores es necesario una revaloración de la sexualidad como componente de la personalidad necesario para poder autorrealizarse. Esto implica reflexionar sobre la valoración actual de la sexualidad que es generalmente parcializada: o se diviniza o se reprueba. Junto a esta forma de parcializarla existen otras muchas como su utilización como vitrina publicitaria, la consideración de su práctica como sinónimo de decadencia moral; creando en torno a ésta mitos y tabúes, circunscribiéndola como fuente de frustración.

Esta parcialidad se hace más notoria cuando se estimula a los hombres a su práctica y se induce a las mujeres a la abstinencia.

Esto significa que existe una valoración parcializada y, por lo tanto, deshumanizada de la sexualidad.

En el campo de las actitudes se hace necesario una amplitud de criterio que haga posible la tolerancia hacia el pluralismo ético social, lo que conlleva al respeto a las determinaciones individuales sin imposición de valores. El respeto a los demás hace improbable la explotación utilitaria a través de la sexualidad. El enfoque integral lleva a abordar la problemática de la sexualidad con una actitud tolerante antes que perjudiciada y condenatoria.

Respecto a las conductas, el aspecto más delicado de analizar, ya que se toma el término conducta como la expresión externa o consecuencia lógica de los valores y actitudes. Este hecho es frecuentemente olvidado, debido a que muchas veces se presta atención a las conductas y reacciones procurando alterarlas, sin preocuparnos de examinar el sistema de valores que las determinan. Un ejemplo al respecto se encuentra en la preocupación de los adultos por la conducta sexual de los jóvenes a la que se cataloga de "irresponsable" y se trata de corregir, a través de control mediante la coerción o el castigo. La tendencia más común es la de dictar normas de

conducta con la siguiente frustración por el no cumplimiento de éstas.

El concepto de libertad constituye el parámetro principal del enfoque integral de la sexualidad. La libertad es la aspiración máxima de todo individuo, pero esta aspiración libertaria sólo encuentra un verdadero sentido cuando se maneja con su concepto inseparable: La responsabilidad. En lo sexual la libertad sólo se encuentra cuando se ejerce a la par de la responsabilidad. "Libertad sin responsabilidad es libertinaje".

Con respecto a la palabra sexo se dirá que dadas las connotaciones idiomáticas que la semántica adjudica a este término lo hace polivalente, es decir, el uso común de dicha palabra le trae diferentes interpretaciones, de acuerdo con el interés expreso o implícito que en el discurso se tenga de ésta a saber: el sexo como constitutivo del género, el sexo genético, el sexo psicoafectivo y otros, como el comportamiento sexual en general.

Al hablar de sexo, se incluyen además, los comportamientos afectivos que atañen a las inclinaciones personales hacia un objeto determinado, dentro de su vida sexual, lo que conlleva a introducirlo dentro del discurso de la sexualidad como una cualidad interdependiente, cuya línea divisoria es bien difícil de establecer. Por tanto, el uso de los términos sexo y sexualidad, pueden ser llevados en su uso corriente a una sinonimia o a agruparlos en un conjunto indisoluble que imposibilita el uso de uno de estos términos dentro de parámetros totalmente diferenciados de los correspondientes al otro.

No obstante, en este trabajo se hará un esfuerzo por circunscribir el término sexo sólo dentro de las significaciones del género y de lo genital, entendiéndose como sexo genérico la clasificación individual entre masculino y femenino: como sexo genital será la referencia a los órganos sexuales externos.

La educación es un derecho humano fundamental al cual aspira todo individuo. Durante mucho tiempo se ha considerado la educación como un proceso conceptual equivalente a la enseñanza, estando su funcionamiento a cargo de instituciones especializadas: escuelas, liceos, universidades y personal especializado. Esta educación tradicional se centra en la enseñanza, la escuela y el educador. Iván Illich (Sexualidad Humana y

Relaciones Personales, René Jaimes 1981) hace una crítica a esta educación; ve la escolarización como un ejemplo de la institucionalización deshumanizada de los valores humanos, a través de la cual, las necesidades no materiales como salud, educación, bienestar personal se las transforma en artículos de consumo y se las pone en el mercado de la oferta y la demanda. La respuesta de Illich; la desescolarización, es poco práctica, al menos en la realidad presente; sin embargo, su mensaje constituye una seria denuncia de la deshumanización que afecta la institución escolar.

De otro lado Paulo Freire, (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981) quien cataloga las prácticas tradicionales educativas por su carácter "bancario", donde se concibe al educando como un receptáculo en el cual el educador deposita conocimientos, normas, valores y actitudes que el educando recibe pasivamente. Se da más importancia a lo que se aprende, considerando al educando como un objeto de acción del educador y no sujeto de su propia educación.

A su vez aboga por la conscientización o análisis crítico y reflexivo de la propia realidad, donde los valores no se transcriben literalmente hablando, sino que se desarrollan mediante la reflexión y capacidad creadora.

El mayor progreso de la educación es el desarrollo de una teoría del aprendizaje centrada en el educando, donde el educador es un medio y no un fin en el proceso educativo. Se considera el aprendizaje como el cambio en conocimientos, actitudes y conductas en forma integrada, que experimenta el individuo como producto de su propia acción y reflexión.

La UNESCO (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981) promueve la actividad educativa desescolarizada, centrada en el educando con el objeto de acentuar más sus valores e inquietudes para concretizar sus necesidades.

Ettore Belpi (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981) plantea una educación autodirigida, libre de imposiciones educativas en el orden social, estético y político. Una educación permanente que implique desarrollar gradualmente el deseo de aprendizaje en el individuo, desechando cualquier tipo de presión externa

represiva.

Refiriéndose a la educación actual, Carl Rogers (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981) conceptúa una enseñanza no dirigida bajo los principios de autodirección y autodeterminación del educando. Según Rogers, si en la terapia es posible confiar en la capacidad del "diente" para enfrentarse en forma constructiva a su propia situación vital y, a través de la creación de un ambiente de aceptación, comprensión y respeto lograr como resultado una persona mejor informada de sí misma y capaz de guiarse en forma inteligente en situaciones nuevas, también en educación se puede utilizar este enfoque y lograr similares resultados.

Abraham Maslow, (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981) por su parte nos trae el concepto de autorrealización o búsqueda permanente del hombre, del desarrollo de sus potencialidades que le permite explorar, experimentar, elegir, disfrutar, transformar y hacer; logrando de este modo la comprensión de sí mismo, del medio y de las verdades que lo rodean.

Expresa nuestra opción por la educación entendida como un proceso integral del individuo y en respuesta a las necesidades de su autorrealización, de la relación solidaria con sus semejantes y de la transformación de su medio. Se anota la importancia de una metodología participativa en donde sea imprescindible el diálogo creativo, respetuoso, desprejuiciado y tolerante.

Es bien sabido, que muy pocos educadores están en condiciones de llevar a cabo la educación liberadora, ya sea por sus propias limitaciones o por las impuestas por el medio social, cultural y político. Sin embargo, es importante proponerse una orientación conceptual y valorativa a través de la expresión de los principios fundamentales que guían nuestra acción.

Este enfoque es particularmente válido en el campo de la educación sexual al cual se hace referencia a continuación.

Todo lo expresado anteriormente implica que el concepto y la práctica de la educación sexual estarán dados por la percepción que se tenga sobre sexualidad y educación.

Blanca Lilia Caro hace una clara explicación de las implicaciones para la educación sexual de la concepción que se tenga sobre la sexualidad humana:

“Si concebimos la sexualidad humana como algo pecaminoso, la educación que se imparta generará una acción basada en el temor y la sanción. Por el contrario, si tenemos una concepción de la sexualidad humana como una dinámica del hombre, una forma de relacionarse con el mundo y con los demás, tendremos a impartir una educación sexual orientada hacia la autodeterminación, que le brindará al individuo los elementos mínimos para que logre aceptar su propia sexualidad y la de los demás”. (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981. p. 6)

Por su parte, Darío Castagnin se refiere a la relación entre la concepción integral y la educación sexual:

“Si ella –la educación– es un proceso de formación que debe abarcar la totalidad de la persona para insertarle consciente y responsablemente en el mundo social, solo puede llegar a su plenitud si olvida transmitir los conocimientos que permitan al individuo adquirir las actitudes y los valores que posibiliten vivir su sexualidad y la de los otros de manera tal que contribuya a su bienestar, al desarrollo y a la cultura de la sociedad”. (Sexualidad Humana y Relaciones Personales, René Jaime 1981. p. 16)

Se propone una educación sexual que se inserta en un proceso de educación integral, que atañe al desarrollo del individuo en todas sus potencialidades, tendiente a la aceptación de sí mismo y de los demás, contribuyendo a la formación de individuos autónomos y responsables.

En todas las sociedades, las costumbres contribuyen notablemente a la regulación del comportamiento sexual. En nuestra sociedad estas costumbres, apoyadas en tabúes histórico-religiosos, contribuyen a hacer conflictivo el desarrollo sexual, más acentuado en el período de la adolescencia, debido a los cambios psico-fisiológicos que se presentan. A continuación se enfatizará sobre la educación sexual en el

período de la adolescencia.

El adolescente no es ni un niño ni un adulto; por otro lado, esta etapa de transformación en algo nuevo, que conserva en sí lo antiguo, no sólo es importante sino decisiva.

Cumplidas las etapas de la experiencia física y emotiva de la infancia, los cambios fisiológicos que dan paso a la pubertad, ponen de relieve la compleja relación entre el cuerpo y el mundo interno de la persona.

El principal esfuerzo consistirá, entonces, en adecuar mutuamente las necesidades psíquicas y **IDS** estímulos físicos para integrarlos sin riesgo.

Costumbres que desaparecen, situaciones nuevas y otros hechos, nos ponen a la vista la necesidad de preparar a los adolescentes para que puedan conducirse solos más tempranamente, de manera sensata, inteligente y responsable. Los jóvenes se enfrentan al urgente problema de qué es lo que han de hacer con su cuerpo en desarrollo. Están biológicamente listos, pero sólo lo están en ese aspecto y en ningún otro más. Reconocen una inmensa dificultad para comprender, realmente, experiencias y emociones que aún no han vivido.

Los adolescentes aunque quieren hechos, tienen una gran dificultad para comprender qué es lo que sucede con cualquier aspecto de la sexualidad adulta; encuentran que es físicamente raro, intrigante y emocionalmente ininteligible. Los adolescentes experimentan las fuerzas de las pulsiones sexuales, tienen gran curiosidad por llevarlas a la práctica y también una gran ansiedad por los cambios que ellos mismos padecen. Se inquietan por sentimientos que no comprenden, tienen dudas sobre su propio valor y atractivo; les resulta difícil hablar y se preocupan por las posibles reacciones de sus padres. A todo esto se añade una gran propensión a los accidentes que se escalonan desde preñez inadvertida y promiscuidad compulsiva, hasta una timidez incapacitante, una torpeza y una culpa que pueden perjudicar, permanentemente, las relaciones personales,

En la preadolescencia, las vivencias sexuales surgen repentinamente; polución

nocturna y menstruación, por ejemplo. La preinformación sirve, en este caso para evitar una ansiedad perjudicial en relación con procesos naturales. Cualquier orientación o advertencia en esta área debe plantearse necesariamente antes que ausenten las presiones de la pubertad; la educación que recibe el adolescente durante su infancia tendrá una influencia decisiva en su posterior comportamiento en relación con la sexualidad.

En el supuesto de que el joven haya sido adecuadamente informado, la pubertad hará resurgir la curiosidad por los orígenes de la vida, pero ese afán por conocer ya no estará centrado en la simple fisiología de la reproducción, sino en la aceptación de su propia sexualidad y en la importancia de las relaciones interpersonales. De ahí el interés de que la educación abarque los diferentes aspectos del ser humano.

Este esfuerzo va dirigido a la integración total y armónica de la sexualidad en todas las manifestaciones de la vida del adolescente.

1.4.2 Influencia de la Infancia en la Adolescencia

Es importante anotar que para el enfoque y tratamiento de los subtemas seleccionados hay que partir de las primeras relaciones afectivas del niño, ya que son de importancia decisiva; vale aclarar que la alusión a las etapas anteriores y posteriores a la adolescencia será somera, porque se parte del supuesto de que existen o se elaborarán trabajos al respecto.

v La pubertad había sido considerada durante mucho tiempo como el otro punto de partida a la vez físico y psíquico del desarrollo sexual. En los "Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual", Freud sostiene por el contrario que la sexualidad comienza desde la primera infancia, al mismo tiempo que expone su concepción del desarrollo psicosexual del hombre. El bebé depende totalmente de su madre: ella es la que procura en la primera infancia todas las sensaciones agradables; no se distingue de ella.

Solamente en el octavo mes, en el momento del destete, comenzará a diferenciar de una manera clara su rostro de los otros rostros y considerarla como una cosa fuera de él, como un objeto que él carga de afectividad y que se convierte en el centro de su

universo. Pero la madre impone también ciertas disciplinas, en primer lugar en el momento de la educación de la limpieza. Sigue siendo fuente de placer, pero se convierte también en fuente de imposición, con lo que el niño desarrolla respecto a ella unos sentimientos mixtos de amor y resentimiento.

Aparecen tres fases: la primera es la fase oral. La succión del pecho materno o del biberón proporcionan al bebé un placer debido a la satisfacción de la necesidad de alimentarse. Pero muy pronto el placer de succionar se separa de la función alimenticia y se hace autónoma. El niño experimenta una intensa sensación de placer por el simple hecho de chupetearse rítmicamente el dedo. Es la mucosa bucal, zona erógena, la que - así excitada - procura el agrado; por eso, esta fase se llama fase oral.

El aprendizaje de la limpieza llama la atención del niño sobre el agradable alivio que resulta de la defecación, al mismo tiempo que se manifiestan las primeras prohibiciones en forma de un control impuesto a esa expulsión en lo referente al tiempo, al lugar y a la manera. La retención de las heces cuando está sobre el baño, además de la defecación fuera de momentos permitidos, manifiestan en el niño la desobediencia, el rechazo, la oposición. La disciplina esfinteriana representa para él la primera barrera a la libertad de disfrute. Todo lo que afecta a los esfínteres se convierte en el símbolo de lo que está prohibido. Así la retención intestinal puede ser una manifestación de rebeldía, pero también puede ser intentada para alcanzar después un placer mayor. Se instala una alternativa retención-defecación, que produce una sensación agradable por la excitación de la mucosa anal convertida en zona erógena. Así se llega a la segunda fase. La fase anal.

Posteriormente se asiste a un despertar de la zona genital. El niño se percibe de una diferencia de los sexos. La zona erógena se convierte ahora en la zona genital: pene y clitoris. Esta es la tercera fase, la fase fálica en el curso de la cual el niño se procura placer manipulando sus órganos genitales.

A partir de los cuatro años, los niños perciben la diferencia entre los sexos: unos están provistos de un pene, otros no. Como les es naturalmente imposible comprender la verdadera justificación de esta diversidad de anatomía, se forjan explicaciones

fantásticas: la niña no tiene pene, porque le han aputado este órgano como castigo, porque la madre no la ha querido bastante. Así se origina en el chico el temor a que le sea infligido el mismo castigo y, en la chica una sensación de inferioridad y de envidia del pene; nace lo que Freud llama el complejo de castración, una situación de temor y de angustia que se ve reforzada además por el hecho de que la manipulación de los órganos genitales, característica de la fase fálica, es en la mayoría de los casos severamente reprimida por los padres.

Aparece una relación triangular de un tipo particular entre la madre, el padre y el niño cuando éste último llega a la edad de los cinco años aproximadamente: es el Complejo de Edipo. En esta edad, el niño siente hacia su madre, además de sus sentimientos de afecto, una atracción sexual: el padre se convierte entonces en un rival cuya desaparición desea. La niña, atraída sexualmente por su padre, se vuelve hostil a su madre. No hay que pensar que el niño está enamorado de su madre a los cinco años en el sentido de la sexualidad genital adulta, y que la niña lo esté de su padre en las mismas condiciones. No es la madre en cuanto mujer lo que atrae al niño, sino que, en razón del cuidado que se toma por él, la madre se convierte en objeto de esta sexualidad infantil.

En la evolución normal, el chico renuncia a esta estrecha relación con su madre y la reemplaza por unos sentimientos desexualizados de ternura y afecto. Al mismo tiempo, se identifica con el progenitor del mismo sexo, es decir, con su padre: aspira a parecerse en el futuro en lugar de querer reemplazarle en el presente. A los sentimientos ambivalentes de odio mezclado de amor, de celos mezclados de envidia, de rivalidad mezclada de admiración, sucede un indefectible afecto, un gran deseo de agradarle y un constante esfuerzo por imitarle.

Esta identificación con el padre, marca una etapa crucial de la evolución psico-sexual del niño, y un gran paso hacia la identificación masculina y la identidad sexual apropiada y claramente definida.

La niña puede rechazar durante un tiempo variable la admisión de que le falta el órgano viril; imagina, por ejemplo que el pene está escondido en el interior de su cuerpo y que aún no ha salido; puede tener envidia de los muchachos de una manera más

o senos fuerte y duradera y comportarse como ellos. Tiende a reprochar a su madre al estar desprovista como ella, a hacerla responsable de su propio estado e, impulsada por el resentimiento, torna a su padre como nuevo objeto de amor. El período Edípico de la niña comienza por una inclinación afectuosa, sexual y erótica respecto a su padre y por unos sentimientos ambivalentes de rivalidad y de hostilidad frente a su madre.

La disolución del complejo de Edipo es mucho más larga y difícil en la niña que en el niño. Cuando renuncia a los deseos que dirige hacia el padre puede dudar, durante cierto tiempo, entre la identificación con la madre y la regresión a un estado infantil de dependencia respecto a ésta última.

Para que la identificación con la madre en sus papeles de esposa y en su relación padre-esposa, sea posible, la niña debe inhibir rigurosamente sus demandas infantiles. A menudo, el resentimiento contra la madre se prolonga y el complejo no llega a una disolución decisiva. Persisten a menudo, en la adolescente sueños de situación triangular de amor que ponen de manifiesto el hecho de que ella se considera aún inconscientemente rival de la madre ante el padre.

Por el contrario, el chico, cuya evolución psicosexual se realiza en función de la misma persona, la madre, no tiene que reprimir de forma semejante su sexualidad. El establecimiento de una relación más estrecha con el padre facilita su lucha por la independencia; su sexualidad infantil no está ligada estrechamente al padre, por lo que no se dificulta la identificación con éste último, mientras que, por el contrario, en la chica podría perturbarse la identificación con la madre.

A partir de los seis años, el niño ha superado mejor o peor el Complejo de Edipo y ha establecido, por consiguiente, una identificación suficientemente sólida con el padre del mismo sexo, entra en el denominado período de Latencia, que va a durar hasta la pubertad. Este período de latencia se caracteriza por un equilibrio, que no se debe a una disminución de la fuerza de las pulsiones, sino, por el contrario, a un mejor control ejercido sobre ellos por el ego y el super-ego. Los estímulos sexuales se hallan así moderados y desviados de la expresión directa. En esta etapa comienza la edad escolar. La agresividad encuentra entonces el medio de resolverse más fácilmente

en la competición escolar y social que los adultos fomentan en la mayoría de los casos. Una gran parte de la energía de las pulsiones sexuales es posiblemente desviada y absorbida por este deseo de vencer.

Según Freud, los elementos primarios que intervienen en los mecanismos intrapsíquicos son, en primer lugar, las fuerzas y las pulsiones sexuales y agresivas que él denomina ello; a continuación el ego, que ejerce por medio de la inteligencia, el lenguaje y otras capacidades exclusivamente humanas, un papel de mediación y de interpretación, a fin de mantener el equilibrio psicológico entre las aspiraciones propias del individuo y los imperativos del mundo exterior; finalmente, el Super-ego formado por la educación, que comprende la escala de valores, la noción de lo que es justo, las reglas morales y los modelos de identificación.

El período de latencia va a influir en la manera en que el niño abordará el período subsiguiente y todo el transcurso de la adolescencia estará influido por él.

La satisfacción o carencia excesivas en una de las fases de desarrollo retrasará o entorpecerá su desarrollo posterior, y añadirá problemas en la etapa de la adolescencia.

La vivencia de la sexualidad, en el sentido amplio, es el problema más importante al que se enfrenta el adolescente, pues incluye los procesos de adaptación a las personas que le rodean y, así mismo, la experimentación afectiva de todo tipo de relaciones con el objeto sexual elegido.

El análisis y la evaluación de dichas actividades han podido demostrar en forma clara, el reconocimiento de la creciente necesidad de dar nuevos pasos que lleven a abordar planteamientos más profundos y de mayor amplitud que puedan ofrecer respuestas satisfactorias a una problemática sexual que se vuelve, día a día más acuciante.

El aprendizaje sexual es el conjunto de experiencias formales e informales, verbales y no verbales, que van implícitas en el ser hombre o mujer. Todas estas experiencias desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida, afectan al desarrollo de la

personalidad y a las futuras relaciones. La educación sexual incluye el aprendizaje sexual dentro de algún programa que debe explorar los factores psico-físicos y sociales que comprometen a la persona en su totalidad.

La expresión sexual genital puede ser una parte muy importante de la sexualidad de una persona, pero es un aspecto relativamente pequeño del aprendizaje sexual.

El proceso normal de la vida proporciona un aprendizaje sexual informal. Se desarrollan sentimientos acerca de sí mismos y acerca de los demás. Se forman las propias opiniones sobre cómo actúa la gente y sobre cómo debería comportarse, a base de observar a quienes nos rodean. Se aprende a dar y a recibir afecto y amor, y a formar relaciones.

Educación: Se designa así al desarrollo de las facultades intelectuales del individuo, sus propias fuerzas físicas y el perfeccionamiento de la percepción sensorial, de acuerdo con normas de conducta colectivas e individuales; es un proceso que se da a través del tiempo y que debe impartirse y auto-aceptarse durante toda la existencia.

La educación se imparte por medio de explicaciones momentáneas, que conforman una instrucción constante, la cual debe acompañarse de un comportamiento socialmente "ejemplarizante".

Conviene aclarar que informar acerca de la sexualidad y educar la sexualidad no son términos sinónimos, sino que se distinguen como la parte del todo. La información se dirige al conocimiento; un informado en lo sexual es alguien que sabe en lo referente a las relaciones sexuales, a la maternidad, al parto, y sabe acerca de todo esto con verdad y no metafóricamente o con mitos. La educación, en cambio, va dirigida al comportamiento del hombre; se dirige a un saber vivir y no a un saber tan sólo. Y no se trata de un vivir puramente externo, de un vivir entendido como manipulación, por muy excelente que ésta sea, sino que es cuestión también de un vivir tendencial y afectivo. La vida psíquica entera (conocimiento, tendencia, afectividad) juntamente con la actividad externa, entran bajo el quehacer educativo de la sexualidad. Y no debe desglosarse la educación de la sexualidad de la educación general del sujeto

humano.

La información **ES** una condición necesaria pero no suficiente para que el hombre sepa vivir sexualmente como hombre; se requieren además los otros elementos educativos y el querer personal del interesado.

La educación sexual será la suya de la información, la explicación y la formación; centrarse sólo en un aspecto será parcializar el proceso educativo.

La explicación será tocada **CON** el evento mediante el cual el individuo adquiere o desarrolla su perceptibilidad sobre una materia cualquiera o sobre parte de ella, por medio de la exposición de sus causas, motivos y sus consecuencias; en cuyo caso se hace necesario el empleo de un léxico accesible por quienes la reciben y que necesita el estudio de individualidades, grado de instrucción, educación y cultura por parte de quien la imparte.

Formación: Se llamará formación a la evolución mediante la cual el individuo adquiere y desarrolla su fisiología y su conducta, bajo un marco conceptual de valores sociales; implica un proceso de adaptación y aceptación a un medio ambiente social por parte de la persona.

Cuando la formación sexual ha sido deficiente, la persona tiene miedo de su sexualidad, por no encontrarse preparado para afrontarla.

La formación sexual, ha de empezar en la más temprana infancia y encaminarse a dar a cada individuo, el orgullo de su sexo, sin que este orgullo implique el desprecio del sexo opuesto. En efecto, es ya trabajar en la formación sexual de un ser, esforzarse por desarrollar en él los gustos y facilitarle las condiciones de existencia que corresponden a su sexo. Debe encaminarse a favorecer la evolución de la sexualidad, y guiarla hasta una madurez armoniosa.

Información: Se designará así el perfeccionamiento por medio de la instrucción –caudal de conocimientos adquiridos– el aprendizaje técnico y/o explicativo mediante la transmisión de ideas, conocimientos, o doctrinas utilizadas para dar a conocer el

estado de un evento o informar sobre él.

La información sexual puede ser no verbal, que es la adquirida por la experiencia, tal como: Observar la práctica sexual en animales, experiencia sexual con adultos, etc. Si es la única información que recibe la persona tiene grandes desventajas ya que, la persona ve pero interpreta a su manera; además esta información es muy insuficiente. Existe también la información verbal familiar, que generalmente no es completa y está impregnada de las connotaciones emocionales que lo sexual tiene en los padres. De otro lado, existe la información científica que es la que la persona debería recibir del colegio, los libros, etc. y que se atiene a la entrega de conocimientos específicos y objetivos. También existe una información que no es percibida conscientemente por el individuo y, sin embargo, contribuye notablemente a la determinación de su comportamiento sexual. Esta información estará dada por las imágenes de los roles sexuales, que llegan al sujeto de los seres que lo rodean, los que le entregan los medios de comunicación de masas, las imágenes utilizadas por la propaganda, etc. La información consciente es mínima en relación con la información inconsciente que a cada momento estamos proporcionando y que está determinando las conductas sexuales de los jóvenes. Es el adulto y su escala de valores el agente responsable del desarrollo e integración de la sexualidad del niño y del adolescente o su rechazo de ésta.

Los padres no pueden escoger entre proporcionar o no información sexual, sólo les queda la alternativa entre si hacen algo positivo o algo negativo con respecto a ella.

Es importante proporcionar información imparcial, objetiva, adaptada a la edad física, emocional y mental, así como a la experiencia de los educandos, con afecto y respetando siempre su personalidad.

En este trabajo la información es enfocada desde el aspecto de transmisión de conocimientos, con el fin de ampliar y aclarar las imágenes conceptuales que sobre la sexualidad posee el adolescente.

*

2. METODOLOGIA

Un objetivo importante del programa es desarrollar un método para la instrucción sexual, que se adecúe a los adolescentes de nuestro medio, incorporándolos como sujetos activos en el proceso educativo.

Desde la perspectiva educativa adoptada por el programa se asume que la formación sexual es indispensable y así mismo, que las conductas específicas relacionadas con la sexualidad tienen básicamente una raíz de tipo cultural y/o religioso que las condicionan.

La selección de los temas a partir de los cuales se diseñó y **posteriormente** se elabora este **Material** se fundamenta básicamente en dos vertientes:

Información recogida mediante una revisión bibliográfica.

Entrevistas y conversaciones con adolescentes y personal encargado de su información sexual.

Previo a la selección de los posibles temas a tratar, fue necesario clarificar la situación en que se encuentra el adolescente actual respecto a la educación sexual, para poder determinar posteriormente las necesidades detectadas y, seleccionar los temas que eran susceptibles de ser considerados como temáticos del material.

El sondeo a los alumnos se hizo en forma grupal, y al personal docente se llevó a cabo en forma individual.

En esta fase de exploración se pudo recoger una gran cantidad de información, de la que se seleccionaron aquellos aspectos más relevantes.

Se procedió luego a la observación y análisis del material para así tener un conocimiento más amplio y preciso de él.

La falta de objetividad en los programas y la falta de diálogo e información aparecieron como las dificultades más generalizadas del adolescente en su aspecto sexual.

La realización de un trabajo como el presente, hizo necesaria una amplia documentación y asesoría de personas versadas en el tema.

2.1 EXPLORACION DE NECESIDADES RESPECTO A UN MATERIAL AUDIOVISUAL

Con el fin de tener un mayor conocimiento de las inquietudes de los adolescentes en nuestro medio, así como la del personal docente, se realizó un sondeo sobre la necesidad de un material audiovisual objetivo, para la educación sexual de los jóvenes. La información obtenida hizo posible marcar un derrotero, y pautas de procedimientos y método. Dicho sondeo fue realizado mediante preguntas a educadores y educandos del Valle de Aburrá, a fin de circunscribirlo especialmente a la idiosincrasia propia de esta ciudad, pensando que en determinado momento puede hacerse extensivo a las características de la juventud colombiana en general.

El sondeo constó de dos fases principales: una hacía referencia al material existente y la otra se centraba en la percepción de la propia sexualidad por parte del adolescente.

En el primer caso se pregunté sobre aspectos como el tipo de material empleado para la educación sexual juvenil, sus principales aportes, cobertura de necesidades y limitaciones, principalmente. En lo que respecta a la percepción y expresión de la sexualidad del adolescente, se enfatizó en la importancia que dan a la educación sexual, tipo de información a que tienen acceso, ventajas y desventajas de esa información, necesidades que detectan en el campo de la educación sexual y temas y sugerencias para un nuevo material.

Simultáneamente al sondeo se revisaron los audiovisuales existentes, su asequibilidad, su facilidad de comprensión y su enfoque, lo cual se concatenó con las conclusiones extractadas de nuestro propio sondeo para establecer el plan de trabajo propio.

ñ pesar de que las respuestas y reacciones al sondeo fueron variadas, pudo forjarse una idea general acerca de las inquietudes de la sexualidad juvenil, para establecer tópicos de mayor demanda y aceptación para educadores y educandos.

2.2 SONDEO Y RESULTADOS

El primer paso realizado fue la escogencia de colegios, contando con la facilidad, aceptación y colaboración que estuviesen dispuestos a dispensar. A continuación aparece la lista de las instituciones educativas que colaboraron y fueron empleadas para la elaboración del presente trabajo.

Colegios con audiovisuales

- INEM del Poblado.
- Normal Nacional de Varones
- Instituto Jesús de la Buena Esperanza
- Colegio Javiera Londoño
- Colegio Sermán Medina
- Colegio Lucrecio Jaramillo

Colegios sin audiovisuales

- Colegio Fernando Vélez
- IDEM Niquía
- Colegio Santa Juana de Lestonac
- Colegio Carmelita Arcila
- Colegio María Auxiliadora
- Colegio Cristo Rey
- Liceo Cooperativo Andrés Bello
- Colegio Francisco Antonio Zea
- Colegio Baspar de Rodas
- Colegio La Tablaza
- Colegio San Antonio de Prado
- Colegio Alfonso López

Después de visitar colegios femeninos, masculinos y mixtos de carácter oficial y privado, existiesen o no sistemas audiovisuales sobre educación sexual, pudo tenerse una apreciación sobre la calidad de la educación sexual que se está impartiendo al adolescente-estudiante y verificar su efectividad, analizar científicamente su contenido y recoger inquietudes y sugerencias para el proyecto.

La recolección de información concerniente a pros y contras de los programas existentes, se efectuó en forma de entrevista sondeo individual a psicorrientadores y profesores encargados del material y, mediante la motivación, se indujo a los alumnos para que dieran a conocer sus propias opiniones respecto al conocimiento del material sobre el tema, a la vez que se sondeaba el tipo de enfoque que, a su juicio, se requiere para la elaboración de un nuevo material, de acuerdo con los vacíos detectados y a las insuficiencias de los trabajos existentes, haciendo énfasis sobre la importancia de los aspectos a tratar con respecto a la sexualidad, como respuesta a sus propias inquietudes.

En lo que respecta a los psicorrientadores de oficina, con quienes se tuvo oportunidad de dialogar personalmente, logrando un intercambio de conceptos e ideas con respecto al material existente, debido a que ellos en su función cotidiana se ven obligados a emplearlos con gran frecuencia. Estos coincidieron en sus conceptos en forma casi total, así expresados:

"...Es un material inadecuado, el cual se utiliza por no existir, en el momento, la posibilidad de elección.

"...Su realización la llevan a cabo sacerdotes, quienes, en lugar de ser imparciales en el enfoque, explicitan y enfatizan su concepción ideológica.

"...El contenido sexual es muy idealista y, por tanto, poco objetivo y científico".

"...En la actualidad es necesidad imperiosa un programa que contenga la descripción psico-fisiológica de la sexualidad y que lleve a la formación de actitudes en el educando; de hecho, se hace tangible la necesidad de una interacción de lo

psicológico y lo fisiológico, si se quiere elaborar una ayuda docente para la educación sexual en los tiempos actuales”.

También se realizaron en forma individual las entrevistas con el personal docente (psico-orientadores del colegio y profesores encargados) en cuyo campo se tropezó con una diversidad de opiniones que llegaban inclusive a contraponerse.

El personal docente manifestó conceptos diametralmente opuestos de aceptación y no aceptación (del material existente) al cual atribuyeron algunos, el defecto de pecar de moralista en vez de científico, al mismo tiempo que le criticaron la falta de expresividad y ajuste del guión con la parte visual. En cambio otros atribuían más fallas al medio externo que a **IDS** sistemas en sí, es decir, a carecer de un sitio apropiado para la proyección; a que los estudiantes no deseaban ver fotos expresivas sino que su interés radicaba en el nivel pornográfico desechando la instrucción misma.

Noabraron, además, como condicionante el empleo de un vocabulario muy especializado que dificulta la aprehensión del conocimiento por parte de los estudiantes; se enfatizó en que el lenguaje no es rebuscado sino técnico y que se escapa al léxico a que tienen acceso los estudiantes de los primeros niveles, en los cuales la educación sexual está restringida a lo que hagan profesores de catcquesis, exploración vocacional o los practicantes -si es (fue existen-, Pero no emplean para la instrucción ningún sistema audiovisual por carecer de él o por considerarlo inadecuado.

En cuanto al enfoque de los programas surgieron ideas diferentes que, de un lado, expresan que hay que desligar la moralidad de la ciencia y ser muy objetivos; en tanto que otros afirman que la moral es necesaria para no elaborar un trabajo aberrante que, en vez de educar, deforme. Fue partidaria de este concepto una minoría de los entrevistados,

Y, por último, con los estudiantes -en este caso alumnos de 62 y 112 grado- las entrevistas se realizaron grupalmente, lo que dió lugar a diversidad de opiniones debido al amplio rango de edades que se involucra en un sondeo hecho en todos los

diferentes grados académicos, diversidad que también se ve reflejada en la expresión de los intereses que al respecto se tenga, los cuales, según pudo constatarse ofrecen una amplia gama de variación con la edad.

El descontento fue general, de un lado porque no se les daba acceso a dichos sistemas en los primeros niveles, de otro, porque aquellos que los conocen los consideran de muy marcada tendencia religiosa.

Afirman, algunos estudiantes, que una clase de orientación sexual es equivalente a una clase de catequesis; lo que, generalmente, implica un gran énfasis en las cuestiones éticas y morales, restándole importancia y objetividad, impidiendo así, que el tema sea tratado con la debida científicidad, ya que se les presenta la sexualidad como algo que genera culpabilidad y cuyas prácticas ~~SÓLO~~ son posibles bajo aprobación moral. "Siempre que se habla del coito, por ejemplo, se introduce la palabra matrimonio" según la expresión de los alumnos.

La instrucción sexual en los colegios no está avanzada en lo más mínimo, ya que carece de los medios físicos, de material objetivo y de personal docente lo suficientemente idóneo, que sean capaces de demostrar el carácter científico de la misma.

Manifestaron, además, los estudiantes que la orientación sexual que recibían carecía de continuidad y de orden, ya que las más de las veces eran una repetición de lo que se había visto ~~IDS~~ años anteriores. Es el caso, por ejemplo, de estudiantes cuyas primeras nociones fueron recibidas del profesor de catequesis, siendo luego repetidas por el profesor de exploración vocacional, llegando a hacerse algo monótono. Cabe anotar que el eje central de estos cursos era la ilustración, de la manera mas limitada posible, sobre la anatomía y fisiología de la reproducción, con énfasis en sus fines procreativos, manteniendo una instrucción normativa y prohibitiva acerca del comportamiento sexual.

Otros estudiantes manifestaron que en sus clases de orientación, el profesor se limitaba a preguntarles que dudas tenían respecto a la sexualidad, lo que inducía a grandes momentos de silencio, ya que, según ellos, no encontraban la forma de

preguntar.

Dado el hecho de que en las visitas realizadas se seleccionó un grado académico por cada plantel, se constató que las necesidades e intereses sobre educación sexual varían de acuerdo con la fase de la adolescencia que en el momento vivan.

Temas Sugeridos

Al cuestionarse a todos los niveles de entrevistados sobre los temas que, a su modo de ver, deben tratarse o profundizarse, aparecieron los que a continuación se relacionan, luego de haber intersectado las diferentes opciones ofrecidas, tanto a nivel de psicoorientadores y maestros, como estudiantil.

- Diferencias psicofísicas entre los sexos.
- Roles estereotipados de los sexos.
- Las relaciones sexuales en la adolescencia.
- Las enfermedades venéreas.
- La inversión sexual.
- Cómo vencer inhibiciones para hablar de sexo.
- Cómo propiciar encuentros con el sexo opuesto.
- Diferencias entre el amor y la sexualidad.
- La menstruación.
- La masturbación.
- **El coito.**
- Cómo identificar el orgasmo femenino.
- Métodos anticonceptivos.
- El embarazo.
- El aborto.
- La pornografía y sus incidencias en la vida sexual.

Cabe constatar que la educación sexual realizada ha tendido invariablemente a reducirse a intenciones o contenidos estrechamente informativos (mera transmisión de información) con escasa o ninguna acentuación de los aspectos formativo-educativos capaces de ir creando, en **IQS** educandos, posibilidades de adopción de actitudes y

comportamientos críticos y maduros.

En lo que respecta a los textos empleados para adquirir y, posteriormente, impartir esta información se encontró que los utilizados son en su totalidad elaborados por sacerdotes: "Vida y Amor", "Educación para Nuestra Mente", "Educación para el Amor", "Los del Padre Briceño", siendo su contenido bastante parcializado. Por lo comentado, es un material elaborado con miras a ser utilizado en clases de catequesis.

Una de las carencias detectadas fue la falta de personal previamente capacitado y de programas prototipo que puedan orientar a un primer acercamiento a la dimensión sexual y, por ende, la dificultad que persiste de parte de los educadores con respecto a la educación sexual, así se manifiesten sinceramente interesados en ella; su actitud, su manera de evadir las preguntas del adolescente, inclusive su ingenuidad al expresar que sus alumnos "no les hacen preguntas" demuestran, por un lado, su falta de conocimientos frente al tema y, por otro, su actitud personal hacia la sexualidad.

En lo que respecta a los estudiantes-adolescentes se percibe una carencia de orientación y formación que les impide ver que la sexualidad va orientada a una sana aceptación por parte de hombres y mujeres de su cuerpo y de sí mismos.

Cabe anotar, además, que los adolescentes están sujetos a recibir una educación e información sexual que depende de la concepción ideológica del quien la transmite, encontrándose, muchas veces, con orientadores que poseen concepciones diametralmente opuestas, que van desde la prohibición hasta una visión que podría considerarse, casi, de libertinaje exagerado, donde todo está totalmente permitido. Esto crea en el educando un descontrol y una ambivalencia insoportable.

2.3 CONCLUSIONES Y PLAN DE TRABAJO

El tema sexual tradicionalmente problemático, se ha convertido actualmente en tema conflictivo que sume a niños, jóvenes y adultos en una crisis profunda de

desorientación y la consiguiente búsqueda de la información correcta en fuentes responsables.

Desde el punto de vista educativo, la mencionada crisis detersina un generalizado sentimiento de incapacidad para solucionar y orientar los problemas y conflictos que, en el área de la sexualidad, se presentan.

Se partió entonces de las siguientes necesidades:

Necesidad de un material original, elaborado con base en las necesidades de nuestro medio, ya que los programas trabajados en la actualidad son importados y, por tanto, pertenecen a medios socioculturales diferentes.

Programas con un contenido integral; es decir, no puramente limitados a la anatomía y fisiología, sino que cubra otras áreas afines como la psicología, dirigido a proveer conocimientos y a orientar actitudes y valores. La mayor parte de los programas realizados han dispensado una excesiva importancia a la dimensión biológica de la sexualidad. Un programa de educación para la sexualidad humana no debe estar circunscrito simplemente a dar información, sino que debe ser un proceso global, basado en los conocimientos científicos actuales acerca del papel que le corresponde a la sexualidad humana en la vida de los individuos.

Programas Funcionales: El proceso educativo, incluyendo el proceso de capacitación y los materiales debe ser funcional; es decir, los programas deben estar relacionados con los problemas prácticos que encara el adolescente en la vida diaria. Por tanto, el programa debe ayudarle a entender mejor sus propios conflictos, fomentar la discusión de las razones por las cuales existen y llevar al análisis de una mejor manera de afrontarlos. Por consiguiente, los diferentes temas relacionados con la educación sexual deben ser considerados importantes por el propio educando, y los resultados del programa educativo deben ser prácticos, de tal forma que capaciten al estudiante para utilizar inmediatamente las informaciones recibidas para comprensión de los problemas detectados como conflictivos para cada grupo o individuo en particular.

Necesidad de fomentar en los estudiantes una terminología sexual científica correcta: con frecuencia los estudiantes se refieren a los órganos o comportamientos sexuales en lenguaje vulgar o popular por ignorancia o vergüenza. Con mucho tacto hay que alentarlos para que utilicen la terminología adecuada, tanto para poner énfasis en la seriedad del tema como para garantizar la comprensión mutua.

Necesidad de actualización: El material y la orientación sexual que se han venido impartiendo en la actualidad, en muchas partes es obsoleto. Quiérase o no instruir sobre sexualidad, el adolescente recibe información sexual indiscriminadamente, a través de múltiples medios: radio, revistas, periódicos, películas, televisión, etc.

Finalmente, necesidad de un material como perspectiva metodológica: con el material audiovisual se pretende salir de esquemas tradicionales (ortodoxos) que se basan, primordialmente, en la exposición de temas. El material proporciona al facilitador recursos diferentes, cambio de metodología y mayor seguridad para proyectarse al adolescente, al mismo tiempo que obtendrá mayor motivación, atención, e interés del participante.

3. AUDIOVISUAL

3.1 MARCO EXPLICATIVO DEL GUION

3.1.1 Fases de la Adolescencia

Tanto aprendizaje como la expresión sexual empiezan desde el momento mismo del nacimiento y continúan a lo largo de todo el ciclo vital. Cada etapa en la vida de una persona tiene tareas diferentes de expresión sexual.

La pulsión sexual no aparece en forma terminada sino que tiene que pasar a través de un desarrollo complicado hasta llegar a la madurez genital.

La aparición del desarrollo sexual al iniciarse la adolescencia, no es repentina ni brusca. La conducta general, y la sexual en particular, es el producto final de diversos sistemas que interactúan y que cambian a través del tiempo. Estos sistemas son de tipo biológico, psicológico y social, es decir, participan en cada individuo factores biológicos individuales como son la maduración de los sistemas nervioso y endocrino, la experiencia personal y la transmisión cultural; la interacción de estos factores en cada individuo conlleva a la formación de dinámicos y pautas particulares de conducta, para manifestar y satisfacer el impulso sexual.

El desarrollo progresivo y continuo de la sexualidad, puede ser dividido en fases, con base en las formas comunes de expresión de esta sexualidad, que se presentan en los individuos de cada cultura a edades cronológicas similares.

Sin embargo, hablar de fases propiamente dichas, diferenciadas la una de las otras por una brecha o espacio de descanso en la realización sexual del individuo, marcadas por límites coherentes y precisos, es ilusorio; tal vez estén caracterizadas por un estadio intermedio donde se conjugan los modos de expresión ya conocidos; en una fase anterior y el surgimiento de nuevas formas de exteriorizar y satisfacer las propias pulsiones sexuales que enmarcan el preludio de una etapa posterior.

La actividad está, pues, organizada desde el punto de vista cronológico pero aunque se establecen parámetros específicos, ello no implica que éstos sean rígidos e inflexibles, pues todos sabemos que el desarrollo varía según cada individuo en cuanto a ritmo, velocidad y características particulares.

La sexualidad, como manifestación de la pulsión y como acto humano, tiene toda la complejidad de la conducta general del hombre y su madurez está determinada por la concatenación de la edad cronológica, el desarrollo biológico y las formas de expresión de las pulsiones internas, remitiéndose a un proceso lento, en espiral, escalonado, que presupone un desarrollo lógico de los modos de exteriorización de las pulsiones; es decir, se han fijado límites cronológico-culturales que enmarcan o corresponden a un tipo determinado de conducta con respecto a lo sexual; por ejemplo, es inmaduro que un adolescente se comporte sexualmente como un niño, o que un adulto se comporte como un púber.

Como este trabajo, se centra sustancialmente en el desarrollo psicosexual de la adolescencia, comprendido desde sus inicios en la prepubertad hasta el estadio adulto, se limita a describir las fases de este período que son tratadas separadamente en los diferentes capítulos.

La prepubertad, considerada como una fase de preparación para los cambios puberales.

A la relativa calma del período de latencia sucede el período prepuberal, estadio de crisis y desorganización, prosiguiendo tentativas de adaptación, antes de conseguir una nueva organización de la personalidad a un nivel más elevado.

La pubertad: Es el período de los fenómenos biológicos. Se inicia con un crecimiento general y de los órganos sexuales en particular. Se adquiere madurez sexual y la configuración incipiente de las características sexuales secundarias.

En la pubertad se da un segundo período de interés sexual caracterizado por un despertar de los impulsos sexuales. Este interés se continúa durante los años

adultos y normalmente no se pierde en el transcurso de vida de los individuos.

Es el período en que la excitabilidad sexual general del cuerpo se concentra en los genitales. Es una etapa crítica del desarrollo psicosexual no sólo por la novedad de las experiencias, sino por el efecto que los factores situacionales específicos que las experiencias sexuales de esta fase producen en su vida sexual adulta, moldeando en gran parte sus preferencias, gustos, estímulos y respuestas sexuales.

La adolescencia: Será tomada de un lado, como la etapa en la que las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y sus caracteres funcionales completos; de otro, como la adaptación psicológica, la reacción del individuo a la ruptura del equilibrio.

Sus características y experiencias están más influenciadas por valores y circunstancias psico-culturales; ésto conduce a que gran parte de las experiencias, sentimientos, comportamientos y privaciones que la acompañan sean resultado de valores, demandas y condicionamientos limitantes, dependientes de las exigencias de los adultos.

Es paradójico que, precisamente cuando los deseos sexuales son más vehementes y la capacidad de la actividad sexual es mayor, el adolescente esté socialmente más limitado. No se tolera la relación heterosexual premarital ni se facilita la vida de pareja por razones económicas y de educación, y otras formas de satisfacción sexual son condenadas y ridiculizadas. Entre las pocas salidas para su satisfacción sexual le queda visitar el prostíbulo con toda su pobreza ambiental y afectiva y la insatisfacción personal que implica un acto puramente fisiológico.

Todas estas circunstancias hacen que los adolescentes no puedan gozar espontánea, libre e íntimamente de su potencial sexual y que acumulen inhibiciones y restricciones, que luego los limitan también en su vida sexual adulta. En la adolescencia, la actividad sexual y el mayor o menor éxito de los contactos psicosexuales, juegan un papel muy importante en la identificación sexual. El

coito o el orgasmo no son la única forma de expresión sexual ni la condición fundamental de la satisfacción sexual. La necesidad de contacto físico, por ejemplo es una necesidad que satisfecha puede cumplir importantes funciones en el orden emocional y sentimental, incluida la sexualidad.

Descritas las etapas a tratar, es importante anotar una vez más, que el desarrollo psicosexual no va siempre al mismo ritmo del crecimiento biológico, sigue reglas propias, dinámicos psíquicos conscientes e inconscientes, lo que confirma que la conducta y tendencias sexuales, se desarrollan y se aprenden en una interacción compleja de lo biológico, psicológico y social.

3,1,1,1 Prepubertad

Para comprender **ID** aspectos de la vida psíquica y su repercusión en la vida psicológica, es necesario conocer los fenómenos dinámicos que aarcan los primeros estadios de la existencia y del desarrollo del ser humano en su totalidad.

El crecimiento puede ser definido como el conjunto de procesos fisiológicos, que jalonan los estadios del desarrollo entre la concepción y la madurez. Este estudio lleva consigo la descripción de las grandes etapas del crecimiento y de sus características. Una parte de éstas, objeto de nuestro trabajo, es la adolescencia.

Para comprender mejor los acontecimientos que se desarrollan en este período es preferible dividirlo en varias etapas. Así podemos establecer en primer término la prepubertad, que será tratada a continuación.

La prepubertad es un período preparatorio que se caracteriza, esencialmente, por una aceleración del crecimiento de la talla y por «edificaciones de la morfología segmentaria. El prepúber no manifiesta características propias de un niño», porque muchos de sus rasgos físicos y pautas de conducta han comenzado a transformarse en las de un adulto. Mientras se produce el fenómeno de crecimiento longitudinal, las transformaciones internas siguen su curso, y aunque no tengan una correspondencia física, pueden apreciarse.

El prepúber debe ser informado sobre hechos como la eyaculación y la menstruación.

Es importante precisar que las primeras eyaculaciones no contienen aún espermatozoides completamente formados, de la misma manera que las primeras reglas tienen lugar antes de que haya ovulación, es decir, que un óvulo quede libre por la ruptura del folículo. Las condiciones necesarias para la reproducción no se dan por tanto, en este momento como podría creerse.

En esta época los individuos experimentan un desarrollo social muy rápido; y lo mismo ocurre con la exploración de su sexualidad.

Socialmente, el principal desarrollo que se produce en esta etapa de la evolución del individuo es la creación de amistades; los "mejores amigos" pasan a ser un componente muy importante. Los niños tienden a tener un grupo de varios amigos, mientras que las niñas tienden a tener una o dos amigas muy íntimas. Muchas veces lo que aisla a los chicos y a las chicas en un lugar solitario, es más la curiosidad que el atractivo sexual. E incluso, cuando tienen lugar ciertas actividades sexuales concretas entre chicos y chicas, es la curiosidad lo que desempeña el principal papel.

Esta nueva pauta de conducta significa un paso más hacia el rompimiento de la dependencia de los padres y hacia un sistema de relación con gente de su edad. A algunos padres les cuesta aceptar la normalidad de este comportamiento. Se lo toman como un rechazo hacia ellos y hacen que el joven se sienta culpable.

Sexualmente, los niños de esta edad prosiguen el proceso de auto-descubrimiento que se inició en el nacimiento y que no ha cesado desde entonces. También son cada vez más propensos a la masturbación.

Los actos sexuales, tales como la exploración del cuerpo del amigo o la masturbación en grupo, pueden ser más comunes que antes. Por sí solos, no nos dicen nada acerca de la orientación sexual del joven cuando sea adulto. Los motivos de los experimentos homosexuales en la pubertad probablemente son la curiosidad, los fuertes sentimientos hacia "Los mejores amigos", el deseo de probar debido a un creciente interés por la sexualidad o, tal vez, la defensa frente a una atracción hacia el otro sexo, cada vez

más intensa. Los grupos de preadolescentes están compuestos, salvo raras excepciones, por sujetos del mismo sexo. Los chicos, divididos en ese momento entre el temor y el deseo de la mujer, fingen tratar a las chicas con desprecio. Buscan compañeros de su sexo con los que forman un grupo, lo que les permite además transferir sobre la banda, y en particular sobre su jefe, sus propios sentimientos de culpabilidad. La vigilancia del super-ego queda así apaciguada y la colectivización de la falta hace superfluas las defensas personales. Esto explica la enorme importancia que a esta edad reviste el grupo a los ojos de los muchachos.

Los padres deben hablar a sus hijos sobre las eyacuaciones nocturnas. La primera eyacuación nocturna puede asustar al joven y resultarle una experiencia turbadora; así una charla sencilla y cariñosa sobre lo natural que es este hecho y sobre su significado puede ser de gran ayuda. Es también una oportunidad para comentar otras características de la adolescencia, época en que se necesita buena información, orientación y comprensión.

La orientación sexual debe ser tarea de ambos padres. Si es la madre la que informa sobre la eyacuación nocturna, resulta conveniente que el padre también enfoque el tema, ya que éste cuenta con su experiencia personal, y éllo dará otra dimensión a la charla, del mismo modo que la experiencia de la menstruación hará a la madre apta para intervenir en este tema.

La prepubertad, en ambos sexos se caracteriza por un desbordamiento de la actividad física que es expresión del crecimiento, pero también de la angustia que engendra la proximidad de la pubertad y el despertar de unos conflictos característicos de las primeras fases de la evolución. Se crea así un estado de tensión que se resuelve mediante la actividad física. El apetito aumenta a veces, notablemente, porque la glotonería es también una manera de combatir la angustia y la tensión. De ordinario, todo esto va acompañado por un deseo creciente de independencia e incluso rebeldía contra la autoridad de la madre. Susto por el desorden y el abandono, obstinación y desobediencia sistemática son habituales en la prepubertad.

En nuestra cultura, la actitud de los adultos hacia la sexualidad es con mucha frecuencia confusa. Por un lado se condena violentamente el placer sexual, por otro

que se hace altruista.

Cada vez que en el organismo han de establecerse nuevas síntesis y conexiones para formar un complicado mecanismo, aparece también aquí el peligro de perturbaciones orgánicas por defectuosa constitución de estos nuevos órdenes. Todas las perturbaciones orgánicas de la vida sexual, pueden considerarse justificadamente como inhibición del desarrollo.

La pubertad no constituye solamente una transformación del cuerpo y de sus diferentes funciones, sino también una transformación de la actitud del sujeto frente a su cuerpo (esquema corporal, actitudes hacia su propia imagen, modificación de su yo) así como una transformación de las actitudes del ambiente hacia el individuo transformado físicamente, actitud que repercute a su vez secundariamente en la representación que tiene de sí mismo.

La palabra pubertad significa "edad de la virilidad" y se refiere al momento en que los órganos reproductores maduran y comienzan a funcionar,

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo; éstos a su vez originan alteraciones en los intereses, las actividades y la conducta del sujeto. El desarrollo continúa después de haberse alcanzado la madurez sexual, pero en forma cada vez más lenta. Cuanto más compleja es la cultura, tanto más tiempo se requiere para aprender a actuar, a pensar y a sentir como adultos.

La pubertad se inicia con la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa.

El rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal, ya que las hormonas son las inductoras de los caracteres sexuales secundarios.

Las hormonas tienen funciones generales establecidas y válidas para ambos sexos:

Función organizativa, propia del desarrollo evolutivo de la pubertad como momento álgido.

- **Función excitativa**, relacionada con las funciones sexuales de la edad adulta.

El aumento de la concentración de hormonas sexuales en la sangre se produce merced a influencias internas y externas. Cualquier anomalía en este sentido puede impedir, llegada la pubertad, la aparición de dicha sexualidad o de algunos de sus principales rasgos, como por ejemplo, menstruación en la mujer. Las influencias provenientes del exterior son de índole muy variada.

Debidamente estimuladas por las hormonas sexuales segregadas por la hipófisis y en un proceso de feed back (circuito de retorno para intercambio de información) con ellas, las gónadas (ovarios en la mujer, testículos en el varón) segregan las restantes hormonas sexuales indispensables para completar las características femeninas y masculinas.

Aunque ambos sexos cuentan con hormonas semejantes, en cada uno de ellos varía la proporción de las mismas, de modo que una descompensación puede producir rasgos viriles en la chica o femeninos en el chico. En el hombre predominan los andrógenos, segregados por los testículos y las glándulas suprarrenales; mientras que en la mujer lo son, en una pequeña parte, por los ovarios, y, el resto, también por las glándulas suprarrenales. En la mujer son mayoría estrógenos y progesterona.

La producción de hormonas es acíclica, es decir continua, en el varón, en tanto las hormonas femeninas se sustituyen o superponen unas a otras según unos ritmos de tiempo determinado (cíclica).

Algunos de los efectos corporales de las hormonas son, por ejemplo, la evolución de la talla y el desarrollo de la masa muscular, que en el varón, se atribuyen al efecto trófico, es decir de nutrición dinámica de los andrógenos.

En la muchacha púber, una hormona producida por el folículo ovárico, la foliculina interviene en el aumento del tamaño del útero, de la vulva y del desarrollo de los

pezones. Los andrógenos se vinculan en cambio al aumento de los labios mayores de la vagina y del clítoris, así como a la aparición y crecimiento del vello axilar y (juntamente con el acné). La pilosidad está a cargo de los andrógenos. Estos pueden ser débiles y fuertes; el vello del pubis depende de un andrógeno débil, la androsterona, segregada por las glándulas suprarrenales; el pelo de la barba, en el varón, es debido a un andrógeno fuerte, emitido por los testículos, la testosterona, que influye también sobre el timbre de la voz.

Las hormonas folículo-estimulantes (FSH) y luteinizante (LH) mantienen la producción de espermatozoides en el varón y de óvulos en la mujer. La prolactina estimula la secreción de andrógenos, estrógenos y progesterona.

El papel primordial en el mecanismo de aparición de la pubertad lo desempeña el hipotálamo, zona de los hemisferios cerebrales, situada en su centro. Los núcleos del hipotálamo son los centros superiores de la regulación simpática, los centros de mando de la glándula hipófisis y los responsables de los automatismos instintivos y afectivos.

Para la hormona luteinizante existen dos centros: uno que asegura una secreción continua, como en el hombre, y otro que provoca una secreción que está ligada al ciclo menstrual en la mujer.

La segunda hormona sexual femenina, la progesterona, no aparece hasta después de la ovulación.

La hormona segregada por el cuerpo amarillo, la progesterona, como su nombre lo indica tiene como primera función preparar el organismo materno para la gestación.

El comienzo de la pubertad se encuentra, dirigido por la secreción, por obra de los centros hipotalámicos, de los "releasing factors": éstos últimos determinan, en efecto, la producción de las gonadotropinas - hormonas hipofisarias de acción estimulante sobre las glándulas sexuales- que van a conducir al organismo a la maduración funcional del sexo que le es propio.

Si todos los órganos del adulto, incluidas las gónadas, están ya presentes en el niño, se ve, sin embargo, en la pubertad, que la evolución del ser cambia notablemente. Sobrevienen modificaciones de tamaño y también de naturaleza, que transforman tan profundamente al sujeto, que se asiste a una verdadera metamorfosis.

Es importante anotar, aunque someramente, el desarrollo de los genitales desde la situación embrionaria hasta la pubertad, tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino.

El huevo fecundado está ya genéticamente sexuado. Sin embargo en el embrión existe ante todo una gónada primitiva indiferenciada al nivel del esbozo del riñón: el cuerpo de Wolff. Dos canales parten del cuerpo de Wolff y el canal de Muller. Esta gónada primitiva del embrión posee una doble potencialidad, ya que su parte superficial o cortical constituye el esbozo de un ovario, y su parte central o medular, el de un testículo.

Sin embargo, bajo la influencia probable del sexo genético, a partir de la séptima semana tras la fecundación, la gónada primitiva se orienta hacia un sexo determinado. Si un ovario se constituye a expensas de la parte cortical, la medular se atrofia: Si por el contrario, se forma un testículo en la medular, es la cortical la que desaparece; se asiste a la evolución de los canales bajo la influencia muy probable de factores hormonales segregados por la gónada embrionaria. Si se ha formado un ovario, el canal de Wolff se atrofia y el canal de Muller se desarrolla para formar el útero, las trompas y la parte superior de la vagina. Si por el contrario, se forma un testículo es el canal de Muller el que se atrofia y el canal de Wolff dará lugar al epidídimo: cuerpo alargado colocado contra el testículo y que contiene un canal muy contorneado por el que pasan los espermatozoides, los canales deferentes, la próstata y las vesículas seminales. En los casos normales, el desarrollo de uno de los canales implica la desaparición del otro: en el adulto, en efecto, no quedan más que vestigios insignificantes.

El tubérculo genital del embrión originará, según los casos, el pene y la parte terminal de la uretra, así como el escroto en hombre; el clítoris, los labios mayores y menores en la mujer, con separación de las vías genital y urinaria.

La orientación sexual del embrión está, pues, guiada a la vez por el sexo genético y las hormonas gonádicas. Sin embargo, si por casualidad la gónada masculina es deficiente, la diferenciación de los canales o diferenciación gonofórica se hará en el sentido femenino, aún sin ovarios; la potencialidad femenina es, pues, dominante.

De lo que, resulta que se pueden distinguir en un sujeto varios tipos de sexos elementales cuya armoniosa correspondencia desemboca en el sexo definitivo:

El sexo **genético**: que deriva del cariotipo;

El sexo **gonádico**: ovario en la mujer, testículo en el hombre;

El sexo **gonofórico**: caracterizado primero por la evolución de los canales de Wolff y Müller, luego por la anatomía de los órganos genitales internos y externos.

El sexo **somático**: aspecto general del cuerpo, caracteres sexuales secundarios;

Finalmente el sexo **psicoafectivo**: comportamiento masculino o femenino, en el que interviene la educación.

Estos diferentes tipos de sexos no aparecen al mismo tiempo, sino sucesivamente. El sexo genético viene dado desde el origen de la vida: durante el estado embrionario aparecen los sexos gonádico y gonofórico; muy pronto, en la infancia, comienza a constituirse el sexo psicoafectivo; finalmente, el sexo somático se precisa y se acaba durante la pubertad. Es evidente que, en un sujeto "normal" y normalmente constituido, todos estos sexos son del mismo signo y concurren cada uno a la sexualidad definitiva. A partir del comienzo del período puberal, las gónadas producen hormonas segregadas por el lóbulo anterior de la hipófisis y que controlan la función reproductora van a provocar el desarrollo progresivo de los órganos genitales.

Los Chicos

Antes del período puberal, los órganos genitales son, poco más o menos, como al final de la segunda infancia. El pene va a duplicar casi su longitud y su perímetro, mientras que el volumen de los testículos va a multiplicarse por 15 o 16 entre los 10 y los 18 años. La parte esencial de los testículos está constituida por delgados canales; tubos seminíferos, que desembocan en la vesícula seminal, encargada, como su nombre lo indica, de recoger el esperma; esta vesícula comunica con la uretra por el canal eyaculador. A lo largo de la pared de los tubos seminíferos hay una o varias capas de células, los espermatogonios: células germinativas masculinas que, después de varias transformaciones, se convertirán en los espermatozoides. Estas células producirán primeramente, por división, los espermatozoides de primer orden que se acercan al ojo de los conductos; éstos últimos formarán los espermatocitos de segundo orden, que, gracias a la última división, producirán los espermátidas; células de la línea germinativa del hombre. La espermatogénesis, o fabricación de los espermatozoides, tiene lugar en los tubos seminíferos del testículo. Adosadas a la pared se hallan unas células llamadas espermatogonios que, al dividirse, dan lugar a los espermatocitos. Estos últimos crecen y se dividen sucesivamente su vez sufriendo una reducción cromática que disminuye a la mitad el número de cromosomas. Las células resultantes de esta división son los espermátidas que, mediante una última metamorfosis, dan los espermatozoides que se separan de la pared y caen en el ojo de los tubos; la espermatogénesis es continua, aunque no todos los espermatogonios se dividen al mismo tiempo, sino por el contrario, lo hacen por ondas sucesivas en el interior mismo del tubo seminífero. Estas últimas células son las que sufrirán a su vez una evolución, que concluirá en los espermatozoides que se separan de la pared y, liberados así en el ojo de los conductos, gracias a su flagelo, van a ponerse a nadar en su secreción mucosa, el esperma. En el adulto, los espermatozoides alcanzan un número considerable: Una simple gota de esperma contiene varios millones, animados todos de un vivo e incesante movimiento.

El estudio al microscopio del testículo muestra, desde la pubertad, el comienzo de la diferenciación celular, al mismo tiempo que la aparición de las células

intersticiales de Leydig que van a segregar los andrógenos. Los tubos seminíferos acentúan su tortuosidad y se agrandan. Contienen ya no sólo espermátogonios, sino también espermátocitos de primer orden. Desde el comienzo del período púber propiamente dicho, los tubos seminíferos casi han alcanzado su longitud normal; todas las células de la línea germinativa están presentes, desde los espermátogonios hasta los espermátidas, y se encuentran ya, en el ojo de los tubos algunos espermatozoides llegados a la madurez; los testículos han aumentado entonces notablemente su volumen.

He aquí los diferentes estadios de la evolución de los órganos genitales masculinos:

Estadio uno

Los testículos, el escroto y el pene tienen casi el mismo tamaño y las mismas proporciones que en la infancia.

Estadio dos

Aumento del escroto y de los testículos. La piel del escroto enrojece y cambia de tejido. Poco o ningún aumento del volumen del pene.

Estadio tres

Aumento del pene, primero longitudinal; los testículos y el escroto continúan aumentando.

Estadio cuatro

Alargamiento del pene, desarrollo del glande. Los testículos y el escroto continúan creciendo, la coloración de la piel del escroto se hace más oscura.

Estadio cinco

Órganos genitales adultos en forma y tamaño, ya no se producirá crecimiento; parece, por el contrario, que el pene disminuye ligeramente después del estirón de la adolescencia.

El aumento del volumen del testículo es el primer signo anunciador de la Pubertad.

Con el desarrollo de los órganos genitales se dan también los cambios físicos propios del periodo puberal.

La etapa final del crecimiento está caracterizada por la soldadura de los cartílagos, lo que impide el crecimiento posterior. Esta maduración ósea está en relación directa con las hormonas sexuales, que son las últimas responsables del crecimiento.

- Las chicas

En el momento del nacimiento los ovarios pesan unos 20 miligramos: se desarrollan lentamente durante la infancia. Hacia la edad de los diez años, cuando comienza generalmente la fase de la maduración ocupan un puesto en la cavidad abdominal. Pesan alrededor de siete gramos en la mujer adulta. Los óvulos primordiales o células germinativas femeninas se forman desde la vida embrionaria y fetal. Una capa de células epiteliales esto es, de tejido formado por células yuxtapuestas que tapizan las superficies exteriores e interiores del cuerpo, rodea a estos óvulos primordiales que se encuentran así aprisionados en minúsculas masas redondas: **ID**S folículos primordiales.

Los folículos son muy numerosos en los ovarios de una niña impúber; en el momento de la pubertad, un pequeño número de ellos va a evolucionar hacia la madurez.

Las células que rodean el óvulo se multiplican y forman así muchos círculos concéntricos. Aparece una cavidad que se agranda poco a poco y se llena con un líquido ceroso que tiene apariencia de suero; la presión de este líquido rechaza al óvulo contra la pared, donde emerge en el interior la bolsa cerosa. El folículo en vías de maduración gana poco a poco las superficies del ovario, donde acaba de aparecer bajo la forma de una pequeña vesícula tensa. El óvulo se desarrolla al mismo tiempo que el folículo que la contiene, y da finalmente el

huevo humano maduro. Esta vesícula a presión en la superficie del ovario que es el folículo maduro acaba por estallar, y el óvulo es proyectado en la cavidad peritoneal - relativo al peritoneo: membrana que tapiza las paredes interiores de la cavidad abdominal, así como las superficies exteriores de los órganos contenidos en ella - donde lo recogen las trompas para dirigirlo al útero. Esta expulsión del óvulo lleva el nombre de ovulación; la primera ovulación tiene lugar generalmente entre los 10 y los 13 años y a ella sigue, 14 días más tarde la primera menstruación. Sin embargo no es raro que la primera pérdida de sangre tenga lugar sin la ovulación, es decir, que sea anovular; la ovulación, en estos casos sobreviene más tarde.

Al contrario de lo que sucede al hombre adulto, que durante toda su vida fabrica espermatozoides, la mujer adulta no fabrica nuevos folículos; los que serán utilizados durante toda su vida genital están presentes desde la pubertad, aunque en diversos estadios de evolución. Una vez agotada esta cantidad sobreviene la menopausia.

En el punto donde estalla el folículo se forma una cicatriz amarillenta sobre la pared del ovario: el cuerpo amarillo constituido por las células del folículo que, después de haber padecido una transformación se ponen a segregar una hormona especial, la luteína o progesterona. Son las células que rodean el folículo en vía de maduración las que producen otra hormona femenina: la foliculina u hormona estrógena. La secreción de estas hormonas es desencadenada y regulada como en el muchacho, por el sistema hipotálamo-hipofisiario.

Los órganos genitales de la mujer se desarrollan al mismo tiempo que crecen los folículos; el útero aumenta de volumen y se inclina hacia adelante, las trompas se alargan y se hacen más contráctiles; las secreciones vaginales se hacen ácidas; los labios menores y mayores se desarrollan para venir a cerrar la vulva que en la niña pequeña está abierta; la vulva, orientada hacia adelante en el nacimiento se inclina progresivamente para mirar hacia abajo al final de la pubertad; el clítoris, por su parte, aumenta de tamaño y se hace eréctil. Simultáneo al desarrollo genital se presenta un desarrollo físico. Los primeros síntomas que traducen la aparición de los caracteres sexuales secundarios surgen

en la pubertad: están caracterizados esencialmente por el desarrollo progresivo de los receptores externos de hormonas sexuales, es decir la región genital y los senos.

En primer lugar se produce una discreta hinchazón de los pezones, que no supera la superficie de éstos; al mismo tiempo aparece un vello finísimo en la parte superior de la vulva. Luego el desarrollo del pecho supera la superficie de proyección de la areola del pezón, y se percibe ya una pequeña glándula bajo los tejidos; al mismo tiempo aparece una discreta pilosidad morena encima de la vulva. A continuación aparece realmente una glándula mamaria de algunos centímetros de superficie, al mismo tiempo que la pilosidad del pubis se desarrolla hasta convertirse en una pequeña pelambre. Paralelamente los labios mayores y menores se desarrollan y pigmentan. Finalmente se llega al desarrollo completo de los senos y de la pilosidad; al mismo tiempo que ésta ha concluido su obra en la región genital, las axilas se cubren también de pelo.

Mientras se desarrollan estas transformaciones exteriores, se producen también importantes modificaciones en la estructura interna, en particular un desarrollo de la vagina y de las estructuras particulares del endometrio (mucosa uterina) que son el testimonio de la presencia de estrógenos.

Al nivel de las glándulas sexuales, los ovarios han sufrido una transformación muy importante que les ha colocado en un grado de madurez semejante al de la mujer adulta. En particular, la maduración de los folículos de Graaf, que están en las proximidades de la corteza del ovario, preparados para entrar en acción.

Aunque las chicas están menos atentas al desarrollo sexual primario, que en ellas no es tan manifiesto, demuestran sin embargo, tanta inquietud como los chicos en el deseo por acercarse lo más posible al tipo estético que marca el canon admitido de belleza femenina. Los diarios, las revistas, el cine, la televisión difunden diariamente la imagen de la mujer seductora, a la que las jóvenes aspiran parecerse. Las púberes valoran mucho la aprobación del sexo opuesto.

Todos estos cambios conllevan a que se observe durante la pubertad, un ausente de la fuerza pulsional, que conduce a la búsqueda de las satisfacciones libidinales y agresivas de los primeros años de la infancia, es decir un retorno más o menos acusado de la pregenitalidad.

Así, en el chico, la erección está provocada a menudo por un estímulo cualquiera: la cólera, un estado de sobre-excitación general, el deporte y los ejercicios físicos, por ejemplo; el órgano genital se convierte entonces en un órgano de descarga de las tensiones, de cualquier naturaleza que éstas sean, El aumento de la fuerza de las pulsiones sexuales destruye el equilibrio del período de latencia; lo adquirido en los años precedentes parece desvanecerse de golpe. Los púberes se encuentran así rápidamente en una situación de conflicto en lo que respecta a la sexualidad; reciben con avidez las informaciones que se les dan.

En su deseo de luchar contra la angustia no es raro que el púber invierta su energía en actividades compensadoras, que le permitan desarrollar talentos que constituyan la admiración de sus camaradas y le den prestigio.

Mientras se producen, a lo largo de este período de la pubertad, las modificaciones físicas sexuales y aparecen las funciones de la reproducción, se dan también profundas transformaciones en el psiquismo de chicos y chicas. La diferenciación de temperamentos y caracteres es tan notable, como lo es la evolución morfológica en el plano físico. Todas estas modificaciones están en relación directa con la impregnación hormonal masculinizante o feminizante; pero no se puede olvidar la parte que corresponde a la acción del sistema educativo y del entorno social. Siendo, pues, la pubertad un estadio de desarrollo hormonal en pos de la madurez sexual, debe enfocarse desde dos puntos de vista correlacionados e interdependientes: biológico y psicológico.

En el marco biológico se enfoca desde la base **endocrinológica** comprendiendo ésta los diferentes tipos de glándulas y haciendo énfasis sobre las **glándulas** sexuales y las hormonas que desencadenan y actúan sobre la función sexual del individuo en sí.

Por otro lado, es necesario un enfoque diferencial de la anatomía, relacionada directamente con el sexo del individuo, subyacente en los caracteres sexuales primarios y secundarios, para detallar luego la ovogénesis y la espermatogénesis y culminar con el proceso orgásmico.

Resulta evidente, la conjunción anatómico-psicológica, ya que los procesos desencadenados hormonalmente, acarrearán respuestas y actitudes psicológicas.

Desde el punto de vista psicológico se enunciará cómo los cambios hormonales llevan al individuo a asumir una identidad sexual, diferenciando sus roles como masculino o femenino en concordancia con estereotipos socioculturales.

Estos temas son tratados a continuación.

3.1.1.3 Aspecto Biológico

3.1.1.3.1. Endocrinología

La endocrinología se ocupa del estudio de las hormonas elaboradas por determinadas glándulas de los seres vivos. Las glándulas endocrinas poseen secreción interna, sin conducto al exterior. Constituyen un grupo de órganos relacionados entre sí; cada glándula desempeña una función propia, pero se condiciona a las demás.

El sistema endocrino comprende las glándulas u órganos de secreción, y los productos químicos elaborados por éstas. Uno de los productos de secreción glandular son las hormonas. Estos productos pasan directamente a la sangre y actúan sobre órganos y sobre sistemas de órganos. Su composición química acostumbra ser muy sencilla, pero su efecto es potentísimo y decisivo para el organismo.

La actividad de las glándulas endocrinas es inducida por estímulos nerviosos automáticos, o bien, por agentes químicos, es el caso de ciertas hormonas que actúan como elementos estimulantes de este orden.

La vida sexual humana -contemplada exclusivamente desde el ángulo biológico- es el

resultado de la actividad coordinada del sistema nervioso y del sistema endocrino.

La función de las glándulas endocrinas es la regulación del desarrollo evolutivo, de la nutrición, de la actividad mental y de la función reproductiva.

En la pubertad las glándulas endocrinas aumentan su actividad: segregan unas hormonas que obran de manera efectiva en los campos claves de la evolución en la adolescencia: crecimiento y genitalidad.

El crecimiento que se presenta en la pubertad depende estrechamente de las hormonas procedentes de la glándula tiroides. El timo ejerce la misma acción sobre el crecimiento pero esta glándula desaparece una vez alcanzada la madurez sexual, mientras que la tiroides continúa regularizando el metabolismo básico del adulto.

En lo que respecta a la maduración de los órganos genitales diremos que dos hormonas esenciales contribuyen al establecimiento de los caracteres sexuales secundarios: voz, pilosidad, crecimiento de los pechos, etc.; en los chicos, es la hormona andrógena la que provoca en particular la aparición de los espermatozoides y del líquido espermático. Por ¿lí? pueden producirse las eyaculaciones espontáneas nocturnas. En las chicas la hormona estrógena determina, bajo la influencia de la hipófisis, la maduración de los óvulos, y por consiguiente, la aparición de las primeras reglas.

La endrocrinología está íntimamente ligada a la anatomía y a la fisiología sexual, no sólo porque las gónadas forman parte importante de esa ciencia, sino porque prácticamente todas las glándulas influyen más o menos intensamente en la vida sexual.

La hipófisis, en primer lugar, preside la eclosión y las funciones sexuales mediante la secreción de las gonadotropinas. Las suprarrenales intervienen también a fondo en todas las manifestaciones de la sexualidad, con su secreción de andrógenos y también de estrógenos. La tiroides influye profundamente en la conducta sexual y ejerce una acción tónica sobre la actividad mental y la función reproductiva. Las paratiroides son un grupo de glándulas cuya acción influye en la regulación del calcio en el

organismo.

El páncreas que además de su función endocrina elabora el jugo pancreático, rico en enzimas esenciales para la digestión. El timo que actúa intensamente en la infancia y tiende a desaparecer después de la adolescencia: se tiene entendido que estimula el crecimiento y que es un factor importante en el desarrollo de los órganos de la procreación. Las glándulas sexuales que son de gran importancia por su influencia sobre la vida sexual y también en razón de las estrechas relaciones de la hipófisis con una zona del cerebro llamada hipotálamo, que regula nuestra vida vegetativa y nuestro humor.

Puede afirmarse, entonces, que todas las glándulas endocrinas influyen poderosamente sobre la conducta sexual.

Dada la importancia de la endocrinología, se decidió empezar este programa con este capítulo en el cual se hace alusión a las glándulas endocrinas; enfatizando en: las gónadas o glándulas con función sexual.

LA HIPOFISIS

La hipófisis está formada por dos glándulas distintas en su estructura de tejido y origen embrionario: el lóbulo anterior o **adenohipófisis**, adosado al lóbulo posterior o neurohipófisis, que es una prolongación del tejido nervioso del **hipotálamo**.

El hipotálamo, del que pende la hipófisis por medio del tallo pituitario, es una región del cerebro en la que se agrupan los centros esenciales del control de la vida instintiva; además de su papel en la vida sexual, la región hipotalámica interviene también en los mecanismos del hambre y la saciedad, la sed, como sin duda en la sensación de placer; también se ha situado en él los centros que regulan nuestro humor.

La adenohipófisis elabora una compleja serie de hormonas que gobiernan el desarrollo, regulan las etapas del crecimiento y de maduración de las glándulas sexuales, estimulan la actividad de la tiroides y del páncreas, actúan sobre las suprarrenales

y activan la secreción mamaria. La falta de secreción hormonal del lóbulo anterior de la hipófisis, puede inhibir el desarrollo o causar obesidad acompañada de la insuficiencia sexual. Por otra parte, la actividad excesiva de dicho lóbulo durante el período de crecimiento da lugar al gigantismo.

Cada una de estas secreciones hipofisarias está a su vez bajo la dependencia de un factor hipotálamico y el conjunto está regulado por mecanismos de retroacción precisos; se ha visto que la hormona segregada por la glándula endocrina periférica influye en la elaboración del factor hipotálamico que le corresponde, así como la secreción de la propia hormona hipofisaria directamente. Existe además una retroacción directa de las hormonas hipofisarias sobre el hipotálamo. Las conexiones nerviosas también intervienen en estos mecanismos funcionales.

Las hormonas de la **neurohipófisis** son elaboradas por células hipotálamicas, cuyas prolongaciones descienden por el tallo pituitario hasta el lóbulo posterior de la hipófisis, donde las depositan y son almacenadas. Se trata de hormonas de naturaleza proteica.

La **vasopresina (A.D.H.)** u hormona antidiurética actúa a nivel renal, disminuyendo la eliminación de agua. Es un factor de gran importancia, pues en caso de déficit de esta hormona, el organismo pierde grandes cantidades de agua, (de 10 a 15 litros diarios) que deben compensarse mediante un volumen equivalente de bebida y puede provocar deshidratación mortal.

La **oxitocina** provoca la contracción de las fibras musculares lisas de ciertos órganos: las del útero (que es fundamental en el parto) y las que rodean las pequeñas glándulas exocrinas del pecho materno (comprimiéndolas y haciendo salir la leche al exterior). El control de su secreción es nervioso.

Se puede afirmar en general, que la hipófisis influye grandemente en el crecimiento y desarrollo del cuerpo y en el desarrollo y funciones sexuales en el hombre y en la mujer. Los cambios impresos en el cuerpo y en la psique por los trastornos y enfermedades hipofisarios (acromegalia, enanismo hipofisario, etc.) son muestra patente de ello. Por otra parte, la mayoría de las glándulas influyen a su vez sobre

la hipófisis, que se hace eco del estado funcional o de las enfermedades de aquellas. El metabolismo en general, está también íntimamente relacionado con la hipófisis, especialmente el de las grasas y recambio hídrico.

En lo que concierne a las relaciones entre las estmulinas hipofisiarias y el psiquismo, lo esencial ha sido apuntado a propósito de las hormonas periféricas que controlan. Debeos aún señalar la posible existencia de disminución de la libido y alteraciones del carácter en las hipersecreciones de hormona somatotropa (hormona del crecimiento), pero no es nada específico. En cuanto a los déficit globales de secreciones adenohipofisiarias, son responsables de astenia y apatía intensas, por agregarse las insuficiencias tiroideas y corticosuprarrenales al mismo tiempo.

Se ve, que de manera directa o indirecta, las glándulas endocrinas, cuyas secreciones modelan nuestro cuerpo y conservan su equilibrio biológico, están relacionadas con nuestro psiquismo; pero a su vez el cerebro, por medio de la hipófisis, actúa sobre gran número de hormonas. Las interrelaciones psicoendocrinas son de una gran complejidad y continúan suscitando el interés de los investigadores.

LAS SUPRARRENALES

Las glándulas suprarrenales están formadas por dos tipos de glándulas completamente diferentes: la médula interna, de origen nervioso que secreta adrenalina y noradrenalina, útiles en las respuestas a estímulos de agresión; y la corteza externa que secreta esteroides corticoadrenales, hormonas de carácter sexual, que están bajo la dependencia e influjo de la glándula tiroides.

Adrenalina y noradrenalina concurren en el mantenimiento de la tensión arterial y el ritmo cardíaco, pero sobre todo están involucradas en la adaptación al esfuerzo y al stress (situación de agresión), aceleración del ritmo cardíaco, elevación de la tensión arterial y puesta en circulación de sustancias energéticas. Es probable que la adrenalina intervenga igualmente en el estado de alerta psíquico e incluso en la ansiedad que acompaña a las agresiones.

La corteza suprarrenal segrega una pequeña cantidad de andrógenos (es decir, las

hormonas sexuales masculinas) -incluso en la mujer-, Hállase, pues, íntimamente ligada con el funcionamiento de las glándulas sexuales. Toda afección de la corteza de las suprarrenales ocasiona la muerte si no se administra la hormona. Los trastornos de la corteza determinan cambios profundos en los caracteres sexuales.

Las glándulas suprarrenales mantienen interrelaciones con el hipotálamo posterior, con la hipófisis, con la glándula tiroides, e intervienen en el metabolismo del calcio. Su relación con las gónadas se realiza a través de los andrógenos corticales, que así mismo favorecen la fijación del calcio en los huesos.

Tanto la hipofunción de las suprarrenales como la hiperfunción determinan una serie de síndromes conocidos con los nombres de Addison, de Conn y Hach, de Cushing y el síndrome adrenogenital. Este último puede instaurarse por una tumoración (virilización femenina) o por una falla congénita que puede manifestarse desde el momento del nacimiento o bien posteriormente (síndrome de Appert-Baias). Este trastorno del mecanismo químico que se revela por un aumento urinario excesivo de 17 esteroides y que llega incluso a producir la muerte del niño tras vómitos y deshidratación, es susceptible, no obstante, de terapéutica eficaz mediante la administración de Doca. Sin embargo, y de modo general, en el niño provoca **pseudopubertad** precoz y en la niña una virilización que, en los casos extremos, puede llegar a la aparición de unos genitales externos, al momento de nacer, similares en su aspecto a los del varón.

El déficit crónico de secreción de glucocorticoides por las suprarrenales provoca una gran fatiga, que afecta primeramente a la fuerza muscular, pero conlleva también una afectación psíquica: apatía, aversión por el esfuerzo, pérdida total de la iniciativa, a las que asocia además impotencia sexual. Dentro de la ansiedad o estado depresivo que presentan a menudo estos enfermos, se pueden ver alteraciones psíquicas reactivas a la incapacidad física que sienten. Hay argumentos a favor de una acción estimulante directa de los glucocorticoides sobre las funciones mentales.

La secreción exagerada de cortisol (debida a menudo a un desajuste de los centros de control hipotálamicos) se asocia frecuentemente a perturbaciones psíquicas, pero no se encuentra aquí la clara correspondencia que se ve en el estudio de las hormonas

tiroideas, y al igual que en el déficit encontramos ansiedad y depresión; el estado depresivo puede incluso llegar al suicidio. Pueden verse «manifestaciones de tipo delirante, pero son excepcionales. También aquí podría pensarse que la depresión es reactiva, pues existe en esos pacientes una serie de modificaciones morfológicas, (obesidad, exceso de pilosidad) cuya influencia psicológica, es tanto mayor en cuanto que estas enfermedades afectan más frecuentemente a mujeres. Pero se ha podido constatar en ciertos casos que las perturbaciones psíquicas preceden a síntomas somáticos.

LA TIROIDES

Las hormonas que segrega la tiroides son moléculas bastante simples que derivan de un aminoácido, la tiroxina, que habitualmente se toma con la alimentación y a la que se fija el yodo.

La tiroides es un factor muy importante de la personalidad por la influencia de sus hormonas (tiroxina y otras) sobre el recambio nutritivo, sobre el crecimiento de casi todos los órganos, y por su acción estimulante, sobre el sistema nervioso; especialmente el simpático; así como por la facilidad con que se hace eco de todos los estados psíquicos e incluso ambientales. La considerable repercusión de las enfermedades de la tiroides (mixedema y Basedon especialmente) sobre el carácter son otras importante prueba de ello. Algunos enfermos de la tiroides son considerados psicópatas.

Su relación con la vida sexual se demuestra, entre otros muchos hechos, en que en la pubertad, en cada menstruación, y también durante el embarazo hay hiperactividad de la glándula; mientras que en el climaterio y en la senectud, numerosas observaciones clínicas ponen de manifiesto un apagamiento progresivo de su función.

La tiroides regula el metabolismo, influye en el ritmo de la respiración y la circulación de la sangre, estimula el desarrollo y ejerce una acción tónica sobre la actividad y la función reproductiva. La insuficiencia de la tiroides (hipotiroidismo) determina un retardo de todos los procesos del organismo. El hipotiroidismo extremo del recién nacido causa enanismo y el cretinismo; cuando sobreviene una vez concluido

el proceso de desarrollo, determina tendencia a la obesidad, sensibilidad extrema al frío, retardo del ritmo respiratorio y del latido cardíaco, falta de energía, actividad mental lenta, e interferencia con el proceso reproductivo. La actividad excesiva (hipertiroidismo), en cambio, acelera todos los procesos somáticos: pulso acelerado, metabolismo activo, aumento de apetito, acompañado de una pérdida de peso, aumento de temperatura, desasociado e irritabilidad nerviosa.

Los complejos efectos de las hormonas tiroideas, que se ejercen sobre la mayoría de los tejidos del organismo, pueden esquematizarse en dos grupos:

- **Acción sobre la termogénesis y la regulación térmica**

Las hormonas tiroideas aumentan los intercambios energéticos en el organismo y favorecen las vías metabólicas que producen esta energía (es decir esencialmente las que conciernen a las grasas y azúcares); este aumento del gasto energético aumenta el consumo y eleva la temperatura corporal.

- **Acción sobre el crecimiento**

Las hormonas tiroideas son indispensables para el crecimiento y desarrollo. En el hombre, la ausencia o defecto del funcionamiento de la tiroidea a lo largo del período de crecimiento conduce a un enanismo.

LAS PARATIROIDES

Las paratiroides producen la parathormona, hormona que interviene en la regulación del calcio, elevando la tasa de calcio en la sangre, y en el conjunto de los líquidos biológicos que intervienen en el metabolismo. La secreción de la parathormona está regulada directamente por la concentración de calcio en la sangre que irriga las glándulas paratiroides.

El calcio desempeña un papel de vital importancia en el organismo: es el responsable de la solidez de nuestro esqueleto; en forma soluble se encuentra en todos los medios acuosos del medio interno. Es indispensable para numerosas funciones fisiológicas,

entre las que cabe destacar su función en la excitabilidad de las células nerviosas y musculares.

Si las glándulas paratiroides no funcionan adecuadamente, sobrevienen irritabilidad nerviosa, contracciones y espasmos musculares y aún convulsiones, a tiempo que se operan cambios degenerativos en el cabello y las uñas. Su actividad excesiva, en cambio, afecta a las estructuras óseas, dando origen a osteítis diversas. La insuficiencia de las paratiroides puede ser combatida mediante la administración de un extracto de las mismas.

EL TIMO

El timo está íntimamente relacionado con las gónadas, las suprarrenales, la tiroides y la hipófisis

Ejerce transitoriamente una importante función conjuntamente con el apéndice y las amígdalas.

Las correlaciones del timo con la psique continúan en la actualidad siendo muy oscuras. Según Fisher, un 70% de los débiles mentales o idiotas epilépticos presentan un deficiente desarrollo del timo. Según Bircher, se perjudica el psiquismo si se extirpa la glándula antes de los siete años de edad. Según Morris, de 22 casos de persistencia tísica post-puberal, 20 eran criminales.

GLANDULAS SEXUALES

Las glándulas sexuales producen secreciones internas que influyen sobre los caracteres específicos de los dos sexos y las distintas funciones sexuales. La secreción interna de los ovarios parece activar los procesos del organismo en general. La extirpación de las glándulas sexuales, antes de la maduración, causa la detención del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Si la extirpación o insuficiencia de las glándulas sexuales, sobrevienen una vez concluido el proceso de maduración, las consecuencias se limitan a una merma funcional del mecanismo reproductivo. En todos los individuos sobreviene a mediana edad una deficiencia

relativa.

La secreción interna de las glándulas sexuales consiste, en el sexo masculino, en producir la **testosterona** que es la principal hormona masculina de todo un grupo colectivamente llamado andrógenos. Estos se producen principalmente en los testículos, y también se fabrican cantidades muy pequeñas en las glándulas suprarrenales.

Los testículos y las glándulas suprarrenales del hombre, producen también pequeñas cantidades de estrógeno, la hormona sexual femenina.

La producción de testosterona por los testículos, es estimulante e influida por un sistema de señales muy complejo, en el que intervienen la glándula pituitaria y el hipotálamo. La testosterona asegura el desarrollo puberal; el crecimiento y desarrollo del pene, del escroto y de los testículos, así como la aparición del vello púbico, el crecimiento de la barba y otros caracteres sexuales secundarios, son el resultado de los elevados niveles de testosterona que se liberan en la pubertad y después de ella. Esta hormona influye también en el impulso y el interés sexual, de forma que un nivel bajo de testosterona ocasiona un descenso en la libido. La testosterona da al hombre su aspecto viril.

En la pubertad, el desencadenamiento de la secreción testicular, por parte de la hipófisis, determina una transformación morfológica. Se da una aceleración importante y luego una detención del crecimiento; los caracteres sexuales secundarios aparecen progresivamente (voz, barba y vello de tipo masculino), mientras los órganos genitales externos se desarrollan bajo la influencia de los andrógenos. En su ausencia (castración antes de la pubertad), estas transformaciones no ocurren.

Las glándulas sexuales femeninas -ovarios- elaboran hormonas de dos tipos diferentes:

Los estrógenos (a veces llamados folliculina) y la **progesterona**, que actúan para mantener los órganos sexuales femeninos en estado funcional. Pero su particularidad en la mujer es ser segregados en forma variable en el curso del ciclo menstrual.

Los estrógenos, primero solos y en la segunda mitad del ciclo asociados a la progesterona, preparan cada mes al útero para recibir un eventual huevo fecundado y asegurar su nutrición.

La intervención de las hormonas femeninas es más tardía, ya que, es la ausencia de hormonas testiculares en el feto (y no la presencia de estrógenos) la responsable de la evolución morfológica femenina del embrión; pero en la pubertad, la secreción de estrógenos también transforma la morfología (la distribución de la grasa-subcutánea es particularmente diferente en la mujer), acelera y luego detiene rápidamente el crecimiento óseo, hace aparecer los caracteres sexuales secundarios (desarrollo de **IDS** senos! y que se desarrollen los órganos genitales internos y externos.

En cada ciclo menstrual, el aumento de secreción estrogénica durante la fase folicular y la asociación de la progesterona tras la ovulación, determina modificaciones cíclicas del útero, cuya capa interna se desarrolla y se capacita para la fecundación. Si ésta no ocurre, la degeneración del cuerpo amarillo ovárico provoca una caída rápida de los niveles hormonales.

Como en el sexo masculino, la supresión de los ovarios antes de la pubertad hace persistir una morfología de tipo infantil. Después de la pubertad, las modificaciones consisten en cierto grado de atrofia del útero y la vagina, cuyas secreciones se hacen escasas. Es lo mismo que ocurre en la menopausia, que supone el cese del funcionamiento ovárico.

Los efectos psíquicos de las hormonas sexuales son particularmente difíciles de precisar.

Existen zonas cerebrales implicadas de manera específica en el comportamiento sexual, sobre todo la región hipotalámica; el hipotálamo puede considerarse un órgano sexuado, pues su comportamiento difiere según el sexo. En el hombre, es continuo, determinando una secreción continua de andrógenos por medio de la hipófisis; en la mujer es cíclico, responsable del ciclo ovárico, igualmente por intermedio de las hormonas hipofisiarias.

Hasta el nacimiento, el encéfalo sería indiferente desde el punto de vista sexual y es el tipo de impregnación hormonal existente en el período neonatal (andrógenos y estrógenos) el que determina la orientación sexual de los centros cerebrales, particularmente el funcionamiento continuo o discontinuo del hipotálamo. En la pubertad el aumento importante de secreciones hormonales reactiva el comportamiento sexual.

Esta distinción entre hormonas masculinas y femeninas no debe hacer olvidar sin embargo, que tanto en el hombre como en la mujer, se da una débil producción de hormonas del sexo opuesto. Normalmente esta secreción no se hace notar, pero puede revelarse en extremos patológicos. El lugar donde se elaboran fundamentalmente estas hormonas es la respectiva glándula sexual.

En ambos sexos, el funcionamiento de las glándulas sexuales está bajo la influencia de la hipófisis por medio de hormonas estimulantes, que son necesarias tanto en la pubertad, para desencadenar el comienzo de sus secreciones endocrinas y exocrinas, como a lo largo de la vida para el mantenimiento de estas funciones. Estas hormonas estimulantes o gonotropinas hipofisiarias son idénticas en ambos sexos: la hormona foliculo-estimulante o F.B.H. y la hormona Luteotropa L.H.; en el hombre la F.S.T. controla la secreción de testosterona. En la mujer las hormonas hipofisiarias tienen una evolución cíclica de la que depende el ciclo ovárico.

Evidentemente, las hormonas sexuales son necesarias para que exista la vida sexual y la atracción entre los sexos. Son en concreto, los andrógenos los que estimulan el deseo sexual. Sin embargo, el factor preponderante en la generación y mantenimiento de la vida sexual es el centro hipotalámico del cerebro, debidamente relacionado con el sistema límbico y la corteza.

En este capítulo no se trabaja la secreción de las glándulas sexuales, porque éstas serán tratadas individualmente, en el capítulo de caracteres sexuales primarios.

3.1.1.3.2 Anatomía Diferencial

La especie humana, como todas las de los seres vivos, se reproduce, con lo que

asegura la perpetuación en la naturaleza. Para que dicha función se cumpla, los organismos diferencian un conjunto de órganos que conforman el aparato genital. En las especies que alcanzan cierto grado de evolución se distinguen dos sexos:

Uno, es el sexo femenino y otro, el sexo masculino.

En la especie humana se encuentran diferencias, aunque esbozadas, desde los primeros días del desarrollo embrionario. Al nacer el individuo, el aparato genital o reproductor está ya definido aunque no funcione a plenitud. Los genitales son una vía de expresión de la sexualidad y por tanto fuente de sensaciones placenteras.

El funcionamiento de los órganos genitales adultos está regido en cierto modo por las hormonas y ellos mismos – el ovario y el testículo– tienen funciones endocrinas bien conocidas en la actualidad. Se encuentran en relación con la hipófisis y por su intermedio, con el hipotálamo y el córtex cerebral.

Al nacer, el niño presenta bien definidos los órganos del aparato genital, pero en el curso de los años, se observa su desarrollo, de manera que al llegar a la pubertad se les encuentra próximos al estado adulto.

Antes de entrar a describirlos, se precisará que dos son los elementos indispensables para que se verifique la reproducción: se trata de células altamente diferenciadas y especializadas. El óvulo o célula femenina y el espermatozoide o elemento masculino,

La formación de un ser humano, macho o hembra, comprende diferentes etapas biológicas. El primer paso es la determinación cromosómica: 46 XX como hembra, y 46 XY como macho. Hasta la sexta semana de gestación, los fetos con XX aparecen idénticos a los fetos con XY. Las instrucciones genéticas sobre Y dirigen luego el desarrollo testicular. El segundo paso en la diferenciación sexual es dirigido por los testículos que producen hormonas fetales. Estas hormonas dirigen la posterior masculinización morfológica de los fetos XY. La ausencia de hormonas testiculares determina el sexo femenino. El desarrollo ovárico en los fetos XX se manifiesta en la décima segunda semana del desarrollo embrionario. Los ovarios, a diferencia de los testículos, no desempeñan ningún rol en la diferenciación temprana de las estructuras

genitales internas y externas. La regla es la siguiente: en ausencia de hormonas testiculares, la diferenciación es hembra, o en presencia de hormonas testiculares la diferenciación es macho.

Existen niveles de diferenciación que tienen que ver con el sexo.

El primer nivel es el de la anatomía

Los dos sexos se diferencian en estructuras genital, gonadal y secundaria, siendo elementos sexuales esenciales para la reproducción y el comportamiento sexual.

- El segundo nivel de diferenciación es el de la fisiología sexual

Existen complejos mecanismos neuroendocrinos que determinan las diferentes pautas reproductivas en hombres y mujeres.

Existen además las funciones genitales que se incluyen en el comportamiento sexual: erección y eyaculación en el hombre, y presumiblemente también los cambios vasculares, que afectan los genitales femeninos durante la respuesta sexual.

La percepción de la diferenciación anatómica por uno mismo y por los demás es seguramente la base primaria de la identidad genérica. Existe la capacidad del genital del hombre para erguirse, introducirse y eyacular, y la del aparato sexual femenino para ser penetrado, pasar por las transformaciones de la respuesta sexual, así como para menstruar y tener hijos. Estas capacidades refuerzan el rol en el comportamiento sexual y, por extensión, también en otras áreas del comportamiento social.

Hombre y mujer son distintos por el hecho anatómico y la función fisiológica.

Caracteres Sexuales Primarios

Los caracteres sexuales están conformados por aquellos rasgos anatómicos y funcionales, que nos permiten distinguir ante un ser dado, cualquiera que sea su

especie, si pertenece al sexo masculino o al femenino.

Las diferencias entre hombre y mujer se centran en el aparato genital y en el conjunto de hábitos secundarios que moldean la personalidad y la constitución del individuo.

En la pubertad hay dos tipos generales de cambios en el sistema reproductivo.

En primer lugar, los genitales y demás órganos accesorios -caracteres sexuales primarios- sufren cambios estructurales mayores. En segundo lugar, se dan modificaciones corporales notables, conocidas como caracteres sexuales secundarios.

Tanto los órganos exteriores como los interiores del sistema reproductivo crecen de manera espectacular durante la adolescencia.

El desarrollo de los órganos de la reproducción en los muchachos empieza antes del estirón en estatura, aunque la modalidad precisa difiere de un joven a otro.

El cambio puberal más observable en el joven es la aceleración en el desarrollo de los testículos y del escroto. Simultáneamente, a menudo ocurre una mutación en la textura y enrojecimiento de la piel del escroto y hacia la base del pene aparecen vellos pubianos pigmentados; el pene empieza a alargarse cuando las células de los testículos empiezan a secretar hormonas sexuales masculinas. El tamaño aumentado del pene, el agrandamiento de los testículos y el escroto, el oscurecimiento de la piel escrotal, se corresponden de cerca con el estirón genital en estatura y en estructura esquelética.

En lo que respecta a la niña se desarrollan los labios mayores y menores que se pigmentan; el útero aumenta de volumen, la vulva tiende a perder su posición oblicua.

El desarrollo de la vagina acompaña la aparición del epitelio estratificado y de las fases celulares características del ciclo menstrual.

Los caracteres sexuales primarios, en nuestra especie, alcanzan su máxima diferenciación. El aparato reproductor del varón es proporcionalmente de poca magnitud, y en su casi totalidad externo. En la mujer, por el contrario, este aparato alcanza una magnitud considerable, ocupando casi totalmente una de las grandes cavidades del tronco, la cavidad pelviana y posee además, dos órganos accesorios: las mamas.

Los distintos órganos que conforman el aparato genital, están constituidos en el hombre por los testículos, los conductos deferentes y el pene; y en la mujer, por los ovarios, las trompas, el útero, la vagina y la vulva. Entre estas diferentes partes, resaltan por su constitución biológica las glándulas genitales, o sea, el testículo y el ovario, según se trate de hombre o mujer, ya que son los encargados de imponer el desarrollo al resto del aparato genital y de señalar las diferencias existentes entre uno y otro sexo. Esta acción de las glándulas genitales empieza incluso durante la gestación, cuando el nuevo ser se está formando y actúa durante todo el embarazo sobre la formación y desarrollo de los genitales del hijo que va a nacer.

Es importante tener conocimiento, aunque sea somero, de la forma, situación y función de los órganos genitales. Es necesario en su descripción tratar separadamente la anatomía del hombre y de la mujer.

- **Aparato Genital Masculino**

El aparato genital masculino se compone de pene y, en la raíz del mismo, una bolsa o escroto, que cuelga entre los muslos; en el interior del escroto hay dos cuerpos duros, de forma ovalada, llamados testículos y cada uno está a un lado de la línea media del cuerpo.

Unidos a la pared posterior de los testículos se encuentran dos cuerpos más pequeños, de forma alargada, que reciben el nombre de epidídimos, de los cuales parte un largo conducto, denominado conducto deferente, que forma parte del cordón espermático y va a parar al interior del vientre para terminar en las llamadas vesículas seminales, que se encuentran adosadas en la parte inferior de la vejiga. De las vesículas parte un corto conducto que desemboca en la parte alta de la uretra a través de la próstata,

Serán tratadas a continuación cada una de las partes tanto internas como externas en forma individual.

- **Organos Externos del Aparato Benital Masculino -EL PENE-**

El pene está situado en la línea media de la porción inferior de la pared abdominal. Consta del glande que es liso y contiene muchas terminaciones nerviosas que lo hacen muy sensible. Rodeando la parte posterior del glande o cabeza del pene, hay una zona sensible llamada frenillo.

El glande está cubierto por un pliegue de piel llamado prepucio que es como un capuchón y puede replegarse hacia atrás para dejar al descubierto la cabeza del pene, excepto en los niños recién nacidos. Poco después del nacimiento, en algunas culturas extirpan esta piel mediante un proceso llamado circuncisión. La operación es muy simple y, si se hace correctamente, causa muy pocos trastornos. Puede hacerse a cualquier edad; en algunas culturas se espera a la adolescencia y se realiza un rito, pero generalmente se hace poco después del nacimiento.

Es necesaria la circuncisión cuando se presenta fimosis. En estos casos, la piel que recubre la cabeza del pene es demasiado tirante para que pueda apartarse sin dolor al orinar, al masturbarse o en el coito. La molestia que esta tirantez de la piel provoca se corrige fácilmente con la circuncisión.

En la punta del glande se encuentra un orificio llamado meato urinario cuyas funciones son la evacuación de la orina y de los líquidos seminales.

Existe una deformación llamada hipospadias; esto significa que la abertura del meato urinario no está en la punta del pene, que es donde normalmente se encuentra; sino en algún otro lugar del glande o del cuerpo del pene. El hipospadias es una deformación congénita.

Si la abertura de la uretra está en la cabeza o glande del pene, pero no en la

punta donde debería estar, el orinar, así como la actividad sexual, puede no ser un gran problema. No obstante, si la abertura se halla a lo largo del cuerpo del pene, se suele practicar cirugía correctiva, ya que en este caso el orinar y la actividad sexual pueden ser muy difíciles y embarazosas. Algunos casos de hipospadias pueden ser causa de infertilidad, ya que el semen tiene dificultades en salir por el camino erróneo.

La segunda parte del pene es el eje o cuerpo que está constituido por un tejido muy suave y esponjoso. Ese tejido es abastecido por numerosos vasos sanguíneos, que se llenan de sangre y se hinchan durante la excitación sexual. El anillo de tejido muscular en el interior del eje se contrae, empujando la sangre a través de estos vasos y haciendo que el pene se endurezca y aumente de tamaño.

Este crecimiento del pene, por el que pasa de estar flácido a estar más duro y más tieso se llama erección. La erección puede producirse en varios segundos o bien gradualmente en el lapso de tiempo más largo. Tanto si tiene lugar en seguida como si se produce lentamente, ello no afecta la capacidad del hombre para disfrutar de la sexualidad de manera satisfactoria.

La erección depende del volumen de sangre aportado y del buen funcionamiento de las conexiones nerviosas. Los espacios esponjosos se llenan de sangre como respuesta a la estimulación física, a la estimulación psicológica o a ambas.

En el pene no existen huesos ni cartílagos que causen la erección. El pene vuelve a un estado más flojo después de la eyaculación o cuando se detiene la estimulación.

LDS hombres no pueden tener erección y orinar a la vez. Cuando un hombre tiene la erección completa, el cuello de la vejiga se cierra; de esta manera la orina no puede salir de la vejiga hacia la uretra, a través de la cual pasará el semen si el hombre eyacula. Esto ocurre de forma automática. El cuerpo impide que la orina y el semen se mezclen, ya que el contenido ácido de la orina debilitaría el esperma.

En general, la erección ocurre muy rápidamente a lo largo de la mayor parte de la vida del hombre. No obstante, en la vejez los hombres generalmente tardan más en conseguir la erección incluso cuando la estimulación es suficiente. En esta etapa de la vida, la erección puede aparecer en segundos o puede tardar varios minutos. Es una consecuencia normal del envejecimiento, pero a algunos hombres les produce conflictos, en la medida en que equiparan su habilidad en conseguir una erección rápida con su virilidad o con su capacidad para dar placer a la mujer.

El tamaño del pene en erección no influye en la capacidad para dar placer a su pareja o para su propio placer. El preocuparse continuamente por el tamaño del pene y por su adecuación puede entorpecer realmente el hecho de dar y recibir placer.

Es posible que una erección dure días. Esto se denomina priapismo y normalmente es causado por factores no sexuales; como lesión en la espina dorsal, leucemia falciforme; a veces ocurre sin razón conocida. En casos de priapismo el aumento del fluido de sangre que causa la erección no puede ser evacuado como suele ocurrir normalmente, porque el mecanismo de salida se ha estropeado por enfermedad.

Muchos penes erectos son ligeramente encorvados. El grado de curvatura varía de un hombre a otro, pero esto no importa ni interfiere en ningún tipo de actividad sexual.

No obstante, el pene de algunos hombres tiene una curvatura muy pronunciada, que hace que la erección sea dolorosa y que resulte difícil la obtención del placer. A esto se le llama enfermedad de Peyronie y es originada por el desarrollo de un tejido duro, fibroso e inflamado en el eje del pene. Normalmente es curable.

El peso y la estatura de un hombre no guardan relación con el tamaño de su pene ni en estado flácido ni en erección.

El crecimiento del pene es más rápido durante la pubertad y se completa al final

de la adolescencia.

Muchos adolescentes, no obstante están muy preocupados por si sus penes no son lo bastante grandes como para tener una relación sexual. Casi todos los chicos, en algún momento de sus vidas, tienen dudas acerca del tamaño de su pene: pero, por lo general, la experiencia demuestra que su temor era infundado. Cuando empiezan a tener experiencias sexuales, descubren que el pene funciona adecuadamente y que tiene un tamaño normal.

El problema para establecer un tamaño medio del pene flácido, radica en el hecho de que el tamaño del pene puede variar de manera incluso en estado de flacidez. Por ejemplo, el aire frío, el agua fría, el miedo o la ansiedad generalmente hacen que el pene (y el escroto y los testículos) se retraigan hasta hallarse más cerca del cuerpo, acortándose así su longitud. Un pene flácido puede de hecho alargarse con agua caliente y cuando el hombre está completamente relajado.

Los hombres, cuyo pene ha sido amputado pueden seguir siendo estimulados física y psicológicamente hasta alcanzar el orgasmo; su deseo puede seguir invariable. La dificultad que se les plantea, es por supuesto, satisfacer a la pareja* aunque esto es perfectamente posible sin hacer el coito.

Un pene puede ser reconstruido quirúrgicamente; es la operación que se llama falooplastia. El nuevo pene está hecho de tejido tomado del área genital, pero no es tejido eréctil; así que, aunque permite la salida de la orina, no tendrá una erección normal. El cirujano hace el pene lo suficientemente firme como para permitir la penetración durante el coito; pero no lo hace excesivamente firme, para que el hombre no esté molesto con una erección permanente. La eyaculación no es un problema si no hay otros órganos enfermos o afectados, y el hombre podrá seguir experimentando orgasmo si su salud emocional y su auto-estima no se hallan seriamente afectados por la falta del pene.

También existen penes artificiales para las mujeres que son operadas para cambiar de sexo: transexuales. Estos penes sirven para el coito y facilitan el orgasmo, pero no la eyaculación, ya que no existe sistema productor del semen.

La orina puede salir a través de este pene, o bien puede dejarse el sistema urinario como estaba antes.

Por muy traumático que pueda ser la pérdida del pene, los efectos de la amputación en muchos casos pueden ser superados. No obstante, algunos hombres sienten que su masculinidad se ve tan mermada al serle amputado el pene, que ni siquiera intentan continuar una vida sexual plena. Consideran el pene como el centro del placer, a pesar de que hay otras muchas zonas erógenas y sensuales en el cuerpo masculino que pueden proporcionar placer, e incluso llevar al orgasmo. La pérdida del pene produce tal impacto en ellos, tal sacudida en la autoestima que algunas personas prefieren renunciar a la actividad sexual en conjunto antes que arriesgarse y de intentar adaptarse.

- El Escroto

El escroto es suave, de finas paredes y contiene dos compartimientos para albergar los testículos, uno derecho y otro izquierdo. Cada testículo está conectado con un cordón (el cordón espermático) formado por vasos sanguíneos, nervios y fibras musculares.

El cordón espermático puede notarse en cada lado del escroto. En determinadas condiciones, especialmente cuando hace frío, las fibras musculares del escroto hacen que todo el saco se contraiga o se encoja, acercando los testículos al cuerpo para mantenerlos más calientes. En otras condiciones, como cuando hace calor, o cuando se está en relajación completa, el escroto se vuelve más flojo y suave, con la superficie lisa. Entonces los testículos cuelgan más separados del cuerpo, para así mantenerse más frescos. Estas acciones demuestran que la función principal del escroto es controlar y mantener la temperatura natural de los testículos. La temperatura en el escroto es un grado o dos grados más baja que la temperatura normal del cuerpo. Los testículos son encargados de la producción de espermatozoides y esto no puede hacerlo a la temperatura corporal o a una temperatura más alta.

El escroto controla constantemente el ambiente y, de forma automática, responde

de la manera más adecuada para una buena producción de espermatozoides.

El escroto está ubicado en la parte anterior del periné, por detrás del pene.

En sus paredes se encuentran fibras musculares que forman el cremaster y el Dartos, se retrae respondiendo a varios estímulos por ejemplo de temperatura o de contacto, y se relaja al cesar éstos, por lo que cambia moderadamente de tamaño.

Los Genitales Masculinos Internos

Los órganos sexuales y reproductores internos del hombre constan de:

- Los testículos que producen espermatozoides y hormonas.
- Los epidíquidos.
- Los vasos deferentes.
- Las vesículas seminales.
- La glándula prostática.

Los conductos eyaculadores.

Las glándulas de Cowper.

- La uretra.
- **Los Testículos**

Los testículos tienen una longitud de 4 centímetros aproximadamente y una anchura de 3 centímetros. En un adulto tienen un peso de 30 gramos cada uno, aunque el testículo izquierdo puede ser más pesado, más grande, y puede que

cuelgue un poco más que el derecho. No se sabe la razón por la que ocurre esto, pero podría ser para evitar que los testículos se golpeen entre sí cuando el hombre camina, lo que causaría dolor y supondría un riesgo de lesión,

Como se dijo, los testículos tienen dos funciones:

Producir espermatozoides desde la pubertad hasta la muerte y producir hormonas sexuales masculinas llamadas andrógenos, la más importante de las cuales es la testosterona. Ya desde el nacimiento se observa la producción de hormonas por los testículos, pero ésta aumenta enormemente alrededor de la pubertad y se mantiene en un nivel elevado a lo largo de la vida adulta, para mostrar un descenso durante los últimos años de vida.

La producción de espermatozoides no se inicia hasta la pubertad, pero su evolución posterior sigue las mismas pautas que la producción hormonal; aunque desciende durante la vejez no llega a desaparecer en muchos años.

Los espermatozoides son producidos en cada testículo por unas estructuras especiales llamadas túbulos seminíferos. Estos tubitos se hallan en el centro de cada testículo y conectan con una serie de conductos que transportan los espermatozoides hacia otros órganos importantes y, por último, fuera del pene si es preciso.

Cerca de los túbulos seminíferos, en cada testículo, existen numerosas células llamadas intersticiales o células de Leydig. Estas son las responsables de producir la hormona sexual masculina (testosterona), que se segrega directamente en los vasos sanguíneos cercanos. En la pubertad, la mayoría de los cambios del muchacho son debidos a un aumento de la cantidad de testosterona que circula por su cuerpo.

Durante la excitación sexual, la sangre llena los vasos de la zona genital, causando la erección del pene y el aumento de tamaño de los testículos; este proceso se llama vasocongestión. Si no se eyacula, puede sentirse un

malestar general y tal vez un cierto ablandamiento de los testículos. Este malestar no dura mucho normalmente Y es posible que se exagere el dolor real por no eyacular. Desde el punto de vista psicológico, los hombres están condicionados a eyacular cuando, durante una actividad sexual, consiguen la erección, y, si no es así, a menudo se sienten frustrados y desengañados añadiéndose estas sensaciones al hecho físico en sí; algunos hombres recurren a la masturbación como remedio para él lo.

Sin embargo, la eyacuación no es un requisito indispensable en cada situación sexual, que puede tener sentido y ser placentera sin llegar a la eyacuación o al orgasmo.

El crecimiento testicular se insinúa ya en los primeros meses del embarazo por la presencia en el feto de hormonas con propiedades masculinizantes. Normalmente, los testículos descienden al escroto hacia el séptimo mes de embarazo.

Durante la infancia, los testículos producen testosterona en pequeñas cantidades. Durante la pubertad, el cerebro envía señales para que los testículos produzcan mucha más testosterona, y esto determina los cambios físicos que se observan durante la adolescencia. El nivel de testosterona por lo general permanece constante desde la adolescencia hasta los 60 o 70 años; edad en la que desciende.

Los testículos crecen más durante la pubertad que en ningún otro período de la vida del hombre, alcanzando su tamaño definitivo alrededor de los 16 o 18 años. El tamaño y el peso de los testículos permanecen constantes desde entonces hasta después de los 60 años, edad en la que normalmente suelen volverse más pequeños y más blandos.

En una época muy temprana de la vida, los niños descubren sus testículos y pasan mucho tiempo tocándoselos y tirando el escroto. El hecho de que los preadolescentes, los adolescentes y los adultos acaricen los testículos es tanto erótico como sensual. Es una parte significativa del placer autoerótico, que puede llevar a una satisfacción sexual general.

Los testículos se han convertido en símbolo de virilidad. Un pequeño porcentaje de niños nacen con uno o con los dos testículos dentro del cuerpo y no dentro del escroto, que es su lugar adecuado. Entonces se dice que no le han bajado los testículos. En muchos de estos casos, el testículo o los testículos bajan hacia el escroto por sí solos cuando el niño es todavía pequeño. En otros casos se requiere una horaona especial para ayudar al testículo a descender, mientras que en otros se precisa una intervención quirúrgica. La gran mayoría de los casos están resueltos cuando el individuo llega a la edad adulta, aunque pocos son incurables. Cuando es imposible hacer descender a los testículos, este estado se conoce como criptorquidia.

Los testículos sin descender requieren supervisión médica, debido a que, de una manera u otra, los testículos deben llegar al escroto antes de la pubertad; de lo contrario, su capacidad para producir espermatozoides quedará destruida para siempre. Normalmente, la capacidad de los testículos para producir hormonas no se altera si permanecen sin descender durante el período puberal.

Basta con un testículo para producir espermatozoides y hormona sexual masculina en cantidad suficiente, lo mismo que para un desarrollo normal. El deseo sexual, la capacidad para la erección y la posibilidad de tener orgasmo no se ven afectadas. La vida sexual tiene su ritmo normal y puede procrear si lo desea.

Si se extirpan a un hombre los dos testículos por una enfermedad o por un accidente, el hombre no puede producir espermatozoides y es estéril. Además, su fuente principal de hormona sexual masculina, o sea la testosterona, deja de estar presente y esto le afectará profundamente si aún no ha alcanzado la pubertad; le afectará menos, aunque también de forma importante, si ya la ha alcanzado. Si aún no ha llegado a la pubertad, la falta de hormona masculina impedirá que su vello púbico y facial crezca del todo, su **YOZ** no cambiará, su pene y su escroto no alcanzarán el tamaño adulto.

Aunque las glándulas suprarrenales producen alguna cantidad de hormonas masculinas y aunque la terapia hormonal puede ser útil en este caso, la actividad sexual con eyaculación no es corriente, aunque puede ser posible.

En casos como éste son muy frecuentes los problemas emocionales; hay una falta de autoestima y surgen fuertes sentimientos de inadecuación; todo esto hace que el individuo tenga dificultades en establecer relaciones sexuales. Incluso si tiene la capacidad de funcionar sexualmente sus problemas emocionales le hacen difícil desarrollar una relación sexual. A su vez, esto puede llevarle a una pérdida de la capacidad física para funcionar sexualmente.

Si un hombre pierde sus dos testículos en la edad adulta, se sabe que el tacaño general de sus músculos disminuye, su metabolismo y respiración disminuyen, la grasa de su cuerpo se reduce y su complejión será menos masculina. Todo esto se debe a la falta de la fuente principal de testosterona; dosis cuidadosamente controladas de hormona masculina pueden permitirle continuar funcionando sexualmente, pero puede sentirse tan angustiado emocionalmente por la pérdida de sus testículos, que evitará involucrarse en actividades sexuales aún cuando tenga la capacidad física necesaria para ello.

Los conocimientos acerca de los efectos de la castración sobre el deseo sexual son incompletos. En algunos casos de castración de adultos, hay pruebas de que los hombres afectados han sido capaces de continuar teniendo erecciones y orgasmo. Su deseo y la frecuencia de la actividad sexual no se han visto modificados. En otros casos, se sabe que, en general, el deseo y la actividad sexual disminuyen después de la castración; esto puede ser debido a la operación en sí o a la depresión y sentimientos de inferioridad y de inadecuación que siguen a la intervención quirúrgica. También podría ser muy bien una combinación de los dos.

Es posible que el virus que causa las paperas provoque una infección en los testículos, lesionando de forma permanente los tubos seminíferos que

producen espermatozoides. Esta lesión permanente produce esterilidad. Los chicos que contraen paperas antes de la pubertad no tienen normalmente ese problema, ya que las zonas productoras no están aún desarrolladas y, por tanto, no son afectadas por el virus.

Los Epididimos

Los espermatozoides permanecen en los epididimos hasta que se destruyen y son absorbidos por el tejido circundante o hasta que son eyaculados.

Desde la pubertad, se fabrican espermatozoides en cada testículo. El desarrollo de un espermatozoide individual tarda aproximadamente 10 semanas. Cada mes se producen miles de millones de espermatozoides, con una ligera disminución en los últimos años. Si los espermatozoides no son eyaculados simplemente se destruyen y son absorbidos por el tejido de los testículos. Este proceso natural no produce ningún daño ni dolor. Es imposible ver un espermatozoide aislado sin la ayuda de un microscopio.

El espermatozoide tiene tres partes; una cabeza, un cuello y una cola. La cabeza contiene 23 cromosomas, que llevan la contribución del hombre a la herencia biológica del niño. La otra mitad es aportada por el óvulo o huevo femenino, que también contiene 23 cromosomas; el cuello y el cuerpo del espermatozoide contiene materia que puede ser convertida en energía, de tal forma que el espermatozoide puede moverse por sí mismo después de haber sido eyaculado por el hombre. La cola del espermatozoide se mueve hacia adelante y hacia atrás como un remolcador, para permitir que el espermatozoide avance por la vagina, suba por el útero y llegue a las trompas de Falopio.

Desde la pubertad, en los testículos se están fabricando continuamente espermatozoides. Un hombre sano produce 50.000 espermatozoides por minuto o sea 72 millones por día. El proceso de producción de espermatozoides se llama espermatogénesis, y normalmente transcurren de 60 a 82 días mientras un espermatozoide madura. Este proceso tiene lugar por etapas: primero aparece el espermatogonio, que después se convierte en un espermatocito, luego en un espermátido y, finalmente en un espermatozoide.

La glándula prostática se hincha, puede presionar y hasta obstruir el cuello de la vejiga e incluso la propia uretra: en este caso se precisa un reconocimiento médico.

A partir de la pubertad, la próstata segrega una sustancia que, al igual que el fluido de la vesícula seminal, sirve de nutrición al espermatozoide y aumenta su capacidad de movimiento. El fluido de la próstata constituye aproximadamente el 30% del semen; el fluido de las vesículas seminales el 60%; los espermatozoides constituyen sólo alrededor de un 10%. El fluido prostático es segregado en la uretra a través de los múltiples conductos de la glándula; una vez en la uretra, se mezcla con los espermatozoides y el líquido seminal, que vienen del conducto eyaculador.

Ahora el semen ya está completo y listo para ser eyaculado. La mayoría de los hombres saben que tienen glándula prostática pero no la notan. Es pequeña, está escondida y funciona. Pero cuando ocurre un problema, entonces la próstata se convierte en algo muy importante y puede ocasionar un cambio radical en la vida de un hombre. Si para corregir un problema prostático se requiere una intervención quirúrgica, existen dos peligros para el funcionamiento sexual del hombre: puede volverse impotente o puede volverse estéril.

El grupo social, ha dado siempre mucha importancia al pene como centro de la sexualidad masculina, se le ha considerado como símbolo de la masculinidad. Este concepto tradicional ignora gran parte de la sexualidad masculina; no obstante hay una gran sensibilidad hacia él. Pocos hombres permanecen inmunes a la sensación de que su virilidad se reduce si se vuelven impotentes.

En el grupo social, también se pone mucho énfasis no tanto en la paternidad como en la capacidad para engendrar un hijo. Tradicionalmente, esta capacidad se ha visto como una parte propia, natural y normal del ser masculino. Debido a ello, el hombre estéril se considera como un hombre incompleto, pero no tanto como el impotente.

Los Conductos Eyaculadores

Los conductos eyaculadores tienen alrededor de 2 ó 3 centímetros de longitud y conducen a la uretra. Durante el coito, el semen se almacena en esta zona y cuando la excitación sexual llega al punto más alto un reflejo espinal origina contracciones rítmicas en toda la zona e impulsa el semen fuera de la uretra. Este proceso se llama eyaculación, cuando el hombre alcanza un cierto punto de excitación, ya no puede dejar de eyacular. Por lo general, se producen entre 3 y 6 salidas de esperma en unos pocos segundos.

Ligado a la eyaculación, pero separado de ella, está el sentimiento subjetivo del orgasmo. El orgasmo es una especie de explosión o liberación, muy personal e intensamente agradable, que invade todo el cuerpo. El orgasmo libera las tensiones neuromusculares que se han ido acumulando durante la estimulación sexual.

- Las Glándulas de Cowper

Las glándulas de Cowper se hallan por debajo de la próstata a cada lado de la uretra. Durante la excitación sexual antes de la eyaculación, el fluido segregado por las glándulas de Cowper sale por el meato urinario y aparece en la punta del pene y a su alrededor. Este fluido contiene espermatozoides, que ya han salido de los conductos eyaculadores en cantidad suficiente para producir un embarazo, aunque no se haya producido eyaculación alguna aún. Por tanto, el retirar el pene de la vagina antes de eyacular no es un método seguro de control de la natalidad, ya que el fluido de las glándulas de Cowper está presente desde que empieza la excitación sexual y este fluido contiene algunos espermatozoides. El fluido de la glándula de Cowper es alcalino; puede ayudar a neutralizar la acidez de la uretra y permitir que los espermatozoides vivan más tiempo después de haber sido eyaculados.

La Uretra

La uretra masculina «de alrededor de 20 centímetros de longitud. Su función es urogenital. Por un lado es continuación de la vejiga y por lo tanto sirve como desagüe de la misma en la emisión de la orina; por otro lado, en ella, desembocan los conductos deferentes y a ella van a parar, en el momento del coito, los espermatozoides.

En el hombre, la uretra suele ser considerada en tres porciones: una que está rodeada por la próstata y en la cual desembocan una serie de pequeñas glándulas de secreción viscosa, que contribuyen a formar el líquido espermático; otra porción de características membranosas en donde se encuentra el esfínter de la uretra, que regula el buen funcionamiento de la misma; y finalmente, la tercera porción, la visible que es el pene. En él se observan unas masas musculares con cavidades que en la relación sexual se llenan de sangre y contribuyen a su erección.

SISTEMA SEXUAL FEMENINO

La descripción del sistema sexual femenino se divide en tres partes:

Los genitales Externos

Que es nombre con el que se designa al conjunto de los genitales visibles, o sea, la vulva, y consta de las siguientes partes:

Los labios grandes y externos, llamados labios mayores.

Los labios mayores se unen en el monte púbico: un montículo blando que se cubre de pelo en la pubertad.

Los labios pequeños e internos llamados labios menores, que se hallan dentro de los mayores.

Los senos, los cuales a pesar de no ser genitales, tienen un significado sexual considerable.

LOS LABIOS MAYORES

En la pubertad se desarrollan y adquieren por su cara externa un tinte oscuro y se recubren de velo más o menos abundante. Su cara interna es sucosa, húmeda y de coloración rosada. Al separarlos dejan al descubierto el clitoris, el vestíbulo, el orificio vaginal y los labios menores.

Los labios mayores, los más externos, son la parte más visible de los genitales femeninos y varían de tamaño y forma según las diferentes mujeres.

Durante la excitación sexual, los labios mayores se vuelven tumefactos y se aplanan, dejando al descubierto la abertura vaginal; esto es debido a la sangre que ingurgita los vasos. Los labios de las mujeres que han parido presentan esta respuesta algo más intensa que las que no han tenido hijos.

Después de la menopausia, los labios mayores se adelgazan y pierden la mayor parte de la grasa que les daba su forma abultada; ya no se vuelven tumefactos ni se aplanan como lo hacían.

LOS LABIOS MENORES

Los labios menores son pliegues internos de tejido. No son tan gruesos como los mayores, pero resultan más sensibles. Cuando la mujer alcanza cierto nivel de excitación sexual, estos labios cambian de color; el color resultante se denomina "piel sexual", e indica que se va a producir un orgasmo si la excitación continúa. Al mismo tiempo que tiene lugar el cambio de color, los labios menores se vuelven más grandes, esto es debido al aumento de flujo sanguíneo

que se produce como resultado de la estimulación sexual. Cuando ésta cesa, tanto los labios mayores como los menores vuelven a su tamaño y a su forma normales en un breve espacio de tiempo.

EL CLÍTORIS

Las innumerables terminaciones nerviosas que hay en el clítoris y a sus alrededores hacen que sea muy sensible al contacto, tanto directo como indirecto.

El **clítoris** consta de una cabeza o zona redondeada, llamada glándula, y una parte más baja denominada eje o cuerpo. El cuerpo del clítoris normalmente está cubierto por el tejido de los labios internos, que constituyen un capuchón para protegerlo.

En su estado normal, cuando no está estimulado, tiene aproximadamente el tamaño de medio centímetro. Al ser estimulado, se llena con sangre que afluye y aumenta su tamaño: tanto el eje como el glándula se agrandan; el glándula puede duplicar entonces su diámetro. Cuando la estimulación continúa y se aproxima el orgasmo, el clítoris se retrae y se esconde bajo el capuchón. Vuelve a salir cuando la estimulación se detiene.

Después del orgasmo, el clítoris tarda unos 10 minutos en recobrar su tamaño normal. Si la mujer no llega al orgasmo, la sangre con la que el clítoris se ha llenado como respuesta a la estimulación, puede permanecer dentro y mantener este órgano agrandado durante varias horas. Muchas mujeres lo viven como algo molesto. El orgasmo produce una liberación de la sangre acumulada en el clítoris.

El clítoris no resultará perjudicado por el contacto en el coito, ni con la mano, ni con la boca, ya sea directa o indirectamente.

Durante el coito, el pene no contacta directamente con el clítoris.

Los empujes del pene en la vagina, independientemente de la posición adoptada, mueven los labios menores: lo que suele provocar la sensación de placer es el movimiento de los labios contra el clitoris.

Si a una mujer le han extirpado el clitoris, seguirá siendo capaz de experimentar placer y orgasmo. El tejido de alrededor del clitoris es suficientemente sensible como para responder plenamente a la estimulación.

Las consecuencias psicológicas de extraer el clitoris, pueden ser más graves que las físicas, si la mujer no es bien informada de antemano sobre la operación.

Ha existido y sigue existiendo, una controversia respecto a la supuesta diferencia entre el orgasmo provocado por la estimulación del clitoris solamente y el orgasmo producido por el pene introducido en la vagina.

Freud creía –y algunos de sus seguidores aún lo creen– que las caricias en el clitoris para obtener un placer y orgasmo son una conducta característica de la adolescencia. Pero, según él, para convertirse en una mujer madura, deben llegar a aceptar y preferir el orgasmo inducido por el pene en la vagina, o sea el llamado orgasmo vaginal. Si la mujer no consigue realizarlo, esto significa que su desarrollo psicosexual ha quedado detenido. Por lo tanto, asignaron un valor muy positivo al orgasmo vaginal y uno negativo al orgasmo clitorideo en las mujeres maduras.

Master y Johnson, y otros investigadores y analistas, han tratado de demostrar, que los indicadores físicos del orgasmo son idénticos independientemente del modo en que se produce: son iguales tanto si el orgasmo es producido por un pene en la vagina, por una mano, lengua o vibrador en la zona del clitoris, por estimulación de los

senos o a través de la fantasía.

Las mujeres difieren entre sí en cuanto a sus preferencias personales. Muchas encuentran que el orgasmo producido por estimulación directa de la zona del clitoris es más intenso que el orgasmo obtenido por el pene en la vagina. De igual forma, otras muchas notan que el orgasmo vaginal resulta más y es más satisfactorio.

Lo importante, pues, es que cada mujer sea capaz de obtener las sensaciones que desea y que le parecen más placenteras. Para esto es preciso elegir el contexto adecuado y ser capaz de comunicarse con su pareja sexual e indicarle lo que quiere; así conseguirá llegar a una situación en la que ambos puedan obtener la satisfacción que buscan.

El proceso de extirpación del clitoris se denomina clitoridectomía; se practica si existe cáncer cuyo tratamiento exija una intervención quirúrgica radical. No se hace con la idea de limitar el placer sexual de las mujeres o de reducir su interés por la sexualidad.

EL VESTIBULO

El vestíbulo consta de dos partes principales: la abertura de la uretra y de la vagina. La uretra es el conducto que transporta la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. Su abertura se halla debajo del clitoris por encima del orificio vaginal.

Justo por debajo de la uretra se localiza el orificio vaginal, que está constituido por el principio de la vagina. La abertura vaginal es un agujero pequeño y puede verse mejor cuando se separan los labios.

LOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS

EL HIMEN

Dentro de la vagina, un poco más arriba de su abertura está el buen o "velo de la virginidad", un delgado trozo de tejido que bloquea parcialmente el camino hacia el interior. No tiene ninguna función biológica conocida. Aunque algunas mujeres nacen sin himen, la mayoría lo poseen; según las distintas mujeres varía de tamaño y forma. El himen no tapa toda la abertura vaginal, ya que debe existir algún agujero que permita la salida del flujo menstrual o período. El himen puede perforarse cuando se producen sacudidas bruscas, también durante el coito o por la introducción brusca de un tampón durante la menstruación; y a veces se rompe sin razón aparente. Un himen perforado no indica que se haya realizado el coito; ni puede constituirse una prueba de que se haya perdido la virginidad. De hecho, hay mujeres a las que es preciso romper el himen quirúrgicamente: himenectomía, antes del primer parto, ya que es tan flexible o pequeño, que resultó intacto durante el coito.

Al romperse el himen, sea durante el primer coito o en otra ocasión, puede aparecer una pequeña hemorragia o algo de dolor. Ambas cosas son absolutamente normales si se calman en poco tiempo. Algunas mujeres no experimentan ninguna molestia,

A veces, la mujer está nerviosa ante la realización del coito, sobre todo la primera vez, y esta tensión puede ocasionar más molestia que la propia perforación del himen. De modo semejante, los hombres que se comportan rudamente en la relación sexual o que intentan penetrar en la vagina antes de que esté lubricada, también pueden causar dolor. Sin embargo, por lo general, la emoción previa al coito se encarga de solucionar el problema y la mujer experimenta molestias mínimas, aún en el caso de que el himen no hubiera sido roto con anterioridad.

Es importante recordar que una mujer puede quedar embarazada aunque su himen esté intacto y aunque no haya entrado ningún pene en su vagina. Si el espermatozoide se pone en contacto con los labios o con la zona vaginal, se puede llegar al himen y pasar al interior de la vagina, con la posibilidad de producir embarazo.

Un médico experto y comprensivo puede enseñar a la mujer a utilizar sus dedos para dilatar el himen, de forma que no presente dificultad alguna en el primer coito. Este consejo médico es muy saludable y puede hacer que el primer coito sea más agradable y menos doloroso.

Las mujeres se dan cuenta de la existencia del himen por medios diferentes, pero raramente a través de los padres, médicos o adultos cercanos. Y no se enteran de una forma delicada y que les pueda infundir confianza; por el contrario, se enteran de forma que provoca ansiedad e inseguridad acerca del propio cuerpo.

El primer mensaje que las mujeres suelen recibir acerca del himen es que, mientras esté intacto es una señal de que aún son vírgenes. Se les enseña a creer que si el himen está perforado, esto se tomará como una prueba de que ya se ha tenido actividad sexual. Esto puede ser nocivo, porque una mujer cuyo himen se haya roto, por cualesquier causa, ajena al coito, puede estar muy angustiada antes de su primera relación sexual. Es posible que se intranquilece mucho al pensar que el hombre creerá que le está engañando cuando ella le diga que nunca ha realizado el coito.

Otra distorsión frecuente de los hechos, y también nociva, es la de que la perforación de un himen por un pene producirá mucho dolor y gran cantidad de sangre. Una mujer puede desear vivamente realizar el coito con un hombre y, sin embargo se abstiene aterrada por el dolor. Entonces, al realizar su primer coito, estará tensa y asustada; no se sentirá libre para responder plenamente.

LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN

A cada lado de los labios menores se hallan las glándulas de Bartholín, que tienen sus salidas muy cerca de la abertura vaginal y que producen una pequeña cantidad de fluido cuando la mujer se excita sexualmente. Antes se pensaba que esta pequeña cantidad de fluido intervenía de forma importante en la lubricación vaginal, pero la investigación de Nater y Johnson demostró que la lubricación vaginal viene de succionar arriba de la vagina, de modo que las glándulas de Bartholín son irrelevantes durante la excitación sexual. Aún está por descubrir cuál es exactamente su función.

A veces las glándulas de Bartholín se irritan e infectan. En este caso pueden inflamarse y producir dolor. Exige consulta médica.

LA URETRA

La uretra es un tubo corto, con un extremo conectado a la vejiga y el otro que desemboca en el vestíbulo. Es el canal para eliminar la orina de la vejiga. Su abertura se halla entre el clítoris y el orificio vaginal,

Muchas personas (tanto hombres como mujeres) sienten ganas de orinar después del coito; esto es debido a que el coito puede producir una ligera irritación en la uretra y en la vejiga. Cistitis es el término general para designar la irritación, la inflamación o la infección de la vejiga. Los signos principales son dolor, quemazón y ganas frecuentes de orinar. No es una enfermedad venérea.

La cistitis es producida por unas bacterias que invaden la vejiga y que pueden ir a la uretra durante el coito, especialmente si el número de relaciones sexuales aumenta en forma súbita. No es preciso tener relaciones sexuales para padecer cistitis, pero el coito a

senado lo agrava.

La cistitis puede desaparecer por si sola, pero siempre es aconsejable consultar al médico y seguir un tratamiento. Para evitar esta enfermedad es útil orinar después de la relación sexual y tomar grandes cantidades de líquido. Si la mujer contrae esta enfermedad, se ha visto que también son útiles los baños de agua caliente.

Después del coito pueden aparecer síntomas parecidos a la cistitis, debido a que la uretra de la mujer ha sido maltratada al ser comprimida entre el hueso púbico y el pene.

Algunas personas piensan que el hecho de que la mujer orine inmediatamente después del coito es un método anticonceptivo; debido a que la orina sale por la uretra y no por la vagina, el esperma no puede ser expulsado de esta manera. Las personas que practican este método de control natal a menudo acaban siendo padres.

Cuando la mujer se hace mayor y atraviesa la menopausia, es frecuente que sienta más irritación en la vejiga y en la zona de la uretra durante y después del coito, el descenso de estrógenos propios de la menopausia produce un adelgazamiento del tejido vaginal, lo cual reduce la protección durante el coito; esto puede ocasionar unas ganas urgentes de orinar durante el coito y después de él. Se trata de algo muy corriente y sin importancia. Puede ser útil orinar antes de la relación sexual y también lubricar la vagina.

LA VAGINA

La vagina empieza por la parte exterior de la abertura vaginal, y termina en el cérvix o cuello del útero. Varía de tamaño de una mujer a otra, pero normalmente tiene de 8 a 12 centímetros de longitud. Posee forro de tubo apilado con las paredes contactadas

entre sí. Estas no son lisas, sino que forman pliegues y rugosidades a todo lo largo. La vagina posee gran capacidad de expansión y contracción. Así, por ejemplo, se expande enormemente en el proceso del parto; y durante el coito puede adaptarse al pene erecto, cualquiera que sea el tamaño de éste.

Durante la excitación sexual, la vagina responde casi inmediatamente a la estimulación, en cuestión de segundos, aparecen unas pequeñas gotas de fluido en sus paredes. A medida que avanza la excitación estas gotas se juntan entre sí y se extienden hasta cubrir los lados de la vagina por completo.

Cuando una mujer se excita, aparece la lubricación que facilita el coito si este tiene lugar; si no existiera esta lubricación, la mujer sentiría dolor al ser penetrada. La vagina, igual que los ojos es una parte del cuerpo que se limpia por sí misma, pero a pesar de esto es indispensable la higiene diaria.

Las paredes internas de la vagina no tienen muchas terminaciones nerviosas y no son demasiado sensibles. Los dos tercios internos responden más a la presión que al tacto; en cambio, el tercio más externo, especialmente en los alrededores del orificio vaginal, posee mucho más nervios y es más sensible al tacto. La consecuencia natural de la excitación sexual es la formación del fluido en las paredes vaginales. Si se desea realizar el coito, se necesita este fluido para que el pene entre y pueda moverse con facilidad. Por lo general, la vagina producirá fluido suficiente para cubrir las necesidades y expectativas, con algunas fluctuaciones de vez en cuando, que son completamente normales. El tener un poco más o un poco menos de fluido no debe considerarse un problema, ni tiene por qué interferir en la actividad sexual.

La lubricación disminuye a medida que la mujer se hace mayor, pero esto es un fenómeno físico natural que no indica ningún tipo de

problema corporal o psicológico.

En algunas veces después del parto, y sobre todo, si se tienen varios hijos en poco tiempo, la vagina puede perder en parte su tono muscular, aflojarse un poco y parecer más grande; la mujer misma puede notar esto, por tanto, durante el coito, puede que no contacte con las paredes y sentir que el pene escapa. De modo semejante es posible que no se sienta placer por la falta de contacto.

En este caso se aconseja buscar nuevas posiciones para el coito, que permitan un contacto pene vagina más intenso. También existen unos ejercicios especiales que pueden hacerse para fortalecer y estrechar los músculos de alrededor de la vagina y aumentar así el tono y la sensación. Los "ejercicios de kegel", llamados así por ser éste el nombre del médico que los prescribió por primera vez; consisten en que la mujer contraiga los músculos hasta detener el chorro de orina. La contracción se debe mantener durante 3 ó 5 segundos y se ha de repetir 10 veces en cada serie; a lo largo del día se han de realizar varias series. También puede hacerse durante el coito, apretando los músculos vaginales alrededor del pene. En este caso, ambos notarán el progreso conseguido.

En casos extremos, cuando estos ejercicios no sirven de nada, es posible realizar una operación para estrechar la vagina. Pero esto debe dejarse como último recurso, cuando lo demás haya fallado.

Algunas mujeres desprenden un fuerte olor genital, que es completamente normal y que no se debe a incorrecta higiene personal. En ocasiones, estos olores se deben a irritaciones e infecciones, que producen una descarga vaginal tan oliente. Por lo general, éstas no desaparecen por sí solas, sino que requieren tratamiento médico. Una vez tratadas, la descarga y el olor desaparecen. Existen las duchas vaginales, consistentes en lavar la vagina con un chorro de agua o con alguna solución especial. La ducha en sí está formada por

una perilla de poma con un tubo en el extremo. Se llena la perilla de líquido, se coloca al tubo en la vagina y se aprieta la perilla para que el líquido saiga del tubo y entre en la vagina. Son necesarias sólo cuando son prescritas por el médico. De hecho, el uso continuado de estas duchas o irrigaciones, especialmente las que contienen ingredientes cosméticos y sabores especiales, pueden dejar la vagina desprovista de su protección natural y alterar su equilibrio, produciendo irritación e infección. Jamás debe considerarse la ducha como un método de control de natalidad, cualesquiera que sean los líquidos utilizados. Los espermatozoides pasan por el cérvix hasta llegar al útero demasiado de prisa, para que la ducha resulte eficaz.

En realidad, lo más probable es que la ducha tenga un efecto contrario. Si el chorro de líquido que entra en la vagina es fuerte, puede empujar los espermatozoides y hacer que entren más rápidamente en el útero.

La secreción vaginal tiene una acción defensiva. La autodefensa de la vagina se ejerce, gracias al bacilo de Doderlein, que se halla en el medio vaginal y que tiene eficaz acción microbicida por la acidez que comunica a las secreciones.

Cuando existe una infección, el bacilo de Doderlein tiende a desaparecer y a variar la acidez del medio vaginal.

CERVIX O CUELLO DEL UTERO

El cérvix tiene una abertura muy pequeña cuyo tacto es similar al de la punta de la nariz. Las mujeres que utilizan DIU para el control de la natalidad, tienen los hilos de éste colgando hasta la vagina a través del cérvix.

Por el cérvix pasa el flujo menstrual en su camino de salida a

través de la vagina. El esperma, tras ser depositado en la vagina, pasa por el cérvix hacia el útero y las trompas de falopio. El cuello del útero segrega un fluido llamado moco cervical. Durante el ciclo menstrual, este moco cambia de aspecto. Quienes emplean el método natural de planificación familiar, lo utilizan como indicador de los días seguros e inseguros para realizar el coito. Se llama el método del moco cervical o de Billings.

Para saber si hay un cáncer en el cérvix, se hace algo muy simple e indoloro llamado frotis cervical; el médico, con una espátula de plástico, recoge algunas células del cérvix que son estudiadas al microscopio para determinar la presencia de células anormales. La presencia de estas células anormales no siempre indica la existencia de una enfermedad que requiera una operación. A menudo, estas células se deben a infecciones o inflamaciones y pueden desaparecer por sí solas, o después de un tratamiento corto no quirúrgico.

Otras veces, las células irregulares en el cérvix pueden diagnosticarse como sospechosas o presalignas; el tratamiento debe consistir en la extirpación de las células anormales solamente. Uno de los métodos para hacerlo es la cauterización en frío hecha por un especialista. Otro método es la extracción de un trozo de la zona del cérvix afectada; este método se usa tanto para hacer el diagnóstico como para tratamiento en algunas otras. Requiere hospitalización y anestesia. Algunos médicos prescriben la histerectomía, como tratamiento inmediato, cuando encuentran alguna célula cancerosa en el cérvix; sin embargo no todos los especialistas, ni todas las pacientes están de acuerdo, en que éste sea el único tratamiento para el cáncer del cuello del útero.

Es importante que las mujeres estén enteradas de las diferencias de opinión entre los médicos, sobre cómo tratar la causa de las células anormales en el cérvix. Puede que valga la pena consultar con otro médico antes de decidirse por la cirugía.

esta serie de acontecimientos regulares, se producen de forma ininterrumpida, desde la pubertad hasta la menopausia. La segunda parte del útero, la del medio, es la fuerte capa muscular llamada miometrio, que da al útero su gran fuerza y elasticidad; en el proceso del parto, esta capa del útero es el peritoneo, que envuelve las otras dos, miometrio y endometrio, así como a los otros órganos del abdomen.

El útero mantiene su posición dentro de la pelvis gracias a una serie de ligamentos (el ligamento ancho, el ligamento redondo, y los ligamentos anterior y posterior).

Durante la excitación sexual, el útero se eleva, aumenta de tamaño y continúa así hasta que se llega al orgasmo o hasta que cese la estimulación. El orgasmo hace que el útero vuelva fácilmente a su tamaño habitual. La razón por la que el útero se eleva y se expande es la cantidad creciente de sangre que afluye a sus paredes durante la excitación sexual.

Puede presentarse la endometriosis, que es el crecimiento del tejido propio de las paredes del útero en lugares indebidos. El endometrio es el tejido que reviste al útero, y por razones no conocidas del todo, a veces se desarrolla en lugares fuera del útero; por ejemplo, en los ovarios, en las trompas de Falopio o en los intestinos. Si ocurre esto, se crea un problema considerable, ya que produce dolor e interfiere en el proceso de fertilización y embarazo. Las mujeres que tienen endometriosis y desean tener hijos deberían quedarse embarazadas lo más pronto posible, ya que la enfermedad es generalmente progresiva y empeora con el tiempo.

Los síntomas varían, pero el dolor durante la menstruación y en los órganos de reproducción son síntomas comunes. Es fundamental el tratamiento médico.

La endometriosis es diferente de la endometritis, que es la irritación del revestimiento del útero y puede deberse a muchas causas, incluso a la presencia de DIU. La endometritis puede ser tratada médicamente sin grandes dificultades.

Normalmente, el útero se halla inclinado hacia adelante, formando un ángulo de 90 grados con la vagina; pero en un 75% de las mujeres se halla en el mismo plano que la vagina e incluso hacia atrás. A esto se llama útero inclinado o en retroversión. Tal vez no cause nunca problemas importantes, pero ocasionalmente puede hacerse difícil e incluso quedar embarazada y puede ser causa de dolor al final de la espalda.

El médico, después de haberlo diagnosticado, puede intentar colocar el útero en su posición correcta introduciendo una mano a través de la vagina, poniendo la otra mano encima de la zona púbica y moviendo suavemente el útero hasta colocarlo en su sitio. Otra posibilidad es la de insertar un aparato especial llamado pesario, que mantiene el útero en su sitio correcto. La inserción del pesario no requiere cirugía y generalmente se quita varios meses después, una vez que el útero se ha puesto en posición normal. Este procedimiento ha permitido a muchas mujeres quedar embarazadas después de años de no haberlo logrado.

La expresión útero prolapsado, significa que el útero se ha desplazado hacia un sitio que no corresponde. Un útero prolapsado es causado por el debilitamiento de los ligamentos que lo sujetan, y lo mantienen en su sitio. Un útero prolapsado descenderá hasta la vagina. El prolapso se encuentra generalmente en mujeres mayores y puede tener lugar después de un embarazo, que puede haber debilitado los ligamentos sustentantes.

El prolapso no suele causar dolor ni interfiere con el funcionamiento general, incluido el placer sexual. Ocasionalmente suele causar problemas al pasar la orina; por ejemplo, puede

LOS OVARIOS

Los ovarios se hallan situados justo por debajo y a cada lado del ombligo. No están conectados directamente con el útero ni con las trompas de falopio, se mantienen en su sitio gracias a los ligamentos ováricos.

Los ovarios tienen forma de almendra y miden alrededor de cuatro centímetros de longitud, dos centímetros de espesor y tres centímetros de ancho. Tienen dos funciones importantes: a través del proceso llamado ovulación, liberan los óvulos, que pueden ser fertilizados por los espermatozoides; también producen hormonas femeninas llamadas estrógenos y progesterona. El estrógeno es fundamental para el desarrollo sexual; la progesterona es muy importante para el embarazo. Estas hormonas pasan directamente de los ovarios al torrente sanguíneo.

Una mujer nace aproximadamente con 200 mil óvulos en cada ovario. Durante los años reproductivos de la mujer, se liberan entre 300 y 500 de estos óvulos. Cada óvulo se halla en el folículo, que es una cavidad en la cual puede permanecer el óvulo inmaduro. Cuando el óvulo madura, sale de la cavidad y es expulsado del ovario, siendo recogido por la trompa de falopio del lado correspondiente. La maduración de los folículos para que puedan liberar los óvulos empieza en la pubertad, en la que el folículo del ovario derecho o del izquierdo sueltan un óvulo en una de las trompas de falopio. Este proceso se llama ovulación y ocurre aproximadamente una vez cada cuatro semanas, desde la pubertad hasta la menopausia. Mientras la mujer está embarazada no tiene lugar la ovulación; ésta reanuda su ritmo normal después del nacimiento del niño.

Hay mujeres que pueden notar la ovulación; saben cuándo el óvulo deja un ovario en cada ciclo, y sienten un dolor o punzada. Este hecho se conoce como "dolor medio", ya que la ovulación suele

ocurrir alrededor del punto medio de cada ciclo menstrual de la mujer.

Una mujer puede tener el período y sin embargo no ovular. Esto ocurre con bastante frecuencia, durante el primer año después de la primera menstruación de la chica. Posteriormente es poco frecuente, pero existen ciertos problemas emocionales y hormonales que pueden impedir la ovulación. La no aceptación de su feminidad o la profunda dependencia de sus padres puede provocar esta reacción.

Se ha creído que cuando la mujer amamanta no ovula y que por tanto no necesita métodos anticonceptivos. Es un mal entendido que ha originado muchos embarazos no deseados. Al principio, el hecho de amamantar retrasa la aparición de la ovulación, pero ésta se reinstaura pronto. Por lo tanto, tan pronto se empieza a realizar el coito después de nacimiento de un niño, se debe utilizar algún método anticonceptivo.

La Ovariectomía, o extirpación de los ovarios, también se conoce con el nombre de castración femenina. Sólo se lleva a cabo cuando los ovarios están enfermos y no pueden ser curados de otro modo. La ovariectomía hace a la mujer estéril, por supuesto; y también elimina la principal fuente de estrógenos, no interfiere con el interés ni con el placer sexual.

Un ovario solo, o incluso un trozo de ovario, es suficiente para que un folículo libere un óvulo en cada ciclo menstrual. El óvulo puede ser fertilizado por un espermatozoide y puede originar un embarazo natural y sano.

Es importante hacer referencia al **ÓVULO** como elemento femenino en la reproducción. El óvulo es una célula que mide 140 micras de diámetro, rodeada de la corona radiata formada por grupos de células originadas en el folículo: una membrana cortical, de protoplasma

abundante y rico en sustancias nutritivas. Su núcleo es redondeado y subcentral que contiene el nucleólo y los cromosomas de la especie, pero reducidos a la mitad, es decir que de 46 que son los propios de las células humanas, sólo se encuentran 23 en virtud de un proceso de reducción de los cromosomas o cromática, que ocurre durante el desarrollo del óvulo. También se le denomina meiosis a dicho fenómeno.

El óvulo no está dotado de movimiento, es la contribución de la mujer en el proceso de la reproducción.

LOS SENOS

Los senos están formados por varios elementos:

- Los pezones en la parte externa

La aréola que rodea el pezón

- Las glándulas en la parte interna

Los conductos galactóferos que transportan la leche desde las glándulas mamarias hasta los pezones.

El resto de los senos se compone de un tejido graso y tejido conectivo fibroso, que sujeta todo el pecho y le da su forma.

Los pezones

Los pezones pueden ser puntiagudos, pueden aparecer planos, pueden estar hundidos en el pecho o pueden estar invertidos.

Existe una gran cantidad de aspectos todos ellos normales. Los conductos galactóferos van de las glándulas al pezón para que el

niño pueda sanar.

Cada pezón cuenta con terminaciones nerviosas que lo hacen muy sensible al tacto. Las delgadas fibras musculares que hay en cada pezón le permite ponerse erecto durante la excitación sexual y por otros estímulos tales como el frío. Así como generalmente un pecho es más grande que el otro, así también algunas mujeres encuentran que, cuando están excitadas sexualmente o tienen frío, uno de los pezones tienen más erección que otro.

Aréolas

La aréola es la zona más oscura que se encuentra en cada pezón; su color varía según la mujer. Es normal tener pequeños bulticos en la aréola: son glándulas productoras de aceite que segregan un lubricante para facilitar la lactancia. Durante el embarazo, la aréola se oscurece y permanece así hasta después del parto. El tamaño de la aréola varía de una persona a otra.

Glándulas Mamarias

Dentro de cada seno hay de 15 a 25 pequeños sacos productores de leche. La leche que producen pasa a través de los conductos hacia el pezón, lista ya para que el niño la succione; Independientemente del tamaño del seno, las glándulas mamarias tienen el mismo tamaño en cada mujer y producen aproximadamente la misma cantidad de leche.

Los conductos Galactúforos

Estos conductos conectan en cada seno las glándulas mamarias y el pezón. La leche se produce en las glándulas, pasa a través de los conductos y se acumula alrededor del pezón.

La leche se produce como respuesta a la acción de dos hormonas: la

prolactina y la oxitocina. La prolactina estimula la producción de la leche por parte de las glándulas mamarias y, cuando el niño chupa, se libera más prolactina en el torrente sanguíneo, causando una mayor producción de leche. La oxitocina hace que la leche vaya desde las glándulas hasta el pezón, en el proceso llamado popularmente "subida de la leche".

Los senos producen una sustancia más: el calostro. El calostro no es leche, pero resulta extremadamente nutritivo. Es espeso y amarillento y suele gotear de los pezones ocasionalmente durante las últimas semanas de embarazo. Los niños se alimentan de calostro los primeros días. El calostro no sólo es rico en proteínas, sino que también contiene importantes anticuerpos, por los que el niño adquiere protección contra ciertas enfermedades, a las que están especialmente expuestos los recién nacidos.

La leche empieza a producirse cuando una mujer está embarazada. Las glándulas productoras de leche en los senos responden a cambios especiales de hormonas que ocurren durante el embarazo; en el momento del nacimiento del niño la mujer está preparada para darle leche. Continuará produciendo leche mientras dure la lactancia.

Ciertas mujeres encuentran que sus pechos les dan poco placer erótico, a pesar de que popularmente se cree, que todas las mujeres disfrutan con éllo. Es más, a menudo, los pechos de una mujer excitan más a su pareja que a ella misma.

En algunas mujeres se presenta dolor o hinchazón de los senos poco antes del período. El cambio en los niveles de hormonas y la retención del líquido que entonces se producen, son las causas principales. Si se evita el exceso de sal, alcohol, y el consumo abusivo de hidratos de carbono refinados, puede desaparecer el dolor.

Dada la enorme importancia que se da a los senos, a su tamaño y a su forma, muchas adolescentes se preocupan porque sus pechos son demasiado pequeños, o demasiado grandes, o meramente no tienen la "forma adecuada". No existe ninguna forma y tamaño normal. El tamaño y la forma del pecho vienen determinados por la herencia.

Los pechos de la mujer empiezan a desarrollarse en la pubertad. Los estrógenos, una hormona producida por los ovarios, hacen que los pezones crezcan y se desarrollen las glándulas mamarias y el tejido graso. El crecimiento de los pechos no es paralelo: uno puede desarrollarse antes que el otro; y nadie puede decir con precisión cuándo sucederá, ya que no hay orden específico para los acontecimientos en la pubertad.

Los pechos de muchos chicos se desarrollan un poco en la pubertad: esto se conoce con el nombre de ginecomastia y se debe, probablemente, a que en sus cuerpos hay pequeñas cantidades de estrógenos. A medida que avanza la pubertad, el nivel de hormonas se estabiliza y crecen otras partes del cuerpo hasta compensar el aumento del pecho.

La importancia y significado de los senos varía de una persona a otra y de una relación a otra. También existe conexión distinta entre el significado que la mujer da a sus pechos y las diferentes etapas de la vida. No es raro que algunas adolescentes se preocupen seriamente por el tamaño y la forma de sus senos, como factor determinante de sus posibles relaciones. A veces, los hombres dan tal importancia a los pechos de una mujer, que ese atributo puede ser la razón de iniciar una relación. Aunque estos valores persisten en algunas personas, la mayoría son capaces de ir más allá del simple aspecto físico en una relación.

Es natural desear que los senos se desarrollen adecuadamente, pero este tipo de cuestiones refleja también las presiones que las adolescentes sufren, para encajar y parecerse a la imagen de mujer

atractiva, que es popularmente aceptada en ese momento. Por supuesto, quisieran que sus pechos estuvieran bien, pero muchas piensan que no van a conseguir este ideal.

La mastitis es una infección del pecho, causada por una bacteria que entra por el pezón, o por una grieta del mismo. Los signos más comunes son, fiebre, hipersensibilidad del pecho y un abatimiento general. Más de la mitad de los casos de mastitis se dan cuando una mujer está amamantando, pero después de una operación de mama puede aparecer una mastitis traumática. En la pubertad puede aparecer una hinchazón dolorosa de los pechos, lo que se conoce como mastitis puberal; desaparece en pocas semanas. La mastitis también puede darse durante la menopausia, debido a los cambios en los niveles de hormonas.

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

Ciertamente, las diferencias físicas que existen desde la infancia entre los dos sexos, pueden considerarse como caracteres sexuales secundarios, pero están poco acentuados. Durante la adolescencia, por el contrario, las características de cada sexo van a precisarse más y más. Los caracteres sexuales secundarios aparecen y se desarrollan bajo la influencia de la actividad hormonal y de las gónadas, ovarios y testículos. Manifiestan por tanto, exteriormente, la presencia cierta en el organismo de las hormonas sexuales específicas y, más generalmente, son un importante índice del funcionamiento del sistema hipotálamo-hipofisiario, así como de la respuesta satisfactoria de las gónadas.

Los primeros pelos pubianos marcan, sin embargo, el comienzo de la pubertad y aparecen antes de que comience el verdadero desarrollo de las gónadas. Su aparición parece debida a los andrógenos segregados por la glándula córtico-suprarrenal bajo la influencia de la hipófisis; señala pues, el comienzo de la nueva actividad hormonal de la adolescencia, al mismo tiempo que indica un funcionamiento normal de la hipófisis, porque

si se da un déficit de esta glándula, el cuerpo aparece lampiño. Todas estas consideraciones explican la importancia que se concede, a la pilosidad primero y a la evolución de los caracteres sexuales secundarios después.

Los primeros pelos pubianos se muestran en la niña sobre el borde libre de los labios mayores, en el chico en la raíz del pene. Se extienden enseguida progresivamente hacia el pubis en ambos sexos, al mismo tiempo que en la niña cubren toda la cara externa de los labios mayores y que, en el chico avanzan hacia el escroto.

en general, a los dos años aproximadamente, de la aparición de los pelos pubianos, comienzan a salir los pelos axilares en la chica. Su aparición coincide generalmente con la llegada de las primeras reglas.

Hacia los 16-17 años comienza a aparecer el bigote en el chico, seguido pronto de la barba, al mismo tiempo que crecen los pelos del tórax, brazos y piernas. Sin embargo, esta última pilosidad es muy variable según los individuos y según las razas. Al mismo tiempo que los pelos, se desarrollan las glándulas sudoríparas en la región genital y en las axilas.

Los senos comienzan a desarrollarse en las niñas desde el comienzo de la pubertad. En los chicos se produce solamente una ligera pigmentación de la aréola sin ninguna elevación. Una pequeña tumefacción -hinchazón- de uno o dos centímetros de diámetro, se forma hacia los diez años bajo la aréola, y crece poco sin que se manifieste ninguna prominencia del pezón, que permanece en el seno izquierdo y sigue unilateralmente durante algún tiempo. No hay que inquietarse por ello, ni pensar en un desarrollo disimétrico del pecho. Con el tiempo todo vuelve a su sitio. Las multiplicaciones celulares de las que es sede, aumenta progresivamente el volumen de la glándula mamaria. El pezón se endereza, la aréola se pigmenta y el seno vuelve poco a poco a su forma normal, muy variable por lo demás según los sujetos, no solamente en cuanto a la

forma, sino también en cuanto al volumen.

Como ya se ha anotado, el hombre y la mujer no se diferencian sólo por los rasgos y funciones primarios, sino que el sello sexual se imprime mucho más allá. Todos esos detalles que ya no pertenecen a los órganos de reproducción, pero que tienen un sello sexual, son los caracteres sexuales secundarios, muchos de los cuales se aprecian empíricamente con tanta certeza como los primarios mismos: Tales son la presencia o ausencia de barba, la línea robusta varonil o la suavidad del contorno femenino, etc.

Respecto a la importancia de los rasgos sexuales secundarios en la diferenciación sexual están:

En el hombre el sistema nervioso tiene una constitución más estable que en la mujer, que no puede apreciarse por detalles estructurales definidos, pero sí por diferencias esencialmente profundas en su funcionamiento.

En el hombre el sistema locomotor, -los músculos, las articulaciones y los huesos- alcanzan un desarrollo mucho mayor que en la mujer.

En el varón, la grasa se distribuye de distinto modo que en la hembra, en la cual es más abundante y se acumula en sitios de elección que, en colaboración con el distinto desarrollo del esqueleto y los músculos, dan al campo femenino su morfología peculiar.

La distribución y la longitud del cabello y del vello es también profundamente distinta en cada sexo. El vello de la mujer es infantil; el del hombre profuso e intensamente desarrollado.

La laringe varonil alcanza un grado de desarrollo mayor que la laringe femenina, diferencia ostensible desde el punto de vista morfológico, por la prominencia de este órgano en el hombre, formando la "nuez", que en

la mujer no existe; y desde el punto de vista funcional, por el distinto tono de la voz en uno y otro sexo.

En esta época, se agrandan las glándulas sudoríparas apocrinas de axilas y aumenta la sudoración axilar.

Uno de los caracteres más desagradables, es la aparición del acné juvenil. Va unido al crecimiento de la actividad de las glándulas sudoríparas y a la insuficiencia del drenaje, dando lugar a depósitos que se acumulan debajo de la piel.

El aumento de la transpiración tiene igualmente repercusiones psicológicas.

ACONTECIMIENTOS CULMINANTES DE LA PUBERTAD

Cuando la pubertad ha avanzado, el varón y la mujer pasan cada uno por un proceso especial que indica que el desarrollo ha progresado realmente. Se trata de la menstruación en la mujer y de la eyaculación, en el hombre.

Los chicos, por lo general, no se asustan cuando tienen la primera eyaculación, porque va acompañada de una sensación agradable y placentera. Durante todo el tiempo el pene ha ido creciendo, así como también aumenta su sensibilidad: da placer al tocarlo.

La primera vez que un chico eyacula, lo que sale habitualmente es un líquido claro salado, de olor particular, llamado esperma o semen. Es expulsado en una serie de chorros y está lleno de espermatozoides. El semen no tiene que ver nada con la orina, aunque los dos salgan por el mismo conducto, a través del pene.

Si un joven que está produciendo espermatozoides no se masturba o no tiene relaciones sexuales, los espermatozoides serán eventualmente eyaculados mientras duerme, y con frecuencia durante un sueño erótico.

Esto es lo que ha sido denominado polución nocturna; es una experiencia común en todos los varones en la época puberal; son simplemente eyeculaciones involuntarias y son la expresión de procesos funcionales estrechamente ligados a la potencia sexual del individuo.

La capacidad del chico para lograr la erección del pene y estimularse los genitales para conseguir satisfacción está presente desde la infancia, pero solamente con la culminación de la pubertad y los consiguientes aumentos en el nivel de la testosterona, hormona masculina, se convierte la pulsión sexual en algo fuerte e insistente.

Los jóvenes están satisfechos de su capacidad de erección, al considerarla como un símbolo de virilidad, pero la falta de control sobre la misma, puede ser fuente de inquietud.

En lo que respecta a la culminación de la pubertad femenina, o sea la menstruación, será tratada con detenimiento en el capítulo de conflictos psicosexuales.

3.1.1.4 Aspecto Psicológico

3.1.1.4.1 La Identificación Sexual

El proceso de identificación parece ser claramente diferente, según los distintos períodos de desarrollo. El niño muy pequeño no puede distinguir entre sí mismo y el objeto de su identificación, de ordinario su madre. A medida que madura se percata más de la realidad se siente motivado a evitar la frustración, imitando el comportamiento de su madre. Ya no querrá ser la madre sino que tratará de ser como ella. Emulando el comportamiento de personas importantes para él y previniendo su expectativa el niño se prepara a la identificación con su rol sexual.

Tanto los niños como las niñas logran la identificación al rol sexual mediante la resolución del complejo de Edipo; los chicos tienen que experimentar sus

relaciones con el padre y el otro sexo. Estas relaciones son los cimientos de sus relaciones futuras con el sexo opuesto.

En el caso del niño, el proceso empieza cuando se siente atraído sexualmente hacia su madre y percibe a su padre como competidor inoportuno y agresivo. Pero el padre tiene en realidad más poder y puede castigar al hijo. El niño fantasea que será castrado si trata de competir por el afecto de su madre. Para hacer frente a este temor, se identifica o trata de ser como su padre, el agresor, y reprime el deseo por su madre. La niña no tiene el temor de la castración, pero teme perder el cariño de su madre pues su identificación infantil es con la madre. No obstante, cuando descubre que carece de pene, culpa a su madre de habérselo cercenado, denegándole así los placeres que reporta. Entonces se vuelve hacia su padre y trata de suplantar a su madre en sus afectos, pero, desgarrada entre la impracticabilidad de tal objetivo y su temor de perder el amor de su madre, empieza a identificarse con ella. La niña necesita al padre o sustituto, para poder relacionarse con la madre en forma positiva y competitiva, al mismo tiempo que se identifica con la madre en esta triada, mientras que para el niño es válido lo opuesto.

El complejo de Edipo ilustra el drama de la relación triangular. El niño tiene que darse cuenta de que él (ella) no puede poseer a su padre del sexo opuesto.

Esta primera relación de amor tiene que perderse a cambio de futuras gratificaciones. Únicamente al darse el niño por vencido, puede proceder hacia el desarrollo de relaciones saludables más allá del núcleo familiar.

En esta etapa de su vida el niño se va identificando con su padre (o figura sustitutiva) del mismo sexo, es decir, incorpora pautas de conducta, características, motivos e intereses. Lo que se inicia como una simple imitación del modelo paterno, se va convirtiendo en rasgos de personalidad del niño. Así, de este modo, aprende su papel sexual y siente la satisfacción o insatisfacción de su identidad masculina o femenina.

La identificación no es simplemente una imitación, sino un hecho psicológico

inconsciente, común a las personas entre las cuales se produce dicho fenómeno y por medio del cual se constituye el ser humano.

Freud pone, en primer plano, el complejo de Edipo como modelo estructural de todas las identificaciones, en tanto que en este momento, las catexis sobre los padres son abandonadas y sustituidas por identificaciones, una vez establecida la forma generalizada del Edipo; estas identificaciones forman una estructura compleja; en la medida que el padre y la madre son, cada uno de ellos, a la vez objeto de amor y de rivalidad, es vivido con mayor intensidad durante la fase fálica; su declinación señala la entrada en el período de latencia. Experimenta una revivencia durante la pubertad y es superado con mayor o menor éxito de acuerdo a un tipo particular de elección de objeto.

El niño pequeño no experimenta solamente una actitud ambivalente y una elección de objeto amoroso dirigida hacia su madre, sino que al mismo tiempo se comporta como una niña mostrando una actitud femenina y tierna hacia su padre y la correspondiente actitud de celos hostiles hacia la madre.

En realidad, entre la forma positiva (deseo de muerte del rival, que es el personaje de su mismo sexo, y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto) y la forma negativa (amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto) se observa toda una serie de casos mixtos, en los que coexisten estas dos formas en relación dialéctica.

El complejo de Edipo designa la situación del niño en el triángulo (madre-hijo-padre) y en su forma completa posibilita explicar la ambivalencia del niño hacia el padre por la interacción de los componentes homosexuales y heterosexuales y no como el simple resultado de una situación de rivalidad.

Las primeras elaboraciones de la teoría se construyeron sobre el modelo del niño. Durante mucho tiempo, Freud admitió que el complejo podría ser transpuesto igualmente a la niña, pero luego lo refutó con el descubrimiento de la fase fálica, donde hay un solo órgano para los dos sexos: el falo y por el valor concedido a la inclinación pre-edípica hacia la madre. Esta fase pre-edípica se

observa especialmente en la niña, en la medida, en que el complejo de Edipo, significará para ella un cambio de objeto amoroso, de la madre al padre.

La preponderancia de complejo de Edipo queda atestiguada por las funciones fundamentales que le atribuyen:

Elección del objeto de amor en el sentido de que éste, Después de la pubertad, viene condicionado a la vez por la catexis de objeto y las identificaciones inherentes al complejo de Edipo y por la prohibición de realizar el incesto.

Acceso a la genitalidad por cuanto esta no queda en modo alguno garantizada por la sola maduración biológica. La organización genital, presupone la instauración de la primacía del falo, y esta difícilmente se puede considerar establecida sin que se resuelva la crisis edípica por el caído de la identificación.

Este papel estructurante en el desarrollo de la personalidad, se relaciona con la declinación del complejo de Edipo y la entrada en el período de latencia. Hay varios factores que posibilitan esta declinación: en el niño la amenaza de castración por el padre, posee un valor determinante en esta renuncia al objeto incestuoso, y el complejo de Edipo termina pero no se destruye totalmente, sino que sus huellas quedan en el inconsciente. En la niña la relación entre el complejo de Edipo y el complejo de castración es muy diferente. Mientras que el complejo de Edipo del niño se halla minado por el complejo de castración, el de la niña se hace posible y es introducido por el complejo de castración. En ella la renuncia al pene sólo se realiza después de una tentativa de obtener una reparación. La niña se desliza desde el pene al niño y su complejo de Edipo culmina en el deseo, largo tiempo sentido, de obtener del padre como regalo un niño, y de darle al padre un hijo.

El complejo de Edipo no puede reducirse a una situación real, a la influencia ejercida efectivamente sobre el niño por la pareja parental; su eficacia proviene de que hace intervenir una instancia prohibitiva (prohibición del incesto), que cierra la puerta a la satisfacción naturalmente buscada y une el deseo y la ley.

Para Lacan el complejo de Edipo pasa por tres momentos (Introducción a un Estudio de las Perversiones, Hugo B. Bleichaar, Helguero Editores). En el primero de ellos el niño es el falo, la madre tiene el falo, o sea que tenemos a la madre el niño y el falo. Se consideran dos personajes y la relación entre ellos. Esos dos personajes: el niño por un lado desea ser todo para la madre, desea ser el objeto del deseo de la madre; para ello se convierte en aquello que la madre desea. Su deseo es deseo del otro en doble sentido, o sea ser deseado por el otro y tomar del otro como si fuera el propio, ¿verdad es lo que determina que el chico desee ser el objeto del deseo de la madre? No la dependencia vital sino la dependencia de amor; el niño se identifica con aquello que es el objeto del deseo de la madre, cree que es por él que la madre es feliz; pero no sabe que la madre busca otra cosa más allá de él, la coquetería narcisista de ella. En este primer tiempo del Edipo se está caracterizando el falo como objeto imaginario.

En el segundo tiempo el niño deja de ser el falo, la madre deja de tener el falo. El padre es el falo omnipotente que puede privar a la madre en el doble sentido: en tanto priva al niño del objeto de su deseo, y en tanto priva a la madre el objeto fálico. Aquí hay una sustitución de la demanda del sujeto, al dirigirse hacia el otro encuentra al otro del otro, su ley.

En el tercer tiempo el padre tiene el falo pero no lo es; el falo se encuentra por fuera del padre, él es alguien que lo posee? es decir que el falo es restaurado en la cultura.

No es la madre, ni el pene del padre, ni el padre mismo; el padre y el niño pueden tener penes, pero estos son diferentes al falo; entonces el Edipo consiste en superar el falo como aquello que se es, para arribarlo como aquello que se tiene; consiste en separar el falo de sus representaciones, entre ellas el pene en primer lugar.

La castración simbólica para completarse exige que el chico reconozca que hay algo más allá no sólo de él -el falo- sino también de la posibilidad de la madre

de instaurarlo, de dotar a su total arbitrio del falo al personaje que ella se le ocurra; que ella a su vez está soetida a una orden que le es exterior. La castración de la madre y de toda persona, incluido el padre. Es por eso que el falo se instituye en la cultura como una entidad desde la cual todos quedan ubicados como castrados simbólicamente.

El superyó (conciencia moral) es el resultado de interiorización de los padres y de sus sistemas éticos (prohibiciones, metas e ideales de los padres y la de la sociedad en la que el niño deberá vivir en cuanto adulto).

El superyó registrará así la interacción entre los impulsos sexuales y las normas sociales.

Las diferentes posiciones edípicas y la resolución que el niño les da, adquieren gran importancia para el desarrollo de la identidad del joven.

Durante el período de latencia, el niño aprende de las imágenes del ambiente y se identifica con ellas. En este período tienen efecto el desarrollo intelectual, una mayor comprensión social y un control del yo y del superyó sobre el campo pulsional.

En la etapa adolescente, habrá de llegar la separación decisiva intensa y final respecto a los objetos infantiles amados: los padres. Del amor por ellos se pasa al amor por objetos amados no incestuosos. En este punto, el adolescente deja de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo, para alcanzar su propia identidad, que es algo más que la suma de identificaciones que ha hecho durante su infancia.

El estadio de identificación a otros modelos distintos de los padres es una etapa necesaria de la formación de la personalidad, que, separándose después de los modelos escogidos, cobra su propia individualidad.

Aunque el adolescente tiende a despegarse de las imágenes paternas, no hay que concluir por eso que éstas ya no ejercen influencia sobre él. El joven no sólo

tiene necesidad de amor para desarrollarse armoniosamente; le hacen falta también modelos estables y coherentes con los que pueda identificarse y que sólo una pareja equilibrada está en disposición de ofrecerle. El yo se construye por una serie de identificaciones con los demás.

El papel que cumplen los padres como figura de identificación para el joven es sumamente importante durante toda la vida. No tan sólo porque así aprende de ellos pautas de conducta, características, normas, valores, motivos e intereses, sino porque se afirman los cimientos de la relación con el otro sexo, para el adolescente aceptar su masculinidad o su feminidad, presupone haber encontrado en su padre y en su madre una figura aceptable para identificarse con ella; entonces si el joven hizo una buena identificación con la figura del padre y la joven con la madre, aceptarán su papel masculino o femenino respectivamente; cuando esa figura fue cruel, en exceso dominante, rechazante, si vivió muy ausente, o fue una personalidad demasiado débil, el adolescente no incorpora las características propias de su sexo. En este caso vemos jóvenes que rechazan su papel de hombre o mujer, simplemente porque no desean ser como esa figura femenina o masculina que nunca aceptaron.

3.1.1.4.2 Identidad sexual

La palabra identidad es utilizada de muy diversos modos; se le usa para indicar la individualidad de cada persona, para definirla en función de sus propios atributos personales.

En su sentido más primitivo, la identidad sexual es sinónimo del sexo de un individuo, determinado por el hecho generalmente inequívoco y biológico de ser macho o hembra. Pero la palabra tiene un significado más sutil y ambiguo, a saber, la identidad sexual como característica fundamental de la personalidad. En este caso la identidad sexual es la íntima conciencia, convicción y sentimiento unitario y consistente de ser y de actuar como mujer o como hombre.

Sea cual fuere la identidad, la identidad sexual de todos modos forma parte de ella; la identidad sexual debe incluir todo lo que es sexual en una persona:

funciones fisiológicas, tipo e intensidad de los comportamientos sexuales, la auto-percepción como ser sexual y la que los otros tiene de la persona y todo lo demás que tenga que ver con el hecho de ser hombre o mujer.

La identidad sexual es un aspecto fundamental de la personalidad. Puede considerarse que incluye tres componentes:

La convicción básica del individuo, en el sentido de ser hombre o mujer.

El comportamiento del individuo que culturalmente aparece asociado con los hombres y las mujeres.

Las preferencias del individuo para hacer pareja con hombres o mujeres.

La identidad sexual es un estado psicológico; no es estrictamente sinónimo de la pertenencia a un sexo determinado sino, más bien, de la convicción de pertenecer a un sexo.

El organismo infantil madura a partir de lo que posee el bebé de naturaleza biológica y es complementado por la interacción psicológica entre el niño y sus padres que lo nutren. Su sexo biológico está establecido desde el momento de la concepción, pero el sentirse hombre o mujer lo va a ir aprendiendo día a día desde el momento de su nacimiento, mediante un proceso paulatino y continuo.

Al nacer, el niño no tiene una clara conciencia de sí mismo, es decir, aun no posee una diferenciación ni una integración de su yo; no sabe hasta donde es él y donde empieza su mundo exterior. Poco a poco, a través de sus sensaciones físicas y percepciones de su medio ambiente, va aprendiendo a conocer sus límites corporales. Junto con estas nociones de individualidad, el niño va captando sus primeras nociones de seguridad.

Los primeros meses de vida constituyen la primera experiencia de amor y calor para él. Su primera relación social se lleva a cabo con su madre. Esta relación madre-hijo es de suma importancia pues influye, no tan sólo a lo largo de este periodo sino a lo largo de toda su vida, pues le proporciona confianza en sí

aisao y en quienes lo rodean.

Si la madre ha resuelto sus propios conflictos edípicos, el niño percibe una madre buena, entonces él se siente bueno y seguro de sí mismo y esta confianza se manifiesta en la aceptación de los límites, en lo profundo y tranquilo de su sueño, y en la forma que permite que sus padres se alejen u otras actitudes más. El niño con la ayuda de su madre, desarrolla su sistema afectivo: tono emocional y capacidad para la comunicación.

El sexo asignado y la aceptación paterna hacia él, son de suma importancia en la identidad sexual del niño, ya que desde esta edad él se va sintiendo hombre o mujer y adquiere satisfacción o insatisfacción con respecto a su sexo.

Diariamente, el trato tierno, brusco, amoroso, frío; costumbres sociales como el color del cuarto, la ropa, el nombre, la higiene, etc. influyen en la identidad de género y forman la estructura social de la personalidad del niño.

La identidad sexual es en buena medida un producto del trato del niño o niña que se ha recibido. Los niños cambian mucho desde el momento en que empiezan conscientemente a referirse a sí mismos como chico o chica, aunque la fijación de la identidad masculina o femenina se produce a una edad sorprendentemente temprana. En la etapa adolescente, había de llegar la separación decisiva, intensa y final respecto a los objetos infantiles amados: los padres. Del amor por ellos se pasa al amor por objetos amados no incestuosos. En este punto el adolescente deja de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo, para alcanzar su propia identidad.

Tanto las modificaciones corporales incontrolables, como las reactivas del mundo externo, que exigen al adolescente nuevas pautas de convivencia, son vividas al principio como invasión. Esto lleva como defensa a retener muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y el afán de alcanzar su nuevo status; también lo conduce a un refugio en su mundo interno, para poder reconectarse con su pasado y desde allí enfrentar el futuro.

Estos cambios en los que pierde su identidad de niño, implican la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un plano consciente e inconsciente. El adolescente no quiere ser como determinados adultos, pero en cambio elige a otros como ideales.

El mundo interno, construido con las imágenes paternas será el puente a través del cual elegirá y recibirá los estímulos para su nueva identidad. Un mundo interno bueno y buenas imágenes paternas, ayudan a elaborar la crisis de la adolescencia tanto como las condiciones externas conflictivas y necesarias durante este período.

La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y, la aparición de la menstruación en la niña y del semen del varón que les imponen, el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación.

Durante el período adolescente, la presencia externa de los padres se hace innecesaria, ya que las figuras parentales están interiorizadas, incorporadas a la personalidad del sujeto, y éste puede iniciar su proceso de individualización.

Este cambio de relación con los padres va adquiriendo las características de las relaciones de objeto adultas.

Sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente los dos aspectos, el de niño y el de adulto, puede empezar a aceptar su propio cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad. Ese largo proceso de búsqueda de identidad, ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de la pérdida de la identidad infantil que produce cuando comienzan los cambios corporales.

Cuando el adolescente adquiere una identidad, acepta su cuerpo, y decide habitarlo, se enfrenta con el mundo y actúa de acuerdo con su sexo.

El logro de la identidad del joven, si bien tiene relación con las identificaciones del pasado, incluye todas las del presente. El destino de las identificaciones de la infancia, dependerá, no sólo de la elaboración interna que realiza el niño, sino también de las pautas de conducta de la familia y de la sociedad. Adquirida la identidad y la independencia, conducirán al adolescente a la integración en el mundo adulto de forma coherente consigo mismo.

El problema de la identidad no se resuelve plenamente durante la adolescencia; lo que ocurre en ese período es, a lo sumo, una clarificación y un replanteo de soluciones obtenidas mucho antes, y la suficiente consolidación para que la persona disponga de cierta identidad, aún cuando otros aspectos de la personalidad vayan siendo refinados en las etapas sucesivas del ciclo vital.

La identidad incluye factores tanto cognoscitivos como afectivos, que reflejan la auto-evaluación y la evaluación que otros tienen de una persona como adecuada a su condición de hombre o mujer.

Aunque la identidad sexual se relaciona con lo social, está desde luego muy vinculada con los fenómenos biológicos. La identidad sexual constituye un aspecto fundamental de nuestra vida.

En la pubertad, ya lograda la identificación con el propio sexo a través de un período de asilamiento, y aún de antagonismo entre niños y niñas, se produce una reafirmación de la identificación afectiva con el propio sexo, reafirmación que se manifiesta en las amistades, especialmente íntimas, de parejas de púberes del mismo sexo y que no deben considerarse como señal de adquisición de una conducta preferentemente homosexual.

La adolescencia se caracteriza por una búsqueda febril de la identidad; es el período de transición por excelencia. El joven tiene, necesidad de reflexionar sobre sí mismo y reconocer en sí, elementos fundamentales de una personalidad que sufre importantes variaciones. Nadie puede substituir al adolescente en esta tarea delicada: importa por el contrario respetar la autonomía de su actividad; pero se le puede ayudar creando a su alrededor una atmósfera de seguridad, sobre

todo no extremarse en la benevolencia ni en la autoridad. El logro de la identidad y la independencia lo conduce a integrarse en el mundo adulto y a actuar con una ideología coherente con sus actos.

El proceso en busca de la propia identidad no acaba en la adolescencia. Una vez adulto, el individuo se debate a veces en medio de los desagradables momentos que le hace vivir su agresividad dirigida contra sí mismo, consecuencia de su falta de aceptación. Tal vez ha conseguido su identidad pero no está satisfecho: se ha convertido en implacable juez de sus propias acciones, y habrá de someterse a un trabajo de aceptación, para poder llegar a la superación de los conflictos.

3.1.4.3 Roles Sexuales

Desde que el ser humano apareció en la tierra ha hecho uso de su sexualidad para establecer relaciones afectivas, económicas y sociales. Dependiendo del sexo con el que se nace, se les ha asignado roles dentro de la estructura en que vive y para satisfacer sus necesidades, que se han definido como masculinas o femeninas

Cada persona por tanto pertenece a un sexo y al otro, se comporta siguiendo determinados patrones de lo que significa ser masculino o femenino y se dedica a una cantidad de experiencias incluyendo la sexual.

Uno de los papeles trascendentales de la sexualidad, es el aprendizaje de los roles masculino o femenino que condicionan el modo de actuar, pensar y sentir de un individuo.

i

Es la civilización la que ha separado al hombre de la mujer, ya que la conformación morfológica de los órganos sexuales, sólo constituye parte del proceso, a través del cual un individuo llega a ser hombre o mujer. De sea, que lo que llegamos a identificar como macho o hembra son, de hecho, dos rangos genéticos sobrepuestos. Por tanto, sólo en el sentido biológico o físico determina la masculinidad o femineidad de una persona. En un sentido total, psicológico, la identidad, el papel y la conducta sexual, tres conceptos diferentes que pueden coincidir o no, dependen de procesos psicoculturales que

son relativamente independientes de factores biológicos.

La conducta sexual, es sólo un rol de la persona dentro de un conjunto de otros roles (ocupacional, afectivo, etc.) de variable importancia. Estos roles necesitan de un entrenamiento previo a su desempeño, en cuanto constituyen el conjunto de expectativas sociales, según las cuales el que ocupa una posición dada debe comportarse frente a los que ocupan otras posiciones; son por tanto pautas culturales.

Un problema esencial del desarrollo de la personalidad, es asegurar una integración de los roles que dé a cada uno de ellos, la oportunidad de funcionar en una relación equilibrada con el otro. En esta integración juega un importante papel el medio con el cual el individuo se relaciona directamente.

LDS diferentes roles desempeñados por una persona en el contexto social, varían tanto en su grado de estabilidad a lo largo del tiempo, como en los límites en que marcan o definen la autopercepción de la persona y su posición pública; también en su grado de coherencia y en otras dimensiones.

Las sociedades disponen de diferentes sistemas de distribución de trabajo, y el sexo ha sido un factor definitivo, al determinar la diferenciación y la estratificación sociales resultantes. La división y atribución del status en relación con el sexo parece ser una cosa básica en todos los sistemas sociales: todas las sociedades imponen diferentes actitudes y tipos de actividades a hombres y a mujeres.

Puede decirse además, que el rol sexual es todo aquello que una persona dice o hace para demostrarse a sí misma que posee el status de hombre o de mujer, respectivamente.

Esta categoría incluye la sexualidad, pero no se restringe a ella en el sentido erótico. El rol genérico es valorado en función de los siguientes elementos: comportamientos generales, conducta, preferencias lúdicas e intereses recreativos, temas casuales de conversación en reuniones espontáneas y

comentarios al azar, contenidos de los sueños, imaginaciones cotidianas, etc.

Específicamente, el rol sexual hace referencia a una serie de reglas establecidas por la sociedad, que indicarán cómo debe comportarse la persona según sea su sexo. Se establece un comportamiento para los hombres y otro distinto, para las mujeres.

Estas reglas son impuestas por la cultura, no por la biología, y normalmente se aplican a partir del nacimiento.

Los roles sexuales son prescriptivos. Una vez que alguien ha sido rotulado como miembro de la categoría de hombre o de mujer, existen cosas que se cree que uno debería o no debería hacer.

La familia es el primer escenario social, en el que el niño aprende a interpretar sus futuros papeles de hombre o de mujer. Lo hace a través de toda una red de relaciones, en la que los individuos son determinados desde el principio por la posición que ocupan.

El discurso del padre se recibe desde el lugar de donde procede la autoridad y donde se manifiesta el modelo.

Muchas angustias del ser humano, encuentran su origen en el momento primero, en el cual, el niño descubre que su cuerpo es diferente al de su madre, o sea, cuando se percata de la diferencia de los sexos; diferencia que no es puramente anatómica puesto que es la que organiza la primera distribución biológica, es decir, la distribución entre hombres y mujeres. Es una distribución que merece la atención de todas las sociedades y que éstas organizan de acuerdo con sus leyes de relaciones y prohibiciones.

El papel sexual masculino y femenino parece comenzar casi con la expresión del lenguaje. Hacia los tres años, la autorrotulación crece en importancia y sigue rápidamente su marcha. A los siete años hay todo un conjunto de hechos que

aparecen como sexualmente tipificados y que se han coabmado en un estereotipo de lo que conviene hacer a la persona que pertenece a un determinado sexo.

Es explicable, por tanto, que durante la infancia tanto niños como niñas prefieran jugar con niños de su mismo sexo. El juego es un proceso de consolidación de su identidad y de su papel sexual. El juego es un proceso de aprendizaje por imitación de la cultura adulta propia de cada sexo. A esto contribuye el hecho de que la fantasía infantil copia los límites de la realidad y así da al juego un carácter de seriedad que el adulto generalmente no percibe. Los modelos del niño, que a su vez suelen ser fuente de refuerzo, deben emitir una imagen positiva de su propio sexo y ser consistentes, a fin de facilitar la identidad del niño con su papel sexual. Si recibe mensajes negativos sobre su sexo o contradictorios en cuanto a la aprobación de sus actividades, estará sujeto a confusión.

En la medida en que es culturalmente arbitraria la selección de las conductas que son masculinas o femeninas, el niño no necesita que le señalen determinados comportamientos como apropiados, sino que le den mensajes consistentes, a fin de que adquiera seguridad y confianza en el desempeño de su papel sexual.

Es importante que el niño logre una firme identidad sexual. Para que se logre una identidad sexual firme, como base para un papel sexual, desempeñado con seguridad y flexibilidad, el niño debe sentirse bien acerca de sus genitales y orgulloso de ellos, sin considerarlos superiores a los del otro sexo. Estar contento y no avergonzado de los propios genitales es un punto de equilibrio. Un factor importante para lograr una actitud sana, es el comportamiento natural frente al cuerpo, para no crear un temor hacia él, con un excesivo afán de evitar el desnudo.

El proceso de socialización, es de particular importancia en la infancia, durante este período se adquieren los patrones de conducta y las actitudes que más tarde serán difíciles de alterar.

Como fruto de la temprana identificación sexual, el niño inicia un proceso

decidido, y a veces rígido, en el aprendizaje del papel sexual, el cual es continuamente enseñado, moldeado y estimulado por la cultura. De acuerdo con códigos culturales, ciertas conductas son propias de un sexo y deben adquirirse y demostrarse; en cambio, las del otro sexo deben eliminarse.

La forma en que los padres se comporten con el infante, no sólo refleja sus propios criterios acerca de lo que es más adecuado, sino que también viene dada por ciertos rasgos de la propia conducta infantil. Conforme el niño va creciendo, estos factores se entremezclan y refuerzan entre sí.

Es bien sabido, que una función importante de las relaciones entre pequeños y adultos consiste en proporcionar a los primeros información acerca de las normas más o menos obvias que rigen la conducta de las personas; una parte muy significativa de esta información, se refiere a las expectativas de actuación de cada sexo, así como a los roles sociales que éstos han de adoptar.

La temprana segregación por sexos significa, que las diferencias se incrementarán con el tiempo. Y, de hecho, este incremento sucede. En la adolescencia, por ejemplo, las diferencias psicológicas entre el varón y la chica son muchos más palpables que durante la infancia, tanto en su vida intelectual como en su vida afectiva. Las desigualdades que se presentan entre ambos sexos, tienen mucho que ver con la concepción que posee la sociedad de los roles del hombre y de la mujer, y ellos se encuentran presentes, por lo tanto, en toda la educación infantil, encaminada a dotar a cada sexo de unas características socialmente delimitadas.

Existe una diversidad natural y unos rasgos propios de cada sexo, que no suponen motivo de inferioridad ni de superioridad, sino más bien de posible complementariedad. Junto a ellos, hay cualidades que poseen unas connotaciones netamente femeninas o masculinas, según las influencias sociales de las distintas concepciones.

Es frecuente que las amistades de las adolescentes, se vinculen en grupo de iguales. Según la teoría de los roles, las amistades ocurren entre personas que

comparten expectativas similares respecto al comportamiento recíproco, esperan consecuencias positivas de la relación y refuerzan los patrones de comportamiento mutuo. La reciprocidad parece aumentar con la edad. Tanto chicos como chicas propenden a mostrar un patrón evolutivo en las elecciones que hacen de las amistades del sexo opuesto.

La tarea más difícil del adolescente, es adoptar un conjunto coherente de intereses, valores y comportamientos que estén dentro del rango de lo que se considera apropiado, para su sexo; de lo contrario puede sobrevenir un gran conflicto.

La cultura y la educación han influido poderosamente, en la muy diferente forma de expresar la sexualidad entre hombres y mujeres, no sólo en razón de su diferente anatomía, sino por la inducción de las fuerzas culturales recibidas a lo largo de la infancia.

La tendencia a la igualdad entre los dos sexos, está adquiriendo un creciente dinamismo, que al transformar el comportamiento educativo de los padres repercute directamente en el de los hijos.

En este sentido, según el tipo de educación que reciba el adolescente, podrá ver o no reforzado el sentimiento de igualdad, de inferioridad o de superioridad, y de la misma manera, tenderá a aceptar, rechazar o superar el modelo parental que en una forma u otra se le haya presentado.

3.1.1.4 Estereotipos Sexuales

Los estereotipos sexuales son expectativas fijadas de antemano, sobre las características y los comportamientos supuestamente manifestados por los miembros de una cultura.

50n proyectos que pueden ser válidos para algunos pero no para todos.

Puede distinguirse varias maneras de ser hombre o de ser mujer. Una de ellas

consiste en diferenciar o no los papeles sexuales. Algunas culturas diferencian, como rasgos muy definidos, los papeles del hombre y de la mujer no sólo en cuanto a su conducta sexual física, sino en cuanto a su conducta social.

La sexualidad y la forma en que se expresa no son totalmente innatas, sino que los comportamientos sexuales se forman sobre una compleja red de vivencias, papeles y actitudes que en gran medida son aprendidos, desarrollados y limitados por la familia, la sociedad y la cultura. Masculino y femenino son características que se aplican estereotípicamente a las personas más que los comportamientos; el género se consolida como dicotómico, así como los comportamientos individuales son codificados en clases binarias. Es esta codificación binaria, o esta rotulación, la que parece desempeñar un papel tan importante en el desarrollo del comportamiento sexualmente tipificado.

La relación entre los roles y la conducta sexual es función de las condiciones histórico-culturales, no la realización de un programa biológico o evolutivo. Se tiene la idea de que los genes y las hormonas que hacen, por ejemplo, que una niña tenga vulva o desarrolle pecho, harán también que ésta sea más afectiva y sensitiva que un niño. Esto es cuestionable ya que, es sabido, que el aprendizaje social es de suma importancia para el desarrollo del sentido de una persona respecto a cómo se debe comportar según sea hombre o mujer, es decir, para desarrollar su identidad sexual.

La configuración biológica de un individuo se expresa dentro de un arco social y a su vez, dicho arco influye en los potenciales biológicos del individuo; no se puede separar el uno del otro, la huella biológica es perdurable, pero también lo es lo cultural; cada una se expresa a través de la otra.

Las diferencias biológicas obvias entre hombres y mujeres, han hecho que todas las culturas asignen expectativas, tareas, sentimientos y roles diferentes basándose sólo en el sexo biológico; las culturas fijan arbitrariamente sus etiquetas sobre lo que es normal y usual. La necesidad de adaptarse a esta asignación cultural puede ser causa de conflicto, confusión y angustia para algunos jóvenes, debido a que su identidad y propia imagen no esté de acuerdo

con las normas impuestas. A la mayoría de las personas, la presión cultural de lo que es adecuado les obliga a un conformismo, a pesar de su confusión interna; pero otros se resisten contra este molde y se expresan de una manera que esté de acuerdo con su identidad.

Esta asignación de roles determina el desarrollo psicológico de los sujetos, que al introyectarlos y hacerlos propios, imitan en gran medida el cuestionamiento del por qué, tal o cual característica se acepta naturalmente como masculina o femenina. Por ejemplo, algunos años atrás se veía natural el hecho de que la mujer asumiera toda la responsabilidad en el cuidado de la casa y de la familia. Tanto el marido como los hijos, eran objeto del cuidado emocional y físico de la madre. La misión del padre se limitaba en buena medida a ser la principal fuente de ingresos para la familia. Generalmente mantenía escasos contactos con los niños; a menudo sólo trataba con ellos cuando precisaban un correctivo y rara vez se sentía capaz de mostrarles su afecto, por temor a que resultara socavada su posición de autoridad. Por consiguiente, no era extraño que el padre pareciera a menudo una figura remota e incluso amenazadora.

En una situación como ésta la mujer disponía de la ventaja de un contacto y una comunicación amplia con sus hijos, pero era escaso el poder con que contaba a la hora de tomar decisiones importantes. El padre tenía la ventaja de ser considerado cabeza de familia pero carecía de contacto con sus hijos; ambos se estaban negando posibilidades.

Estas actividades, aunque no tan rígidamente separadas se trasladan también hoy al aspecto sexual; el hombre trata de revelar su fuerza y su importancia en el seno de sus relaciones personales y sexuales. Ve a las mujeres como objetos sexuales con pocas necesidades y deseos propios que no sean las de proporcionarle placer. Esencialmente se contempla a sí mismo como el conquistador, el poseedor, el dominador. En este caso se tiene en una posición superior al hombre, ya que éste tiene un guión centrado en sí mismo, ya válido y confirmado ante sus semejantes, justificado porque refuerza su imagen y su papel sexual. La mujer desarrolla en cambio un guión sexual dependiente del hombre.

Existen tendencias femeninas que, ante esta situación, aspiran ejercer poder sobre los hombres considerándolos inferiores; pretenden tan sólo una inversión de los roles; de dominadas pasan a dominadoras.

Otras tendencias femeninas no buscan este intercambio de papeles con los hombres. Pretenden que hombres y mujeres tengan iguales oportunidades y que desaparezca la atmósfera competitiva y represiva que produce el dominio de uno de los dos sexos.

Aspiran a obtener una libertad en sus relaciones de pareja, para ser tanto pasivas como activas en su vivencia sexual, así como para expresar los sentimientos de los que son capaces igualmente hombres y mujeres.

La relación desigual implica la sub-valoración y falta de respeto para una de las partes. Lograr una relación de igualdad presupone que hombres y mujeres se liberen de los esclavizantes comportamientos estereotipados, ésto exige comprender que existen necesidades sexuales para ambos sexos, y que pueden hallar maneras de relacionarse que no correspondan simplemente al trato de amo-criado característico de la dominación. Podrán de esta forma lograrse relaciones de pareja más satisfactorias y placenteras para cada una de las partes.

Disfrutar de la relación hace imprescindible un cambio en la forma de vivir y expresar la sexualidad, tanto en los hombres como en las mujeres.

Un cambio nunca es tan perturbador como cuando pone en cuestión aspectos fundamentales que desde siempre se han dado por sentados. Y pocos problemas parecen menos abiertos a la discusión que la naturaleza de la identidad sexual y la importancia de las diferencias entre los dos sexos.

La ética sexual se va transformando gradualmente, hacia normas en función del individuo, su satisfacción, su autorealización y sus derechos, en vez de basarse en normas dogmáticas, fijas o en favor de uno de los sexos.

En la actualidad esa forma de explotación sexual en términos de amo-esclavo, ya no es tan aceptable, pero la solución del problema no se obtiene invirtiendo los

roles; no es cuestión de lo uno o lo otro, es cuestión de ni lo uno ni lo otro. Es importante hacer notar que la revolución sexual cuestiona los papeles masculino y femenino tradicionales. No se busca eliminar las diferencias, sino hacerlas menos rígidas, permitir la autorealización personal dentro de la amplia gama de posibles respuestas humanas, sin por eso quedar socialmente desprovisto de la identidad sexual. La revolución sexual busca despolarizar los papeles sexuales, dar las mismas posibilidades a hombres y mujeres; se ataca la idea tradicional de femineidad y de masculinidad, las cuales son valoradas no en función de lo que las personas son, sino de lo que hacen.

Un comportamiento adecuado como hombre o mujer, no debe traducirse en encajar rígidamente en los moldes estereotipados de lo masculino y lo femenino. No existe razón biológica alguna por la que hombres y mujeres no sean capaces de tener un espíritu independiente y una dosis razonable de firmeza, junto con cierto nivel de sensibilidad. Si bien este comportamiento es una meta muy deseable de lograr, podría evitarse imponer una nueva serie de estereotipos de conducta para todos los miembros de uno y otro sexo, pues es sabido que cuando la gente difiere del patrón clásico, se originan tensiones individuales y sociales, al igual que cuando no aceptan las reglas establecidas para un sexo.

Debido a la inmensa variedad del comportamiento humano, es posible encontrar individuos que tengan en sí mismos todas las combinaciones posibles; incluso, puede darse el caso de individuos que quieran hacer desaparecer todos los signos externos biológicos de su sexo, por medio de una intervención quirúrgica para que dichos signos estén de acuerdo con la idea de lo que ellos sienten y quieren ser. Los comportamientos no están determinados biológicamente.

La pubertad y la adolescencia son períodos en los cuales se refuerzan los estereotipos culturales de lo masculino o de lo femenino. Los grupos exclusivos de muchachas o muchachos se comunican y refuerzan mutuamente los valores culturales asignados a la masculinidad o femineidad, poniendo énfasis en las diferencias y las maneras "apropiadas" de relacionarse con el otro sexo. Los grupos de púberes son la más importante fuente de información y condicionamiento de actitudes y de conducta sexual. De estos grupos y amistades toman los jóvenes

las actitudes y comportamientos considerados como apropiados para su nuevo papel en la sociedad. Dado su interés en la reafirmación de su identidad sexual a través del papel del sexo, el joven puede ser extremadamente rígido y sensitivo acerca de lo que considera masculino o femenino.

3.1.2 La Adolescencia

Sólo a partir de la adolescencia se puede hablar de una dimensión sexual madura en la existencia humana.

La adolescencia supone el antagonismo de impulsos divergentes, el encaramiento de elementos incompatibles. Si se buscan los factores hostiles que se opondrían mutuamente en el interior del adolescente, se encuentra que son aquéllos por los que permanece niño y aquéllos por los que se convierte en adulto.

Así, su carácter propio consiste en ser, simultáneamente niño y adulto. Esta simultaneidad es la que le define y constituye como tal, por el hecho de que ha perdido el equilibrio del niño y no ha alcanzado todavía el equilibrio del adulto.

Por lo tanto, el camino hacia la adolescencia está marcado en general por una serie de conflictos. Esto es explicable, ya que durante el Período de latencia, los impulsos instintivos del niño disminuyen, para reactivarse en la preadolescencia.

El deseo y el interés por todo lo sexual aumentan marcadamente en este período, lo que acarrea dificultades, puesto que no son muchos los escapes o salidas sexuales aprobadas por nuestra sociedad. Este gran aumento en la intensidad de las pulsiones amplifica la angustia y, por lo mismo, se exagera la incoherencia de las actitudes, así como el desbordamiento de la actividad física y la agresividad.

El sujeto experimenta fuertes impulsos eróticos que reclaman imperiosamente una expresión. Se dan sueños sensuales de los que goza y se avergüenza a la vez; la

masturbación ausenta notablemente en ambos sexos; los besos, los abrazos y las caricias son formas corrientes de la expresión sexual. Se da una continua alternancia entre la manifestación de las pulsiones sexuales y el esfuerzo que hace el sujeto para reprimirlas.

El yo del adolescente, asediado por el deseo sexual, intenta luchar contra esta pulsión. El joven recurre a diferentes modos de compromiso: O son repudiados las pulsiones y triunfa el idealismo y la moderación y los adultos manifiestan su aprobación o, por el contrario, dominan las pulsiones y se produce, en la mayoría de los casos, el conflicto con sus propios valores y los de la familia. En realidad de ordinario el adolescente oscila entre estas dos posiciones extremas y pasa de una a otra aparentemente sin razón. Este comportamiento tiene sin embargo su explicación: El shock de las pulsiones sexuales y agresivas es experimentado por el yo como un bien y a la vez como un peligro.

Aunque la actividad de las pulsiones provoca angustia y un doloroso desasosiego, la energía pulsional aporta sin duda la fuerza necesaria para la construcción y consolidación de la personalidad. El resultado exterior es la incoherencia del comportamiento y la inestabilidad característica del adolescente.

El adolescente está inmerso en una lucha afectiva en la que está a punto de desligarse de sus padres, para volcar su interés o su amor en otros compañeros de su siseo u opuesto sexo. Esto le supone una situación ambivalente respecto a sus progenitores ya que, cuanto más ligado y dependiente se siente, más necesidad tiene de establecer una separación que le resulta al mismo tiempo difícil y penosa.

El abandono de los padres como objeto de amor impulsa al adolescente a replegarse sobre sí mismo, a sobre-estimarse, a admirarse: En una palabra, al egocentrismo y la autosuficiencia. Este fenómeno es propiamente una exageración del narcisismo que, por otra parte, asegura una evidente protección contra las repulsas y las decepciones del juego pasional. El amigo sobre estimado, idealizado, dotado de todos los atributos que para sí desea, tiene simplemente por fin permitir la satisfacción narcicista.

Es durante la adolescencia propiamente dicha cuando los conflictos internos alcanzan su mayor intensidad. Los procesos mentales se hacen cada vez más complejos; la vida emocional adquiere una intensidad que jamás había tenido, se hace más profunda, aportando al aislamiento sentimientos de angustia y de temor por causa de la imprecisión de lo que parece proyectar.

El yo del adolescente, lanzado de improviso a esta aventura inquietante tiene la sensación de hallarse succionado y va a intentar resistir para mantener su integridad. Esta lucha va dirigida contra las pulsiones sexuales perturbadoras, que intenta aniquilar, con el fin de recobrar el equilibrio y el apaciguamiento. En este momento se desarrolla un drama de tres personajes! El ello que representa las pulsiones; el ego que se resiste para evitar ser soportado y, finalmente, el super ego, constituido por la interiorización de las reglas paternas y sociales. Pero como consecuencia de la depreciación de los padres, debida a su abandono como objeto de amor, el super ego se halla en este período, por lo general debilitado; el ego se encuentra, pues, casi privado de este aliado, en un momento en el que le sería muy útil. De todas formas, este esfuerzo por apagar las pulsiones sexuales está, en fin de cuentas, abocado al fracaso porque las pulsiones subsistirán.

En esta época de la adolescencia se presentan modificaciones estructurales del yo y del super yo. El equilibrio relativo que reinaba entre las tres instancias se rompe bruscamente, lo que obliga a las otras instancias, particularmente al yo a transformarse para restablecer el equilibrio.

El super yo se ha formado a través de luchas edípicas y lleva muy aarcada la señal de los afectos edípicos, es decir, incestuosos lo que incita al yo a renegar de él, en cierto sentido, y a liberarse de su dominio.

El yo adolescente se ha hecho más fuerte porque ha absorbido en sí, por identificación con los padres, de los que sin embargo se despega; pero, por otro lado el yo saca una parte de su seguridad del hecho de sentirse sostenido por el superyó y asado por los padres. Sin embargo, los padres son apartados y el

superyo se altera seriamente.

Todos los conflictos entre el yo, el ello y el superyo constituyen tentativas destinadas a encontrar la armonía.

Es normal que el adolescente actúe de forma imprevisible y que pase de un extremo a otro; en esta edad todo esto es normal y temporal. Se trata de una especie de experimentación con todas las posibilidades que se le han dado como individuo.

El adolescente vive un desequilibrio afectivo, que oscila entre la hipoemotividad y la hiperemotividad que expresa, ciertamente, una falta de coordinación entre los sistemas reguladores de la emotividad y los estímulos provenientes de las nuevas situaciones de la adolescencia, es decir, una falta de adaptación a estas últimas.

El joven se ve enfrentado a una socialización de la afectividad. Esta socialización consistirá en una reglamentación de las manifestaciones afectivas del adolescente, mediante los valores y los ideales del grupo, y en su sumisión a los arquetipos de comportamiento afectivo admitidos por ese grupo cultural. El adolescente no tiene el mismo lenguaje afectivo que los adultos lo que tiende a separarle de su mundo. En efecto, muchas veces se ve rechazado e incompreso por aquéllos que no se reconocen en él.

Existen tres niveles que están en interacción en la afectividad del adolescente: Un nivel individual constituido por la personalidad y los caracteres biológicos, a los que se añaden los provenientes de las experiencias de la infancia; un nivel sociocultural, constituido por la situación de conflicto en que se encuentra el individuo por las exigencias de su yo y las de su entorno. A este nivel se sitúa el aprendizaje social del adolescente. Las conmociones de la adolescencia afectan a estos aspectos; no conviene, sin embargo, considerarlos separadamente, porque están en constante interacción, 'por eso las reacciones afectivas del adolescente, dependerán estrechamente del desarrollo de su afectividad durante la infancia.

De las experiencias de la adolescencia nace dialécticamente una forma nueva de vida afectiva.

Es decisiva la importancia que tiene la afirmación de la pulsión sexual en las transformaciones afectivas de la adolescencia. Durante la pubertad, los cambios hormonales preparan para la función genital. Se ha fijado además el papel primordial de la sexualidad durante la primera infancia. Pero mientras ésta se expresa de un modo confuso y no de manera clara y consciente, la del adolescente, por el contrario, se expresa progresivamente con más claridad y conciencia.

El adolescente realiza tres duelos fundamentales:

Duelo por el cuerpo infantil perdido; no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo, frente a lo cual se encuentra como espectador impotente, de lo que ocurre en su propio organismo.

Duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia a la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, que muchas veces, desconoce.

La separación que tanto ansia el joven va acompañada algunas veces de sentimientos de confusión y soledad. El adolescente deberá dejar definitivamente algunos sueños infantiles muy queridos y relegarlos al plano de la fantasía.

Para poder avanzar a través de la adolescencia, el joven necesita organizar tanto sus impulsos como las funciones del yo. Este paso le permitirá alcanzar la independencia que desea, a través de un proceso de diferenciación, que dará como resultado un yo más seguro y estable.

Tanto las modificaciones corporales incontrolables, como las exigencias externas hacen que el adolescente tenga que buscar nuevas pautas de convivencia, sentidas

en un principio como invasión. Esto le inducirá a retener logros infantiles (que es lo conocido por él) aunque, por otro lado, sienta deseos de alcanzar un nuevo status. Semejante lucha ambivalente lo llevará a refugiarse en su mundo interno, a fin de reconectar con su pasado, y desde él, enfrentarse al futuro.

En esta dirección, un mundo interno pleno de buenas imágenes parentales, le ayudará a elaborar la crisis de la adolescencia y los necesarios conflictos externos de este período.

El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener en su afectividad, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

La severidad y la violencia con que a veces se pretende reprimir a los jóvenes, sólo engendra un distanciamiento mayor y una agravación de los conflictos: así vemos al adolescente, de uno y otro sexo, en conflicto, en lucha, en posición marginal frente a un mundo que lo coarta y reprime.

El adolescente va modificándose lentamente, pues toda elaboración de duelo exige, tiempo para ser buena y no convertirse en una negación manifiesta. Esta elaboración consiste en una aceptación del rol que la pubertad le impone, frente a las defensas, que tiene por finalidad negar la pérdida de la infancia, pérdida que el adolescente debe aceptar por lo que atañe a su cuerpo y a sus padres.

Son tema de este capítulo sobre adolescencia, los conflictos psicosexuales. Se enfatiza en los aspectos que aparecen a continuación:

La masturbación

La menstruación

La pornografía

Las enfermedades transmitidas sexualmente

La interacción sexual

La embriología y

La anticoncepción

3.1.2.1 Conflictos Psicosexuales

Muchos de los conflictos sexuales en la adolescencia, estriban en un redespertar sexual, enfrentado a una cantidad de tabúes y valores sociales. Los mitos que se tejen en nuestra sociedad con respecto a la práctica sexual, independientemente de su naturaleza y permisibilidad, hacen que el adolescente, se forme una imagen distorsionada de la sexualidad y le tema e, incluso, la rechace por considerarla pecaminosa.

El conflicto surge en la concatenación de lo que se siente y lo que se piensa, el placer y los valores; el adolescente siente sus pulsiones internas pero teme liberarlas; se encuentra ante la emergencia de nuevas posibilidades y el miedo frente a ellas.

Las pulsiones que emergen a **ID** largo de este período, cambian tanto en intensidad como en cualidad. En la perspectiva de las pulsiones sexuales, la adolescencia lleva a la prevalencia de las satisfacciones genitales y a la integración progresiva de las pulsiones parciales en la primacía genital.

Muchos adolescentes optan por la satisfacción genital de las pulsiones, lo que conlleva al rechazo de los mayores, con quienes entra en conflicto. Este conflicto interpersonal les opone a la sociedad.

Nuestra cultura crea muchos conflictos psicosexuales en sus miembros, debido a los fuertes signos negativos que asigna a la sexualidad. Algunos adolescentes son más propensos a crearse conflictos insolubles, en cuyo caso acuden muchas

veces a sistemas ineficientes de defensa contra la angustia coiplicando, aún más. su vida sexual o la de los demás.

El adolescente puede expresar su conflicto psicosexual como estado angustioso o de tensión, aprehensión, temor, odio, fastidio, vergüenza, culpabilidad, etc.

En este capítulo se tratarán temas directamente relacionados con la sexualidad adolescente, su práctica y sus posibles distorciones. Es el caso de la masturbación, la pornografía, la menstruación y las enfermedades transmitidas sexualmente.

3.1.2.1.1 La Masturbación

En el plano psíquico, la masturbación entra en conflicto con el super-ego y provoca así intensos sentimientos de culpabilidad. Ciertos jóvenes están convencidos, de que les sucederá algo desagradable siempre que se masturben: muchos reaccionan a esta insoportable conciencia de falta, buscando el castigo que piensan merecer y se sumergen en la práctica de la masturbación, para asegurarse mejor ese castigo. **

Hacia el fin de la adolescencia, sin embargo, cuando la maduración es ya suficiente y el sujeto está claramente orientado hacia la heterosexualidad, la masturbación le va pareciendo, cada vez más, como un despilfarro de energía erótica, desviada de su verdadero fin. Piensa que aniaiza la sexualidad entregándose al autoerotismo y juzga que estas prácticas le impiden ser verdaderamente un adulto.

Pero la masturbación actúa sobre el psiquismo del adolescente no sólo por la noción de transgresión que suscita: el acto físico, en efecto, va acompañado generalmente, de fantasmas, capaces de ejercer una influencia, más nociva aún, sobre la formación de la personalidad. El masturbador se imagina simultáneamente objeto y sujeto, activo y pasivo, hombre y mujer: la representación de sí, lo mismo que la del mundo exterior, tiene, pues, tendencia a volverse fluctuante: se corre el riesgo de que se fije en un estado bisexual, que puede dificultar

graveante la auténtica identidad sexual. Practicada en esas condiciones de manera habitual y duradera, la masturbación puede, pues, conducir a la pérdida de todo interés por el mundo exterior, a un repliegue narcisista sobre sí mismo, embellecido de ricos y seductoras imágenes fantásticas. El autoerotismo aporta así, una satisfacción completa: el sujeto no busca ya fuera ningún coqueteo, el infantilismo se perpetúa y se fija y la evolución normal de la sexualidad queda bloqueada.

En la mayoría de los casos, durante la adolescencia propia de dicha, el sexo opuesto aparece gradualmente como objeto en la fantasía. Así la evolución hacia la heterosexualidad no se halla coartada, sino favorecida. Gracias a una pseudo-actividad imaginaria, la masturbación se hace susceptible de iniciar y facilitar la evolución normal de la sexualidad adolescente, por lo que puede ser considerada como un estadio normal de la maduración psicosexual del individuo; como una fase de transición que va a desembocar en la experiencia heterosexual y, por consiguiente, contribuir a la consolidación definitiva de la personalidad.

El hecho de considerar la masturbación, desde el punto de vista exclusivo de una "oral puritana, como vicio que hay que abolir a toda costa o, incluso, como una depravación vergonzosa, sería un peligroso y craso error.

Conviene, por el contrario, insistir en la naturaleza defensiva de la masturbación y esta es la razón por la que es tan frecuente en la adolescencia, período de conflictos intensos. No es, por tanto, ni oportuno ni legítimo amenazar y castigar: tal actitud no hace sino agravar una situación responsable de ella.

La masturbación es una reacción de defensa contra la ansiedad. Es ciertamente una situación que moviliza inicialmente al sujeto; es la necesidad de tomar conciencia de su sexualidad, la de luchar contra la tensión física insostenible, el deseo de afirmarse y de buscar una satisfacción tras muchas desilusiones y frustraciones; constituye incontestablemente una reacción de defensa contra la inquietud y la ansiedad, esas dos fieles compañeras de la vida psíquica del

adolescente.

Las dificultades de adaptación al medio social, que demasiado a menudo se agudizan por el comportamiento de los adultos, hacen nacer a veces impresiones de soledad, de hastío y unos estados depresivos, que el adolescente intenta compensar mediante la satisfacción momentánea que pueda darse a su manera. Todas las formas de frustración, toda clase de desilusiones y contrariedades, pueden hallar remedio en el disfrute solitario, que compensa la pena soportada y al mismo tiempo, aporta una deleitable venganza frente a los adultos, a menudo responsables de esta pena.

La falta de información exacta, sobre la sexualidad y la función reproductora, las nociones fragmentarias y a menudo fantásticas que se han recogido al azar, la actitud apurada de los padres y de los adultos ante ciertas preguntas, el misterio que con tanta frecuencia rodea a los fenómenos sexuales, todo esto puede perturbar al adolescente, agudizar su curiosidad y engendrar una inquietud que se resuelve en la masturbación. Las censuras y prohibiciones acérrimas tienen **Dtro** resultado que fijar la atención sobre la sexualidad que adquiere por lo mismo, una importancia muy particular y lleva a los jóvenes a integrarse a ciertas exploraciones sobre su propio cuerpo y, en el caso de los muchachos, a poner a prueba su virilidad, solo o en común con compañeros del mismo o del otro sexo.

El deseo de copiar el comportamiento de los adultos, de imitarlo al menos externamente, interviene activamente en todo lo que se refiere a la sexualidad, porque es justamente el tema sobre el que pesan con mayor fuerza las limitaciones y las convenciones sociales.

Cuando el control ejercido así sobre ellos mismos se les hace insoportable y humillante, algunos se libran de él secretamente por la masturbación, que reviste entonces el aspecto de una manifestación de autonomía y de dominio de sí. El complejo de castración, que puede hacer que surjan los antiguos temores infantiles, impulsa también, a veces, a buscar la confirmación del valor intacto de los órganos genitales. La vida que se le impone al adolescente en su familia,

en la escuela o en el grupo no tiene bastante en cuenta, a menudo, sus necesidades y sus intereses, ni proporciona satisfacciones suficientes a su agresividad.

La búsqueda del placer se vuelve entonces en cierto modo imperativa, no tanto por el disfrute en sí, cuanto porque es la única satisfacción tangible que nadie puede comprometer ni suprimir. El componente imaginativo, que siempre comporta el acto masturbatorio, proporciona en estos casos una evasión suplementaria en el suelo. La imitación de los camaradas que se masturban es, muy a menudo, determinante; el proselitismo en semejante materia es excesivamente frecuente, no tanto a causa de una perversión precoz, cuanto en razón de la búsqueda de una participación colectiva.

No es posible limitarse a condenar el onanismo, considerándolo únicamente desde el punto de vista moral. Colocándolo en esta perspectiva particular, padres y educadores poco informados han creído durante mucho tiempo que debían emprender la lucha contra el auto-erotismo, amenazando a los culpables con la impotencia, con deficiencias intelectuales o incluso la locura. Amenazas de esta especie llevaban, regularmente, a un resultado diametralmente opuesto al buscado, porque el miedo, el temor y la angustia así provocados, no podían apaciguarse de otra forma que mediante la repetición de los actos incriminados, e incluso mediante su recrudecimiento. De hecho, sobre plano físico, es admitido que la masturbación no ocasiona ningún daño.

Durante la adolescencia la angustia se debe, en gran parte, al conflicto entre los deseos nuevos de la pubertad y las prohibiciones aprendidas desde la infancia. Por eso la masturbación es vivida como angustiosa y puede por lo mismo crear un verdadero desarreglo funcional.

La necesidad del adolescente de insertarse en el contexto social y las responsabilidades inherentes son también causa frecuente de angustia.

Con todo, la masturbación suscita fuertes sentimientos de culpa en muchos adolescentes, como consecuencia de las ideas que han recibido sobre la

pecaamosidad de tal conducta o sobre los riesgos fisiológicos que conlleva. Semejante acto de culpabilidad, resulta negativo, tanto más que, si es muy intenso, puede originar una pérdida de auto-estima, ya que el joven oscila entre la satisfacción a que le impulsan sus pulsiones y el rechazo que sus principios le imponen.

La masturbación se convierte en un problema cuando el hombre o la mujer la usa exclusiva y compulsivamente y rechaza las relaciones sexuales. Un masturbador compulsivo es aquella persona adulta, cuya satisfacción sexual preferida es la masturbación, que siente impulsos inevitables de hacerla y que rechaza consciente o inconscientemente otras formas de descarga sexual.

La masturbación compulsiva, al igual que otras conductas coactivas, es signo de un problema emocional y necesita ser resuelto por un especialista en salud mental.

La visión de la masturbación como algo dañino, degradante y vergonzoso, proviene de nuestras tradiciones religiosas y fue poderosamente reforzada por la profesión médica.

A lo largo del siglo XIX y hasta la primera guerra mundial, la preocupación por la masturbación, por sus síntomas y efectos fue asombrosa. Los médicos escribían libros de sexualidad y guías matrimoniales que describían la terrible enfermedad llamada "auto-abuso", "auto-polución", el "vicio solitario" y el "destructor del cuerpo y del alma".

Las publicaciones que apoyan esta idea de daño y culpa pueden producir un alto grado de ansiedad cuando, a pesar de las advertencias, el adolescente cae nuevamente en la práctica. El conflicto tiene que resolverse, tan pronto como aparezca, por medio de una discusión abierta con los adolescentes, en el círculo familiar y escolar. En conversación a solas un adolescente puede atacar directamente el problema, otro puede dar rodeos sin atreverse a hablar claro y, en fin, un tercero puede que no se atreva a sacarlos a la luz.

Es un tremendo alivio para los adolescentes el hecho de que se les hable de esta abiertamente y con naturalidad; y no solo que pueda hablarse de él, sino que sepan que, a pesar de eso, ellos siguen teniendo nuestra aceptación y nuestro respeto.

Cuando se les sugiere que se interesen en otras actividades, no debe hacerse de tal forma que implique que sea esa la única manera de canalizar esa fuerza hacia otros modos de expresión. Deben presentarse estas actividades en primer lugar porque son valiosas en esta etapa de desarrollo, y secundariamente para ayudar al deseo propio de reducir la frecuencia masturbatoria.

Cuando el hábito lleva a una práctica demasiado frecuente, es seguro, que el individuo tiene ansiedad por alguna otra causa; en este caso la masturbación es un síntoma, no una causa. Por otro lado, no todos los que se masturban tienen ansiedad por el hecho de masturbarse; puede existir un conflicto que resulta en un estado de tensión por otro origen; podría ser la fantasía que acompaña la masturbación, los temores naturales del desarrollo sexual, o la confusión de asegurar la propia sexualidad.

A veces se asegura que la masturbación puede conducir a una obsesión por el sexo. Dicha obsesión podría surgir de los continuos esfuerzos por evitar masturbarse. Sólo la frecuencia excesiva se torna peligrosa, pero eso ocurre con todas las cosas. Es un prejuicio considerar esta práctica perjudicial en sí. Los que acusan la masturbación de ser la causa de los males que padecen son en verdad neuróticos. Freud hace notar que, aunque tienen razón de acusarla, ello se debe a que en efecto existe una relación entre sus males y la masturbación, de la cual esperaron un papel que no puede desempeñar, como se ve en el adulto con posibilidad de disponer de un acompañante sexual. Las expresiones aparentemente médicas acerca de la masturbación resultan de una mentalidad infantil, que lleva a pensar que si se ha quebrado uno al tocar la llama, ello se debe a haber transgredido una prohibición.

Es igualmente conflictivo para el adolescente, encontrar un pedo de sangre en el semen. Cuando este hecho llamado hematospemia se presenta ocasionalmente no

.noica una enfermedad. especialmente si no hav problemas uretrales, prostáticos o de vejiga.

La causa de la hematospermia infrecuente no es conocida; no está relacionada con la masturbación, ni las eyecuciones nocturnas, ni los deseos v actividad sexual. Pero debe acudirse al médico si se encuentra regularmente sangre en el semen.

3.1.2.1.2 La Menstruación

La menstruación es la eyecusión periódica del tejido que recubre la cavidad del útero, por haber perdido éste su función, al no haber sido fecundado el óvulo. La eyecusión de este tejido desintegrado va siempre acompañada de cierta cantidad de sangre debido a que, cuando el revestimiento se desprende de las paredes del útero, las puntas de los finos vasos sanguíneos, que están conectados con el revestimiento, se desprenden también.

La primera menstruación recibe el nombre de menarquia; es el primer signo visible de que el ciclo menstrual se ha puesto en marcha, con el consiguiente proceso hormonal.

Durante el periodo de la regla, el organismo de la mujer se encuentra en igual estado que fuera de ella. La pérdida de sangre menstrual es un proceso fisiológico que indica el normal funcionamiento del ovario.

La iniciación del ciclo menstrual de la joven en la fase de la pubertad indica que ha llegado a un grado de madurez fisiológico en el plano sexual. Por ello, suele ser un acontecimiento importante en la vida de toda mujer. Desde la pubertad hasta la menopausia, la mujer que no está embarazada eyeculsa el endometrio – es decir, la capa de revestimiento del útero – cada 28 ó 30 días aproximadamente (aunque esto puede ocurrir más pronto, hasta cada 21 días, o más tarde, hasta cada 35 días). Este proceso llamado menstruación, ciclo, regla o período, suele durar de tres a seis días según las diversas mujeres, pero puede variar en más o menos.

En la niña púber normal, la secreción de los estrógenos aumenta diariamente, a partir del primer día del ciclo y provoca el espesamiento de la mucosa uterina.

A partir del décimo cuarto día, es decir, de la ovulación, los estrógenos son segregados por el cuerpo amarillo, que segrega también la progesterona. Esta última hormona, que tiene por misión preparar la anidación en el útero del huevo fecundado, provoca con este fin un desarrollo considerable de la mucosa uterina.

Si no ha habido fecundación, el descenso brutal de la tasa de hormonas sexuales, consecuencia de la muerte del cuerpo amarillo, desencadena la desescamación de la mucosa uterina, así como una pequeña hemorragia. Como no ha habido fecundación, el revestimiento no es necesario, por lo tanto, se desprende del útero y pasa a través del cuello hasta la vagina, de donde sale en forma de flujo menstrual.

Cuando se para el flujo menstrual, empieza a desarrollarse un nuevo revestimiento, para reemplazar al que acaba de abandonar el cuerpo, preparándose para recibir un óvulo fertilizado en el próximo ciclo. Si no hay fecundación se produce el mismo desprendimiento del endometrio y la menstruación aparece de nuevo. Si un espermatozoide fertiliza un óvulo y si éste empieza a desarrollarse en la pared uterina, entonces el endometrio permanece en su sitio y la mujer no menstruará hasta después del nacimiento del bebé. Si no han sido advertidas, las chicas pueden asustarse mucho al ver que les sale sangre y restos de tejido. Es muy importante que las jóvenes sepan qué es la menstruación y cuál es su significado: deben saber también que se trata de algo completamente normal y que indica que ya han entrado en una etapa fértil y en una nueva fase de sus vidas. La menstruación está controlada por una interacción entre la glándula pituitaria (hipófisis), el hipotálamo, los ovarios y varias hormonas. Es importante señalar que es muy frecuente que la menarquía y los ciclos iniciales sean anovulatorios en lapsos hasta de dos años. El organismo se prepara para su total realización, las hormonas inician su desempeño cíclico, pero aún no se produce ovulación. Pero esto no es un fenómeno universal, se presenta en algunos casos.

En los dos primeros años de la pubertad es normal que la menstruación sea irregular.

A veces el período puede durar una semana o dos, o puede aparecer cada dos o tres semanas y entonces no volver a venir hasta dentro de un mes o más.

Esta irregularidad es molesta, es la forma que tiene el cuerpo, de poner en orden sus ciclos normales: posteriormente se regulariza. Algunos médicos prescriben tabletas con dosis bajas de hormonas para regularizarlos. Otros médicos, no obstante, creen firmemente, que en este momento es preciso evitar este tipo de interferencias con la naturaleza, incluso las píldoras con fines anticonceptivos. Según ellos, la intervención hormonal en este punto no hace más que retrasar la regulación normal.

Una vez regularizado el ciclo, sus características en cuanto a duración, cantidad, etc., están estrechamente vinculadas a la actividad del ovario. Ello indica que cualquier alteración en las constantes normales de este fenómeno traduce un funcionamiento alterado del ovario.

Pero dicha alteración ovárica no es siempre sinónimo de enfermedad: el ciclo menstrual es un proceso fisiológico, que por sus características es susceptible de verse alterado por las emociones. Las actividades de las glándulas endocrinas de la mujer, pueden también estar fijadas a influjos del medio ambiente, tales como cambios de clima, tensiones emocionales, disgustos, exceso de trabajo, etc. Para todas las mujeres es bien conocido el hecho de que cualquier emoción sentimental o ciertas tensiones emocionales pueden producir la regla antes o después de lo previsto.

Los estímulos externos pueden influir sobre el ciclo menstrual, pero el ciclo menstrual es difícil que actúe por sí mismo sobre la conducta, aunque puede hacerlo a consecuencia de las connotaciones psicológicas de naturaleza inconsciente que pueden acompañar a la mujer durante el ciclo.

Al iniciar el ciclo, a algunas mujeres le salen granos. Esto sucede, porque justo antes del período, el cambio natural de los niveles hormonales hace que las glándulas de la piel (glándulas sebáceas) trabajen demasiado y, a veces, los poros se tapan por suciedad y bacterias, causando acné. Por lo general, después de la pubertad, cuando el cuerpo se ha adaptado a la presencia de cantidades

crecientes de hormona femenina, el acné disminuye. En otras mujeres, los pechos son más sensibles y duelen un poco antes de la menstruación. Esto es normal, y ocurre porque en este momento del ciclo, el cuerpo contiene una cantidad mayor de progesterona y esto produce un cierto grado de congestión en los vasos sanguíneos de los pechos.

Muchas jóvenes padecen durante sus periodos, un malestar físico real; pero las cifras de las que sufren malestares psicológicos, es probablemente mucho mayor. Esto es debido a que, a lo largo de la historia, la menstruación ha estado rodeada de silencio, misterio, incomprensión e ignorancia. La menstruación es un fenómeno nuevo que, determina unas reacciones psicológicas muy variadas. A menudo, la joven no está informada y le provoca gran angustia. En otros casos, cuando hay información se identifica el fenómeno correctamente, pero la realidad desborda sus previsiones y muchas veces, encaja mal el hecho, con crisis de rabia, llanto y/o miedo, por lo que esto significa psicológicamente, en cuanto a pérdida de la niñez.

También se da el caso de la chica que se alegra muchísimo, que esperaba el acontecimiento con verdadero entusiasmo para sentirse al fin mujer.

Los casos mixtos son más frecuentes: se produce cierta angustia al enfrentarse por primera vez con la realidad del fenómeno, pero, por otra parte, se registra alivio, ante la normalidad comprobada y una sensación gratificante por haber dado un paso importante en la vida, al prepararse su función reproductora. Algunas otras niñas, adoptan una actitud de negación total y se niegan a reconocerla. Tal reacción es característica de la niña que rechaza su fealdad. En otras adolescentes, la pérdida de sangre evoca algo sucio y rechazable que se extiende hasta los órganos sexuales femeninos; el proceso fisiológico les parece obscuro, exageran los cuidados corporales de higiene, especialmente en lo que respecta a los órganos genitales.

La periodicidad implacable del ciclo menstrual puede también desconcertar a ciertas chicas que se dan cuenta de que, en adelante y durante largos años, van a ser víctimas de esta repetición incómoda. El hecho de considerarse como

victima, mantenido por cierto masoquismo, puede provocar, por reacción, un sentimiento de antagonismo frente al varón, a quien no aflige tal desgracia y que tampoco padece nada equivalente, al mismo tiempo que el deseo, frecuentemente sentido, de cambiar de sexo.

Uno de los obstáculos para aceptar este signo de feminidad en la adolescencia, proviene del hecho de que ha vivido en ambiente donde se asocia a la idea de peligro, de vergüenza y de pecado.

Las adolescentes, que en la infancia han vivido sin conflicto su propia feminidad, aceptan de ordinario sus primeras regias de una manera favorable, que facilita una identificación sana y positiva en la mujer adulta.

Al mismo tiempo, la menstruación avisa la posibilidad de embarazo. Cuando se hace referencia a los fenómenos psicológicos asociados a la primera menstruación, nos damos cuenta de que toda chica, en esta época pueda enfrentada, de una manera o de otra, con el problema de la reproducción. Por primera vez, en el desarrollo de la joven encontramos la doble función de la mujer en cuanto criatura sexual y en cuanto servidora de la especie. Así es como la menstruación puede convertirse en la fuerza organizadora de las funciones mentales y emotivas de la adolescencia, al mismo tiempo que en un nuevo estímulo del proceso de evolución y maduración.

El efecto principal de la menstruación consiste, normalmente, en incitar a la niña a la completa conciencia de su propia feminidad. La agresividad en las relaciones con los muchachos, característica de la preadolescencia, da paso a unas actividades más suaves y más reservadas.

Ahora bien, aunque la menstruación sea intelectualmente aceptada, no va acompañada de signo alguno de placer o de satisfacción sexual, sino que, por el contrario, suele originar molestias de índole diversa.

Por este motivo, si la chica tiene dificultades de identidad, la menstruación puede reforzar el rechazo de sí misma. Esto también está ligado a la actitud que

adopta la madre respecto al tema.

Algunas parejas encuentran que la menstruación constituye una interferencia terrible en su vida sexual y esperan con impaciencia que se acabe. Otros aprovechan el período para hacer el coito sin protección.

Debido a que les han inculcado que la menstruación es algo sucio y secreto, muchas mujeres sienten la necesidad de disculparse por su "problema" y esconderlo.

En el aspecto positivo, algunas parejas se han adaptado a la menstruación y no la toman como algo vergonzoso y secreto. Encuentran que el coito durante la menstruación es especialmente íntimo y demuestra una verdadera comprensión y ayuda mutua.

Si la menstruación no significa nada especial en una relación, ya es bueno; si tiene un aspecto positivo tanto mejor. Los efectos negativos que presenta en algunas relaciones no tienen razón de ser.

No existen pruebas médicas que indiquen que el coito durante la menstruación, puede ocasionar problemas emocionales o físicos a ninguno de los miembros de la pareja. Además, durante la menstruación no es posible que una mujer quede embarazada sin embargo, no toda la sangre que sale por la vagina tiene que ser debida a la menstruación; así pues, si se realiza el coito sin protección en una de estas ocasiones, puede producirse un embarazo.

Durante el período deben usarse paños higiénicos o tampones, que están hechos de algodón absorbente.

Los tampones son muy utilizados actualmente. Son cilindros de algodón y se fabrican en varias medidas: pequeño, mediano, grande, para que se acomoden fácilmente en la vagina. Algunos tampones están lubricados para que entren con más facilidad.

Unos se colocan con el dedo, otros llevan un aplicador, que puede ser papel, plástico o un palito. Cada tampón lleva un pequeño cordel que cuelga por la

vagina Que permite quitarlo fácilmente y cambiarlo cuando sea necesario.

Una chica virgen puede usar tampones. El tampón puede entrar fácilmente en la vagina, aunque la mujer no haya realizado nunca el coito. Aunque el himen aún esté intacto, normalmente la abertura natural que permite la salida del flujo menstrual es suficiente para que el tampón entre con facilidad. Para algunas mujeres, el uso de tampones durante la menstruación supone un mejor conocimiento de su cuerpo y puede ayudarles a superar las inhibiciones o reparos que puedan tener ante el hecho de tocarse sus propios genitales. Estos pueden hacerles bien.

Un pequeño número de mujeres que usan regularmente tampones han desarrollado síntomas de una peligrosa enfermedad llamada Síndrome de Shock Tóxico. Los síntomas son: fiebre alta, vómito, diarrea, y una súbita y drástica caída de la presión sanguínea, que puede ocasionar la muerte. Aparentemente esta enfermedad es debida a bacterias vaginales.

No sabemos por qué la mayoría de los casos de Síndrome de Shock Tóxico parecen estar asociados a los tampones. Por el momento, lo que parece más probable es que los tampones Super Absorbentes que han podido adquirirse al final de la década de los 70 proporcionan un medio de cultivo para las bacterias que causan la enfermedad.

La mayoría de **IQS** casos de esta enfermedad han tenido que ver con los tampones Super Absorbentes. Es probable que el modelo antiguo, los tampones menos absorbentes, fueran más seguros, tal vez debido a que se dejaban menos tiempo dentro de la vagina.

Algunos médicos advierten a la mujer que se cambie los tampones cada cuatro horas y que use paños por la noche.

Esta enfermedad no se halla muy extendida en este momento; pero sus consecuencias son tan graves que todas las mujeres que usan tampones deberían consultar rápidamente con su médico si notasen alguno de estos síntomas. Una mujer puede acabar su periodo en pocos minutos utilizando el método de Extracción Menstrual. A través de la vagina se inserta un tubo de plástico y, una vez adentro del útero, se aspira el revestimiento uterino y lo deposita en una

botella que se halla unida al tubo. La extracción menstrual se hace justo antes de la menstruación y puede realizarse en cuestión de minutos. Es una técnica que se usa en algunas partes de los Estados Unidos, pero poco usada en otros países, debido a que es objeto de muchas controversias.

El hecho de no tener que soportar el malestar que produce el período durante varios días es una gran ventaja; y el ejercer el control sobre el propio cuerpo es también un aspecto importante de este procedimiento. Sin embargo, existen algunas preguntas importantes que aún no tienen respuesta. ¿Es sano realizar varias extracciones menstruales?. ¿Puede lesionarse así el cérvix y el útero?. ¿Interferirá esto con posibles embarazos futuros?. Hasta que no se disponga de más datos fiables, las posibles dificultades de extracción menstrual superan a sus ventajas, por lo tanto debe evitarse. Existe una droga que evita el dolor menstrual llamada ácido mefenámico.

Este medicamento impide que el útero se contraiga y así evita a algunas mujeres el dolor de la menstruación. Se puede adquirir bajo el nombre de diversas marcas convencionales y se debe comentar con un médico si es aconsejable (para su caso concreto). Hay otras muchas medicinas disponibles, incluso la aspirina, que tienen un efecto similar, pero siempre debe consultarse con el médico, si es que se precisa de algo para atenuar los dolores.

Durante el ciclo menstrual pueden presentarse algunas complicaciones o problemas. Las más comunes son: dismenorrea, menstruación irregular, hipomenorrea, tensión premenstrual y amenorrea.

Dismenorrea: las mujeres a menudo sienten dolor o malestar general en los días previos a la menstruación. Dismenorrea es el nombre médico que se da a los retortijones, dolor de espalda o hipersensibilidad del pecho que algunas mujeres experimentan durante la menstruación. El malestar premenstrual, el sentirse hinchada, el aumento de peso, los dolores de cabeza, etc. se conoce propiamente como premenstrual; pero se utiliza la palabra dismenorrea para designar a estos trastornos.

No existe una causa única para la dismenorrea, pero han sugerido como factores posibles la retención de agua, el desequilibrio hormonal y otras razones químicas. Los dolores menstruales pueden también estar relacionados con problemas médicos tales como infección, tumor o endometriosis; por **ID** tanto, deben comentarse los síntomas con el médico.

El malestar y el dolor de la dismenorrea se puede aliviar mediante píldoras para el control de la natalidad, comiendo menos sal, y tomando complejos vitamínicos D y B, haciendo ejercicio, con una sauna, con baños al vapor, o teniendo un orgasmo.

Toda mujer que desee tomar medidas para reducir su malestar menstrual debería discutir con su médico qué es lo más conveniente para ella. Si no hay causa orgánica que la justifique puede ser de etiología psíquica.

Menstruación irregular: muchas mujeres no tienen períodos regulares en cada ciclo. Contando a partir del primer día de un período hasta el período del siguiente, el flujo menstrual puede empezar en cualquier momento entre los días 26 y 35 ; la irregularidad no constituye un problema médico, a menos que vaya acompañado de una hemorragia importante o de un dolor más fuerte de lo corriente. Los períodos irregulares son especialmente frecuentes poco después de la pubertad y poco antes de la menopausia.

Otro tipo de irregularidad que también es común es la ausencia de un período durante su vida, y esto no debe ser motivo de alarma mientras no sea señal de un embarazo no deseado.

Un stress, o una enfermedad fuera de lo corriente puede hacer que una mujer deje de tener uno o dos períodos: el ciclo se normaliza una vez superado el problema. Las mujeres a las que les falta el período a menudo – varias veces – deben ser examinadas por un médico.

Hipomenorrea: es la regla deficiente. Puede tener su origen en un déficit vitamínico, en una anemia o cualquier otra enfermedad manifiesta o no.

Tensión Preaenstrual: unos días o una semana antes de empezar el período, muchas mujeres notan una hipersensibilidad en el pecho, una hinchazón o retención de líquido y una cierta fatiga e irritabilidad. Las tensiones premenstruales son reales y, tanto si son padecidas o no por una mujer en particular, atribuir las sólo a factores psicológicos es simplificar la cuestión. La tensión premenstrual está evidentemente conectada con cambios físicos y químicos y puede también verse influida por diversos factores culturales.

Amenorreas: cuando una mujer no tiene el período (ninguno en absoluto) después de la pubertad, padece la amenorrea primaria. Si deja de tener el período después de haber tenido un historial de menstruaciones, padece amenorrea secundaria. La amenorrea puede deberse a un desequilibrio hormonal, a una enfermedad específica del cerebro, de los ovarios o de las glándulas pituitarias; a un uso abusivo de drogas o medicamentos o a stress emocional. También le ocurre, naturalmente, a la mujer embarazada, pero esto es normal.

Entre otras causas pueden anotarse que el ciclo, todavía anovulatorio, no esté definitivamente asentado, o que la chica haya perdido peso, esté mal alimentada o ambas cosas a la vez. En este apartado hay que incluir a las adolescentes aquejadas de

Anorexia: la chica se niega a comer, pierde el apetito, pierde peso: suele ser la respuesta física a conflictos de aceptación de la identidad sexual.

Las amenorreas espontáneas se observan por razones de carencia o acumulación de responsabilidades.

3.1.2.1.3 La Pornografía

La pornografía constituye el componente básico del estallido del consumo sexual.

Este material, literario, visual y también compuesto por una gran variedad de objetos, se lanza al aireado con la intencionalidad de excitar al individuo y constituye un mensaje enviado al inconsciente donde están reprimidos, aunque activos, todos los impulsos sexuales que se ven limitados en la práctica y que

no encuentran, por ello, satisfacción.

En el contenido de los mensajes porno aparecen generalmente todas las conductas sexuales poco frecuentes e insólitas con el fin de activar las fantasías eróticas y producir una identificación del individuo con las imágenes y dramatizaciones sexuales.

La pornografía puede considerarse un fenómeno ambivalente. Por una parte, contribuye a eliminar ciertos pudores y a estimular el deseo sexual mediante la puesta en relieve de determinados impulsos no conscientes. Por otra parte, desahoga algunas tensiones reprimidas en el inconsciente y satisfacer ciertas pulsiones sin necesidad de reproducirlas en la realidad. Pero, por otra parte, resta importancia y desnaturaliza la sexualidad, la presenta separada de una relación humana global y sólo desarrolla sus aspectos mecánicos, contribuyendo de esta suerte a aumentar la confusión existente en torno al tema.

La pornografía tiene como primer objetivo excitar a las personas que la observan o la leen. Sin embargo, lo que puede excitar a una persona puede no hacerlo en otra; y lo que a una le parece porquería a otra puede parecerle arte. Pornografía, por consiguiente, es un término relativo, sujeto a interpretación individual; existe una subjetividad personal denominada "porno interno".

El material erótico tiene su historia que se inicia con la civilización más antigua, pero la mayoría ha sido creado por hombres. La creación de material erótico por la mujer es un fenómeno esencialmente contemporáneo. Las obras eróticas, que aún se conservan desde la edad de piedra, revelan los intereses y fantasías masculinas más comunes y representan numerosas interpretaciones de la mujer ideal.

La pornografía ha sido una constante a lo largo de toda la historia. Es como si cada civilización la hubiese creado, como si formase parte fundamental de la expresión humana.

La tremenda popularidad de revistas como Playboy, Lux, etc. atestiguan que el

erotismo está a la orden del día.

Dado que todo lo erótico es cada vez más asequible, parece lógico que los jóvenes de hoy compren directamente más pornografía que en las épocas anteriores.

El interés por la pornografía es un fenómeno directamente asociado con la adolescencia. La pornografía al alcance de los jóvenes puede crear problemas en los que no han recibido adecuada información sexual.

Es posible que el analfabetismo en las materias del desarrollo sexual y la natural curiosidad de la edad lleve a los adolescentes a buscar información donde la encuentren.

Uno de los problemas que acarrea el hecho de tratar la sexualidad como algo peligroso y prohibido es que la gente se siente al mismo tiempo excitada y culpable por el deseo sexual. Cuando algo está prohibido puede venderse mejor, como por ejemplo el alcohol durante la ley seca. Los resultados pueden observarse en cualquier ciudad donde la sexualidad se vende como mercancía: librerías, revistas, masajistas; donde se puede pagar para obtener distintos tipos de placer. Esto no sería importante, si realmente a la gente le gustara el placer sexual de este tipo, pero lo que acarrea en verdad es ansiedad. Si la gente no estuviera intranquila y gozara de la sexualidad como pueden hacerlo las personas que no tienen miedo ni tampoco nada para vender, todo esto ni siquiera existiría.

La pornografía es el mensaje sexual explícito más respaldado por la ideología del aprovechamiento y del consumo y el más universalmente combatido. Sin embargo, en ocasiones, el fenómeno porno no está clarificado para los mismos que lo combaten. Se confunde erotismo con pornografía y se utilizan indistintamente los términos.

Lo erótico es trascendente, permanece, no pasa de moda, se comparte, se expresa, es la sexualidad real que se manifiesta sencillamente.

Lo pornográfico es exageración y deshumanización de la sexualidad que la mayoría de las veces se disfruta en la clandestinidad. Es la sexualidad que se expresa haciendo énfasis en las variantes sexuales, o en lo irreal y exagerado. Y es principalmente una industria que fabrica sexo.

-c-

r

Todos estos mensajes influyen notablemente en la vida sexual de los adolescentes. La actitud de la familia y los educadores hacia la sexualidad, sus posibilidades de educación y calidad de la misma, sus condiciones socio-económicas repercuten de manera poderosa en su conducta sexual.

El adolescente no posee una experiencia en el manejo de su sexualidad y en el proceso de aprendizaje; la aprehensión de la realidad y de la responsabilidad puede dificultarse al recibir mensajes distorsionados.

La pornografía exagerada podría dificultar al adolescente el placer total de la sexualidad. La sexualidad prefabricada no le facilitará construir y desarrollar su propia sexualidad como ser humano libre. Así mismo, la sexualidad agresiva utilitaria y audaz y la no mención de la responsabilidad retardarán el hacerse responsable en su conducta sexual y reproductiva.

No es posible menospreciar a los medios de comunicación como un factor influyente en la conducta sexual del adolescente, y su influencia no comienza en la adolescencia. La "psico-educación comienza desde la niñez y, solamente, se ve doblemente reforzada en la adolescencia.

Sólo pueden contrarrestarse los mensajes negativos reforzando los positivos. El enseñar al adolescente a leer correctamente el mensaje descifrando exactamente su contenido es de gran utilidad.

3.1.2.1.4 Enfermedades Transmitidas Sexualmente (E T S)

Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) es el nombre genérico, para una serie de enfermedades que pasan de una persona a otra, específicamente por contacto sexual.

Antes solía hablarse de enfermedades venéreas entendiéndose como tales la sífilis y la gonorrea o blenorragia. En la actualidad son tantas las enfermedades de las cuales se sabe que se transmiten por contacto sexual, la mayoría de las cuales resultan ser peligrosas como la gonorrea y la sífilis, que ha sido preciso una expresión más amplia para abarcarlas a todas.

Existen numerosas enfermedades transmitidas sexualmente causadas cada una de ellas por un organismo específico. Producen síntomas diversos y cada una requiere un tipo específico de tratamiento, lo más frecuente es que se transmitan por:

Coito vaginal y/o anal.

Contacto bucogenital o con el ano.

Beso boca a boca.

Contacto de la boca o de los genitales con otras partes y zonas de la piel infectadas.

Como grupo, las enfermedades transmitidas sexualmente pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; sus efectos no se limitan a los genitales. Aunque la mayoría de ellas pueden ser transmitidas en forma rápida, su creciente incremento en todo el mundo, hace pensar que hay una gran cantidad de personas que no se ponen en tratamiento o que lo hacen demasiado tarde. Si no se tratan y se dejan evolucionar pueden ocasionar problemas de salud graves. En el caso de las mujeres embarazadas, éstas llegan a transmitir enfermedades a sus hijos. Cuando ocurre esto, el niño puede nacer gravemente enfermo, sin embargo, el tratamiento es sencillo y eficaz.

Las ETS se presentan con frecuencia y las razones exactas no se saben con certeza. Pero parece probable que intervengan los siguientes factores combinados de diversas maneras:

La nueva forma de valorar la actividad sexual, los encuentros sexuales casuales son más frecuentes y comunes hoy que en ninguna otra época; cada uno de estos encuentros ausenta las posibilidades de propagar una o más ETS.

El número de enfermedades que hoy se consideran transmitidas sexualmente ha crecido de forma que incluye más que antes, por tanto las cifras actuales no son comparables directamente a las de varios años atrás.

El uso decreciente de métodos anticonceptivos a base de barreras espermicidas, que, de algún modo, protegen contra las ETS.

El frecuente uso de anticonceptivos orales, que, según dicen, alteran los mecanismos naturales de inmunidad femeninos; de hecho, pueden crear un entorno favorable al crecimiento del microorganismo causante de la gonorrea.

El hecho de saber la facilidad con que un médico podrá curar una ETS en caso de ser contraída, hace que la gente se atreva a arriesgarse más.

La evolución de nuevos tipos de bacteria de la gonorrea – las productoras de beta-lactamasa que pueden anular y neutralizar completamente la penicilina.

La ausencia de programas de educación sexual públicas y la falta de personal destinado a tal labor.

El creciente uso del alcohol y de las drogas, al proporcionar a la persona una falsa sensación de seguridad, no sólo alienta a correr el peligro que puede coportar una relación sexual casual sino que además aumenta las posibilidades de contraer una ETS.

El incremento de infecciones que no presentan unos síntomas claros (infecciones asintomáticas) aumenta la cantidad de personas que en potencia pueden propagar una ETS sin saberlo.

No existen vacunas para prevenir las ETS. El único medio eficaz es el cuidado

individual. La sintomatología presentada a continuación exige consulta médica:

Si, al apretar el pene antes del coito, sale un líquido de aspecto lechoso.

Si un examen general de la zona genital y del ano muestra bultos, llagas, o una supuración de cualquier clase.

Ei lavarse los genitales y la zona anal antes y después del contacto sexual sirve de muy poco, pero no deja de ser una precaución.

El orinar después del coito puede ser útil a los hombres si hay un organismo transmisor de alguna ETS en la uretra: la orina puede expulsar el organismo. En el caso de la mujer, no sirve de nada el orinar después del coito, ya que normalmente el organismo productor de la enfermedad se halla en los alrededores de la vulva o en la vagina.

Un condón es en parte efectivo para prevenir la propagación de las ETS: si se usa con un espermicida vaginal resulta muy eficaz para no contagiar enfermedades como la gonorrea, las uretritis no específicas, la tricomoniasis y la sífilis.

Un control médico rutinario para descubrir ETS asintomáticas es de gran utilidad sobre todo para aquellas personas que poseen múltiples parejas sexuales.

Las mujeres tienen más problemas con las ETS porque presentan síntomas con menos frecuencia que los hombres por lo tanto, la enfermedad puede afectar mucho más tiempo a la mujer.

Por supuesto, existen ETS que son exclusivas de la mujer o mucho más frecuentes en ellas: La Tricomoniasis, las vaginitis y la enfermedad inflamatoria de la pelvis, por ejemplo.

En las mujeres, la gonorrea, si no se trata, puede llevar a la esterilidad: ello

es debido a que el gonococo puede producir cicatrices en las trompas de falopio, impidiendo así el encuentro del óvulo y el espermatozoide. En el hombre, la gonorrea no tratada puede producir cicatrices en la uretra, con la consiguiente esterilidad.

Tanto en la mujer como en el hombre, la gonorrea, si es tratada médicamente desde el principio se cura y no deja ninguna de estas secuelas.

Muchas enfermedades transmitidas sexualmente pueden pasar al niño cuando aún está en el útero, durante el nacimiento o incluso después. Por ejemplo, los niños nacidos de madres con herpes activo pueden incluso morir debido a las complicaciones que el virus produce. Los niños nacidos de madres con gonorrea sufren a veces lesiones en los ojos; y las madres sifilíticas pueden pasar la enfermedad a sus hijos con una serie de resultados graves. La detección temprana y el tratamiento de las ETS infantiles es esencial y parece ser efectivo.

Se pueden tener más de dos ETS al mismo tiempo, cada una de las cuales requerirá un tratamiento distinto. Después de ser curadas, pueden volver a contraerse.

Se pueden tener estas enfermedades en la garganta o en el recto. Cuando se sufre en la garganta es como resultado de haber tenido relaciones sexuales orales con una persona infectada. La gonorrea en el recto se deberá a haber realizado el coito anal con una persona infectada, o por infección accidental del ano de la mujer por coito vaginal.

La hepatitis puede ser un ETS. La hepatitis es una enfermedad vírica muy seria, que afecta el hígado. Una de las maneras en que puede ser transmitida es sexualmente por conducto anal; anal-bucal o por coito anal. **LDS** síntomas principales son: fiebre, dolor de los músculos, fatiga, la orina se vuelve de color café, las deposiciones son grises y generalmente la piel y el blanco de los ojos toman un tinte amarillento.

Las enfermedades transmitidas sexualmente llevan consigo un pesado estigma

social. A veces, las personas se sienten tan avergonzadas que evitarán buscar tratamiento antes que admitir que padecen una infección o rehusarán decirlo a sus parejas sexuales por la misma razón. Creen que la enfermedad desaparecerá por sí sola sin cuidado médico que les haría sentirse humillados. Este punto de vista sólo puede acarrear serios problemas físicos y sociales. Las ETS precisan ser diagnosticadas y tratadas.

Las ETS han sido asociadas por la sociedad con las relaciones sexuales sucias e indebidas.

Las ETS pueden tener un poderoso efecto en las relaciones:

Las acusaciones acerca de cómo se contrajo la ETS y quién contagió a quién, pueden originar una desconfianza entre la pareja.

La repetición de las afecciones venéreas causan problemas e interfieren en las actividades sexuales provocando malestar en la pareja.

Las ETS pueden producir problemas en el embarazo y también en la fertilidad; esto puede repercutir en los sentimientos de la adecuación y auto-estima, y a veces crea barreras entre la pareja.

El efecto de rebote de las ETS entre las parejas crea desconfianza y frustraciones.

Es importante además hacer referencia a la higiene sexual, también conocida como higiene genital. Se llama higiene sexual a una serie de medidas o cuidados que es necesario practicar para mantener un adecuado funcionamiento de los genitales, para tener una vida sexual sana en el plano físico, emocional y mental, y para evitar las enfermedades que pueden afectar a los órganos genitales.

En el hombre puede presentarse el esmegma, que es una secreción sebácea; si este esmegma no se limpia frecuentemente, la secreción se va acumulando ahí y puede descomponerse, lo que puede producir irritación o inflamación en el surco, en el

glande, y aún en el prepucio. Pero no es el único riesgo: se ha comprobado que el esmegma también es capaz de ocasionar cáncer, tanto en el pene como en el cuello de la matriz o en la vagina. Esto es en el caso de los hombres que no aseo su esmegma y que durante años lo depositan en la vagina de su pareja cuando tienen contactos sexuales, además los hombres con irritación en el glande y el prepucio se ven más expuestos a las enfermedades transmitidas sexualmente y a otras infecciones.

Las niñas también tienen gran cantidad de glándulas, entre los labios mayores y menores, que no producen esmegma como en los varones, pero sí producen secreción mucosa: además la orina al salir moja esa área. Tanto la humedad como los restos de orina pueden llegar a irritar la vulva si falta la higiene, lo que puede ocasionar infecciones no sólo en la vulva, sino que pueden extenderse a la vagina o a la vejiga.

La higiene sexual ayuda a evitar a las mujeres las leucorreas, conocidas como flujos vaginales. No deben confundirse las leucorreas con el flujo húmedo normal de la vagina: las leucorreas o flujos son secreciones anormales que pueden ser producidas por infecciones ocasionadas por bacterias como las tricomonas o también por ciertos hongos, así como por otros trastornos: úlceras del cuello de la matriz, infecciones uterinas, tumores y otros. En el caso de infecciones genitales, si bien estos flujos se contagian principalmente por el contacto sexual, no constituyen enfermedades venéreas, pero requieren de tratamiento especializado, ya que pueden llegar a ocasionar diversas molestias y complicaciones.

En este capítulo se trabajarán las siguientes enfermedades transmitidas sexualmente: blenorragia o gonorrea, sífilis, granuloma inguinal, tricomoniasis, linfogranuloma venéreo, amibiasis, uretritis no específica, vaginitis, verrugas genitales, chancroide, enfermedad inflamatoria de la pelvis, herpes, lédulas y sida.

Gonorrea

La gonorrea puede atacar otros tejidos, como los ojos, y ocasionalmente puede extenderse a los órganos genitales internos, o por vía sanguínea pasar a otras partes del cuerpo. En el hombre el sitio usual de infección es la uretra; en los hombres frecuentemente la próstata y el epidídimo; en la mujer el sitio más frecuente es el endocervical; con menor frecuencia se afectan las trompas y el peritoneo pélvico y se producen abscesos anexiales (enfermedad inflamatoria pélvica: EIP).

El gonococo es capaz de penetrar en las células de los tejidos mucosos (al igual que el treponema de la sífilis, el gonococo no atraviesa las partes de la piel gruesa, sólo los tejidos suaves como los de los genitales); fuera del organismo dura poco tiempo vivo, aunque esto varía según las condiciones de humedad y temperatura del lugar donde se deposite; puede durar de pocos minutos a unas cuantas horas. Donde es más fácil encontrarlo es en las secreciones mucosas o purulentas que producen los genitales de la persona enferma.

La mayoría de los hombres presentan síntomas que son dolor y quemazón al orinar y una descarga lechosa del pene, que se vuelve espesa al cabo de unos días. La orina puede estar llena de pus, y los ganglios linfáticos de la ingle se hacen más grandes. A veces los hombres sin circuncidar tienen una irritación en la cabeza del pene; los síntomas pueden desaparecer sin tratamiento, pero los hombres siguen siendo portadores asintomáticos. La gonorrea que no se trata llega a causar a largo plazo infección de los epidídimos y la próstata y puede acabar produciendo esterilidad.

Hasta un 60% de las mujeres permanecen asintomáticas, pero algunas tienen una descarga cervical o vaginal. Cuando se infecta la uretra, las mujeres sienten dolor al orinar y puede existir algo de pus también en forma de exudado en el orificio uretral. Algunas mujeres tienen dolor al fin de la espalda y su vagina desprende un olor similar al de los hongos. La enfermedad inflamatoria de la pelvis (EIP) constituye un resultado grave de

la gonorrea si ésta no es tratada.

La fiebre, los vómitos y el dolor abdominal, son signos de EIP que pueden conducir a la esterilidad a largo plazo.

Tanto en el hombre como en la mujer, la gonorrea de la garganta, del recto y del ano pueden tener lugar después del contacto oral o anal con una persona infectada.

Hay varias características de la infección gonocócica que dificultan la prevención de la enfermedad: entre ellas: la frecuencia de portadores asintomáticos; la carencia de una prueba serológica diagnóstica y de una vacuna efectiva y el alto costo de la comorbación de la infección por cultivos.

Es considerable y conveniente hacerse un examen de VDRL (para sífilis) después de terminar el tratamiento de la gonorrea (unas dos o tres meses después), ya que un chancro sífilítico podría haber pasado inadvertido en las molestias de la gonorrea, o por acción de tratamiento.

Sífilis

La sífilis es una enfermedad grave y altamente contagiosa que se adquiere por contacto bucogenital y por coito. Produce una llaga llamada chancro que suele encontrarse en el pene, en los labios de la vulva, en el ano, la mucosa bucal o en la garganta. Es producida por el *Treponema pallidum*.

Después de la exposición al organismo, el primer signo o etapa de la sífilis es una llaga llamada chancro, que aparece unas pocas semanas o meses más tarde. El cráter está lleno del germen de la sífilis y durante este período, la persona es muy contagiosa, debido a que el chancro no duele puede pasar desapercibido. El chancro desaparece incluso sin tratamiento, pero las bacterias se hallan en el torrente sanguíneo de la persona llevando al desarrollo de la segunda etapa, en las semanas o meses siguientes. Los síntomas de la sífilis secundaria son: ronchas en las palmas de las manos y

en las plantas de los pies; cefaleas, dolor de garganta, pérdida del apetito, fiebre baja y caída del cabello en capas. A veces, **IDS** chancros reaparecen en esta etapa, siendo altamente infecciosos, al igual que los chancros primarios.

Después de un par de meses aproximadamente, si la persona no ha sido tratada, entra en un período de latencia y después aparece la etapa terciaria o última etapa de la sífilis. Estas últimas etapas no son infecciosas. Pueden tener síntomas o no.

Durante todos estos años, el *treponema pallidum* ha tenido ocasión de afectar a todas las partes del cuerpo y, aunque la persona parece saludable y se siente bien, el mal se puede estar fraguando y tal vez aparezca en cualquier momento. Puede ser afectado el sistema nervioso, incluyendo el cerebro y la médula espinal, así como el corazón y los vasos sanguíneos; la estructura ósea a veces se ve afectada y también puede haber dificultades en los reflejos.

Para confirmar el diagnóstico de la sífilis deben hacerse varias pruebas de laboratorio. Así, según la etapa, se utilizan diversas terapias a base de antibióticos. Debe evitarse el contacto sexual, especialmente durante los dos primeros meses de tratamiento. Se requiere un control cuidadoso y análisis de sangre, sobre todo en aquellos pacientes que no se trataron en las primeras etapas de la enfermedad.

Puede contraerse más de una vez.

Las mujeres embarazadas que padecen sífilis latente o terciaria la contagian a sus hijos, poniendo en verdadero peligro sus vidas. Pueden nacer con defectos congénitos o incluso muertos, a menos que la madre sea bien tratada desde el inicio del embarazo.

El *treponema*, fuera del cuerpo muere rápidamente pues no soporta la sequedad, el aire, ni los cambios de temperatura. Vive muy bien en cualquier parte del cuerpo humano: en la boca, en los genitales, en el recto, en los

granos o úlceras de la piel, en la sangre, además de los órganos internos.

Granuloma Inguinal

El granuloma inguinal o granuloma venéreo es una enfermedad transmitida por coito y es más frecuente en los hombres. Presenta lesiones en los genitales y el ano. Es causada por la bacteria *Donovania Granulomatis*.

Las lesiones en los genitales y el ano, pueden tener efecto rojo y descarnado. Otras veces pueden aparecer nódulos en la piel que son especialmente dolorosos. Si no se tratan, se ulceran y se extienden despacio lesionando los tejidos circundantes. A largo plazo, si la enfermedad no se trata puede aparecer artritis y anesia.

El coito quizá no sea la forma principal de transmisión de esta enfermedad. Algunas autoridades en la materia creen que la falta de limpieza personal es más importante, aunque esto es muy discutible.

Para diagnosticar el granuloma inguinal, es preciso un examen del tejido y para tratarlo se suelen recetar antibióticos.

El granuloma inguinal o venéreo afecta primordialmente los genitales externos, menos frecuentemente las regiones inguinal y perineal y raramente otros sitios del cuerpo.

Aunque se ha incluido entre las enfermedades de transmisión sexual no parece ser esa la única forma de contagio: puede transmitirse también por contacto íntimo con la región anogenital del enfermo aún sin llegar al coito: además se ha postulado la transmisión a los niños al sentarse en el regazo de los adultos infectados y también puede transmitirse por el piojo del pubis.

Tricomoniasis

La tricomoniasis normalmente se adquiere por contacto sexual. Las mujeres

infectadas notan generalmente una secreción esouiosa con oior muy desagradable; los hombres pueden tener alguna secreción del pene y ambos sexos pueden experimentar una irritación dolorosa ai orinar. Es causado por triconomas vaginales.

La tricomoniasis puede diagnosticarse examinando la secreción.

Existen varios medicamentos muy eficaces para eliminar la tricomoniasis en ambos sexos: el metronidazol fue el primero y es el más usado de ellos.

Algunos pacientes, sin embargo, han padecido efectos secundarios como intolerancia al alcohol, vómitos y diarrea. El tiempo de tratamiento varía de 1 a 7 días de duración y se aconseja tratar también al hombre en cualquier caso, debido a lo difícil que resulta el diagnóstico en éste.

El metronidazol no es aconsejable para mujeres embarazadas ni para las que están en periodo de lactancia.

- **Linfogranulosa Venérea**

El linfogranulosa venérea es producido por un virus que entra en la piel o en una membrana mucosa a través del contacto sexual. Produce fiebre, dolores y molestias en las articulaciones.

El abultamiento en forma de grano en el punto de entrada del virus puede desaparecer sin tratamiento, pero normalmente se extiende hacia los ganglios linfáticos más próximos produciendo abscesos si no se trata. El diagnóstico es complicado, ya que se necesita varios tipos de sangre y de piel para descartar otras ETS. El tratamiento habitual son antibióticos. No es raro que se necesite hacer exámenes de sangre durante todo el año mientras se sigue el tratamiento.

Si no es tratado puede producir a largo plazo bultos alrededor del ano tanto en el hombre como en la mujer. En las mujeres, también se registran bultos

en los labios de la vulva y en la zona del clítoris.

El diagnóstico se hace con una prueba cutánea, inyectando un reactivo en la piel y también con exámenes de sangre.

Cuando la enfermedad está muy avanzada se presentan cambios fibróticos que pueden estrechar la uretra o el recto o dificultar el retorno linfático conduciendo a la elefantiasis genital; o también lesiones ulcerativas crónicas y fístulas (aberturas) en los genitales.

A pesar de la presencia de anticuerpos contra *Chlamydia trachomatis* en el suero y en las secreciones genitales de los pacientes infectados puede persistir la infección y aún producirse complicaciones.

- **Monilia**

La monilia o candidiasis afecta más a las mujeres que a los hombres. Manifiesta un picor en la vagina, grietas en el tejido vaginal y presencia de descarga espesa y blanca a veces dolorosa. Los hombres generalmente son asintomáticos pero a veces pueden presentar picor e irritación en el pene y el escroto. Es producida por el crecimiento de un hongo.

El principal modo de transmisión de la monilia no es el coito, pero éste puede ser responsable en parte de su propagación. Muchas mujeres contraen monilia al tomar antibióticos u otras medicaciones que alteran el equilibrio bacteriano de la vagina. Las mujeres diabéticas son propensas a la monilia, así como las mujeres embarazadas y las que toman píldoras anticonceptivas con altas dosis de progesterona, y aunque no producen ningún daño permanente en los órganos internos de la reproducción, una mujer embarazada con monilia puede contagiar a su hijo en la forma de una infección bucal.

Para tratar la enfermedad se utilizan lociones, cremas y supositorios vaginales. Algunas mujeres han hallado que es bueno comer yogurt. El yogurt contiene lactobacilos que según se dice, ayudan a destruir la monilia; esta

puede permanecer en el intestino y reinfectar a la mujer si no es tratada.

- **Uretritis no Específica**

La uretritis no específica es más común en el hombre: las señales normalmente incluyen una secreción del pene fina y lanosa, picores alrededor de la abertura del pene, cierta dificultad al orinar y en algunos casos también una sensación de quemazón. La mujer generalmente es asintomática. Es producida por un virus llamado Chlamydia.

En la mujer los signos no son tan claros como en el hombre, si bien puede existir cierta quemazón en los alrededores del orificio urinario. Muchas mujeres infectadas no muestran síntoma ninguno. Normalmente la enfermedad perdura de forma interna y puede producir lesión en el sistema reproductivo de la mujer si no es tratada. La inflamación e irritación del cérvix (cervicitis) es también un síntoma de la UNE, así como la inflamación de las trompas de Falopio.

Para hacer un diagnóstico exacto de la UNE se precisan pruebas de laboratorio que determinen la presencia de ciertos microorganismos. Una vez ha sido identificada la enfermedad como la UNE, la terapéutica a base de antibióticos suele dar buenos resultados.

- **La Vaginitis**

La vaginitis es una infección de la vagina. Los principales síntomas son: dolor, escozor y una secreción que puede tener un olor desagradable. Es causada por bacterias que pueden adquirirse por el uso de spray vaginales, tapones o cremas anticonceptivas.

- **Verrugas Genitales**

Las verrugas genitales o papilomas venéreas son causados por un virus y crecen solitarias o en grupos alrededor de la vagina, del cérvix, del

ano, riel glande y el cuerno del pene. Son indoloras y generalmente se transmiten por contacto sexual.

Las verrugas venéreas tienen un aspecto parecido a la coliflor y por lo general, no se requiere análisis para su diagnóstico. El tratamiento suele ser a base de electrocoagulación, crioterapia o aplicación de diversas lociones secantes prescritas por el médico. Cuando las verrugas han sido extirpadas, a veces el virus permanece y puede hacer que reoarezcan. No es recomendable automedicarse, ya que puede lesionarse los tejidos circundantes. Las verrugas genitales aparecen entre uno y seis meses después del contagio.

- El Chancroide

El Chancroide blando es una infección aguda de los genitales externos. Los signos son chancros blandos y dolorosos que generalmente aparecen en el pene o en las cercanías del ano. Se transmite por contacto con el pus de esta llaga. Es producido por el *Haemophilus Ducreyi*.

El *Haemophilus ducreyi* es un bacilo Gram negativo, pauciflojo y delgado, frágil, exigente en cuanto a materiales nutritivos, requiere medios ricos; en particular exige la presencia de Hemina en el medio pero a diferencia de otros *Haemophilus*, no requiere nicotinamida.

El nombre de esta enfermedad se originó de que sus lesiones iniciales tienen ciertos parecidos al chancro sifilítico, sin embargo tiene claras diferencias con la sífilis.

El microbio causante tiene preferencia para desarrollarse y vivir en la piel, en especial la de los genitales (el gonococo prefiere los tejidos mucosos internos). Ocasionalmente el chancro es extragenital. La infección no compromete los genitales profundos ni se disemina sintéticamente. Puede

ocasionar la destrucción rápida de los genitales externos.

El diagnóstico se establece por el examen directo y los cultivos; uno y otros pueden practicarse con material del chancro o del ganglio linfático inflamado. No se dispone de reacciones serológicas para el diagnóstico del chancro blando. Es más común en los trópicos y subtropicos que en los climas más fríos. Los viajes y la migración han sido los principales responsables de su expansión fuera de las regiones tropicales.

El chancroide, si no es tratado, puede producir inflamación dolorosa de los ganglios linfáticos de la ingle; pero normalmente no produce lesión permanente. Para identificar el Chancroide es preciso hacer pruebas y también diferenciarlo de la sífilis; normalmente el tratamiento es a base de antibióticos, baños y lociones especiales.

- **Enfermedad Inflamatoria de la Pelvis**

La enfermedad inflamatoria de la pelvis está causada por la bacteria de la gonorrea o por muchos agentes no gonocócicos. Los síntomas más comunes son: Dolor en el vientre, en las piernas, en la espalda y hemorragias prolongadas. Es consecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente no tratadas.

Las bacterias pasan a través del cérvix hacia el útero e infectan las trompas de falopio.

Puede haber alguna secreción y es posible que la mujer vomite. La EIP puede debilitar a la mujer de tal manera que le puede dar propensión a contraer otros tipos de infecciones pélvicas en años anteriores. La EIP sin tratar puede acarrear complicaciones graves, tales como abscesos pélvicos, una tendencia a los embarazos ectópicos y en algunos casos, infertilidad.

Esta enfermedad se diagnostica con una serie de procedimientos que incluyen análisis de sangre y exámenes de la secreción, si es que existe. A veces,

para confinar una E3P es preciso realizar una laparoscopia. Para tratar los casos avanzados puede ser preciso una estancia en el hospital, pero por lo general, con antibióticos y reposo en casa es suficiente. Hasta que la enfermedad no es resuelta se debe evitar el coito y la pareja de la mujer infectada debe ser examinada periódicamente para evitar la probabilidad de infección.

- El Herpes

El herpes está causado por un virus que afecta las membranas mucosas y la piel. Existen dos clases de herpes: el herpes simple I que causa llagas secas en los labios, boca y cara; y el herpes simple II D genital que presenta llagas en la vulva, paredes vaginales y cérvix. En el hombre estas llagas están debajo del prepucio en el pene o en la uretra.

Está tan extendido en América y en Europa, que actualmente se considera, una de las más importantes enfermedades transmitidas sexualmente. En muchos casos es la causa más común de úlceras genitales. El herpes es incurable.

El HSVI y El HSVII son causados por diferentes virus de la misma familia, pero en cada caso, el virus entra en el cuerpo cuando se tiene contacto directo con la piel y/o con la membrana mucosa de alguien que tiene el virus en estado activo. Entonces, uno puede transmitirlo a otras personas.

El herpes simple 1 se propaga por el beso bucogenital. Sólo puede contagiarse cuando existen llagas; ello significa que la enfermedad está activa. El HSVI normalmente permanece en la boca y en la zona de los labios; pero un pequeño porcentaje es transmitido a la región genital a través del contacto bucal con el pene o la vulva, mientras el virus está activo.

El HSVII, aunque básicamente afecta a los genitales, puede ser transmitido a la boca por el contacto oro-genital con un hombre o una mujer que tengan una infección activa. Entonces las llagas del herpes aparecerán en los labios y en la boca. Si se contrae por el coito sea vaginal o anal, los síntomas

aparecerán en la zona genital. Los síntomas aparecen de 2 a 20 días después: el tiempo medio es de 4 a 6 días.

Aunque algunas personas no muestran en absoluto síntomas, he aquí los signos más comunes. Aparecen uno o más grupos de ampollas pequeñas, dolorosas y llenas de líquido en el pene o sus alrededores o en el área vaginal. Estas ampollas generalmente revientan al cabo de unos pocos días y supuran; pueden producir picor o escozor. En esta fase, la persona afectada puede presentar fiebre general, dolores musculares e hinchazón de los ganglios linfáticos de la zona genital. A las dos o tres semanas, las llagas empiezan a curarse y la erupción desaparece. Una vez que la enfermedad ha desaparecido completamente, ya ha pasado la fase activa y la persona no puede transmitir a otras el HSVII.

Después de esto algunas personas tienen suerte. O bien el virus permanece inactivo y nunca padecen otro ataque, o bien tienen ataques infrecuentes. Otros padecen ataques activos con regularidad; se repite el proceso de las ampollas, la supuración, el malestar y la curación. El virus tanto si es activo como si es inactivo, permanece en la piel de la persona infectada.

Se desconoce el por qué el HSVII aparece de forma irregular. Para prevenir su aparición repetida, se recomienda al máximo evitar el stress emocional, observar una dieta bien equilibrada y mantenerse en forma.

El herpes no se cura. El tratamiento normalmente tiene como objetivo aliviar el dolor y el malestar y prevenir infecciones secundarias. Todo lo que se puede hacer por el momento es aplicar productos que ayudan a que las llagas se sequen y también aliviar la irritación.

Se ha sugerido que el HSVII puede producir cáncer cervical, pero por el momento no existen pruebas concluyentes.

- Las Ladillas

Las ladillas o piojos púbicos son transmitidas por relaciones, o por contacto con prendas infectadas. Los piojos viven en el pelo, cabeza, pubis o axilas y sus picaduras producen mucha picazón.

Las ladillas se engarzan en los pelos con sus garras posteriores, lo que dificulta su extracción. Penetran en la piel para alimentarse de sangre, lo cual produce un prurito intenso que obliga a rascarse. Las heridas producidas en consecuencia a veces se infectan, y ello ocasiona una inflamación de la piel (dermatitis), los pacientes detectan la presencia de este parásito debido al prurito, pero también se pueden ver cuando se mueven lentamente.

El tratamiento de cualquier tipo de ladilla se basa en el uso de lociones, ungüentos y champús que contienen sustancias que les son nocivas, por ejemplo el hexacloruro de gamma benceno.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirido, SIDA, es producido por un factor desconocido. El agente ataca y destruye todos los mecanismos de defensa del cuerpo, haciéndolo vulnerable a cualquier enfermedad que puede ser mortal; como sintomatología presenta: fiebres recurrentes, pérdida de peso y energía, diarrea y placas blancas en la boca y garganta.

La persona que padece SIDA, queda sin defensas ante otras enfermedades e infecciones que son normalmente combatidas por el sistema inmunológico natural del organismo humano.

Normalmente, la sangre humana contiene diferentes tipos de glóbulos blancos (leucocitos) que desempeñan distintos papeles en la protección contra las enfermedades. Entre cierto tipo de leucocitos (los llamados linfocitos) se encuentran las células B y T. Esas células se ayudan mutuamente para combatir

la entrada en el cuerpo de virus, agentes infecciosos, bacterias patógenas y otros microbios. En una persona sana, el sistema inmunológico funciona perfectamente y se aumenta la producción de linfocitos cuando penetra una invasión de agentes patógenos, volviendo a su estado normal una vez que ésta ha sido liquidada.

Al contraer el SIDA, el enfermo queda expuesto a múltiples enfermedades y complicaciones que, de otra manera, no padecería. Entre ellas, las más usuales y las que con mayor fuerza atacan a los pacientes del SIDA son: cierto tipo de neumonía provocada por un parásito pulmonar que difícilmente se presenta en personas saludables, pero muy común entre los pacientes del SIDA.

También se encuentran vulnerables a cáncer en la piel, el llamado Sarcoma de Kaposi, que produce pústulas rosadas, marrones o púrpuras en la piel; a una tuberculosis aguda y a otras dolencias.

El SIDA parece ser transmitido por contacto sexual directo, por una aguja hipodérmica, aunque también puede serlo por la sangre (transfusión), o por productos derivados de la sangre. El hecho de que el virus de la hepatitis B, sea en forma similar, respalda la teoría de un agente infeccioso.

El agente infeccioso puede encontrarse en el semen, la saliva y las lágrimas.

No se trata de una enfermedad privativa de un grupo – los homosexuales, por ejemplo – sino de personas que corran riesgo de contraerla, por ejemplo, la promiscuidad (tanto en hombres como en mujeres), compartir agujas contaminadas, recibir una transfusión infectada o tener intimidad sexual con una persona previamente afectada de SIDA.

A medida que se conoce más acerca de esta enfermedad, se concluye que se trata de una enfermedad sexual, tal como sífilis, herpes y otras enfermedades venéreas, que lo mismo afecta a hombres que a mujeres, a homosexuales o a personas heterosexuales. No se trata de una enfermedad homosexual sino de una enfermedad sexual.

Durante el período de incubación de la enfermedad, es probable que no se tenga ningún signo delator; sin embargo, a medida que avanza, los síntomas se van haciendo más evidentes; se presenta: fiebre recurrente, sobre todo con sudoraciones nocturnas muy copiosas; pérdida de peso sin razón aparente; inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, axilas o ingles; fatiga constante y decaimiento general; aparición de manchas blancas o manchas poco usuales en la boca o garganta; diarreas constantes y pérdidas de apetito y vigor.

LDS síntomas anteriores se refieren a todas las complicaciones que sufren los enfermos de SIDA al verse gravemente afectado su sistema de defensas del organismo.

Los científicos están de acuerdo que el SIDA es causado por un retrovirus, un tipo especial de virus que altera la expresión genética de las células que infecta, atacando los leucocitos que conforman el verdadero ejército defensivo de nuestro organismo.

3.1.2.2 Interacción Sexual

El hombre es un ser sexuado y como tal la sexualidad tiene importancia en su vida; no lo tiene solamente desde el punto de vista biológico, sino que también abarca gran parte de su vida psíquica y social. De algún modo, la conducta sexual define la personalidad del individuo, puesto que influye en su equilibrio emocional.

De hecho, un aspecto gravitante en la conducta humana es la vida sexual. De allí que constituya una de las interacciones más relevantes para la pareja. En la relación amorosa, la sexualidad interviene de modo especial para satisfacer las exigencias físicas y psicológicas del hombre y la mujer.

La existencia humana no puede prescindir de sus experiencias íntimas. La sexualidad pertenece al mundo de lo humano.

El comportamiento sexual del adolescente difícilmente puede separarse de su comportamiento total como ser humano, ni de su manera y posibilidad de vivir rídicamente de las influencias que en su experiencia vital tenga su ámbito social.

En nuestras sociedades precisamente por la influencia de los medios de comunicación, los antiguos valores permanecen pero no son prevalentes y nuevos valores hacen su aparición pero todavía no son dominantes. Como consecuencia el comportamiento del adolescente aparece errático, desordenado y poco consistente a los ojos de los mayores.

Se definirá interacción sexual como la atracción erótica ejercida entre individuos en un contexto social determinado.

La descarga afectiva existente en las relaciones interpersonales hace posible una canalización sexual. Dicha canalización puede darse en forma consciente o inconsciente, dependiendo de la concepción que sobre la sexualidad se tenga y la posibilidad socio-cultural de su libre manifestación.

Los cambios psico-fisiológicos que se presentan en la adolescencia hacen que se manifieste la pulsión sexual y que ésta trate de encontrar una vía de satisfacción; las reglas inhibitorias que cada sociedad esgrime dentro de su contexto cultural, a las prácticas sexuales y las trabas que impone (tabús, prejuicios, distinción de valores éticos y morales especialmente), llevan al adolescente a prácticas confusas y temores infundados y que le inducen a conductas de escape frecuentemente poco recomendables para el establecimiento de su propia identidad sexual.

Este capítulo se refiere a las formas más frecuentes de expresión y satisfacción sexual durante la adolescencia, tales como: la masturbación exploratoria, las inclinaciones homosexuales, las prácticas heterosexuales y la interrelación existente entre sexualidad y amor.

La masturbación puede ser considerada como práctica de interacción sexual cuando

se hace por parejas y aún cuánto se hace en grupos de individuos del mismo sexo, caso en el cual cada uno de los integrantes busca afianzar sus capacidades ante los demás miembros del grupo. El adolescente emplea la masturbación como un medio de desahogo a tensiones internas y una afirmación de la capacidad de sentir y, a veces, de proporcionar un orgasmo.

Son comunes las prácticas homosexuales entre parejas o grupos de adolescentes para dar salida a las pulsiones sexuales.

Dichas prácticas suelen ser superadas sin crear perturbaciones para las relaciones heterosexuales. La interacción homosexual se desarrolla, generalmente, en un contexto masturbatorio sin que exista proyección copulatoria entre sus miembros.

Superada la etapa masturbatoria o coexistiendo con ella aparecen las relaciones heterosexuales, o sea, la interacción sexual entre miembros de los sexos. El adolescente, usando como medio los grupos, conoce individuos del sexo opuesto y establece, casi de hecho, relaciones de pareja consolidando su rol sexual y buscando encontrar su estabilidad emocional. Para el establecimiento de parejas los adolescentes presentan divergencias de valores de acuerdo a su sexo y los individuos del mismo sexo difieren de acuerdo al contexto socio-cultural en que se desenvuelvan.

La relación de pareja incita a las caricias y al deseo de realizar el coito con la otra persona. Las caricias, los besos, los contactos orogenitales y la superposición de los órganos sexuales sin penetración (petting), preparan a los individuos para el coito y aumentan las fantasías al respecto. Dichas fantasías inciden notoriamente en la primera copulación.

El aspecto sentimental juega un papel preponderante en las relaciones de pareja, llevando a una idealización del ser amado y a hacer más deseable el contacto sexual; esto lleva a la relación dual amor-sexualidad.

3.1.2.2.5 Autoerotismo

La masturbación de acuerdo a la edad en que se produce puede ser:

Masturbación del lactante: comprende todas las maniobras autoeróticas al servicio de la satisfacción sexual.

Masturbación infantil: surge directamente de la anterior y ya se encuentra fijada a determinadas zonas erógenas.

Masturbación puberal: sigue directamente a la infantil, o se baila separada de ésta por el período de latencia.

Las primeras tentativas de masturbación del niño rara vez obedecen a un razonamiento deliberado y consciente. La placentera sensación que provoca una manipulación cualquiera suele deberse a un azar que se origina en el ejercicio físico, en unos tocamientos o juegos casuales, pero no encaminados a este fin.

Freud y sus seguidores opinan que la limpieza y aseo de los genitales son suficientes para atraer la atención sobre la sexualidad de esta zona, impulsando a repetir la experiencia voluntaria de las sensaciones agradables.

Posteriormente se presenta la masturbación acompañada de fantasías relacionadas con el complejo de Edipo. Durante la adolescencia, conocer el cuerpo experimentando la aparición de sentimientos sexuales, la emoción y ansiedad asociados a los actos privados, secretos y tabús son parte del proceso de desarrollo, lo cual guarda mucha relación con las expresiones afectivas y sentimentales. Es una búsqueda de satisfacción en sí mismo, que se presenta a edades más tempranas por la exploración del cuerpo infantil y por curiosidad.

La masturbación es tan propia del hombre como de la mujer y se da con frecuencia en la adolescencia donde aparece como la expresión sexualizada del amor a sí mismo: proviene según unos, de la necesidad de soledad, de la propensión del adolescente a analizar sus sensaciones, pero también de la imposibilidad de

satisfacer de otra forma sus pulsiones sexuales. La masturbación es tan frecuente en la adolescencia que se le puede considerar como la actividad sexual típica de este período de la evolución humana. Esta satisfacción genital auto-erótica provoca sensaciones variadas que van desde la simple acción calcante hasta el orgasmo propiamente dicho.

La iniciación y la satisfacción erótica, fenómenos característicos de la adolescencia, desempeñan un complejo papel en la evolución de la sexualidad. La masturbación es el medio más accesible al adolescente para resolver unas tensiones que se hacen demasiado pesadas, pero va acompañada de sueños y fantasías de contenido vario que aparecen constantemente durante todo este período de la vida. Actúa, pues, no solamente sobre el plano físico, sino también, y sin duda más, sobre el plano psíquico.

La masturbación se conoce también como auto-erotismo y se inserta en el más amplio círculo en el cual el adolescente descubre y acepta su propio cuerpo, aceptación que no se cumple sin dificultades y sobresaltos.

El sistema sexual está biológicamente listo para su pleno funcionamiento, pero el adolescente no lo está para enfrentar de modo eficaz y satisfactorio la relación heterosexual: de ahí surge la masturbación como una salida.

En un mundo altamente erotizado por el cine, el teatro y la publicidad, los ímpulsos sexuales se ven estimulados y sobre el fondo hormonal actúan múltiples factores, de tal modo que, los adolescentes aún no preparados para la amplia relación humana, en la que se inserta la vinculación sexo-genital completa, no tiene más salida transaccional que la masturbación: a ella accede el varón, casi siempre por preferencias e inducciones de otros de su edad y la niña generalmente por autodescubrimiento.

En la masturbación pueden satisfacerse deseos y así **aisaD** se pueden encontrar los puntos de apoyo emocionales que se precisa. En el auto-erotismo se hacen posible la satisfacción de deseos y ocurrencias que son reprimidas en la vida cotidiana.

finalizando el fenómeno se encuentra pues si acaso el tuchacho no se ha masturbado se verá sometido a una descarga fisiológica denominada polución durante el sueño. El testículo produce espermatozoides en forma continua e ininterrumpida y éstos se acumulan en el sistema de conductos encargado de llevarlos al exterior. En consecuencia, aparece el fenómeno mecánico llamado presión espermática, que va creciendo hasta un punto en que necesita aliviarse merced a una salida brusca de los espermatozoides diluidos en el producto de varias glándulas (vesículas seminales y próstata), cuyo conjunto produce el semen: líquido lechoso, coagulable y de olor particular.

Tal fenómeno se traduce por sí mismo en una evacuación nocturna producida durante el sueño y acompañada o no de ensueños eróticos. El joven semidespierta y, al percibir lo que pasa experimenta una emoción sexual definida que se compone de los siguientes elementos: erección peneana, expulsión explosiva del semen, placer, sensación orgánica total de alivio y relajación.

En el varón, eyaculación -expulsión de semen- y orgasmo -sensación culminante de placer- componen un acto único, y simultáneo; vale decir que en la primera polución durante el sueño, conoce por experiencia natural, espontánea gran parte de lo que tiene que conocer sobre su realidad sexo-genital.

El intenso placer que le produce el orgasmo lleva al adolescente a procurárselo por sí mismo, sin esperar la expulsión natural y no provocada espontáneamente por la polución nocturna durante el sueño.

La mujer siente por efecto de su madurez hormonal, cosquillas, calores y tensiones en las zonas genitales específicamente y a menudo irradiado el bajo vientre. Si no ha recibido información sexual, todo eso la desconcierta y perturba: pero al mismo tiempo, cualquiera sea su nivel de información experimenta impulsos hacia el **Dtro** sexo, aunque con miedo y sensación de misterio.

Ya sea por simple azar, ya por contactos provocados en la maniobra de la higiene

local, descubre poco a poco su sexo como fuente de placer y, si ocasionalmente llega a experimentar un orgasmo, adquiere la posibilidad de provocarlo por sí misma mediante las técnicas del auto-erotismo que, aunque diferente en cada persona, consiste en la excitación sistemática de las zonas erégenas. El clítoris específicamente, es un órgano con capacidad de desatar el orgasmo; es por ello que se lo excita rítmicamente en la masturbación femenina e igual papel pueden desempeñar los pezones debidamente excitados.

La masturbación se considera como una manera natural de verificar el funcionamiento de los genitales, aparte de ser muy agradable, y es la forma en que prácticamente los adolescentes aprenden a experimentar la sexualidad. Hasta los bebés gozan frotándose sus genitales si nadie se los impide.

Por lo general los adolescentes atraviesan una serie de experiencias antes de empezar a tener relaciones sexuales mediante el coito; cuando éstas se presentan sucede que algunas mujeres alcanzan el orgasmo con más frecuencia y más rápidamente con masturbación que a través del coito.

En ocasiones, se usa la masturbación para aliviar la tensión que se siente cuando no se tiene orgasmo en una relación sexual. Cuando se está muy excitada sexualmente, los vasos sanguíneos de la pelvis se llenan de sangre. El orgasmo permite a la sangre volver a fluir, pero si el orgasmo no se presenta puede sentirse una incómoda sensación de carga sexual e hiper-sensibilidad. Masturbarse inmediatamente hasta el orgasmo alivia la congestión y la sensación incómoda que conlleva.

Más, al hablar de la masturbación es importante tener en cuenta:

La importancia del sentimiento de culpabilidad vinculado a la masturbación, cualquiera que sea su procedencia.

Imposibilidad de indicar una condición cualitativa para la nocividad de la masturbación.

Finalmente se anotará como fundamental las fantasías que acompañan al acto masturbatorio.

La actividad masturbatoria tiene una psicodinámica, es decir, obedece a fuerzas psíquicas que la afectan y la moldean en gran parte.

Lo que diferencia la masturbación humana de la animal, es la capacidad del hombre de crear situaciones imaginarias, fantasías, para aumentar el placer orgásmico y, en cierto modo darle una justificación a su auto-erotismo.

Las fantasías presentes en la masturbación sirven al individuo para identificarse, clasificar y aceptar sus deseos, aunque también para desconocerlos y escapar de la realidad. Explora su potencial orgásmico y estimula la manipulación en diferentes grados de acuerdo al poder de excitación de la fantasía que está "viviendo" en el momento determinado, pero pueden favorecer el aislamiento y la evitación de relaciones sexuales, que exigen la presencia de un otro, no sometido a los propios caprichos.

El uso de la imaginación durante la masturbación en el adolescente, juega un importante papel en la conformación del rol sexual personal. Frecuentemente se asocia la imaginación con la masturbación, de modo que la fantasía puede producir la excitación que conduce a la masturbación y al orgasmo, y reforzar a su vez la imaginación, introduciéndola probablemente en el papel sexual.

La masturbación tiene diversos significados a través del ciclo vital. Cuando las relaciones se establecen hay muchos cambios.

En algunas parejas, la masturbación puede ser bien aceptada por los dos. Hecha a solas o en presencia de la pareja, la consideran como un acto placentero y apropiado y no como signo de rechazo. Para otras parejas el acto de la masturbación puede ser un signo de enfado, alienación o descontento con la forma como progresa la relación. El significado puede estar en que el compañero que se masturba valora su cuerpo más que el de la pareja. Tanto la sinceridad como la sensibilidad son necesarias en estas situaciones.

La masturbación es una característica de las expresiones sexuales de la mayoría de la gente en cierta fase del ciclo vital. Muchas personas se masturban desde la infancia hasta la vejez. Sin embargo resulta imprescindible distinguir la masturbación del adolescente de la del adulto: ambas no responden a igual criterio psicológico.

Remitimos al lector al capítulo de conflictos psico-sexuales donde también se trata el tema de la masturbación.

3.1.2.2.6 Relaciones Homosexuales

Todo individuo posee los dos sexos en potencia, pero normalmente sólo se desarrollan los órganos de uno solo, mientras se atrofia el esbozo del otro. Las pulsiones sexuales que se manifiestan en la adolescencia, primeramente imprecisas en cuanto a su fin, se orientan, tras un tiempo de oscilación, generalmente, hacia la heterosexualidad y quedan finalmente integradas en el yo.

Todo individuo precisa cierto tiempo para decidir definitivamente el sexo sobre el cual ha de recaer su elección de objeto.

Existe en la adolescencia un período de indecisión, durante el cual muchas veces, los jóvenes se orientan hacia el mismo sexo. Las relaciones tan frecuentes y tan deseadas en un momento dado con el amigo del mismo sexo, revisten a menudo, un apego pasional más o menos erotizado.

No sólo los muchachos son sexualmente atractivos para las chicas y las chicas para los muchachos; todos los jóvenes son en alguna medida sexualmente atractivos unos en relación a otros y gustan de mirarse y tocarse recíprocamente. En ocasiones, un par de chicos se masturban juntos y después siguen masturbándose mutuamente.

Algunas chicas hacen lo mismo.

Numerosos adolescentes se preocupan en un momento u otro acerca de su posible

homosexualidad. El hecho es que gran número de jóvenes se han visto involucrados en algún tipo de juego erótico con otros miembros de su mismo sexo durante la adolescencia. No obstante, luego pueden tener una vida heterosexual.

El comportamiento homosexual transitorio de la adolescencia necesita ser comprendido en su justa dimensión. Ningún hombre es completamente masculino y ninguna mujer completamente femenina.

Cada sexo, en su camino a la maduración psico-sexual pasa por un periodo de "falsa homosexualidad" que se presenta en los distintos individuos con intensidad y duración muy variables.

De igual modo que los actos de los niños no indican cuál será su orientación sexual en el futuro, los actos homosexuales del adolescente tampoco determina su orientación sexual. De hecho, los jóvenes se entregan a este tipo de actividades con individuos del mismo sexo en respuesta a una curiosidad normal, a una presión por parte de los compañeros, a un auténtico disfrute, a probar algo nuevo y prohibido, etc. Es muy posible que dichas experiencias no tengan efecto alguno en la orientación sexual de la persona.

Un individuo que desde su temprana niñez ha sido educado para rechazar el rol de su género y para reaccionar de manera placentera como miembro del sexo opuesto puede llegar a adquirir una pauta consistente de expresión homosexual. Por tanto, los adultos pueden crear una situación conflictiva entre los adolescentes, motivados tal vez por sus propias tensiones interiores que los hacen aparecer como personas perturbadas. En ocasiones, los adolescentes, mismos hacen más difícil la situación de aquellos que están en conflicto porque tienden a excluirlos de los grupos. Esto los expone a terminar en verdaderos estados homosexuales.

Es razonable ofrecer a estos jóvenes la oportunidad de poder salir de esa situación, por medio de la ayuda comprensiva y el manejo tranquilo, considerando el proceso como una de las variaciones del desarrollo.

Las inclinaciones homosexuales de la mayoría de los adolescentes generalmente no van acompañadas en fantasías homosexuales.

Sustentan como razones para preferir las relaciones sociales con los del propio sexo, por ejemplo, el hecho de que las reuniones con camaradas del propio sexo no suelen estar intervenidas por la presencia de adultos opresivos. Además, la inhibición que el adolescente puede sentir al manifestar su interés por el sexo opuesto debido a las amenazas por parte de sus padres; si no sabe cuál es la expresión sexual aprobada ni cómo proceder, preferirá permanecer con amigos del mismo sexo. La mayoría de los adolescentes no practican la homosexualidad abierta ni siquiera se percatan de tener impulsos homosexuales: sin embargo, muchos jóvenes sienten pánico cuando tienen alguna fantasía de actividad homosexual, reciben alguna proposición o practican algún encuentro homosexual casual.

La mayoría de las veces, esta etapa de homosexualidad que atraviesa el adolescente, aunque vaya o no acompañada de homo-erotismo, defiere, sin embargo, de la homosexualidad auténtica del adulto invertido. Es en la mayoría de los casos, una etapa pasajera de ambivalencia que precede a la fijación de la auténtica identidad sexual. Se trata de ordinario de un retraso en la identificación sexual más que de una fijación homosexual verdadera. Generalmente, la sexualidad verdadera no existe en la adolescencia.

Para saber si una persona es homosexual, lo importante no es su capacidad de excitación con miembros de su mismo sexo, sino la incapacidad para sentir atracción hacia el sexo opuesto. La homosexualidad se da con mayor frecuencia entre los muchachos con madres demasiado dominantes o con padres débiles: puede ser el resultado de un conflicto inaguantable con el progenitor del sexo opuesto o con un hermano; el individuo puede procurar protegerse de un futuro hostil y de la competencia por los favores del sexo opuesto. El homosexual enfrenta un problema básico al tener que denegar su sexo anatómico, desafiando las expectativas de la mayoría de la comunidad, oponiéndose a la moralidad convencional y viviendo como un ser asocial. El homosexual tiende a aislarse de la comunidad, porque teme a los demás y siente hostilidad contra ellos.

La homosexualidad es más que una etiqueta psicológica, de una cierta preferencia por un objeto sexual; posee también un aspecto social que pertenece a la identidad. Una persona homosexual, por ejemplo, adoptará el rol activo característico de su sexo o invertirá la identidad de su género adoptando el rol correspondiente al otro sexo, o pueden simplemente intercambiar los roles.

Por lo que concierne a las chicas, una serie de factores concluyen a su posible inclinación homosexual: una educación equivocada que incita a las jóvenes a ver en los hombres algo peligroso, amenazador o sucio, o bien, por el contrario, a verles como seres débiles o incapaces.

Cuando la orientación homosexual tome un carácter de elección predominante, resulta más conveniente remitirse a la imagen de los padres y a la educación recibida en el medio familiar.

Es indudable que la pubertad constituye, desde el punto de vista de la evolución de la sexualidad, un momento muy importante, por tanto conviene ser muy prudente en la apreciación de sus manifestaciones. Además, el absolutismo juvenil que, consiste en exagerar los propios sentimientos y en burlarse de las apariencias facilita las equivocaciones.

La palabra homosexual se puede usar para describir la orientación de los hombres y mujeres que prefieren parejas del mismo sexo. No debe, sin embargo, usarse para describir a dichas personas: la mayoría de las personas tienen orientación heterosexual y, sin embargo, se describen como personas no como heterosexuales, a no ser que se esté hablando específicamente de su orientación sexual. Hay personas con orientación homosexual y personas con orientación heterosexual; el elemento común es que son personas, las características secundarias que puedan tener son simplemente éstas: secundarias. El identificar a la gente que es homosexual por su elección de pareja implica reducir las complejas dimensiones de su humanidad a un mero interés sexual ignorando sus cualidades personales intrínsecas. Los hombres y mujeres con orientación homosexual tienen el mismo derecho que las demás a ser descritas en términos no genitales.

Aunque **la palabra** hoosexual describe tanto al hombre **como** la mujer, existe **además** la palabra alternativa lesbiana para designar a las mujeres **hDosexuales**.

La homosexualidad latente significa el deseo inconsciente, o consciente pero no expresado, de una persona de tener relaciones sexuales con otra de su mismo sexo.

La avoría de los eruditos no son ya de la opinión de que a los hoosexuales haya que dirigirlos incluso en contra de su voluntad hacia la orientación heterosexual.

Pretender transformar un hoosexual en heterosexual ha sido en muchas ocasiones un fracaso, pero se han hecho intentos en ese sentido.

Estos fracasos ocurren generalmente porque la gran avoría de las personas hoosexuales no desean cambiar su orientación sexual, ya que ésta es un hecho estructural y resulta muy difícil de cambiar, a pesar de ser discriminados socialmente.

La hoosexualidad puede ser, o no, expresada activamente, pero quien es hoosexual suele reconocer la realidad psicológica y emocional de su orientación.

En la hoosexualidad ha de tenerse en cuenta:

Caracteres somáticos: Hermafroditismo físico

Caracteres sexuales psíquicos: Actitud masculina y actitud femenina

Tipo de la elección de objeto: El objeto sexual de los invertidos no es el sexo igual, sino la unión de los dos caracteres sexuales, la transacción en la que se conserva la condición sexual externa del cuerpo de los genitales y que constituye por decirlo así, el reflejo de la propia naturaleza bisexual.

En los casos de inversión se revela el predominio de factores constitucionales

arcaicos y mecanismos psíquicos primitivos, apareciendo en ellos como caracteres esenciales la elección narcicista de objeto y la persistencia de la significación sexual en la zona anal.

Respecto al origen de la homosexualidad puede decirse en general que tiene su raíz en el período infantil y tiene como causas elementos de orden psicológicos y social.

3.1.2.2.7 Relaciones Heterosexuales

Por relaciones heterosexuales se entenderá el conjunto de modalidades de comportamiento de un sexo respecto al otro.

La heterosexualidad sufre la influencia de la condición glandular del individuo. La insuficiencia gonádica retrasa el desarrollo de la reacción sexual; las deficiencias en el funcionamiento de la pituitaria y de la tiroides inhiben la respuesta sexual.

Los factores sociales determinan considerablemente la manera de expresar la heterosexualidad. Como un poderoso estímulo sexual es visto de ordinario como signo de masculinidad, los muchachos adolescentes se embarcan en toda suerte de conducta heterosexual.

En el adolescente hay diferentes fases del desarrollo sexual que se diferencian con toda claridad: la fase de aversión, la atracción hacia el otro sexo y la atracción persona a persona.

- La fase de aversión

Durante la pubertad la aversión de los chicos por las chicas y a la inversa se amfiesta por un conjunto de actitudes muy características.

En los muchachos su tendencia a vivir en grupo refuerza esta aversión: En primer lugar, el grupo da a sus miembros una seguridad que cada uno de ellos

está lejos de sentir cuando se halla solo; además, dentro del grupo es el más fuerte físicamente el que tiene más probabilidades de ser considerado como el jefe.

En su comportamiento con las chicas, los muchachos tienden a imitar las maneras habituales de los hombres adultos. Adoptan una condescendiente superioridad y desdennan los rodeos y los excesos de cortesía. Se muestran rudos y agresivos, pensando afirmar así su virilidad, o bien exageradamente galantes o irónicamente corteses.

En las chicas su aversión hacia el sexo opuesto es igualmente real, pero está más matizada.

- **Fase de Atracción hacia el Otro Sexo**

El joven se siente atraído por gran número de chicas a la vez; se asiste entonces a la eclosión del don Juan.

Las chicas son generalmente más discretas y manifiestan una modicidad llena de pudor que contrasta extrañamente con una coquetería en el vestir y en la actitud que el adulto puede encontrar chocante. Las relaciones sexuales cuando se establecen a esta edad se limitan de ordinario a cosquilleos orofélicos y caricias que responden al deseo de exploración del otro sexo. Pero la atracción no se realiza persona a persona, es más bien el conocimiento del otro sexo. Pero la atracción no se realiza persona a persona, es más bien el conocimiento del otro sexo lo que se busca. A condición de no fijarse en él, este estadio de descubrimiento es una etapa normal hacia la madurez, hacia la pareja.

- **Fase de la Atracción Persona a Persona**

Es una fase que pone de relieve un comportamiento anunciador de la estabilización definitiva, la de la atracción hacia una persona determinada del otro sexo, sobre la que se fijarán todos los componentes del amor.

En el término de un desarrollo armónico, el adolescente debe llegar a hacer coincidir los valores afectivos-camaradería, ternura-con el deseo sexual. La conclusión normal de este proceso es la elección de una pareja duradera. Pero antes de llegar a esta elección, emplea para su satisfacción sexual los juegos y caricias sexuales sin coito (petting), para acceder luego a la relación sexual completa. Se hará alusión a cada uno de ellos por separado.

3.1.2.2.8 Juegos Sexuales sin Coito (petting)

En la etapa que tiene lugar entre 13 y 16 años, se dan una serie de pasos previos en la relación con el otro sexo y se experimentan manifestaciones sexuales con besos, caricias, emociones, etc. Ello les ayuda a explorar el cuerpo del otro y afianzarse en el terreno, sumamente complejo, de la sexualidad.

Tras las etapas de curiosidad sexual, se va desarrollando en el adolescente el deseo de entablar contactos con el otro sexo. Poco a poco, chicos y chicas se interesan recíprocamente y procuran hablar y estar en mutua compañía. Estos primeros acercamientos se producen generalmente en el período escolar. En estos encuentros, teñidos de un erotismo difuso, **IDS** adolescentes entran en contacto con sus propias emociones y placeres, comparten sus preocupaciones e intentan huir de su soledad. La búsqueda de afecto y ternura va acompañada, también, de una sensación de transgresión que contribuye generalmente a una cierta autoafirmación.

En este clima, se inician los primeros encuentros y actividades sexuales, que suelen excluir, al principio, el acto sexual completo. El primer atractivo importante lo constituye el beso.

Progresivamente, la exploración mutua se amplía y completa con infinidad de caricias. Todos los sentidos participan en el juego y se ponen a disposición de la intensa atracción sexual. La mirada, la voz, el silencio, las manos y la piel contribuyen a investigar las propias reacciones, a estimular el placer y a conocer el cuerpo, hasta entonces vedado, del otro compañero. Es la etapa del

descubrir el sentimiento y desarrollo de la sensualidad.

El juego erótico va creando una tensión sexual que lleva a la pareja a buscar la plena satisfacción a través del clímax. Cuando no descargan esa tensión, ambos sienten un estado de gran irritación y descontento.

A medida que avanza el juego sexual, la propia exploración se hace más atrevida; se pasa así de las caricias más superficiales al contacto directo con el sexo del compañero o compañera, ya sea con los brazos o con la boca.

Es frecuente que el resultado de estas prácticas sea la plena satisfacción mediante el orgasmo. Es este un intercambio sexual completo, donde todo está permitido, excepto la penetración (petting: Acariciarse, besarse). Muchos jóvenes lo utilizan como forma habitual de satisfacción sexual, evitando a la vez el riesgo del embarazo que el coito trae aparejado.

El tocarse y el acariciarse son actos placenteros, gratificantes, sensuales y sexuales. Desde la más tierna infancia, tocarse es crucial para el desarrollo emocional y de su propia imagen. En los adolescentes es una importante fuente de satisfacción y comunicación. El tocarse, el acariciarse, el besarse, pueden ser actos enriquecedores y satisfactorios de comunicación sensual en sí mismos.

Estos encuentros son una traducción del deseo sexual; es la búsqueda de una agradable sensación al mismo tiempo que un aprendizaje, en forma de juego, de la relación sexual.

La joven mira profundamente al joven que ha elegido como compañero. La adolescente desea encontrar en el otro las cualidades que a ella le faltan.

La actitud de la adolescente hace juego perfectamente con la del joven. En efecto, éste obedece a una necesidad ambivalente de dominio y de seguridad. Necesita sentirse superior para responder a la imagen ingenua que se forma de la virilidad.

En la adolescencia, durante el período de amistades múltiples, el amor reviste un carácter ambiguo. La relación platónica del período precedente no basta para asumir el deseo sexual que se hace, normalmente, cada vez más intenso. También en ese terreno necesita realidades: los encuentros sexuales se las proporcionan. Sin embargo, rara vez llega éste al coito propiamente dicho. Es simplemente un juego erótico que permite evitar la culpabilidad que acompaña a una eventual realización sexual.

A medida que el yo se consolida, se va haciendo cada vez más apto para asimilar los cambios provocados por la pubertad: el adolescente se vuelve con más frecuencia hacia el otro sexo. Las fantasías y los sueños han servido de experiencia para preparar la realidad: las conversaciones con compañeros del mismo sexo, así como las actividades compartidas con ellos les han afianzado sobre la atracción y el deseo físico; el descubrimiento de intereses similares en el sexo opuesto alienta el acercamiento. Al final de la primera fase de la adolescencia, generalmente, los encuentros heterosexuales se han hecho habituales.

Los juegos sexuales constituyen un progreso en la evolución de las relaciones heterosexuales, en cuanto que simulan la experiencia sexual verdadera ante la que el chico y la chica se sienten aún llenos de inquietud, adoptando una actitud que parece ser la propia del adulto; los motivos por los cuales no se intenta pasar directamente al acto sexual pueden ser de distinta naturaleza. Acaso el de mayor relieve sea la conciencia de no estar preparado para ello, de la fragilidad de la personalidad a la hora de enfrentarse a experiencias sexuales y emociones profundas. Falta la confianza en sí mismo, y asaltan serias dudas sobre la propia imagen corporal, la independencia, y la capacidad para desenvolverse con el otro sexo.

El que no llegue al coito es una frontera, un límite que los propios protagonistas se han marcado. Sobre todo para evitar un embarazo indeseado. Limitarse a los juegos sexuales es más sensato cuando se quiere hacer el amor y no se desea tener hijos y no se puede o no se atreve a hacer uso de los anticonceptivos.

Otra razón importante es la prohibición que pesa sobre la práctica de las relaciones sexuales. Los adolescentes han aprendido estas normas a través de los padres y de la educación y las viven interiorizadas en forma de prohibitivos preceptos.

3.1.2.2.9 El Coito

Durante cierto tiempo, la necesidad sexual del adolescente puede sentirse satisfecha con la práctica del petting, pero transcurrido un tiempo, surge inevitablemente el deseo de unirse más íntimamente con el otro, de hacer el amor completamente.

Así se alcanza la realización del primer coito, precedido de gran variedad de caricias y de estimulación sensorial, cuya función es elevar el grado de excitación sexual.

El coito es la unión más íntima entre hombre y mujer. Se denomina comúnmente "hacer el amor", relaciones sexuales, amarse, copulación, etc.

El acto sexual puede ser motivado por diversos aspectos: la satisfacción de necesidades fisiológicas, psicológicas o emocionales y también por el deseo de manipulación para obtener determinado objetivo. En otras palabras, una persona puede buscar y tener un acto sexual porque se siente sexualmente excitada, porque siente una intensa atracción amorosa hacia la otra persona o porque quiere obtener un beneficio determinado. Sin embargo, en líneas generales puede decirse, que el acto sexual cumple tres objetivos básicos: placer, comunicación y reproducción:

Placer: que se experimenta en lo orgánico como resultado de las sensaciones corporales que la persona percibe durante el acto sexual; y el placer emocional por la satisfacción de expectativas y necesidades que produce la unión con la otra persona.

Reproducción: porque es el medio natural para la procreación. Gracias a la

voluntad, la persona puede mantener vigentes estos tres objetivos o, por el contrario, puede impedir alguno de ellos. Así, al utilizar cualquier método anticonceptivo puede impedir el elemento reproducción y mantener los de placer y comunicación. Si lo que busca es exclusivamente placer físico puede entonces hacer caso omiso de la otra persona y utilizarla como un simple instrumento para obtener su propio placer solamente. Si el único objetivo deseado es la procreación puede efectuarse la cópula sexual sin los elementos de placer y comunicación, tomando en cuenta sólo el mecanismo fisiológico de la inseminación o sea vaciar el semen en la vagina.

La variabilidad de la condición humana y los recursos de que se dispone son tan amplios, que cada acto sexual puede encerrar un fin exclusivo y específico a voluntad de las personas y según las circunstancias ambientales. Sin embargo, no siempre sus resultados son favorables a largo plazo, como ocurre en el caso de la exclusiva búsqueda del propio placer sin tomar en cuenta a la otra persona, que a la larga produce trastornos importantes a ambos miembros de la pareja.

En igual forma cuando la persona se contenta sólo con la satisfacción que produce la comunicación con la otra y no experimenta el placer orgásmico, al final también resulta en insatisfacción y frialdad. Lo mismo puede ocurrir con las personas que sólo utilizan el sexo para la procreación.

Podría decirse que idealmente el acto sexual debe mantener en potencia y en vigencia sus tres fines: placer, comunicación y reproducción, aunque no se debe dejar que cada uno de estos tres objetivos quede al azar de las circunstancias.

Cada uno de los miembros de la pareja va al acto sexual aportando lo que tiene en su persona: actitud frente a la sexualidad, experiencias anteriores, necesidades emocionales y fisiológicas, expectativas de lo que va a ocurrir en la relación y otros. Todo este comportamiento va a influir en su persona. Las circunstancias de lugar, ambiente, tiempo y otros factores externos van a influir también sobre el acto sexual. Puede resultar más satisfactorio el placer experimentado en un acto sexual fruto del amor que el parco placer proporcionado por la excitación auto-erótica o durante una relación con alguna persona a quien

sólo nos une una circunstancia casual.

La primera relación sexual reviste gran importancia para el adolescente, pues constituye una experiencia a la cual se acerca lleno de deseos y de temores, y en la que suele poner en juego todo lo que considera su valía personal, física y emotiva. Todo ello no esté exento de una competencia, corriente entre los adolescentes ante la presunción de que sus asiosos tienen más experiencia sexual que ellos, ya que uno de los mayores temores es no ser igual a los demás y no alcanzar la auto-afirmación.

En las primeras relaciones la satisfacción puede verse facilitada o inhibida por una serie de elementos que no siempre actúan a favor del adolescente. Así, la necesidad de un lugar adecuado que garantice el aislamiento y la relajación representa un problema que no siempre tiene fácil solución. Más importante resulta la existencia de una buena comunicación para posibilitar la intimidad y el aprendizaje, pero lo fundamental es el deseo manifestado de tener esa relación por parte de ambos, sin miedo ni sentimientos de culpa. De otra manera, será difícil abandonarse al placer y entregarse al otro.

Las reacciones de los adolescentes, tras el primer acto sexual, defieren según el sexo. Para los muchachos significa generalmente la confirmación de su virilidad. Para los muchachas, en cambio, puede resultar frustrante, ya que en numerosas ocasiones, lo viven sin experimentar ningún placer, quedándoles cierta tristeza o sensación de desencanto.

Esta frustración puede estar motivada por la inseguridad con que afrontan el coito, por el miedo a quedar embarazadas, por el sentimiento de culpa en la creencia de que realizan algo malo, por otros distintos temores. Además, la pérdida de la virginidad alcanza mayor significado entre las chicas, debido al carácter cultural y personal que ha tenido históricamente su conservación para ellas.

La decepción ante una relación no satisfactoria puede deberse a que el encuentro haya sido ocasional, a que se haya consentido sin pleno deseo o a que el

comportamiento personal no haya respondido a las expectativas. Estas dificultades se presentan en los adolescentes al tener que superar las inhibiciones internas que perturban el libre funcionamiento de su sexualidad.

El fracaso, en ocasiones, deriva fundamentalmente de la inmadurez del joven cuyo desarrollo psicológico presenta un retraso respecto a su capacidad biológica. Todavía persisten en su personalidad algunos rasgos infantiles o fuertes fijaciones en torno a las figuras paternas que limitan su capacidad de independencia. Esta inmadurez se traduce en un deficiente control emocional y en una falta de seguridad en sí mismo. Por todo ello, existe en el adolescente una ansiedad que obstaculiza el desarrollo de su papel sexual. Así, en algunas situaciones, la pareja no consigue establecer el grado de confianza e intimidad necesario para el éxito de su encuentro sexual.

Otras veces las reacciones dependen de las normas morales, de los principios religiosos y de los valores del adolescente. Si predominan los principios antisexuales, podrá darse un sentimiento de culpa y de vergüenza como fruto de la experiencia. Si la moralidad no es, en cambio, demasiado estricta, y coincide con un sentimiento de amor, el encuentro sexual será gratificante y positivo, y servirá para estrechar los vínculos de los participantes.

En el hombre, lo psíquico interviene en la sexualidad de modo preponderante, y el acto sexual adquiere un carácter social. La mejor prueba de ello es que en todas las sociedades humanas, incluidas las más primitivas, aparece cierto número de reglas o de leyes, de costumbres o de prácticas que fijan cómo deben efectuarse las relaciones sexuales. Estos modelos imperativos de comportamiento aspiran a imponer el respeto de los valores admitidos comúnmente en una sociedad dada: cada miembro de este grupo social se halla obligado a respetar las normas específicas de la cultura a la que está integrado, debe aceptar toda una serie de actitudes, de prohibiciones y de tabús si quiere verse integrado al grupo social y encontrar un puesto en la vida común.

Aunque en todos los hombres aparecen las mismas pulsiones, el modo de satisfacerlas varía considerablemente. Sea cual fuere el tipo de sociedad o de

cultura considerado, el adolescente va pues, a verse obligado a coordinar su propias pulsiones con las reglas admitidas por su grupo, aunque deba padecer cierta violencia y aunque las considere como algo molesto. Paralelamente toda sociedad intenta adaptar a sus miembros jóvenes al sistema cultural y se dedica, a conseguir que éstos últimos controlen sus pulsiones sexuales y agresivas conforme a la ética reconocida como válida por la mayoría de sus miembros.

En la evolución del auto-erotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente se puede describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, que tiene características especiales en esta fase del desarrollo, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la genitalidad procreativa.

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa.

El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal del adolescente.

Los cambios biológicos que se operan en la adolescencia producen gran ansiedad y preocupación, porque el adolescente debe asistir pasiva e impotentemente a los cambios. La tentativa de negar la pérdida del cuerpo y del rol infantil especialmente, provocan modificaciones en el esquema corporal que se tratan de negar, en la elaboración de los procesos de duelo normales de la adolescencia.

Ana Freud (La adolescencia normal, Arminda Aberastury) ha señalado que la genitalidad determina modificaciones del yo que se ve en graves conflictos con el ello, obligándole a recurrir a nuevos y más específicos mecanismos de defensa.

Melania Klein (el psicoanálisis de niños, Hormé, 2 edición) por su parte, sostiene que la resurgencia de la libido que sigue a la latencia, refuerza las demandas del ello, al mismo tiempo que las exigencias del super yo se incrementan. El compromiso entonces no sólo cubre al yo sino también activamente. Si se considera que en la configuración del super yo, desde el primer momento

intervienen los padres, son estas luchas con las fisuras parentales, mediante los procesos de identificación con las figuras, las que van a llevar a la cristalización final de la identidad adolescente, preparándola para ser una identidad adulta.

Así como durante la fase genital se establece el triángulo Edípico, en la adolescencia éste se reactiva con toda intensidad se hace factible, el individuo se ve obligado a recurrir a mecanismos de defensa más resistentes y enérgicos.

Durante la adolescencia, como aspectos de la elaboración, de la situación edípica, pueden verse aspectos de conducta femeninos en el varón y masculinos en las niñas que son expresiones de la bisexualidad.

Al ir elaborando el complejo de Edipo, en el varón aparecen idealizaciones del padre, que adquiere entonces las características del ser bueno y poderoso que permite visualizar los sentimientos que tiene el adolescente hacia su padre real y que va a poder manejar en la relación adulta con el mismo. Puede identificarse entonces con los aspectos positivos del padre, superar el temor de la castración por medio de realizaciones y logros diversos, completar sus estudios o su aprendizaje del trabajo, aceptar sus progresos que le mostrarán que también él tiene potencia y capacidad creativa.

En la niña ocurre algo similar, ya que al elaborar su situación edípica puede aceptar la belleza de sus atributos femeninos y también realizarse en el trabajo en el estudio de una manera femenina, aceptando que su cuerpo no ha sido ni destruido ni vaciado, pudiendo entonces identificarse con los aspectos positivos de su madre.

Hay por supuesto un fenómeno específico de la mujer, que es el de la manera, vivida en nuestra cultura como algo peligroso, dañino y que refuerza todo tipo de fantasías persecutorias y destructivas. Sin embargo, este tipo de situación no es la que se da siempre.

Cuando las fases genitales tempranas, y la sexualidad en general son más

aceptadas por los padres, y cuando éstos mantienen una relación armoniosa, brindando una imagen externa positiva, la aparición de la menstruación puede ser vivida como una confirmación de la sexualidad femenina e iniciar entonces en la niña una verdadera etapa de satisfacciones y realizaciones genitales muy positivas.

Es necesario aceptar que la psicología heterosexual adulta exige un proceso de fluctuaciones y aprendizaje en ambos roles.

Es preciso tener en cuenta que el ejercicio genital procreativo sin asumir la responsabilidad consiguiente, no es un índice de madurez sexual sino, más bien, de serias perturbaciones en este nivel.

En la búsqueda de definición sexual, el adolescente suele tener que pasar por periodos de homosexualidad, que pueden ser la expresión de una proyección de la bisexualidad perdida y anhelada. De esta manera podría el adolescente, en su fantasía, recuperar el sexo que está perdiendo en su proceso de identificación genital. No deben alarmar a nadie las situaciones fugaces de homosexualidad que presente el adolescente, y sobre todo aquellas que aparecen encamadas a través de contactos entre adolescentes del mismo sexo, salidas, bailes, etc.

Es necesario enfatizar que la falta de imago paterna hace que tanto el varón como la mujer queden fijados a la madre: el varón al no tener una figura masculina con quien identificarse por déficit o ausencia de la figura paterna, tratará de buscarla durante toda su vida (búsqueda del pene que da potencia y masculinidad).

La actividad masturbatoria en la primera infancia tiene una finalidad exploratoria y preparatoria para la futura aceptación de la genitalidad. Estas experiencias de exploración, que tienen por finalidad encontrar órganos capaces de reproducir la relación perdida con la madre, van a ir configurando en el esquema corporal la imagen del aparato genital. Llevarán al bebé al juicio de realidad de que su cuerpo dispone de uno solo de los términos de esa relación perdida: La niña encuentra la vagina y el varón el pene.

Con la aparición de la marcha y el lenguaje, el niño tiene nuevas fuentes de satisfacción y se amplían sus relaciones con el mundo. La actividad masturbatoria disminuye entonces y se hace cada vez más creciente la actividad lúdica y las múltiples sublimaciones que surgen a esa edad.

La masturbación es primero una experiencia lúdica, en la cual la agresividad está apegada de erotismo. Aquí, la madurez genital, al dar al sujeto la capacidad de unión en un nivel genital, y al otorgarle su capacidad procreativa, hace que las fantasías incestuosas se incrementen lo mismo que la frustración, puesto que el individuo, ya posee el instrumento efector de la genitalidad el cual sin embargo, aún no puede usar (por restricciones socio-culturales). Este es uno de los motivos por el cual las fantasías masturbatorias en la pubertad son mucho más destructivas y cargadas de culpa que en la infancia.

Frente a la definición de la necesidad de la satisfacción genital se reactiva e intensifica la actividad masturbatoria iniciada en la temprana infancia. La intensidad del conflicto creado por la metamorfosis corporal y el incremento de la genitalidad explica la intensidad de características más angustiosas en la adolescencia.

Pero también tiene aquí la masturbación la finalidad exploratoria, de aprendizaje y preparación para la futura genitalidad procreativa.

La masturbación como fenómeno normal de la adolescencia, le permite al individuo en esta etapa de su vida, considerar a sus genitales como ajenos a sí mismos, tratar de recuperarlos y reintegrarlos, y finalmente realizar el proceso depresivo a través de una angustia, primero persecutoria y luego depresiva, e integrar sus genitales a todo el concepto de sí mismo, formando realmente una identidad genital adulta con capacidad procreativa independencia real y

capacidad de tornar una oareja estable en su oropio espacio y en su propio mundo. Es decir, habrá llegado el individuo a ia genitalidad procreativa.

Los muchachos a Quienes se les facilita las relaciones sociales con siembros del seso opuesto y a puienes se les anima a oue tengan preferencias sexuales según los modelos convencionales, probablemente conservarán afianzada orientación heterosexual, que es la que les reporta aprobación ; tal es el resultado regular del desarrollo del rol sexual. En suchos casos, sin esbargo, la preferencia heteresexual se distorsiona sea por experiencias socializantes frustadas o por modelos no estándares.

3.1.2.2.10 Sexo y Amor

Más allá de la reproducción, más aiiá del placer orgássicD, la sexualidad impregna nuestros pensamientos y nuestras creencias en un sin número de direcciones, algunas veces sin que se las percibe.

Puede considerarse el amor como una coexistencia de un deseo sexual de intensidad y de calidad particulares(sensualidad) y de una atracción emocional específica (ternura). En el desarrollo del individuo parece ser que **ID** emocional y lo sexual evolucionan paralelamente desde el nacimiento y no se reúnen hasta que no se adquiere la madurez.

El amor es el sentimiento sás importante y valioso que descubre el adolescente. Si hasta entonces había sentido amor oor otras personas, animales u objetos;

ahora encuentra una emoción totalmente diferente que supone una profunda experiencia psicológica, en la que entra en juego toda su persona.

El amor irrupe en la vida del adolescente de un modo apasionado y vehemente. Con él se siente una atracción profundamente excitante y un deseo de compartir las intimidades, sueños y aspiraciones con la persona amada. El amor elimina el sentimiento de soledad y trae consigo un componente sexual que tiende a la unión física y emocional de los amantes.

Si este amor es correspondiente el adolescente experimenta una felicidad que transforma por entero su comportamiento.

El primer amor representa una meta necesaria y positiva, ya que supone un intento de concretar la propia identidad proyectando en el otro los deseos, temores e ideales.

En esta relación amorosa la sexualidad también madura; aunque constituye un elemento estabilizador e importante, ya no representa el único aspecto de la vida en común.

Por mucho amor que se recibe o se dé, el amor sigue existiendo dentro de uno. Desde el momento mismo del nacimiento, el niño empieza a aprender qué es el amor cuando está siendo abrazado y alimentado por sus padres; el vínculo afectivo entre un niño y sus padres, que es su primera experiencia amorosa, es la base de la capacidad del niño para dar y recibir amor el resto de su vida. Sin este

aprendizaje elemental, la vida del niño se verá privada de un ingrediente decisivo.

Sin amarnos a nosotros mismos, somos incapaces de expresar correctamente el amor hacia los otros. El amor se aprende.

El amor contiene elementos de una necesidad intrínseca de expresar cuidados, ayuda y afecto. Cuando amamos expresamos algunas partes profundas e intrínsecas de nosotros mismos.

Puede separarse el sexo del amor, aunque parece haber una tendencia creciente a hacer del afecto verdadero una condición previa a la actividad sexual, muchas personas tienen relaciones sexuales agradables y libres sin estar enamorados. El psicólogo Sigmund Freud, entre otros, cree que el sexo sin amor debería ser aceptado socialmente mientras no se haga daño a ninguno de los compañeros de la pareja, y piensa que esta actitud desculpabilizaría muchas relaciones sexuales.

Para muchos, sin embargo, el sexo y el amor están conectados. Consideran la sexualidad como una de las maneras en que puede expresarse el amor: la sexualidad es el lenguaje de la intimidad, de la veracidad y de la amistad, así queda dignificado y supone un compromiso con uno mismo y con la pareja. En este contexto generalmente la sexualidad la consideran divertida y gratificante.

Puede existir el amor sin sexo. Las personas que por cualquier razón personal o religiosa deciden no expresar su sexualidad de forma genital pueden amar y, de

hecho, aman, Los padres aman a sus hijos pero su amor no es genital. El amor platónico se describe como una amistad casta, caracterizada por el amor y el respeto pero sin sexo.

Los hombres y las mujeres siempre han tenido amistades del mismo sexo y del mismo sexo opuesto que fueron profundas, duraderas y amorosas, pero en las que no tenían cabida los actos genitales.

No existen límites de edad para amar o para la necesidad de ser amado. Desde el momento del nacimiento, hasta el momento de la muerte hombres y mujeres por igual necesitan ser amados y poder expresar su amor. Las formas de sentir y expresar el amor varían de una época a otra en la vida, pero permanecen la necesidad y la habilidad básicas. Durante la infancia el amor es distinto al amor de la adolescencia. En la edad adulta, las relaciones amorosas se basan en lo que se aprendió en los primeros años y su expresión probablemente variará de nuevo a medida que los años vayan pasando.

Cuando las personas se aprecian y reconocen su valor puede decirse que se aman, no en un sentido narcicista e insano, sino de forma madura y respetuosa. Cuando una persona ha adquirido un auténtico sentido de sí mismo de esta manera, tiene la capacidad de establecer una relación con otra persona y de amarla. El amor es infinito y no se gasta al ser compartido; pero, para amar plenamente, las personas deben haber aprendido como amar. El aprender a amar es en parte apreciar los valores de las otras personas y al hacerlo, se llegan a entender los de uno mismo.

La atracción física y el sexo son fuerzas poderosas que mantiene muchas relaciones, algunas durante periodos cortos y otras durante más largo tiempo. Sin embargo, en ocasiones, la atracción física por sí sola no es una base sólida para una relación duradera.

Si la sexualidad conduce al amor, la extraordinaria diversidad de sus manifestaciones da a este último vocablo significados enormemente diversos. Entre el amor únicamente carnal, traducido por la expresión corriente "hacer el amor", y el amor cortés del poeta que canta a su belleza inaccesible hay una gran diferencia. Más perspicaces los griegos de la época clásica, para evitar toda ambigüedad disponían de dos palabras para designar el amor: El eros carnal, satisfacción egoísta del deseo, y el ágape generoso, don de sí totalmente entregado al ser amado.

Si intentamos acercarnos a lo que es el amor veríamos que no sería únicamente platónico, cimentado sólo en la imaginación, la idealización y la afectividad y ajeno a toda sensualidad; no se limitaría tampoco exclusivamente a la sensualidad y a las relaciones sexuales. El amor humano debería confundir en cada uno de los amantes, la imaginación, la sensualidad y la afectividad en un armonioso éxtasis. El amor constituye una aspiración tan antigua como el hombre.

Para los varones, más que para las mujeres, el amor viene muchas veces en un contexto sexual.

Se dará más tarde el amor que se haya recibido de la infancia; por eso los amores de aquellos que estuvieron privados de afectos, llevarán la señal de la frustración y de la inseguridad.

Un aspecto fundamental en el amor es el diálogo, la comunicación que se establece entre dos seres. La calidad del amor casi podría medirse en la riqueza y sobre todo en la calidad de la comunicación con el otro, pues se ama a otra persona y a otro sí mismo. Es preciso que la persona permanezca libre para encontrar lo que la ha hecho diferente de su pareja y que es, generalmente, lo que ha hecho que esa pareja le ame.

Las primeras manifestaciones sexuales del adolescente, en la mayoría de los casos, tienen un carácter egoísta: el sujeto busca únicamente su propia satisfacción. La pareja representa una fuente de placer o de curiosidad. El muchacho sobre todo, dominado por el espíritu de competición en la conquista de las chicas trata fácilmente a éstas últimas intentando experimentar la intimidad física que desea. Esta conducta es más o menos acusada, según el medio y el grupo al que pertenece, pero siempre llega un momento en que la agresividad masculina parece ganar en vivacidad y fuerza, en que la persecución se hace más ardiente y las insinuaciones más audaces y llamativas.

Sin embargo, más tarde o más temprano desaparece este comportamiento primitivo para dar paso a un sentimiento nuevo que va a transformar al joven. Se siente repentinamente lleno de ternura hacia una chica determinada; se preocupa por conservar al objeto de su amor y desea ardientemente que ella y él se pertenezca

de una manera exclusiva. Adorna a la joven que ama con todas las cualidades: idealizada por él, ella adquiere el relieve de un ser excepcional. Esta idealización del objeto de su amor conduce a un refinamiento y a un enriquecimiento de la vida sentimental del chico. Se siente impelido por un impulso extraordinariamente poderoso; no es egoísta; sino que está dispuesto a abandonarse a sí mismo en favor de su ídolo, y experimenta una extraña sensación de plenitud.

Este sentimiento de amor tierno marca un nuevo giro en el muchacho: comienza verdaderamente la elaboración de la masculinidad. Para ultimar su desarrollo deberá todavía pasar de este amor demasiado idealizado a un amor hecho a la vez de ternura y sensualidad. Así es como el amor tierno precede a menudo a la experimentación heterosexual. En todo caso, es fácil observar en la adolescencia cómo el hecho de enamorarse o de ser amado descubre los rasgos masculinos o femeninos.

Esta idealización del ser amado responde a una necesidad muy marcada a esta edad, al rechazo de todo término medio y a la búsqueda constante de lo absoluto. El idealismo de la juventud es muy conocido y constituye una de las características más notables de la adolescencia; va acompañada de convicción ardiente, de entusiasmo y de espíritu de sacrificio en la defensa de una idea o de un sistema, así como en los sentimientos experimentados hacia el ser amado.

Es cierto que durante la adolescencia la noción de amor es esencialmente captativa: lo que el adolescente busca al amar es un reflejo tranquilizador de

sí aisao. El objeto o el ser asado es la pieza cuya posesión confiere el poder.

El amor durante la adolescencia se deja sentir como una gran necesidad y se satisface, algunas veces, en las amistades homosexuales, cuyas formas no son muy diferentes de las del amor. En los amores adolescentes, la imaginación y el ensueño juegan un gran papel; el adolescente imagina, sueña el amor antes de experimentarlo, lo espera como la satisfacción de dos necesidades esenciales: por una parte la necesidad sexual, por otra, la necesidad de ternura; estas dos motivaciones constituirán las dos raíces del amor humano: el afecto y el deseo sexual; cuando se coapleantan armoniosamente en un amor objeto y sin que uno de ellos tome dimensiones hipertrofiadas a costa de la otra, forman el amor. En el adolescente, la necesidad de ternura sería más imperiosa al comienzo que la pulsión sexual y quedaría satisfecha en la amistad. Más tarde, el aumento del deseo sexual y de su fijación sobre el otro sexo nacería el amor, pudiendo, sin embargo, producirse ambos sentimientos simultáneamente. Ahora bien, ¿qué es la necesidad de ternura sino una fuerza sublimada de la quisió sexual?. De la represión de esta pulsión extremadamente intensa en el adolescente resulta la necesidad de un sustitutivo. Mediante el rodeo de la amistad homosexual, el sujeto soslaya la prohibición social puesto que la amistad está permitida y es incluso deseada por el grupo y evita la atracción del otro sexo que le parece llena de peligros; se da aquí un resurgimiento del complejo de Edipo y de sus fantasmas de la infancia.

Pero cuando el deseo de una relación sexual con el amigo o la amiga se deja sentir con demasiada insistencia, cuando la pulsión sexual, -ahogada por un momento- se hace más imperiosa, el adolescente generalmente experimenta la

necesidad de dirigirla hacia el otro sexo. En el muchacho, el interés se fija poco a poco de una manera clara y consciente, en todo lo que concierne a lo sexual: sus órganos genitales en particular son objeto de una atenta curiosidad. Está sometido a erecciones repentinas y frecuentes. Estas manifestaciones, el malestar, e incluso la vergüenza que traen consigo, vuelven al joven confuso en sus relaciones con el otro sexo, que evita cuidadosamente.

En la chica por el contrario, el carácter erótico es más difuso: el interés que encuentra en ser amada es menos explícitamente sexual. El atractivo hacia lo sexual está más bien desviado hacia una propensión a la coquetería, al deseo de agradar.

Es evidente que esta negación de lo sexual se traduzca por una efervescencia sentimental e imaginativa que a veces, sobrepasa a la del chico.

Generalmente, en la adolescencia, el amor se concentra de modo puramente sentimental en el otro sexo: lo que ama es el hombre, el hombre idealizado. En el adolescente la pasión amorosa es contemporánea del impulso hacia el exterior, del deseo de poder. Por eso, el deseo de ser amado está subordinado, al de ser admirado, al de ser héroe, al de afirmarse.

En los adolescentes, la pasión amorosa es extremadamente intensa y su objeto efímero; por eso, reviste el carácter de un impulso hacia el exterior en el curso del cual el narcisismo tiende a desaparecer un poco. Ciertamente, el adolescente proyecta hacia el exterior sus estados de ánimo. El mundo no existe

así que en función de su imaginación, de su pasión.

Esta fase romántica es, pues, un paso más en la afirmación del yo hacia la socialización.

El adolescente en sus relaciones amorosas es muy celoso y posesivo. La naturaleza de los celos hay que buscarla en raíces infantiles. Según la teoría Freudiana, el bebé, unido a su madre, forma una pareja indisoluble durante los primeros meses; pronto, sin embargo, hace su aparición la amenaza latente del padre y de los hermanos, y de ahí surge la necesidad de afianzarse como persona diferenciado, dotada de un rol sexual determinado, en clara oposición y rivalidad respecto al progenitor del mismo sexo.

El niño ama a sus padres y necesita sentirse amado por ellos, pero, precisamente por dicho motivo, se siente celoso al mismo tiempo de la relación entre ambos. De la resolución de estos primeros celos, que todos los niños sufren en los primeros años de su vida, dependerá - en parte - que el chico quede o no especialmente sensibilizado ante posteriores conflictos de naturaleza semejante.

La intimidad entre un hombre y una mujer debe nutrirse de una reciprocidad que puede incluir el hecho físico del coito, pero también debe trascenderlo. Como cualquier otra emoción, la intimidad debe crecer y profundizar. La unión sexual, reducida al más común de los denominadores, se convierte en una unión de partes anatómicas separadas y casi descorporizadas; así, hombres y mujeres aprenden no a acariciar a otro ser humano, sino a manipular otro cuerpo.

La preocupación por las técnicas manipulativas convierte a las personas en objetos, y el impulso a tocar y acariciar se reduce a la ciencia de la estimulación con fines de gratificación sensual, puesta a su vez al servicio de otro fin que es llegar al orgasmo. En vez de compartir emociones, se convierte la sexualidad en algo peligrosamente cercano a un intercambio de servicios impersonales, que exige un servicio o se somete a prestarlo obteniendo sólo lo que busca: servicio. Tal situación debilita el vínculo entre hombre y mujer. Como ninguno de los dos valora la singularidad del otro, lo único que cada uno puede hacer para encontrar sustituto es elegir una persona capaz de cumplir con las funciones necesarias.

Una buena técnica sexual, no puede compensar una pobre relación emocional.

En la relación sexual se tiende a dar y recibir placer, lo que no significa intercambiar favores, implica una reciprocidad, una corriente de excitación y gratificación que influye y refluye entre los miembros de la pareja, a quienes suele hacerseles imposible trazar una línea entre el placer que reciben y el placer que dan.

Si un hombre y una mujer se entregan al goce de su propia naturaleza sexual, y se dan cada uno al otro como personas sexuales, el coito les permite expresar sus emociones de todas las maneras que les parezcan apropiadas y deseables en un momento dado, con lo cual no sólo se revela y se da a conocer al otro, sino, también, a sí mismo. Cada pareja y cada persona es única y no hay maneras más

apropiadas o normales de obtener placer. No existe una norma establecida o universalmente aceptada de conducta sexual.

La sexualidad y el amor pueden verse como dos fuerzas vitales separadas, cada una de ellas capaz de mantenerse sin la otra.

En el caso de nuestra sociedad la integración amor-sexo es combatida, pues, una mujer se merece el amor y otra muy distinta, satisface la necesidad orgásmica sexual.

Durante la adolescencia se manifiesta la dicotomía cultural, entre lo genital y lo afectivo, ocasionada por los conceptos que acerca del amor y del sexo en su aspecto físico inculca nuestra educación. En este período, el hombre ama a una mujer y disfruta físicamente de otra, comúnmente una prostituta, destruyendo desde el comienzo de su vida sexual la unión entre la afectividad y el disfrute sexual.

Se convierte así la relación en un acto mecánico o puramente físico, sin que la mujer amada sea el sujeto de la relación sexual satisfactoria. El concepto puritano de lo sexual y el desconocimiento del papel de la satisfacción como fundamento y sostén del amor en las uniones más o menos permanentes, obstaculizan la relación conjunta de los objetivos personales, particularmente en la vida de pareja.

Sólo en una limitada minoría aparecen debidamente confundidas las corrientes

carifosa y sexual. El hombre siente coartada casi siempre su actividad sexual por el respeto a la mujer, y sólo desarrolla su plena potencia con los objetos sexuales degradados, circunstancia a la que coadyuva el hecho de integrar en sus fines sexuales componentes perversos, que no se atreve a satisfacer en la mujer estimada. Sólo experimenta pues, una plena satisfacción sexual cuando puede entregarse sin escrúpulos a la relación, cosa que no permitirá en muchos casos con la mujer propia. De aquí su necesidad de un objeto sexual rebajado, de una mujer éticamente inferior, en la que no puede suponer repugnancias estéticas,

3.1.2.3 Embriología

La embriología es la parte de la biología que se ocupa del estudio del embrión desde el momento en que se constituye en un individuo con vida exterior propia; es decir, su objeto se extiende desde el momento en que un óvulo maduro fecundado por un espermatozoide alcanza, tras el período de desarrollo fetal su plena expresión vital.

La embriología comprende dos partes, la propiamente embrionaria y la fetal. En la primera quedan incluidos los movimientos embrionarios de los tres meses subsiguientes a la fecundación y en el segundo, todo lo referente al feto, o sea el embrión cuando ha adquirido forma humana.

La parte embrionaria se inicia con la fecundación del óvulo o iniciación del germen que en una división rápida e incesante se segmenta, primeramente en dos células, éstas en cuatro y así sucesivamente, por medio de un simple proceso

aitósico, hasta alcanzar la fase mórula.

La diferenciación sexual embrionaria comienza a partir del tercer mes de su existencia intrauterina, por lo menos anatómicamente hablando. Hasta entonces, todos los embriones pueden ser considerados como hermafroditas, puesto que contienen potencialmente los dos sexos, habiéndose utilizado esta circunstancia para confirmar la bisexualidad primitiva del hombre.

De los componentes auxiliares de la embriología de mucha actualidad es la teratogénesis o formación de monstruos por interferencias en el desarrollo fetal durante los tres primeros meses de gestación.

3.1.2.3.1 La fecundación

La fecundación señala el instante en que el ser comienza su existencia. Se fusionan dos gametos muy diferentes desde numerosos aspectos que son, de un lado, el huevo, óvulo o gameto femenino, célula cuyo citoplasma dispone de gran cantidad de reservas, y por otro, el espermatozoide o gameto masculino, célula móvil de pequeño tamaño y carente prácticamente de citoplasma,

La fecundación supone varias fases de las cuales las dos más importantes son por orden sucesivo: la ruptura, efectuada por un espermatozoide, de las membranas que envuelven al óvulo y su penetración en el citoplasma de este último, lo que provoca la activación del huevo: es decir, el hacerle salir del estado de inercia en que se encuentra; y la segunda etapa es la fusión de los núcleos de

espermatozoide y óvulo. En este instante crucial se lleva a cabo la combinación de los patrimonios genéticos paterno y materno, y se determina el sexo genético del ser unicelular nuevamente formado, el cigoto.

Así la fecundación constituye la única posibilidad de supervivencia para el gameto masculino y el gameto femenino, las células que han llegado al final de una larga especialización de manera que cada una posee aquello de lo que el otro tiene mayor carencia (reservas citoplasmáticas para el óvulo, dinamo para el espermatozoide). Al momento de la fecundación se da el nacimiento de un ser nuevo cuya realización está aún completamente en potencia. Es el comienzo de nuestra vida, pero al mismo tiempo la culminación de una compleja secuencia de hechos biológicos. Para la madre, estos comienzan con la liberación del óvulo o huevo maduro (ovulación), hacia el decimoquinto día del ciclo menstrual. El huevo sale de los ovarios y cae en una u otra trompa de falopio y es transportado hacia abajo mediante contracciones y el movimiento de una diminuta capa interna de cilios. El huevo quedará listo para la fecundación durante 12 y 24 horas a partir de la ovulación.

En el cuerpo del padre, la producción de células masculinas-espermatozoides-es continua: millares de ellas maduran cada día. Desde los testículos, donde se originan pasan a los epidídeos- una especie de recipiente de almacenamiento consistentes en unos seis metros de conductos enroscados-, donde maduran. Desde cada epidídimo, los espermios maduros pasan a uno de los vasos deferentes, que conducen a las vesículas seminales, las cuales no se limitan a almacenarlos, sino que producen líquidos y azúcares para alimentar a los espermios. La

glándula prostática aporta ácidos, ciertos elementos y enzimas, que forman un líquido espeso y lechoso: el semen.

En el clímax de la relación sexual, las vesículas seminales vierten el semen en la uretra para la eyaculación: la uretra aumenta su amplitud normal dos o tres veces, lo que produce una sensación explosiva, mientras que poderosas contracciones musculares expulsan el semen hacia el exterior del pene.

Cada espermatozoide se divide en: cabeza, cuello, zona central y zona final. La cabeza porta los cromosomas, que suponen en potencia la mitad del componente genético de la nueva vida a formar; el resto de su cuerpo está concebido para impulsar el espermatozoide hacia el óvulo. El cuello cilíndrico, tiene que ver con los movimientos del espermatozoide; la parte central contiene la energía precisa para su movilidad.

Al salir del testículo, los espermatozoides todavía no están capacitados para fecundar al óvulo y es sólo después de recorrer las vías masculinas en unos 20 días y las vías femeninas cuando se capacitan.

El cuello opone un tapón mucoso que dificulta la penetración de los espermatozoides al conducto endo-cervical. Por la acción de la progesterona en la segunda mitad del ciclo, ese tapón mucoso se hace menos viscoso y más fácil de penetrar. Al penetrar a la luz de la trompa se presenta otro obstáculo debido a los numerosos pliegues longitudinales de la mucosa de adonde que la merma en el número de espermios tiene lugar; por tanto cada vez son más escasos.

La primera misión a que han de hacer frente las células masculinas por sí solas es penetrar por el cérvix o cuello del útero, tarea en la que sucumben gran número de ellas.

El espermio puede tardar varias horas, a partir de este momento, antes de penetrar y fecundar el óvulo. Mientras tanto, experimenta ciertos cambios que hacen la penetración posible. Entre éstos, figura el derramamiento del acrosoma, la fina capa que cubre la cabeza del espermatozoide. Al parecer, esta capa contiene una enzima que disuelve la cobertura exterior del óvulo, a fin de facilitar la entrada en él. Este fenómeno afecta a todos los espermios que están alrededor del huevo, sin limitarse en modo alguno al que consiga penetrar. El propósito de este fenómeno es conseguir una concentración masiva de enzimas, pues el producido por una sola célula seguramente sería insuficiente.

Una vez que el óvulo ha sido fecundado, no suele permitir la entrada de ningún otro espermatozoide a excepción de un reducido número de casos en que se presentan partos múltiples.

La célula única derivada de la fecundación contiene todos los elementos necesarios para crear un nuevo ser humano.

El centro de control de este proceso es el núcleo de la célula donde se almacena, por decirlo de alguna manera, la información o patrones de la vida bajo la forma de 46 cromosomas dispuestos en 23 parejas de diferentes formas y tamaños. Hay muchos miles de genes en el interior de una célula y cualquier célula del cuerpo que se origine a partir de esta primera contiene el mismo

conjunto de genes.

La fecundación tiene lugar en una de las Tróficas de Falopio y el óvulo fertilizado permanece en ella varios días antes de implantarse en la pared del útero. Durante este tiempo comienza la división de la célula originaria. Unas 30 horas después de la fecundación, ésta se divide en dos células: una segunda división tiene lugar 20 horas más tarde, dando origen a cuatro células, hasta que en el momento de la implantación hay unas 150 células. En esta fase, el embrión se llama blastocisto, y una serie de cambios en su membrana exterior producen la formación de la placenta, que va a proporcionar alimento al embrión a partir del flujo sanguíneo de la madre.

Todo el proceso desde la fecundación, hasta la implantación y nidación y luego desde el embarazo hasta el parto está regido por el ambiente físico-químico, sobre todo en la cavidad uterina y por la acción neuro-endocrina. La menor desviación del equilibrio de estos factores es suficiente para alterar y hasta interrumpir el proceso de la reproducción.

3.1.2.3.2 El Embarazo

Una vez el óvulo ha sido fecundado y ha llegado al útero, se produce la anidación del mismo. Las energías necesarias para ello provienen de las reservas del propio óvulo y de la hormona del cuerpo amarillo del ovario.

El embarazo o gestación se divide en tres trimestres.

A los pocos días de llegar el óvulo fecundado al útero, se implanta en el endometrio, el cual se convierte en la primera fuente de nutrición para el niño. En este mismo momento comienza a desarrollarse la placenta, estructura importante de intercambio y filtro entre la madre y el niño.

La placenta filtra el oxígeno y los alimentos que pasan de la sangre de la madre al niño, y los productos de desecho del niño son devueltos a la madre a través de la misma placenta. El niño y la placenta se comunican por el cordón umbilical.

Este intercambio entre la madre y el niño tiene lugar durante todo el embarazo. Cuando el niño nace, la placenta también se expulsa a través de la vagina, su peso es de aproximadamente 400 gramos.

Durante el embarazo la placenta fabrica diversas hormonas: la HCG, la HPS, estrógeno, progesterona y otras varias. Todas ellas son necesarias para tener un buen embarazo. La (HCG) es decir la gonadotropina coriónica humana, es la hormona que se busca cuando se hace la prueba del embarazo, ya que esta hormona empieza a fabricarse inmediatamente después de la concepción, es decir cuando el óvulo fecundado se implanta en el endometrio.

Pocos días después de la implantación del óvulo fecundado en el útero materno se forma alrededor del niño una membrana transparente, llamada saco amniótico. Este se llena de un líquido especial en el cual el niño está inmerso pero no se ahoga, porque el oxígeno que necesita va directamente de la madre a su sistema

estar las vías urinarias dilatadas, lo cual favorece la aparición de infecciones en este aparato y deja como secuela muchas veces, después del parto, incontinencia de orina, o sea la vejiga urinaria dilatada y caída. En el aparato locomotor, sufren un proceso de reblandecimiento todas las articulaciones, especialmente las pelvianas y las de las extremidades inferiores. La glándula tiroidea se hipertrofia para compensar la demanda de tiroxina.

Todas estas modificaciones orgánicas es evidente que actúan sobre el organismo de la embarazada de distinta manera y con reacciones imprevisibles, especialmente en los primeros meses del embarazo. En algunas ocasiones, cuando se notan los primeros movimientos del feto albergado, parece que cesan las manifestaciones psíquicas desordenadas, como una especial atención hacia el fenómeno que se está incubando, despertando la plenitud del deseo de ser madre. El tiempo que dura el embarazo, con las molestias diarias y las perspectivas de alumbrar un hijo, mantienen la atención de la mujer con el anhelo de que llegue el momento del parto, probablemente doloroso, pero que le ofrecerá como premio un hijo, y la satisfacción a sus sentimientos maternales.

Siendo la gestación un estado normal, los cuidados higiénicos no tienen que ser extremados, pero tampoco olvidados. La alimentación ha de basarse en una dieta equilibrada, abundante en proteína, sin omitir ninguna comida. Debe dormir y seguir sus relaciones sexuales normalmente.

Es importante consultar al médico antes de tomar cualquier droga o medicamento, incluidos el alcohol, las aspirinas, y los tranquilizantes; debe evitar fumar.

Las radiografías en principio deben evitarse, ya que pueden afectar el desarrollo fetal. Sin embargo, es posible hacerlas cuando son realmente necesarias, tomando las precauciones pertinentes y bajo un control adecuado.

La rubéola es una enfermedad producida por un virus que atraviesa la placenta y los tejidos más sensibles del feto. La rubéola es especialmente peligrosa si se contrae durante el primer trimestre de embarazo: a partir de entonces, las posibilidades de causar daño al feto quedan considerablemente reducidas.

En la actualidad existe una vacuna que protege a la mujer contra la rubéola, por lo que el problema no está tan extendido como en otros tiempos.

Las mujeres que tuvieron la rubéola en la infancia están inmunizadas contra ella, las que no la han adquirido pueden vacunarse. Lo que no debe hacerse es vacunar a la mujer cuando ya está embarazada, pues la vacuna puede dañar al feto. También es importante esperar de dos a tres meses después de la vacunación antes de quedar embarazada.

El sarampión no daña al feto, tanto si la madre lo contrae durante el embarazo, como si lo ha padecido previamente.

El factor Rh es un componente de la sangre que viene determinado genéticamente. Todos somos Rh positivos o Rh negativos.

Si ambos padres tienen el mismo Rh, ya sea los dos positivos o los dos negativos, el niño tendrá este factor. Si uno de los padres es positivo y el otro es negativo el niño normalmente será positivo.

Las complicaciones aparecen cuando el padre es Rh positivo y la madre es Rh negativa. El niño será probablemente Rh positivo, pero su nacimiento o su aborto espontáneo o provocado pueden originar la aparición de anticuerpos en la sangre de la madre que podrían dañar a un futuro feto. Ante tal situación, la madre recibe una inyección de gammaglobulina anti-D, la cual, administrada inmediatamente después del parto, evita la formación de anticuerpos en la sangre de la madre.

Si la madre es Rh positivo y el padre Rh negativo, el niño será probablemente Rh positivo. Tanto la madre como el niño tendrán, pues, el mismo Rh y no habrá, por lo general, ninguna complicación.

Normalmente, tan pronto como se confirma un embarazo, se hacen análisis de sangre a la mujer, con lo cual el médico conoce de antemano si va a haber algún problema. Si el problema existe, una inyección de gammaglobulina anti-D después del parto es cuanto se precisa, no tiene efectos secundarios y es completamente inocua.

Cualquier medicamento que se tome durante el embarazo, atraviesa la placenta y alcanza el feto; y, en especial durante los tres primeros meses del embarazo, el medicamento puede dañar los frágiles sistemas y órganos de feto en desarrollo.

La utilización de medicamentos durante el segundo y tercer trimestre es también peligrosa, pero no tanto como en el primer trimestre.

Ocurre lo mismo con el tabaco, ya que éste contiene productos químicos que atraviesan la placenta y alcanzan al niño; y se ha comprobado que fumar regularmente durante el embarazo da lugar a niños de bajo peso al nacer, más propensos a tener problemas en su posterior desarrollo. Multiplica también las probabilidades de tener un niño prematuro, que nace antes de lo previsto, pesa menos de lo normal y es más propenso a contraer enfermedades que un niño nacido a término.

Debe además, evitarse la marihuana durante el embarazo, ya que contiene un producto químico muy activo: el THC, que atraviesa la placenta y alcanza al niño. El THC puede almacenarse en los testículos o en los ovarios del feto en desarrollo, pudiendo provocar problemas de fertilidad posteriormente. La marihuana afecta el cerebro, a la percepción y a la sensación.

Igualmente, el alcohol ingerido en grandes cantidades durante el embarazo, puede afectar al cerebro del niño o alterar el desarrollo del corazón o de las extremidades; es lo que recibe el nombre de Síndrome alcohólico fetal. El tomar una copa de vez en cuando durante el embarazo no perjudica ni a la madre ni al niño; pero el beber con regularidad y en abundancia está absolutamente contraindicado.

Al final del embarazo, el niño cambia de posición, con lo cual ejerce más

presión sobre la vejiga urinaria y le obliga a la mujer a orinar con más frecuencia; esto es normal.

Los cambios que un embarazo trae consigo no sólo son físicos sino también emocionales. A partir del momento en que una mujer sabe que está embarazada, su propia identidad, sus sentimientos y la actitud hacia su pareja cambian.

A veces, el embarazo conlleva confusión, rechazo y rabia; normalmente sin embargo, produce bienestar emocional, madurez y un especial sentimiento de plenitud a pesar de los momentos de melancolía y depresión que se dan en la mayoría de los embarazos.

El embarazo provoca sentimientos intensos en la pareja, los cuales pueden cambiar su forma de relacionarse. Para algunos el cambio es negativo, sobre todo si el embarazo es inesperado y afecta a la economía, el espacio vital, al trabajo y las responsabilidades. Ante tal situación, el stress puede afectar a un solo componente de la pareja o a los dos, pero se puede solucionar conforme el embarazo progresa si ambos se esfuerzan por mantener la comunicación y la sinceridad.

En otros casos, el embarazo une mucho «más a la pareja. La ilusión de formar una familia juntos, la expectación ante la idea de ser padres, puede crear un nuevo sentimiento de responsabilidad en la pareja que alcanza un grado de amor y estimación no conocidos hasta entonces.

Es imprescindible una actitud serena de la mujer frente a su embarazo. En la vida de la mujer, el embarazo y el parto presentan un momento emocional muy importante y la conducta psíquica frente a este estado depende de la educación sexual, de la actitud familiar, del nivel cultural y de la alegría o tristeza con que se acepta el acontecimiento.

El hecho de sentir el apoyo emocional del compañero ayuda a sobrellevar el embarazo con alegría y serenidad, evitando la angustia y el temor.

El embarazo presenta varios síntomas. Algunas mujeres simplemente sienten que están embarazadas. Las pruebas médicas únicamente les confirman lo que ellas ya sabían. Muchas otras, sin embargo, no tienen esta intuición o seguridad. A continuación se mencionarán algunos posibles síntomas de embarazo.

Ausencia de menstruación.

Aumento del tamaño y sensibilidad de los pechos, a la vez que se hacen visibles mayor cantidad de venas a través de la piel.

Aumento de flujo vaginal.

Los pezones crecen y la piel de alrededor se oscurece.

Micciones más frecuentes de lo habitual.

Náuseas y vómitos.

Cansancio y pérdida de energía.

Ante cualquiera de estos síntomas, toda mujer sexualmente activa debería acudir al médico.

Las náuseas matutinas son buen síntoma de un excelente soporte hormonal para el embarazo y desaparecen a las 10 ó 12 semanas.

Existen varias formas de saber si se espera un hijo, ellas son las denominadas pruebas de embarazo.

Pruebas de embarazo: al poco tiempo de faltar una regla, la mayoría de las mujeres sexualmente activas quieren saber si están embarazadas. El hecho que quieran saberlo con seguridad es muy natural, pero lo más pronto que puede hacerse una prueba definitiva de embarazo es a las dos semanas de la primera falta. Algunos médicos sostienen que para confirmar un embarazo con seguridad son necesarias tanto una prueba de laboratorio como una exploración pélvica positiva.

Exploración Pélvica: a las 3 ó 4 semanas de un supuesto embarazo, un médico con experiencia puede a veces decir si la mujer está embarazada o no; para ello, debe presionar suavemente la zona entre el cérvix y el útero: signo de Hegar. Se colocan una mano en el abdomen y dos dedos de la otra en la vagina cerca del

cérvix y el útero.

Los signos de ebarazo son cierta blandura y un caabio de foraa del cérvix y útero.

Pruebas de eabarazo en laboratorios:

Análisis de Orina

Lo aás pronto que este análisis puede hacerse es a las dos seaanas de la priaera falta. La qriaera orina de la aafiana de una aujer eabarazada contiene HCB: Bonadotropina coriónica huaana, horaona que fabrica la placenta en desarrollo. La presencia de HCB en la orina puede detectarse en dos ainutos. Esta prueba es segura en un 95 a 9BZ de los casos, pero puede dar un resultado faisaaente negativo si se hace deaasiado pronto, cuando todavía no hay suficiente cantidad de horaona en la orina. Aunque al efectuar este análisis, el leer el resultado, sobre todo en las priaeras fases del eabarazo, puede ser algo aás difícil. Es preferible, por lo tanto, que la prueba la efectúe alguien con experiencia. La aujer puede, o bien llevar una auestra de orina a su aédico, quien se encargará de que hagan el análisis en el laboratorio correspondiente, o bien solicitar el análisis en cualquier laboratorio de los que ofrecen este servicio.

Pruebas de Eabarazo en Casa:

Este nuevo aétoto es taabién auy seguro y puede realizarlo una aisaa en casa,

aterclando orina de orisera hora de la sanana con ei producto quilico especial (incluido en la caja que venden en ia farmacia). Fasadas dos horas, si la solución (mezcla) ha adquirido un color y forsa especiales, es que la sujer está embarazada. Las instrucciones para efectuar esta prueba son fáciles y muestran exactamente lo que hay que observar. Si el resultado es positivo, hay que confirmar el diagnóstico con el médico.

Análisis de Sangre: existe actualmente una prueba de cada óvulo y uno especial llamado cromosoma sexual. Hay además, dos clases de cromosomas sexuales, llamados a su vez X o Y. Cada célula espermática contiene o bien un cromosoma sexual X o bien un cromosoma sexual Y; y resulta que cada hombre produce tantas células esoesráticas tipo X como tipo Y. Cada óvulo contiene un solo tipo de cromosoma sexual: el X. Si ei óvulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma sexual X ia combinación será XX y nacerá una niña. Si ei óvulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma sexual Y, ia combinación será XY y nacerá un niño.

No se recomienda tener un hijo a una adolescente demasiado joven, o alguien deaasiado aduito ya que, en ambos casos pueden presentarse serias complicaciones.

Puede saberse si el feto se desarrolla normalmente mediante amniocentesis que es el procedimiento por el cual se extrae una pequeña cantidad de líquido amniótico dei saco amniótico y se examina para controlar posibles alteraciones en ei feto que se está desarrollando. Tasbién se utiliza para determinar el sexo del feto.

Durante el desarrollo de embarazo pueden presentarse varias complicaciones.

Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico es ei crecimiento de un óvulo fertilizado fuera dei útero, que es el lugar que le corresponde.

En la mayoría de las ocasiones, el eabarazo ectópico tiene lugar en la trompa de falopio, por lo oue a veces se llama también embarazo tubárico;

pero en un número reducido de casos, el óvulo fertilizado puede «plantarse» en la zona abdominal, en el ovario o incluso en el cérvix o cuello del útero. Los embarazos ectópicos acaban con la muerte del feto, y pueden ser fatales también para la madre; pueden ocasionar la rotura brusca de la trompa de falopio, con la consiguiente hemorragia interna, dolor agudo y la anemia correspondiente a la pérdida de sangre. Tales problemas suelen tener lugar al final del primer trimestre.

Aunque un embarazo tubárico nunca llega a buen fin, los embarazos abdominales pueden, a veces, desembocar en un feliz nacimiento. El feto sobrevive porque la placenta recibe sangre materna que existe en esta zona. Si el embarazo llega a término en tales casos, se practica una cesárea.

Un embarazo ectópico puede dar una prueba de embarazo positiva, y al médico que examina a la mujer puede pasársele por alto la dificultad en las primeras fases. Los signos más típicos de embarazo ectópico son: dolor a retortijones en el lado derecho o izquierdo del bajo vientre, pérdida de sangre por la vagina, debilidad, desvanecimiento o vértigos (signos de hemorragia interna); incluso se ha dado el caso de tener la regla regularmente estando embarazada.

El tratamiento habitual a un embarazo ectópico es la extirpación quirúrgica de la trompa de falopio afectada, o salpingectomía, aunque a veces la trompa puede ser reparada. Después de la intervención, la mujer puede quedar embarazada de nuevo, aunque las posibilidades están algo disminuidas dado que sólo tiene una trompa. También hay que decir que las posibilidades de tener un embarazo ectópico aumentan si ya se ha tenido un embarazo de este tipo.

Si el médico, tras el examen vaginal, sospecha que hay un embarazo ectópico, solicitará un examen por ultrasonidos, el cual informará de si el feto está creciendo en el útero o en la trompa de falopio.

En estos casos se practica la intervención quirúrgica tan pronto como se

tiene el diagnóstico del problema. Una acción rápida previene el estallido y el consiguiente sangrado de la trompa de falopio, que son tan frecuentes en los embarazos ectópicos, y reduce las probabilidades de complicaciones graves para la madre. De este modo, además, el cirujano puede decidir en cada caso si debe intentar reparar o sí, más bien, ha de extirpar la trompa de falopio.

Aborto Espontáneo

Aborto espontáneo es el despegamiento (la separación) por sí mismo, (sin intervención alguna desde el exterior) del feto y su liberación a través de la vagina, mucho antes de que esté preparado para nacer. El aborto espontáneo parece ser una forma natural de terminar un embarazo que no tenía un desarrollo adecuado, generalmente tiene lugar durante el primer trimestre.

Los abortos tempranos no acostumbran ser dolorosos. Los signos iniciales son retortijones, y sangrado, como si fuese una pérdida menstrual abundante. Ante un aborto, hay que acudir al médico, ya que es muy importante que todo tejido fetal salga del útero, pues en caso contrario daría lugar a una infección; por ello, el médico debe sacar los restos fetales que hayan podido quedar en el útero, mediante legrado.

Los síntomas de aborto en el segundo trimestre son graves; hay dolores de parto y sangrado abundante, con la posterior salida del feto en desarrollo.

Todo feto que saiga a la luz después del séptimo mes no será ya un aborto sino un nacimiento prematuro.

A veces puede decirse que hay una amenaza de aborto cuando existe un ligero sangrado y pequeños dolores al principio del embarazo. El médico puede recomendarle el reposo en cama y esperar a ver que pasa. Si los signos de aborto desaparecen, entonces el embarazo seguirá su curso normal y la madre podría volver a reanudar su vida habitual.

Puede ocurrir, sin embargo que el sangrado y los dolores amienten y que además salgan por la vagina coágulos y tejido fetal, con lo cual puede afirmarse que el aborto ha tenido lugar. El médico suele pedirle que guarde este tejido fetal, ya que actualmente existen unas pruebas que se hacen con estos restos para determinar la posible causa del aborto.

Conocer la causa del aborto es importante para poder planear adecuadamente un futuro embarazo.

Generalmente, el aborto es causado por un óvulo o un espermatozoide que se han dividido o implantado incorrectamente. A veces, el nivel hormonal de la mujer es más bajo de lo que debiera, con lo que el endometrio (la capa que tapiza el útero) es tan fino que no puede sostener el óvulo fertilizado. También pueden ser causas de aborto, aunque son menos frecuentes, las formas anormales del útero o del cérvix.

Toxemia

La toxemia es un trastorno que se presenta en algunas mujeres durante el quinto o sexto mes de embarazo. Las causas de la toxemia (o preeclampsia) son desconocidas, sin embargo, es reconocido que la mala nutrición juega un papel importante en esta enfermedad.

Los signos de toxemia son: aumento de peso, tensión arterial alta, hinchazón de manos y tobillos (debido a la retención de agua) y, si no se trata, aparece dolor abdominal, un mayor aumento de la tensión arterial, dolor de cabeza y pérdida de la visión. La toxemia afecta al niño, porque la placenta *no* trabaja adecuadamente; y el niño será de poco peso, prematuro o nacerá por cesárea. El tratamiento de la toxemia consiste en el descanso, una dieta equilibrada y poca sal. La toxemia debe tratarse siempre, pues en los casos extremos puede conducir a la muerte del feto e incluso de la madre.

La mejor manera de prevenirla es con un buen control del embarazo desde sus primeras fases; es también importante el descanso y la dieta equilibrada.

No debe darse comprimidos para orinar a las mujeres con toxemia. Los comprimidos para hacer orinar o diuréticos, sacan líquido del cuerpo; pero, durante el embarazo, esto sería tratar solamente el síntoma, no la causa que provoca la retención de líquidos. El hecho de eliminar líquidos de nuestro cuerpo mediante la utilización repetida de diuréticos produce también la pérdida de importantes elementos nutritivos de nuestro cuerpo. La utilización rutinaria y sistemática de diuréticos durante el embarazo debe evitarse siempre.

PRIMER TRIMESTRE

Se presentan cambios en la conformación exterior del cuerpo, tales como ensanchamientos del cuello por inflamación de la tiroides, la pigmentación de areóla e hinchazón de los senos y una leve prominencia del bajo vientre.

La mayor parte de los problemas disfuncionales se presentan durante dicho período, ya que el cuerpo femenino debe adaptarse a un organismo extraño; es el caso por ejemplo de los mareos. Es en este período que se presentan los abortos naturales con mayor frecuencia.

Hacia el final del primer mes el embrión en desarrollo mide aproximadamente unos tres milímetros; tiene un corazón que late con fuerza; se inicia la formación de la cabeza, de la espina dorsal, del sistema nervioso, de los pulmones; y hay un esbozo de los brazos y las piernas.

Durante el segundo y tercer mes se desarrollan en el embrión los huesos, la nariz, los ojos, las orejas, los dedos de las manos y de los pies. Así mismo, inician su desarrollo los alvéolos dentarios y las uñas. En este momento también, aparece el esbozo de lo que será el clítoris de la niña, o el pene y el escroto del niño, aunque todavía no están lo suficientemente diferenciados como para distinguir si es varón o hembra hasta el final del tercer mes. Este extraordinario desarrollo es muy rápido durante el primer trimestre del embarazo; aunque el feto todavía no mide más de nueve centímetros y pesa menos

de treinta granos, su aspecto es inconfundiblemente humano.

SEGUNDO TRIMESTRE

Aumenta la prominencia del vientre elevando su nivel, debido al aumento de tamaño del feto, de la placenta y del músculo uterino, el cual ha llegado a duplicar su tamaño normal. Se presenta, algunas veces estreñimiento y dolores al evacuar.

El feto tiene una piel traslúcida que permite apreciar los vasos sanguíneos, el corazón empieza a latir; se cubre de vellosidades y el desarrollo muscular permite sus primeros movimientos.

Durante el segundo trimestre, los sistemas y órganos del feto se siguen configurando y algunas de las estructuras básicas del organismo completan su desarrollo. El cerebro comienza a crecer, no sólo en la cabeza del niño sino por todo el cuerpo.

Este manto vellosito acostumbra desaparecer antes del nacimiento. Se inicia la formación de las cejas y las pestañas, y los órganos del feto empiezan a abrirse y cerrarse. La piel es tan fina y transparente que los vasos sanguíneos parecen estar fuera del cuerpo. Los huesos del feto están ya lo suficientemente desarrollados como para que éste comience a mover los brazos y las piernas; por primera vez, la madre puede sentir la presencia de otra vida en su interior. Este primer nacimiento del feto marca una nueva fase en el embarazo; la presencia de una nueva vida se convierte en algo mucho más real para los padres. Durante este segundo trimestre, los latidos fetales pueden oírse mediante un estetoscopio y el feto crece enormemente: llega a pesar unos 900 gramos y mide 35 centímetros aproximadamente.

TERCER TRIMESTRE

En este tercer período la madre se fatiga con facilidad debido al gran aumento de su vientre.

Es muy frecuente que, durante el tercer trimestre, el feto dé muchas vueltas y patadas con lo cual hace ya muy evidente su presencia. Durante el séptimo mes y la primera parte del octavo, el feto crece enormemente, triplicando su peso y llegando a los 50 ctas. En el octavo y noveno mes, los órganos y estructuras del feto están lo suficientemente desarrolladas como para funcionar de manera independiente. Durante las dos últimas semanas del embarazo, el feto, que hasta ahora se mantenía con la cabeza arriba, va dándose la vuelta hasta colocarse con la cabeza hacia abajo. Está ya listo para nacer; tan pronto como los músculos del útero materno empiecen a contraerse el feto iniciará su salida del mismo a través de la vagina y hará su aparición en el mundo que le espera.

Vale la pena señalar la gran importancia que tiene la estancia intrauterina. Esta se manifiesta ulteriormente, en numerosos fantasmas o sueños del niño o del adulto, y en sus deseos inconscientes, como un período de dichosa quietud, del que no se habría querido salir jamás, al que se anhela volver: una estancia sin peligro en un lugar tibio donde se flota.

Este período de estrecha interdependencia entre la madre y el hijo es sentido por éste como una unión perfecta, que más tarde desea infinitamente encontrar de nuevo, y de la que el niño e incluso el adulto conservarán la marca, el recuerdo inconsciente, con el deseo también inconsciente, de retornar a esta zona de protección estrecha y feliz, donde protector y protegido forman un solo ser, donde todavía no hay dualidad, sino unidad de dos vidas.

El nacimiento y la brutal separación del niño de la madre, que se produce en este momento, constituye una experiencia importante que se vive, con dificultad respiratoria, modificaciones fisiológicas bruscas y capitales, estímulos exteriores violentos y, sin duda, la primera sensación de angustia.

El feto vive como parásito en la madre; suele ser objeto de tendencias positivas de la madre, que lo acepta y se entrega a él, pero también de tendencias hostiles, de expulsión paralelas a los frecuentes trastornos del principio del embarazo (vómitos, mareos, etc.). Estos trastornos parecen una protesta psíquica

de la madre contra el feto.

En los mejores casos, la identificación con el feto provoca la tendencia a una cierta introversión, con una vida relativamente pasiva para la madre durante el embarazo; la madre se desinteresa en parte de los problemas y preocupaciones exteriores.

Es curioso observar que, en la mayoría de los casos, no sólo el feto pasa por un estado de vida feliz con la madre, sino que también ésta parece volver a encontrar un estado anteriormente conocido y buscado durante largo tiempo, como si realizase un deseo original, un éxtasis perfecto en la unión de dos cuerpos: esto sólo es posible cuando el psiquismo de la madre es sano, desprovisto de todo sentimiento de culpabilidad, satisfecho del ser que ella lleva dentro, y, por otra parte, cuando ella está ligada por lazos afectivos de identificación feliz con su propia madre, en cuyo caso el yo de la futura madre viene a realizar una especie de conjunción entre la identificación profunda con el hijo que lleva en su vientre, de una parte, y con su propia madre, de otra.

Durante el mismo período, se establecen también, en los casos dichos del buen entendimiento conyugal, con una buena inteligencia mutua y aceptación del hijo por el padre, los elementos psicológicos de la situación triangular madre-padre-hijo, que serán ulteriormente, base de la identificación de la personalidad del niño.

Antes de que la mujer (o una pareja) decida concebir un niño debe pensar en tres aspectos fundamentales: el aspecto práctico, el ético y el emocional.

El aspecto práctico es si el niño podría ser criado adecuadamente, en qué ambiente crecería? Disfrutaría de una seguridad económica y emocional adecuada? Cómo afectaría este nacimiento a la vida y a la profesión de la madre? Cómo afectaría las relaciones entre la pareja y los demás hijos si los hay?

El aspecto ético es si esta mujer o esta pareja en particular están plenamente convencidos de que están en capacidad de criar y educar un niño.

El aspecto emocional es quizá el más complejo de los tres. Incluso si la mujer, después de la debida reflexión piensa que desde un punto de vista práctico es factible convertirse en madre y que tiene claro que es ético hacerlo. Cómo se sentirá después? Va a sentirse culpable? El aspecto emocional del tema puede, crear confusión en el momento de tomar una decisión. El asesoramiento puede, a veces, ser de utilidad: una persona preparada y objetiva puede, a menudo, ver con más claridad, no sólo lo que está sucediendo, sino también cómo quedará luego la mujer afectada.

La responsabilidad ética del profesional no es inculcar y menos imponer sus propios valores, por válidos y sólidos que estos sean, sino facilitar las decisiones más congruentes con la estructura biológica, psíquica y valorativa de los afectados por la decisión.

El asesoramiento profesional hace que la pareja se sienta más segura de que la decisión que tomó fue correcta, además le proporciona información sobre los distintos trámites que se han de seguir y sobre las alternativas existentes.

3.1.2.3.3 El Aborto

Si un niño por causas naturales, no llega a nacer se considera aborto espontáneo o natural y puede producirse si la madre por las causas que sean, no sujeta al embrión y lo pierde antes de tiempo: estos abortos se dan frecuentemente antes del tercer mes de gestación.

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los paternos es digno de señalar que del 40% de los abortos espontáneos de origen paterno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada o negada a sabiendas. El restante 60% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez o derroche de energías genéticas. Las causas de orden materno son variadísimas: alteraciones del huevo en el momento de su formación, grandes desgarros del cuello y de la matriz, posiciones defectuosas del útero, inflamaciones del mismo, causas generales, como

infecciones agudas con fiebre (gripe, difteria, fiebre de Malta, tifoidea, etc.) o intoxicaciones (alcohol, grandes fumadoras, tóxicos profesionales, etc.); defectos nutritivos y endocrinos; y, finalmente, accidentes o traumatismos violentos.

En la amenaza de aborto, el primer síntoma es generalmente el dolor, localizado en la región lumbar o en el bajo vientre. Simultáneamente con él, o unos días después, aparecen pequeñas pérdidas de sangre (señales). Esta sintomatología puede ceder al seguir el embarazo, o bien éste puede interrumpirse aumentando entonces el dolor y la hemorragia, expulsando un embrión generalmente muerto. La mujer embarazada debe pensar en la posible amenaza del aborto, ante toda señal de sangre aparecida en el primer trimestre del embarazo, siendo necesario el reposo absoluto en cama.

Las dos principales complicaciones del aborto son las hemorragias copiosas y la infección; ambas tienen en la actualidad buen tratamiento.

Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto; se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del huevo.

De acuerdo al tiempo en que se realice el aborto puede hablarse de aborto precoz, si acontece en los primeros días de la fecundación; ovular, si se da en los 30 días siguientes; embrionario, si ocurre en los meses segundo y tercero y fetal si sucede en el segundo trimestre de la gestación.

El progreso científico, que posibilita actualmente el diagnóstico precoz de anomalías en el feto, induce a la posible aceptación del aborto por razones eugenésicas es decir, impedir el nacimiento de niños deformes, tarados o con anomalías físicas y mentales. Es el caso del aborto terapéutico que es verificado por el médico especializado que toma las medidas precisas para salvaguardar la vida de la enferma, seriamente amenazada. Se realiza además, cuando la vida del feto se considera perdida o representa un gravísimo peligro para la madre. Afortunadamente, hoy día estos casos son muy raros ya que la

terapéutica moderna puede salvar, casi siempre, la vida de la madre aún en casos graves.

El aborto provocado o inducido es la extracción deliberada del feto inmaduro del útero materno.

El aborto provocado no es un sistema de control de natalidad, es un último recurso que se utiliza para interrumpir un embarazo no deseado; es una solución muy controvertida éticamente. En Colombia es un delito castigado con prisión. El aborto inducido ha sido valorado por científicos, teólogos y legisladores en las formas más diversas, dependiendo siempre de lo que cada uno considera como "el origen de la vida humana". Lo que para unos, en determinadas circunstancias, es un homicidio, para otros, es una protección de la vida en su sentido más amplio.

Histerotomía: es un método de aborto quirúrgico que requiere un corte como el de una cesárea, bajo anestesia general. No es muy frecuente, pero se utiliza cuando, por razones médicas, cualquier otro método de interrupción de embarazo debe ser desechado.

También desde tiempos antiguos se conocen remedios caseros con fines abortivos como diversas hierbas, dorgas y brevajes, introducción en la vagina de objetos punzantes, soda cáustica, permanganato, yodo, etc., pero es obvio que raras veces se consigue el objetivo y, sin embargo, los peligros de infección y de hemorragia y otras enfermedades son el resultado más posible.

La experiencia del aborto inducido, no sólo tiene problemas de tipo médico que producen en el organismo alteraciones fisiológicas importantes, sino que también en su estructura psíquica se reestructura el concepto de sí misma y la experiencia de sus relaciones interpersonales con todas las personas que constituyen su ambiente social.

Cuando un hecho de tanta importancia va acompañado por conflictos emocionales generados por el rechazo o la falta de aceptación, de parte del ambiente, o por

conflictos latentes individuales, la complejidad ausenta y el peligro de serios trastornos en la organización psíquica de la mujer y en sus relaciones interpersonales para el futuro es más evidente.

Si lo dicho es cierto para todas las mujeres, para las adolescentes, embarazadas por primera vez, es mucho más relevante.

A la crisis de desarrollo, se suma la crisis inducida por el rechazo de la sociedad, de la familia y de las personas cercanas. Estas crisis combinadas generan tal ansiedad y tensiones internas y externas que resultan amenazados todos los procesos psíquicos de la joven y consecuentemente su propia identidad y sistemas valorativos. Las reacciones del organismo de la adolescente ante la crisis de rechazo externo y culpabilidad interna varían desde las alteraciones del carácter hasta conflictos más agudos.

De por sí el embarazo es una experiencia crítica en el desarrollo de la mujer y más en el de las adolescentes. Si a esto se añaden los factores de tensión que acompañan a la decisión entre un aborto inducido o un parto normal, los conflictos psíquicos se agudizan todavía más. En especial la adolescente se debate internamente en medio de experiencias ambivalentes frente al rechazo social y las responsabilidades de la maternidad.

Si opta por el aborto inducido es agobiada por sentimientos de culpa de toda índole, que irrumpen a través de todas las barreras represivas.

Si opta por el parto normal se ve amenazada por el miedo al rechazo y por las fantasías de toda una vida futura en función de una circunstancia no planeada, no requerida y no esperada.

No se puede generalizar las alteraciones psíquicas producidas por el aborto porque cada caso es particular y cada mujer tiene sus propias circunstancias.

LDS partidarios de la legalidad del aborto organizan campañas para que se legalicen o para evitar que se aprueben restricciones a la ley del aborto, de

forma que sean las propias mujeres y no los médicos, los esposos, la familia o la sociedad los que tengan en esto el derecho de decidir.

El mayor éxito en educación sexual y prevención sería que ninguna mujer tuviera que recurrir al aborto. Un buen asesoramiento e información adecuada sobre el control de la natalidad sería un aporte importante. Igualmente, que tanto la familia como la escuela se encarguen de inculcar a los niños y jóvenes, la importancia de un comportamiento sexual responsable como medio eficaz para eliminar la necesidad de aborto.

3.1.2.3.4 El Parto

El parto es la última fase del embarazo, en la cual los músculos del útero se contraen para movilizar al niño a través del cérvix, hacia la vagina y luego hacia el exterior. Se ignora todavía qué es **ID** que provoca el inicio del parto; pero se sabe que la cantidad de hormona progesterona desciende rápidamente en la mujer cuando ésta llega al final de su embarazo; quizás esto tenga alguna influencia. El nivel de estrógeno aumenta al inicio del parto, y aparecen la hormona oxitocina, la cual ayuda a mantener las contracciones musculares necesarias para empujar al niño fuera de la matriz; la hormona prostaglandina, que también es secretada por las mujeres embarazadas, ayuda a provocar contracciones. Pero todavía no se sabe con exactitud cuál es el mecanismo que desencadena el parto.

Los detalles del parto son distintos para cada mujer y cada embarazo. De una forma general las fases son las tres siguientes:

- Fase Uno

El parto se inicia con contracciones de los músculos uterinos, los cuales reciben el nombre de dolores de parto. Estas contracciones duran de 30 a 60 segundos cada una y tienen lugar cada 15 ó 20 minutos. Pueden durar en total entre 12 y 15 horas, especialmente si es el primer niño. A las mujeres que ya han tenido otros niños, las contracciones les duran menos tiempo.

Estas primeras contracciones empiezan a abrir el cérvix o cuello del útero.

Es frecuente que, durante esta primera fase, el moco que ha taponado el cérvix durante todo el embarazo empiece a salir. Algunas veces, esta pérdida tiene lugar unos días antes del inicio de las contracciones. Al final de la primera fase, las contracciones duran más tiempo, son más intensas y más frecuentes. Cuando las contracciones tienen lugar regularmente cada cinco o seis minutos, la mujer debe acudir al hospital. A partir de ese momento es cuestión de pocas horas el que el niño nazca.

Cuando las contracciones empujan el niño hacia el cérvix, el saco amniótico de líquido, se rompe dejando salir entre medio y un litro del líquido contenido en su interior.

Mientras siguen las contracciones el cérvix continúa abriéndose (dilatándose) y afinándose. La dilatación se mide en centímetros. Cuando el cérvix se halla dilatado 10 cm. la mujer está lista para el parto.

- Fase Dos

El niño es encajado a través del cérvix, que ahora está completamente abierto, y luego a través de la vagina (que ahora se dilata para el parto) hacia el exterior. Esta fase dura normalmente una o dos horas, cuando se trata del primer niño, y entre 20 minutos y una hora si se trata de una mujer que ya ha tenido otros partos. Esta diferencia es debida a que el canal del parto se distiende con cada parto. Cuando el niño pasa a través del cuello abierto y sale hacia la vagina, su cabeza se va haciendo visible a través de la abertura vaginal, esto se llama coronar. Cuando la coronación tiene lugar, puede ser necesario una pequeña incisión llamada episiotomía, entre la parte posterior de la vagina y el ano.

La episiotomía se hace para prevenir el posible desgarro de la madre cuando la cabeza pase por la vagina. Normalmente se utiliza un anestésico local para evitar el dolor que causa la episiotomía; pero si se hacen en el

momento justo en que la cabeza esté estirando al **Báxiao** la abertura vaginal, no se precisa de anestesia alguna, ya que existe una acción anestésica natural. La episiotomía se sutura después del parto y cicatriza en una o dos semanas, causando pocas molestias, sólo cierto dolor y picor.

Al comienzo de la segunda fase, a veces, se administra un anestésico para aliviar el dolor del parto. Las distintas formas de anestesia regional que se aplica en la columna vertebral, como la epidural, son muy populares, ya que permiten a la madre vivir plenamente la experiencia del parto pero sin dolor ni malestar. La anestesia general, que duerme a la madre, no es muy recomendable, ya que afecta al niño y alarga todo el proceso del parto. Bajo los efectos de la anestesia general, la madre no puede vivir el momento del nacimiento de su hijo, y ésta es una razón suficiente para que muchas mujeres prefieran cualquier otro tipo de anestesia, si es que precisan alguna.

En los **primeros** minutos que siguen al nacimiento, hay varias cosas que deben hacerse rápidamente. Debe aspirarse la boca del niño para eliminar el moco y el líquido amniótico que pueda quedar todavía y facilitarle así la respiración.

El cordón umbilical, que está unido a la placenta por un lado y al niño por el otro, debe ser atado o pinzado y luego cortado. Si hay la más mínima sospecha de gonorrea, que puede afectar a los ojos del niño, debe aplicarse en los mismos una solución muy diluida de nitrato de plata; también se limpió el vértex (o punto cefálico), sustancia blanquesina que recubre la piel del niño en el período intrauterino. Mientras se realiza todo esto, el equipo médico comprueba la frecuencia cardíaca del niño, la respiración, el tono muscular y los reflejos, para asegurarse de que todo está bien.

Fase Tres

La tercera fase del parto consiste en la separación de la placenta de la pared uterina y la salida de la misma al exterior; es el llamado

alumbramiento. Aunque normalmente el alumbramiento tiene lugar de 20 a 30 minutos después del nacimiento del niño, puede tardar incluso una hora en producirse. Una vez fuera, la placenta se examina cuidadosamente para asegurarse de que no ha quedado ningún resto en el interior del útero. Cualquier resto de placenta que quede en el útero puede ser causa de una posterior infección o hemorragia, por ello, es muy importante asegurarse de que ha salido completamente.

Los falsos dolores de parto son contracciones irregulares del útero, que no abren el cérvix ni preparan a la mujer para el parto. Los falsos dolores de parto son frecuentes en las primíparas; a menudo las hacen acudir con precipitación al médico o al hospital para que les digan que es una falsa alarma. El dolor es auténtico, pero estas contracciones no abren el cérvix ni empujan el niño hacia fuera; por lo tanto, no deben provocar ansiedad. De todas formas indican que el parto empezará pronto. Algunas mujeres tienen contracciones sin dolor antes de empezar el parto. Los médicos las llaman contracciones de Braxton-Hicks y son absolutamente normales.

Se llama parto inducido al parto que se inicia artificialmente. El método más usual es la administración por vía intravenosa de un producto químico, el pitocín, que provoca contracciones uterinas y con ello el inicio del parto.

Un parto inducido debe ser cuidadosamente controlado por el equipo médico.

El parto se induce cuando los médicos opinan que el esperar a que éste tenga lugar en forma espontánea puede perjudicar a la madre o al niño. Nunca se debe inducir un parto por conveniencia del médico o de la madre.

Los cambios físicos que ocurren con el parto no tiene por qué interferir en la apetencia ni en el placer sexual. Algunas mujeres sangran un poco durante algunos días después del parto; esto es completamente normal, dura unas tres semanas y se llama loquios. Los loquios son una mezcla de sangre y moco que sale del útero; es lo último que éste expulsa antes de quedar completamente

limpio. El color de estos loquios va cambiando de rojo a más claro. Si huelen mal, la mujer debe acudir enseguida al médico, ya que puede ser una señal de que haya quedado algún resto de placenta en el útero y esto puede ser peligroso.

Existen varios tipos de parto alternativos entre los cuales se darán a conocer:

- Parto en Casa

Cada vez hay más gente que piensa que tener el niño en casa es una experiencia satisfactoria. Por lo general, el tener el niño en casa es una decisión que toman las parejas plenamente convencidas de que es mejor para el niño es nacer en lo que será su hogar y no en el hospital o en una clínica impersonales y extraños.

Hay grandes controversias sobre la seguridad que ofrecen estos partos en casa. La comunidad médica, por lo general, opina que estos partos son peligrosos para la madre y el niño y que ambos corren graves riesgos. Sin embargo, las mujeres que han tenido un buen control prenatal y que tienen motivos para esperar un parto sin complicaciones, contando además con personal y equipos adecuados preparados por si hace falta, puede tener el niño en casa con un porcentaje de seguridad bastante elevado.

Hay algunas situaciones, sin embargo, en las que el parto en casa podría resultar peligroso: posición anómala del niño, problemas en embarazos o partos anteriores, cabeza del niño más grande de lo normal, malnutrición, hipertensión, diabetes, sospecha de embarazo múltiple.

- Método Lamaze

El médico francés Fernand Lamaze desarrolló este método al que llamó psicoprofilaxis, que consiste en enseñar a la mujer, a colaborar activamente en el parto, mediante un cambio de respiración y posición del cuerpo a medida que el parto avanza. La idea consiste en que, con una

preparación adecuada, el parto tendrá lugar prácticamente sin dolor. A las embarazadas se les enseña esta práctica respiratoria a partir del sexto mes. A este método se debe la importancia que han cobrado las clases de preparación al parto en los países desarrollados.

Método Leboyer

El médico francés Frederic Leboyer cree que el nacer es un horrible shock; y, por ello, el niño debe venir al mundo en un lugar donde haya el mínimo de ruido y una luz tenue, ha de ser cogido con la máxima delicadeza y por ambos padres; así mismo, debe ser sumergido en un líquido tibio parecido al que durante tantos meses le ha cobijado. El doctor Leboyer cree que el llanto y el grito del niño al nacer son debidos al pánico que siente al estar fuera del útero y separado de la madre.

Piensa que esto marca al niño de tal forma que dificulta su posterior desarrollo e independencia, por lo que todo cuanto contribuya a hacer el nacimiento agradable facilitará el ulterior desarrollo del niño,

El método Leboyer precisa que las actuales salas de partos y los sistemas utilizados para los mismos, sean totalmente modificados. También precisa la formación de personal, por ello, el método Leboyer es poco utilizado en la mayoría de los países.

Cada parto es único. Sin embargo, existen algunas variedades frecuentes que requieren procedimientos especiales.

Hacia el final del embarazo, algunos médicos y especialistas comprueban sistemáticamente las posibles complicaciones que pudieran aparecer en el parto, pero todos lo hacen si tienen la mínima sospecha de ello.

Deberán tomarse medidas especiales si el feto no se desarrolla normalmente, si está en posición incorrecta o si la placenta no se halla inserta correctamente. En cualquier caso, es preciso que el médico lo sepa, para

estar alerta en cuanto aparezcan los primeros síntomas de complicaciones o problemas durante el parto.

Existen dos pruebas muy utilizadas para descubrir las posibles complicaciones: los ultrasonidos y la amniocentesis. Los ultrasonidos (sonografía y ecografía) utilizan ondas de alta frecuencia que, al rebotar contra el feto, lo dibujan. Funcionan por el mismo principio de los ultrasonidos subacuáticos y no tienen ningún peligro. La amniocentesis consiste en introducir una aguja en el saco amniótico, a través de la pared abdominal, para que el líquido compruebe que el líquido es claro. A veces, este líquido es grisáceo, lo cual indica que hay salida de meconio, material procedente del intestino grueso del feto. Si esto ocurre, el feto está en peligro y debe ser sacado inmediatamente. Las complicaciones más frecuentes del parto son:

- **La Cesárea**

Que es una operación consistente en hacer una incisión a través de la pared abdominal y hacia el útero, para poder sacar al niño. La cesárea se practica: si la placenta precede al niño (placenta previa); si lo primero que sale por el cérvix son las nalgas o las extremidades inferiores del niño y si, en este caso, el dejar que el parto siga adelante de esta forma entraña grandes riesgos; o si en el niño o en la madre aparecen signos de agotamiento que requieran terminar el parto rápidamente. También se practicará cesárea si el niño no pasa por el cérvix, ya sea porque el bebé es demasiado grande o porque el canal del parto de la madre es demasiado pequeño. Cuando una mujer ha tenido un parto por cesárea, lo más probable es que los siguientes también lo sean, aunque puede intentarse un posterior parto vaginal si su médico lo considera apropiado.

Un parto por cesárea tiene el riesgo que entraña toda intervención quirúrgica, pero es generalmente menos peligroso que continuar un parto vaginal que presente problemas importantes. Normalmente, la cesárea se

hace mediante anestesia general; pero a veces puede hacerse con anestesia regional, ya que ésta afecta menos al niño y permite que la madre viva el proceso. El tiempo de recuperación es variable, pero por lo general una semana será suficiente para que la herida cicatrice y la madre recupere su fuerza.

Hay dos maneras de hacer una incisión para practicar cesárea. La clásica es el corte vertical en el abdomen. Este método se utiliza sobre todo cuando la rapidez es lo más importante. La otra forma es hacer un corte transversal o de bikini, donde la incisión es horizontal y cercana a la línea púbica.

Cuando el cirujano ya ha abierto la piel, probablemente hará una incisión baja y transversa en el útero, la cual por razones quirúrgicas, es preferible a la incisión vertical.

Parto Prematuro

Un niño se considera prematuro, si nace por lo menos tres semanas antes del tiempo esperado.

El niño es más pequeño de lo que sería si hubiera nacido a término y corre más riesgos de enfermedad, ya que le faltan esas últimas semanas de desarrollo en el útero.

La prematuridad puede deberse a una toxemia o infección grave de la madre, o un embarazo múltiple o al desprendimiento previo de la placenta; a veces, sucede sin una razón aparente. Cuando un parto prematuro se inicia realmente, algunos médicos intentan pararlo mediante ciertos medicamentos y absoluto reposo en casa. A veces esto funciona; y, si el saco amniótico no se rompe, el embarazo puede continuar normalmente.

Un niño que llega de forma prematura causa un impacto psicológico

importante en los padres. Un nacimiento que se produce de forma imprevista e inesperada, junto con la ansiedad sobre el futuro niño y la culpabilidad que sienten ambos padres, pero especialmente la madre, dificulta la aceptación de un nacimiento prematuro. Si los padres se relacionan rápidamente con el niño y con el tipo de cuidados médicos que éste precisa, éstos les ayudará a superar esas dificultades. Es también importante que hablen de la frustración o culpa que puedan sentir, ya que el silencio y la pasividad no hacen más que complicar una situación ya de por sí tensa.

Parto de Nalgas

Se habla de parto de nalgas cuando, en lugar de salir primero la cabeza, son las nalgas las que intentan salir. Aunque a veces es posible que tal parto tenga lugar por la vía vaginal, algunos médicos prefieren no correr el riesgo y practican una cesárea.

A veces el médico se da cuenta de la posición anómala del niño en el último o en los dos últimos meses del embarazo, y consigue poner al niño en la posición correcta mediante maniobras de presión en el vientre de la madre. Algunas de las causas más frecuentes del parto de nalgas son: un niño demasiado grande, que no puede dar la vuelta completa para colocarse en posición normal, cabeza abajo; un niño que tiene las piernas estiradas; un exceso de líquido amniótico, que hace que el niño flote y no llegue a encajarse en posición de parto; tumores en el útero que impidan la posición adecuada del niño. El parto de nalgas es también frecuente en caso de gemelos; el primer niño sale de cabeza y el segundo de nalgas.

Parto con Fórceps

A veces, el niño llega a introducirse en el canal del parto y allí se para; es preciso que se le ayude a salir. Otras veces, en el curso de un parto vaginal normal, el niño sufre un desmayo o tiene un latido

cardíaco irregular, por lo que es necesario terminar el parto rápidamente, así mismo puede suceder que la placenta espiece a desprenderse cuando el niño está todavía en el canal del parto, lo que impone una rápida salida del niño. En cualquiera de estas circunstancias y siempre que sea preciso sacar al niño del canal del parto de forma urgente, se utilizan fórceps si las condiciones lo permiten.

Los fórceps son dos pinzas de metal muy ligero unidas cerca del asa. Hay varias clases de fórceps: el utilizar una u otra depende de la altura vaginal que el niño haya alcanzado. Si es preciso, se introducen cuidadosamente por la vagina para agarrar la cabeza del niño por ambos lados y tirar así, cuidadosamente hacia fuera.

Los fórceps normalmente, dejan señales en los lados de la cabeza del niño o en sus mejillas, pero estas señales desaparecen pronto.

Parto con Ventosa

Es una alternativa al parto con fórceps. Se aplica a la cabeza del niño una ventosa de aspiración que va unida a una boaba; tirando cuidadosamente esta ventosa, la cabeza sale por la vagina y el parto puede terminar normalmente.

En la actualidad se tiene también muy en cuenta los factores psicológicos de la mujer. Sabido es que la actitud de la madre durante el parto se ve profundamente influida por su estado de ánimo. De ahí que se intente modificar el mismo, combatiendo el temor que el parto produce, y enseñando a la gestante a relajarse adecuadamente. La preparación previa de las gestantes, a través de eficaz psicoterapia de grupo, tiene efectos sugestivos altamente beneficiosos. Los resultados se obtendrán en el momento del parto, con un cambio radical en la conducta de las mujeres que colaboran eficazmente, consiguiéndose en algunas un apreciable efecto analgésico.

3.1.2.3.5 El Control de la Natalidad

La copulación en todas las especies animales, se practica sólo con fines reproductores, como medio para la conservación de la especie; en el hombre por distinción, pasa a ser parte componente de su propia personalidad y se hace inherente a ella.

En el ser humano por su carácter pensante, con el paso de los tiempos se ha desligado parcialmente la sexualidad de la función reproductora y ha empezado a disfrutar de ella teniendo otras perspectivas.

La marcada responsabilidad que implica para una persona el tener o no tener descendencia, hace imprescindible la aparición de métodos contraceptivos para poder disfrutar de la sexualidad venciendo, parcialmente, el temor a embarazos no deseados por la pareja.

Dada la diversidad de los métodos contraceptivos se hace necesario un estudio profundo del tema, para que la pareja adolescente conozca los métodos, sus ventajas y desventajas; para una posible escogencia, acomodada a sus condiciones particulares. Es necesario el estudio de la anticoncepción, para que no se incurra en embarazos indeseados, para que pueda existir una verdadera planificación y cada pareja engendre cuando quiera y pueda; de acuerdo a sus propias circunstancias.

Hasta hace poco la búsqueda y uso de métodos anticonceptivos era una cuestión que correspondía casi con exclusividad a la mujer; hoy la técnica y los estudios científicos hacen admisible la posibilidad de que el hombre también tenga acceso a métodos de contracepción masculinos.

Durante la adolescencia los encuentros heterosexuales se presentan más esporádica y sorpresivamente, por tanto, es menos frecuente encontrar el uso regular de métodos contraceptivos, lo que implica un mayor riesgo a embarazos no deseados y, por ende, una mayor propensión a las prácticas abortivas. En nuestro medio, dada la poca información sexual –casi nula– los

métodos y prácticas anticonceptivas durante la adolescencia son omitidos, en su mayor parte por desconocimiento (ignorancia). Consecuentemente, es necesaria una información objetiva y seria sobre el tema.

Es importante establecer una diferenciación entre contracepción y planificación. La contracepción es el conjunto de métodos quirúrgicos e insertivos a controlar y evitar la fecundación; planificación es el uso adecuado de dichos métodos para controlar la descendencia. Este término engloba la problemática sociocultural, económica y médica que implica el control natal.

Los métodos anticonceptivos no son abortivos; su función es evitar la fecundación, es decir impiden que el espermatozoide entre en contacto con el óvulo, lo cual es muy diferente a causar la detención del desarrollo embrionario.

El embarazo es el resultado de varios acontecimientos sucesivos:

Puesta de un óvulo por el ovario.

Fecundación del óvulo por un espermatozoide en la trompa.

Implantación de este huevo en el útero.

Para impedir un embarazo indeseado, es posible intervenir en diferentes niveles:

Sobre la ovogénesis

Evitar que el óvulo pueda ser fecundado atacando el proceso desde su inicio, es decir mediante la puesta en reposo del ovario: este es el campo de acción de la píldora.

Sobre el acceso de los espermatozoides

Se logra mediante procesos químicos y mecánicos, que impiden mediante su acción la fecundación del óvulo. Es el caso del diafragma, los espermicidas, etc.

- Sobre la nidación del huevo

Se impide la nidación del óvulo en la matriz, mediante los cambios bioquímicos producidos por la presencia de un cuerpo extraño en la misma: así el esterilet (conocido como espiral) al modificar la mucosa uterina hace imposible dicha nidación.

Sobre la ovulación impidiendo el encuentro del óvulo y los espermatozoides: es el caso del ligamento de las trompas (ginectomía), el cual bloquea el paso del óvulo y constituye un método definitivo.

- Supresión de los espermatozoides del esperma

Bloqueando el paso de los espermatozoides a través de los canales deferentes, mediante la oclusión o extirpación de dichos canales -vasectomía-.

- Sobre la espermatogénesis

Objetivo de la anticoncepción hormonal masculina, aún en experimentación para nuestra época.

El derecho a decidir sobre el intervalo de nacimiento, debe ser considerado como una facultad fundamental del hombre, y un elemento indispensable a la dignidad humana. Es un derecho inalienable de todas las parejas decidir libre y responsablemente cómo, cuándo y cuántos hijos desean concebir.

El desconocimiento que existe sobre el tema de la anticoncepción y de la

planificación familiar en tantos adolescentes, hace que algo tan profundamente personal pueda todavía ser manipulado mediante ideologías, religiones y políticas.

Para que la mujer pueda convertirse en madre voluntaria y no obligatoria o por azar, es necesario que la educación e información más completa llegue a todos los adolescentes.

El temor al embarazo no deseado es algo tan inhibitorio como perjudicial para conseguir una relación armónica y satisfactoria.

Todavía hoy, son muchas las adolescentes que desconocen el funcionamiento de su fisiología y los caminos para determinar cuándo se debe, o cómo se puede poner en práctica el sistema de planificación adecuado.

El nivel cultural y educativo, así como el de información, influyen a la hora de tomar la decisión de planificar la descendencia, mediante la elección de un sistema anticonceptivo.

3.1.2.3.6 Métodos Anticonceptivos

Los conocimientos sobre anticonceptivos, complementan la preparación del adolescente en el área de la sexualidad y deben ser parte integrante de su desarrollo psicD-social. Respetando su posición ideológica, sus creencias y sus aspiraciones, se le debe motivar para que pueda ejercer su sexualidad con sentido de responsabilidad hacia su pareja, la sociedad y él mismo.

La información sobre los métodos anticonceptivos debe llegar al adolescente, como consecuencia de una correcta educación sexual. Hacer saber al joven que la anticoncepción es la regulación de su fecundidad para que pueda hacer pleno ejercicio de su sexualidad, sin procrear hasta el momento en que pueda hacerlo consciente y responsablemente, es ayudar al joven para evitar que se enfrente al problema, cuya resolución está fuera de su alcance, que normalmente él no ha deseado y que, a veces pueden comprometer toda su vida futura.

El control de la natalidad es, ante todo, una decisión personal y un hábito cultural; es un aspecto muy importante que deben conocer **IDS** jóvenes referente a la sexualidad, porque, para disfrutar de la relación sexual es absolutamente esencial estar seguro de que no se va a tener un hijo a menos que así se desee. Es igualmente importante para las parejas que conviven, para que no tengan más hijos de los que realmente deseen y cada hijo que conciben sea un hijo deseado.

Para tener relaciones sexuales y no concebir hijos, se debe evitar que la mujer produzca un óvulo, que el hombre produzca espermatozoides, o que los espermatozoides lleguen hasta el óvulo.

Debe asumirse que muchos adolescentes tienen experiencias sexuales. Por tanto, es útil que estén al corriente de los métodos anticonceptivos existentes y de cómo funcionan.

La sexualidad cumple dos objetivos: el placer y la procreación. Cuando se busca únicamente la obtención del primero ha de tenerse en cuenta que, al mantener relaciones sexuales siempre se corre el riesgo de una fecundación no deseada.

Tener un hijo es una cuestión de suma importancia. Las implicaciones de tipo social, económico y psicológico que conlleva obligan a considerar todos los aspectos antes de afrontar la decisión de tenerlo. La responsabilidad que se adquiere con el recién nacido no termina, como es obvio, con el parto, sino que exige proporcionarle unas aceptables condiciones de vida en las que pueda desarrollarse: medios de subsistencia, educación, atención y cuidados afectivos.

Por ello, es conveniente no dejar el acto de la fecundación, en manos del azar. Hoy se admite que cada pareja debe planificar su descendencia, según sus intereses y condiciones de vida. Un embarazo no deseado origina serios problemas de tipo psicológico a los jóvenes. La mayoría de las veces la madre rechaza a un futuro hijo no deseado. Además, muy a menudo, la joven vive la primera etapa del embarazo ocultándolo, entre fuertes sentimientos de angustia y culpabilidad, sin saber muy bien qué hacer. La adolescente es consciente de su falta de madurez y

de la carencia de medios para atender convenientemente al niño. Desearía verse libre del problema para evitar la vergüenza y conflictos familiares y sociales que debe afrontar.

Desde cualquier punto de vista, no es deseable un embarazo imprevisto, durante la adolescencia. Por lo general, altera profundamente el ritmo de vida de la joven que lo sufre. De ello se deduce, pues, la necesidad y conveniencia de una amplia información y puesta en práctica de medidas contraceptivas, si se quiere evitar mayores problemas a los jóvenes que deciden tener relaciones sexuales.

Muchos adolescentes mantienen ante la anticoncepción una actitud equívoca, aunque conocen el riesgo de embarazo a que se exponen con sus relaciones sexuales, no siempre disponen de las necesarias medidas preventivas.

Esto, también tiene lugar entre muchachos con información sobre la existencia y el uso de los medios anticonceptivos, lo que da cuenta de su inmadurez psicológica, pues no toman la responsabilidad en sus manos y dejan las posibles consecuencias al azar.

Varios motivos pueden explicar esta conducta inadecuada.

Para algunos adolescentes, usar algún método contraceptivos supone reconocer su deseo sexual y abandonar su imagen infantil de pureza e inocencia. Ese conocimiento puede desenterrar algunos conflictos o culpas inconscientes frente a la sexualidad. Por ello, levantan defensas y se niegan a afrontar la contracepción.

Otras adolescentes confían en su suerte y minimizan el riesgo de embarazo. Con un espíritu romántico, prefieren que sus relaciones sexuales parezcan improvisadas y espontáneas, obviando la contracepción.

Una razón ulterior puede radicar en la dificultad que encuentran muchas jóvenes para adquirir los anticonceptivos.

Los muchachos suelen desentenderse mucho más de la contracepción. Por lo general, suelen descansar la responsabilidad sobre la chica y no se esfuerzan en ampliar su información.

Es común entre las adolescentes la interrupción voluntaria del embarazo y generalmente se trata de fallas de la contracepción, defectos de información, falta de toma de conciencia, ambivalencia latente del deseo de embarazo.

Es importante señalar que no existe el anticonceptivo ideal. Cada método comporta sus propias ventajas, pero también sus inconvenientes, así como sus efectos secundarios.

De hecho, la anticoncepción, cualesquiera que sean las mejoras que se le puedan aportar, será siempre una sujeción impuesta al cuerpo. La información sobre las diferentes técnicas existentes debería permitir a los adolescentes hacer una elección lúcida del sistema anticonceptivo en función de sus necesidades y deseos, gracias a la diversidad, de los métodos que le son ofrecidos. Sea cual fuere el sistema elegido, deben tenerse en cuenta ciertas normas fundamentales válidas para todos los casos:

El método **D** sistema elegido debe tener un máximo de seguridad para que ambos puedan entregarse por completo sin reservas ni temor.

Tal procedimiento no debe perjudicar ni perturbar a ninguno durante el acto sexual. Como es lógico no debe ser perjudicial para la salud de ninguno de ellos y mucho menos para los hijos que más adelante puedan tener.

Tanto el hombre como la mujer deben tener la posibilidad de conservar -si así lo desean- su capacidad fecundadora para más adelante.

La responsabilidad del educador es la descripción e información de los métodos, visto que el adolescente, tiene el derecho de ser informado, sobre todos los sistemas anticonceptivos. La información debe ser amplia y completa.

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

Para diferenciar los métodos anticonceptivos según su función y contenido, se clasificaron de la siguiente manera:

Sistema de Anticoncepción Hormonal

Sistemas Mecánicos

Métodos Naturales o Biológicos

Sistemas Quirúrgicos

Métodos de Excepción

ANTICONCEPCION HORMONAL

Se describirá sucintamente, cuál es el mecanismo de la ovulación natural, y, qué diferencias se producen en la fisiología femenina cuando se ingieren hormonas artificiales:

El aparato reproductor de la mujer, está formado por dos ovarios, que son los encargados de producir las células sexuales u óvulos; las trompas de falopio, por donde se dirigen los óvulos en su descenso y que comunican los ovarios con el útero (también llamado matriz), cuya función esencial es la de anidar al óvulo una vez fecundado; la vagina viene inmediatamente después, y es el canal que establece un contacto de los órganos interiores con el exterior. Los ovarios una vez, cada 28 días aproximadamente, producen un óvulo, que es el que contiene la carga hereditaria de la mujer.

El proceso de la ovulación que comienza en la pubertad y termina con la menopausia, es la época denominada fértil. El óvulo que contiene la hormona estrógeno, es liberado hacia el 14 ó 15 día antes de la próxima regla, fenómeno que se conoce por el nombre de ovulación.

El folículo o vesícula que encierra a los óvulos, se transfería inmediatamente en el cuerpo lúteo (cuerpo amarillo), cuya importancia en el embarazo es decisiva, y desciende hasta las trompas de Falopio. Si durante las 24 ó 48 horas después de estos momentos se ha producido un contacto sexual, **IDS** espermatozooides pueden encontrarse con el óvulo y fecundarlo, mientras tanto en el interior del útero –endometrio– ya se ha preparado para ello, y si se ha llevado a cabo la fecundación lo anida, para que se desarrolle la nueva célula.

El cuerpo lúteo, sigue aumentando durante **IDS** meses siguientes y la progesterona (hormona) que produce, será encargada de formar la placenta, de la activación de las glándulas mamarias, así como de supervisar la ovulación y la menstruación.

El funcionamiento de los ovarios y sus ciclos tiene mucho que ver con una importante glándula situada en el cráneo llamada hipófisis. Esta glándula mediante sus hormonas (gonadotropinas), dirige y estimula las glándulas sexuales femeninas así como también las masculinas. Ella es, pues, la encargada de ordenar en su momento, la producción de estrógenos o progesterona, en todo el ciclo sexual de la mujer, que **resumiendo** sería así: durante la primera **fase** de maduración del óvulo, aumenta las cantidades de estrógenos, hasta aproximadamente el día 14 desde la primera aparición de la regla, que es cuando se produce la ovulación. En una segunda etapa disminuye el índice de estrógenos para producirse fundamentalmente la progesterona. Unos pocos días antes de llegar la menstruación sucede el descenso de las dos hormonas, y termina el ciclo. Todo esto corresponde al ciclo natural de la mujer.

El combinado de hormonas que lleva la píldora ejerce una acción directa sobre la hipófisis, simulando un embarazo para que no estimule a los ovarios y por tanto a las hormonas. Al no producirse la liberación del óvulo, no puede haber fecundación aunque existan los espermatozooides.

La anticoncepción hormonal se basa en el efecto **de** la **píldora**.

LA PILDORA

Desde su aparición, para 1960, las píldoras se han convertido en el método de control de natalidad más popular. Cuando se usan siguiendo las indicaciones del médico, los anticonceptivos orales son eficaces en un 99%. Además de esto son fáciles de usar, no interfieren de modo alguno con la relación sexual, son relativamente baratos, suelen provocar una menstruación más floja y a veces pueden atenuar los dolores menstruales. Varias clases de píldoras contienen hormonas sintéticas que son transportadas por la sangre a todo el cuerpo; actúan especialmente en la glándula pituitaria (la glándula rectora del organismo), en el cerebro, los ovarios; el útero y el cérvix. Normalmente, las hormonas que el cuerpo produce avisan cada mes al sistema cuándo llega el momento de liberar un óvulo del ovario. Pero cuando una mujer está embarazada, el equilibrio hormonal del cuerpo cambia y deja de darse la orden de liberación del óvulo cada mes. La píldora actúa de la misma forma. Las hormonas que contiene persuaden al sistema hormonal del cuerpo de que la mujer ya está embarazada. No obstante, sigue habiendo un flujo de sangre cada mes, porque el útero sabe que no hay ningún embarazo y continúa desprendiéndose de su revestimiento.

La píldora fue creada a partir de la síntesis de los derivados de la progesterona activos por vía oral. Bloquea la llegada de las ovulaciones mediante una puesta en reposo de los ovarios. Su función es modificar la composición hormonal del organismo provocando el cese de la ovulación.

El ovario estimulado por las gonadotropinas de origen hipotálamo-hipofisiario produce en cada ciclo un óvulo maduro y hormonas: estrógeno y progesterona. Esas hormonas ováricas regulan, a su vez, el funcionamiento del hipotálamo y de la hipófisis.

La píldora está compuesta de hormonas de síntesis próximas a aquellas que son segregadas por el ovario.

Un estrógeno (etinil-estrodol o sestranol)

Un progestativo de síntesis (equivalente de la progesterona)

Como se ve, en su composición técnica, la pildora es la unión de ciertas hormonas, en cantidades muy pequeñas, que actúan de la siguiente forma:

Sobre la hipófisis frenándola. La hipófisis es una glándula situada debajo del cerebro, en la base del cráneo y que controla el normal funcionamiento de los ovarios. El frenaje de la hipófisis acarrea naturalmente el frenaje de los ovarios. Frenan el hipotálamo y la hipófisis como lo harían las hormonas ováricas naturalmente.

Impidiendo la formación de óvulos en los ovarios, pues al no existir óvulos, no puede existir, por tanto, el embarazo.

Alterando los normales movimientos de las trompas uterinas, dificultando el transporte del óvulo -en caso de que por cualquier fallo anterior hubiera sido fecundado- hasta el útero para continuar allí su normal desarrollo. El óvulo, pues puede morir en las trompas.

Pérdida de la capacidad del útero para recibir el óvulo, dificultando su normal implantación y crecimiento.

Espesamiento del moco que habitualmente se encuentra en el cuello del útero, dificultando con ello la entrada de los espermatozoides, evitando por tanto la fecundación.

La toma de píldoras está codificada de forma que el bloqueo sea permanente: 21 días de píldora, 7 de descanso que permitan la puesta en «archa de las reglas», repetición durante 21 días y así sucesivamente.

Si el descanso se prolonga más de 7 días, el hipotálamo ya no es frenado y estimula de nuevo a la hipófisis, desencadenando así la reanudación del ciclo ovárico y el retorno de las ovulaciones. La píldora actúa igualmente sobre la viscosidad cervical haciéndola hostil a la penetración de los espermatozoides.

La elección de la pildora más adecuada para cada mujer, debe ser decidida por ella misma y por su médico después de una entrevista y examen completo que deberá incluir:

Explicación del modo de empleo de la pildora.

Descubrimiento de las contraindicaciones mediante un interrogatorio médico minucioso que abarque:

- t Una palpación de los senos.
- < Un examen con el espéculo para cerciorarse de la integridad del cuello del útero y de la ausencia de infección vaginal.
- I Un toque vaginal que determine la posición, el tamaño del útero y el estado de los anexos: trompas y ovarios. Debe incluirse, además, la toma de presión arterial.
- I Frotis vaginales de investigación que consiste en recoger, con la ayuda de una espátula, las secreciones del cuello y de la vagina. Estas, expuestas sobre una lámina de vidrio y examinadas al microscopio, permiten detectar si existen células anormales, signo de afección cancerosa o precancerosa.
- I Un análisis de sangre: dosificación de las grasas y el azúcar, cuyo aumento puede constituir contraindicación de la pildora.

Al término de la primera consulta y en ausencia de anomalías, el médico prescribe una pildora para una duración de tres ciclos, al cabo de los cuales una nueva consulta permitirá juzgar sobre la tolerancia de este producto. Seguidamente es deseable que las consultas se repitan cada seis meses.

Existen muchas clases de píldoras. Cada clase posee distintos potenciales químicos y tienen sus propias ventajas e inconvenientes. Se verán algunas de ellas:

- Píldoras Secuenciales

Se denominan así en razón de una secuencia en la administración de las hormonas.

i Los primeros comprimidos no encierran más que estrógeno (7 comprimidos ó 14 comprimidos).

I Los comprimidos siguientes comportan una asociación estrógeno-progestativo.

Por tanto tiene un clisa estrogénico dominante y son utilizadas en dos circunstancias:

t Cuando se desea una rápida reparación de la mucosa uterina (después de un parto, de un legrado, de aspiración endouterina por interrupción voluntaria del embarazo),

t Entre las mujeres que sufren de un acné tenaz.

Estas píldoras no deben ser utilizadas de forma prolongada, debido a su elevado contenido de estrógeno (considerado como responsable de la mayoría de los problemas atribuidos a la píldora) y a su eficacia más limitada (alrededor de un 98!).

Inversamente, ciertas píldoras contienen únicamente progestativos. Existen tres tipos según el modo de administración y la dosis:

t Las Micropíldoras

Constituidas por progestativos en dosis muy escasa. Su mecanismo de acción es diferente al de las píldoras asociadas: no bloquean la ovulación y ei

efecto anticonceptivo se ejerce esencialmente sobre la **Bucosidad** cervical, haciéndola inadecuada para el paso de los espermatozoides. Ofrecen una seguridad que las píldoras asociadas (un 98% aproximadamente) y tienen indicaciones limitadas: contraindicación formal a los estrógenos. Son tomadas sin periodo de interrupción a partir del primer día de las reglas, a horas muy regulares,

t Los Progestativos Discontinuos

Se trata de progestativos en dosis más fuertes que, absorbidos del quinto al veinticinco día del ciclo, tienen la propiedad de bloquear la ovulación. Son prescritos sólo a menudo a título terapéutico que anticonceptivo: fibrosis, afecciones benignas de seno, etc.

t La Píldora Trimestral

Se trata de progesterona retard, administrada en inyección intramuscular, cuya difusión se hace lentamente en un periodo de alrededor de 3 meses, y que bloquea la ovulación.

Presenta numerosos inconvenientes que limitan su empleo pese a su innegable aspecto práctico.

Píldoras Asociadas

Cada comprimido contiene las dos hormonas a lo largo de toda la plaqueta. Un estrógeno en la dosis de 60 microgramos por píldora y un progestativo de síntesis. Pueden tomarse desde el primer día del periodo y no es preciso adoptar precauciones adicionales. La protección contraceptiva es inmediata. Si la píldora empieza a tomarse el día quinto del periodo, entonces deben adoptarse precauciones adicionales durante 14 días antes de poder confiar en su poder contraceptivo. Es la más segura: impide la ovulación y fortalece la mucosa uterina con lo que la penetración de los espermatozoides se hace también más difícil.

Las Minipíldoras

Las píldoras de sólo progesterona, deben iniciarse el primer día del período y se requieren 14 días de protección adicional, antes de que la píldora sea efectiva del todo. No contienen estrógeno y sólo pequeñas cantidades de progesterona. La progesterona es una hormona sintética carecida a la hormona natural que producen los ovarios después de la ovulación. La ventaja de las minipíldoras es que contienen dosis más bajas de hormonas y, por tanto, interfieren menos con el sistema total.

Las minipíldoras tienen varios efectos distintos; hacen que el moco cervical sea más espeso y más pegajoso, dificultando así el paso del esperma hacia las trompas de Falopio. Además, la progesterona de las minipíldoras detiene el natural engrosamiento del endometrio y algunos especialistas creen que bajo la influencia de la progesterona las trompas se contraen más rápidamente, con lo cual dificultan el movimiento normal del óvulo.

Debe tomarse cada día sin falta. Si se olvida un día, es preciso usar un método de control de natalidad adicional.

Existen además las minipíldoras Bifásicas.

Los siete primeros comprimidos tienen 30 microgramos de estrógeno y un progestativo.

Los 14 siguientes 40 microgramos de estrógeno y un progestativo.

Las Píldoras combinadas de cada día

Deben tomarse desde el primer día del período y se han de observar precauciones adicionales durante 14 días. El motivo de esto, es que tales píldoras llevan siete comprimidos inactivos para que el número llegue a 28; esto ayuda a algunas mujeres a recordar que tienen que tomárselas.

La Pildora Mensual

Se toma el día 25 del ciclo, una sola vez, y contiene una mezcla de estrógeno de asimilación lenta y de progestágenos.

Los progestágenos provocan la descamación del endometrio y producen la menstruación. Los estrógenos se acumulan y se van liberando poco a poco inhibiendo la ovulación.

Cuando se elige alguno de estos tipos de píldoras como método contraceptivo, debe tenerse en cuenta la consulta médica, ya que su uso trae consigo, en algunas ocasiones, ciertos incidentes que hacen imprescindible su tratamiento; otros efectos secundarios son totalmente normales; al respecto se anotarán los siguientes:

Las náuseas

Sobrevienen esencialmente con las píldoras estándar y lo más frecuente suele ser que desaparezca espontáneamente, después de 2 ó 3 ciclos.

Es anómalo que se presenten cuando se usa la minipíldora.

Los senos adoloridos

Son frecuentes durante los primeros meses, después van mejorando. Si persisten, es recomendable optar una píldora de clima progestativo dominante.

Los desórdenes de la circulación venosa

Son raros con el empleo de las minipíldoras, pero, en caso de predisposición neta (piernas pesadas, várices, etc.) pueden constituir una contraindicación a la píldora.

Puede presentarse el caso de sangrar tomando la pildora- Estos sangrados no revisten gravedad y sobrevienen más a menudo con las minipildoras, en el curso de los primeros ciclos, pero también después de varios meses de utilización. No deben conducir a la interrupción de la plaqueta, porque ceden espontáneamente. Si persisten, se impone un examen ginecológico y pueden motivar el cambio de pildora.

El aumento de peso

Se da con las pildoras clásicas y se hace menos frecuente con las minipildoras. Muy a menudo están en juego otras causas: rechazo inconsciente de la pildora, modificación del modo de vida, desequilibrio alimentario.

Cloasma o máscara de embarazo

Consiste en la aparición de manchas pigmentadas sobre el rostro, que se acentúan con la exposición al sol.

Estos incidentes sobrevienen generalmente, al empleo de la anticoncepción oral. Pero existen circunstancias en las que debe descartarse total o parcialmente su empleo: es el caso de las contraindicaciones que pueden ser absolutas o relativas.

Se anotarán como contraindicaciones absolutas;

Hipertensión arterial.

Antecedentes de cáncer genital, senos, útero.

Enfermedades trombo-embólicas; flebitis, embolia pulmonar.

Accidentes vasculares cerebrales y accidentes oculares de origen vascular.

Hiperlipidemia: aumento de la tasa de colesterol y de los triglicéridos en la sangre.

Ciertas enfermedades hepáticas: ictericias congénitas o sobrevenidas durante el embarazo.

En lo que respecta a las contraindicaciones relativas se tienen:

Fibrosis uterina

Várices de miembros inferiores.

Desórdenes cardíacos.

Enfermedades neurológicas o psiquiátricas.

Obesidad y tabaquismo requieren una creciente vigilancia: tanto es así que la conjunción tabaco-píldora podría ser causa, estadísticamente, de un riesgo elevado de accidentes cardiovasculares entre las mujeres, especialmente después de los 40 años.

Pese a los inconvenientes que presenta la píldora es el sistema anticonceptivo de mayor eficacia, hasta el presente inigualada por los demás métodos, se mantiene en la primera fila de los procedimientos anticonceptivos.

Si se exceptúan las píldoras secuenciales y las micropíldoras, que conocen de uno a un dos por ciento de fracasos, las píldoras combinadas tienen una eficacia de un ciento por ciento.

Se insistirá, no obstante, sobre la necesidad de una toma regular

indispensable para la continuidad del bloqueo ovárico: esta regularidad se impone tanto más cuanto que la pildora esté más escasamente dosificada: así es como para las pildoras estándar se considera que un olvido de 24 horas no hace correr riesgo de embarazo, mientras que este plazo de seguridad es menor con las minipíldoras: de 4 a 12 horas según los autores.

Por las mismas razones, las minipíldoras deben ser comenzadas desde el primer día de las reglas, en tanto que las pildoras estándar lo son al quinto día.

La protección es entonces efectiva y permanente desde el primer ciclo, período de descanso incluido, a condición de que este descanso no exceda de siete días.

Ciertos medicamentos, administrados conjuntamente, disminuyen la eficacia de la pildora, aumentando la velocidad de eliminación de las hormonas: este es el caso de los barbitúricos (ciertos somníferos y anestésicos), de los antiepilépticos, de la rifampicina utilizada en la cura de la tuberculosis y, según estudios más recientes, de los anti-inflamatorios (taí como la aspirina en dosis prolongada).

Entonces está aconsejado cambiar de sistema anticonceptivo o reforzar, durante la duración del tratamiento, el efecto de la pildora con un método local (preservativo, espermicida, diafragma).

Los olvidos de la toma de la pildora son frecuentes y comprometen su eficacia. Pueden ser debidos, bien a una falta de organización, bien a un rechazo inconsciente de este sistema anticonceptivo. Como quiera que sea, imponen la prudencia (uso de preservativo, espermicidas) hasta el fin de la plaqueta. Este olvido debe ser recuperado en lo posible (repetición del comprimido olvidado), pero este incidente no debe conducir en ningún caso a la interrupción de la plaqueta. Igualmente se aconseja disponer de una plaqueta de repuesto para compensar la pérdida de una pildora o el rechazo de un comprimido a consecuencia de un vómito por ejemplo.

Igualmente la pildora es eficaz en la disminución de la abundancia y duración de las reglas, tanto más a medida que más dosis se tome de la pildora. Son reflejo de una menor estimulación de la mucosa uterina y no tienen ninguna repercusión sobre el organismo.

En caso de que la mujer desee descansar de la pildora, la plaqueta en curso debe ser terminada de todas formas. Después del descanso los ciclos continuarán su ritmo anterior a la toma de la pildora, pero en el curso de los tres primeros ciclos: los desplazamientos de la ovulación son frecuentes, explicando los retrasos de reglas comprobados a menudo al descansar de la pildora. En razón de estas irregularidades, el período fértil se hace imposible de determinar y los cálculos de fecha son suavemente aleatorios.

El temor de una repercusión sobre su fecundidad ulterior, es frecuentemente evocado por las usuarias de la pildora y, al parecer, tanto más cuanto más prolongada es la toma.

Los trastornos de ovulación, frecuentes al dejar de tomar la pildora, pueden retardar efectivamente la llegada de un embarazo; pero, en la mayoría de los casos, la ovulación recobra su ritmo normal tras algunos meses de latencia. A veces, sin embargo, los trastornos persisten; entonces es probable que existieran antes de la toma de la pildora, y de hecho, hayan sido enmascarados y no creados por ella. En ausencia de ovulación espontánea, se puede ser inducido a estimular la ovulación; pues en la actualidad se dispone de productos eficaces. Por tanto, no existe esterilidad definitiva creada por la pildora.

Igualmente, numerosas estadísticas efectuadas han permitido negar cualquier influencia de la pildora sobre malformaciones fetales.

Durante el empleo de la pildora, algunas mujeres se quejan de la disminución de la libido, sin embargo resulta plausible atribuir estos disturbios más a

un rechazo inconsciente de la pildora que a un efecto real, por cuanto estas perturbaciones son muy fluctuantes de una mujer a otra y en una misma mujer.

Existen mujeres que rechazan absolutamente la pildora anotando **estas** causas:

El aspecto secundario, producto psicico, suscita entre numerosas mujeres una auténtica desconfianza.

La supresión de los ciclos naturales y el bloqueo prolongado de las ovulaciones inquietan a las mujeres que sienten su cuerpo como extraño y desean recuperar su ritmo fisiológico.

Algunas mujeres la rechazan porque no soportan sus efectos secundarios.

Las adolescentes y mujeres jóvenes sanas no sufren efectos secundarios importantes al tomar la pildora, siempre que ésta haya sido prescrita adecuadamente. Pero esto debe ser el resultado de una efectiva asesoría médica, porque, siendo el principal efecto de la pildora poner en reposo el sistema hipotálamo-hipofiso-ovárico que inicia su funcionamiento cíclico en la pubertad, puede resultar perjudicial instaurar demasiado pronto este bloqueo, antes de que la evolución haya sido acabada. Por consiguiente parece preferible esperar, antes de la toma de cualquier pildora, a que haya transcurrido un año de reglas regulares y a veces, a precisar la autenticidad de las ovulaciones mediante una curva térmica practicada sobre 2 ó 3 ciclos.

Las mujeres mayores de 35 años también deben abstenerse del empleo de la pildora, debido a que en esta edad existe un mayor riesgo de trastornos por trombos.

La pildora contraceptiva se presta hoy a una curiosa paradoja: por una parte, es el centro de apasionados debates, por otra, se nota que es un tema que prácticamente nunca se aborda en presencia de los adolescentes, a quienes son de suma utilidad los conocimientos al respecto.

Las opiniones respecto a la pildora son casi siempre extremas: o apasionadamente en contra o apasionadamente a favor. Esta actitud se explica cuando se piensa que el uso de la pildora, pone en entredicho toda una concepción del amor y, por consiguiente, los fundamentos mismos de una sociedad: para unos la pildora resolverá la esclavitud y dará por resultado una humanidad liberada y feliz, para otros es el instrumento del vicio, la escalada del desenfreno y el placer.

Los adolescentes no parecen tener una posición seria y decidida al respecto; la toman como una opción entre otras posibilidades.

De hecho, el fondo del problema no es la pildora misma; no se puede razonablemente afirmar que sea capaz de resolver el problema del amor. Podría cuestionarse ¿En qué medida puede la pildora favorecer o perjudicar el desenvolvimiento total del hombre o de la mujer? ¿En qué medida puede favorecer, o por el contrario, impedir la toma de las responsabilidades en los adolescentes?

Lo que ciertamente está fuera de dudas es la necesidad de instaurar una educación sexual auténtica, ya que es un derecho que tienen todos los jóvenes,

SISTEMAS MECANICOS

Frente a los posibles efectos secundarios que la pildora hormonal tiene, muchas mujeres prefieren adoptar un sistema mecánico, que a pesar de no ofrecer un índice de seguridad tan absoluto tiene otras muchas ventajas. Por ejemplo la de no estar sometida a la toma diaria de una pastilla.

En líneas generales, todos los dispositivos intrauterinos alteran la mucosa del endometrio, impidiendo que el óvulo anide en la matriz.

La mayoría de los dispositivos llevan en su extremo inferior un hilo que pasa a

través del cuello uterino al borde superior de la vagina. Este hilo, además de servir para retirar el espiral, se usa para comprobar que está en posición correcta.

EL CONDON O PRESERVATIVO

Los condones son fundas de goma que se adaptan estrechamente al pene en erección. Protegen contra el embarazo al recoger todo el semen que el hombre eyacula e impiden que entre en la vagina. No existen riesgos ni razones médicas en la utilización de condones, son de venta libre en farmacias y no requieren examen previo. No entrañan modificaciones de los mecanismos fisiológicos y no tienen efectos secundarios.

Los condones aún siendo eficaces pueden interferir, en algunas ocasiones, en el placer sexual. Las razones más comunes que se dan para no utilizarlos son las siguientes:

Pueden reducir la sensación del pene en la vagina, lo que a menudo, es fuente de frustración.

Después de eyacular el hombre debe detener sus movimientos y retirar su pene o correría el riesgo de que se escaoase el condón y el semen se vertiese en la vagina; tanto el hombre como la mujer consideran esta interrupción del acto amoroso como una desventaja ya que perturba la armonía de la relación sexual.

Algunas parejas indican que están siempre pendientes del condón y que ello les impide ser naturales en sus contactos sexuales.

Ambos están preocupados por la rotura del condón en caso de un coito vigoroso.

El temor del fallo, por ser inmediatamente visible, es igualmente objeto de reservas con respecto al preservativo, algunas personas consideran esto una

ventaja.

Para la mayoría de los adolescentes el método preferible es el condón o preservativo. Las razones son en primer lugar de carácter médico: la adolescente pasa por un período de maduración fisiológica y anatómica después de la primera menstruación, en el cual, si en realidad es apta para el amor y el acto sexual, no lo es en la misma manera para la procreación y la crianza del niño. En este período mientras menos se interfiera en el proceso de maduración por medio de productos farmacéuticos, mejor es para el desarrollo de la joven.

El preservativo se utiliza solamente en el momento del acto sexual, y por lo tanto se ajusta a la situación del joven que normalmente tiene una actividad sexual esporádica. Obliga para su uso a la participación del varón y por tanto promueve la coparticipación de la responsabilidad contraceptiva.

El hecho de interrumpir la relación sexual, para colocarlo, presenta una alta limitación para los adolescentes cuyos conocimientos sexuales, son todavía de carácter experimental, inmaduros y sujetos a crítica y autocrítica con peligro de deterioro de la imagen que el joven tiene de sí mismo o de la pareja.

Otro obstáculo es el hecho de que el método es en realidad masculino y el varón está siempre menos motivado que la joven para la aceptación de la regulación de la fecundidad.

Hay dos tipos de condones: secos y con jalea, esta última actúa como lubricante.

Si es adoptado como método anticonceptivo, debe ser utilizado, como método local, en cada uno de los contactos, cualquiera que sea el período del ciclo de la mujer.

Debe ser colocado antes de la penetración, a fin de evitar el paso de los espermatozoides presentes en la uretra, incluso antes de la eyaculación.

La retirada de la vagina deberá ser rápida, porque, en el momento de la

detuaEscencia del pene, el esperaa corre el riesgo de derrabarse fuera del preservativo.

Las fallas de los preservativos se deben al hecho de que su utilización es inconstante y a menudo caprichosa: sin embargo los riesgos reales son escasos, excepto el caso de rompiaiento que raras veces se presenta. Además al fabricarlos son probados uno a uno mediante procedimientos electrónicos, para coaprobar su impermeabilidad.

Al ponérselo conviene tener cuidado para que no se introduzca aire entre el preservativo y el pene, ya gue las burbujas de aire pueden reventar la goma. Con los preservativos que tienen un espacio para recoger el esperma (reservoirs) hay que tener cuidado especial. El reservoir debe desenrollarse varias veces antes de ponerlo. Además ese espacio para la recogida del esperma es totalaente inútil, ya que en el preservativo hay sitio suficiente para el líquido espermático. Si se puede escoger, es mejor el preservativo sin reservoir.

Algunos creen que es más seguro usar un preservativo encima de otro. Pero no es así, todo lo contrario: durante el coito los dos preservativos se rompen fácilmente a causa del roce.

Cuando se ha quitado el preservativo usado, el pene se encuentra totalaente huaedecido de esperaa, que fácalaente puede ir a parar a las manos de ambos si se continúa el juego erótico. A tarvés de las manos, el esperma puede introducirse después en ia vagina, llegando hasta la matriz.

Si se va a continuar el juego erótico, es aconsejable que el hombre se lave cuidadosamente el pene y ias aanos, con ei fin de que la uretra quede totaiaente limpia de restos de esperma. Si se llega a un nuevo coito hay que usar **Dtro** preservativo.

Si se tiene relaciones sexuales con alguien que padece una enferaedad venérea y no lo sabe, un condón puede prevenir el contagio, ayuda a reducir el riesgo, pero no es una garantía.

DIAFRAGMAS

El diafragma es un objeto de goma en forma de cúpula con un borde flexible, que se coloca en la vagina detrás del hueso púbico. Se adapta perfectamente y cierra la abertura del cérvix (o cuello del útero) por completo. Si se coloca correctamente, el diafragma constituye una barrera que ayuda a evitar que el semen entre en el útero.

El diafragma debe usarse siempre con una crema espermicida, para destruir cualquier espermatozoide que pueda contactar con él.

Si la adolescente desea utilizar un diafragma debe ser examinada antes por su médico, para determinar la talla del diafragma que necesita, ya que **IDS** diafragmas se fabrican en distintos tamaños y tienen que ajustarse perfectamente, si se pretende que sean efectivos.

El diafragma debe ponerse en la vagina no más de dos horas antes del coito y dejarlo en su sitio hasta 6 y 8 horas después. Si se coloca o se quita demasiado pronto, la crema no hará todo el efecto debido.

Si se realiza el coito varias veces en un corto espacio de tiempo, es preciso añadir crema espermicida en la vagina, cerca del diafragma cada vez y sin moverlo. Esto se consigue fácilmente con la ayuda del aplicador.

Los diafragmas no tienen riesgos médicos.

Reúnen dos modos de acción: una barrera mecánica, por la membrana del látex que lo constituye, y una barrera química, por la utilización adecuada de crema espermicida.

Este método es uno de los más seguros siempre y cuando sea correctamente empleado y sobre todo en combinación con las cremas espermicidas, que además de actuar como lubricante, potencian considerablemente su acción anticonceptiva.

La eficacia del diafragma depende de su correcta posición y ajuste, para lo cual es indispensable utilizar el apropiado mediante la asesoría médica.

Determinadas costuras en el acto sexual, como la de la mujer en posición superior y la mecánica misma del coito, pueden hacer que se desplace ligeramente y algo de semen penetre en el interior del útero; esta es la causa más frecuente de los fallos.

Es importante tener en cuenta que como la vagina crece algo durante la pubertad y en los años posteriores, es conveniente controlar el tamaño del diafragma cada medio año.

Después de un parto o un aborto hay que tomar también las medidas otra vez, debido a que la vagina, con el tiempo, se hace algo quebradiza. En cualquier caso, hay que cambiar el diafragma una vez al año.

En comparación con el preservativo, el diafragma tiene la ventaja de que puede ser colocado varias horas antes del coito esperado o planeado, y que el compañero no lo nota normalmente en el acto sexual.

Su fabricación industrial data de principios del siglo XX y fue en Inglaterra donde primero se empleó.

No se recomienda su empleo en los siguientes casos:

La virginidad, al impedir el himen su colocación.

Un cuello uterino en mala posición: demasiado anterior o demasiado posterior.

Un parto reciente: hay que esperar a que la vagina y el útero hayan recuperado dimensiones estables antes de determinar el tamaño del diafragma.

Las infecciones cérvico-vaginales, que deberán ser previamente tratadas.

Existen, además causas para su poco empleo como son las siguientes:

Algunas mujeres se niegan a la simple acción de introducir los dedos en su vagina y se sienten desanimadas por las manipulaciones inherentes a este método.

El empleo del diafragma ocasiona a ciertas parejas un grado de incomodidad.

Puede entorpecer las primicias de las relaciones sexuales.

Su mantenimiento resulta embarazoso.

La imposibilidad del lavado vaginal después de la relación no es bien aceptada por algunas mujeres.

Este tipo de anticonceptivos promueve en los hombres una auténtica ansiedad. Se lamentan de estar incómodos con la cresa o por el propio diafragma sin que sea posible distinguir entre realidad e imaginación.

La complejidad de utilización de este método necesita una fuerte motivación y una visión muy positiva del mismo, por parte de la mujer.

Todos estos inconvenientes hacen del diafragma un método difícilmente enfocable como anticonceptivo permanente a largo plazo.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El DIU, esterilet o espiral es un aparato que se coloca por un largo tiempo en el interior del útero, y que mediante su acción mecánica o química supone una barrera ante los espermatozoides.

Antes de colocar un DIU, la mujer ha de pasar un examen médico. Existen diversas

ciases de DIU y su elección depende del resultado del exaamen, exigiendo para su colocación la intervención de personal especializado.

Los DIU de cobre pueden dejarse puestos durante 2 ó 3 años, mientras que los de plástico, tales como el asa de lippes, duran indefinidamente si no surgen otros problemas. Ninguna usuaria debe intentar quitarse el DIU ella misma ni volver a introducirlo. El médico puede sacarlo fácilmente si la mujer quiere probar a tener un hijo o cambiar de método anticonceptivo.

Se piensa que el DIU actúa produciendo una ligera inflamación en la pared interna del útero, llamada endometrio; la inflamación evita que pueda implantarse el óvulo fertilizado. Algunos expertos, no obstante, creen que **IDU** DIU producen una ligera distensión de las trompas de falopio, acelerando así el paso de los óvulos a lo largo de éstas, con lo cual se hace más difícil que el espermatocito fecunde.

En lo que respecta a la inserción que debe ser realizada por un médico, quien introduce suavemente un tubo especial para insertar el DIU a través de la vagina y del cérvix hasta dentro del útero. El DIU está enderezado dentro del tubo. Cuando éste se halla en la posición correcta, el médico suelta el DIU, el cual recupera su forma original dentro del útero. Se retira el tubo insertado, y el hilo o los hilos atados al final del DIU son recortados de forma que cuelguen a través del cérvix hasta la parte posterior de la vagina. Los hilos tienen que poder notarse claramente, para comprobar que el DIU se halla en su sitio y en su posición adecuada. Si no se nota el hilo o si parece estar más largo o más desplazado hacia adelante, hay que consultar al médico inmediatamente.

El DIU puede insertarse en muy pocos minutos; las molestias presentadas suelen ser debidas a que la mujer no está relajada. Si la mujer estaba preparada psicológicamente, puede superar fácilmente esta tensión. Si lo prefiere, puede tomarse un calmante después de la inserción. Algunas mujeres tienen contracciones uterinas y sangran un poco durante unos días o incluso una o dos semanas después de la colocación. Si el dolor que siente es intenso y la mujer sangra mucho, debe avisar inmediatamente al médico.

El DIU puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, pero la mayoría de los médicos prefieren hacerlo durante la regla, ya que en estos días el cuello de la matriz se expande, facilitando así su colocación y haciéndola menos dolorosa. Así mismo, se puede tener ya la certeza de que la mujer no está embarazada.

La cifra de fallos del dispositivo intrauterino es del 22 y no se sabe por qué se producen. Si hay un fallo es posible que ocurra una de las siguientes cosas:

En la mitad aproximadamente de los casos se producirá un aborto durante las primeras semanas del embarazo; los signos de que esto ha ocurrido serán unas contracciones intensas y una hemorragia parecida a una regla abundante; estos síntomas son más severos si el embarazo ha durado uno o dos meses.

El embarazo con un DIU colocado, ofrece muchas posibilidades de infección importante del útero. Si aparece una infección, el DIU debe ser extraído por el médico.

Si el embarazo es de menos de 12 semanas y si no existe infección, el médico puede intentar sacar el DIU sin dañar el feto, aunque es difícil, algunos médicos creen que es importante hacerlo para prevenir el riesgo de un aborto y de una infección posterior en el curso del embarazo. Si el dispositivo intrauterino no puede sacarse de esta manera, algunos médicos aconsejan que se interrumpa el embarazo, debido al riesgo de aborto y a los peligros de infección.

Algunos médicos dejan que el DIU siga en su sitio, controlan cuidadosamente a las madres y el embarazo y permiten que éste continúe. Ha habido nacimientos con el DIU colocado sin que hayan sufrido daño ni la madre ni el niño.

El dispositivo intrauterino tiene el efecto de impedir la fertilización de o impedir el desarrollo del óvulo fecundado.

Existen muchas clases de DIU como las siguientes:

- t El asa lippes que tiene forma de cuerno de carnero,
- t El saf-coil con forma de S al revés.

Así están hechos de plástico. Inflaman el endometrio pero lo hacen sin desprender ninguna sustancia. Su forma y serosa son suficientes para producir la inflamación. Pueden permanecer colocados indefinidamente.

I El Cooper 7

t El Cooper T

f Huítload Cooper 250

Estos tres últimos están hechos de plástico enrollado con hilo de cobre. Actúan desprendiendo constantemente pequeñas cantidades de cobre en el útero; el efecto del cobre consiste en mantener el endometrio inflamado y así hacer que éste no pueda acoger el óvulo fecundado. La cantidad de cobre liberado es mínima: menos de la que normalmente se tiene en el cuerpo procedente de los alimentos. No hay prueba de que esta adición tan pequeña de cobre sea perjudicial; de hecho ni siquiera aparece en las muestras de sangre. Deben reemplazarse cada dos años debido a que el cobre se agota.

- El progestasert: está en estudio y aún no es de fácil adquisición. Está hecho de plástico; desprende cantidades muy pequeñas de progesterona, la cual afecta al endometrio haciéndolo inadecuado para la implantación del óvulo

fertilizado. Debe cambiarse después de un año aproximadamente.

Estas son algunas ventajas del dispositivo intrauterino:

% Una vez colocado y comprobado debidamente es fiable

I No interfiere en modo alguno en la actividad sexual

* No interfiere con el sistema hormonal

! Bajo costo

En cuanto a las desventajas se anotan:

í En algunas veces el útero no aceptará un DIU; puede ser expulsado poco después de la inserción o salir con la primera regla después de haber sido colocado. Entre un 5 y un 10% de las mujeres, sobre todo las más jóvenes, y las que no han tenido hijos expulsan el DIU después de la primera inserción; de ahí que no sea muy recomendado para las adolescentes.

) Hay riesgos de infección en el útero, debido a la erosión progresiva que sufre la cavidad uterina, en las trompas de Falopio y en los ovarios.

í Existe un mayor riesgo de embarazo en las trompas de Falopio -embarazo ectópico-.

I Puede presentarse hemorragias prolongadas, lo que obligará a la extracción del DIU. Por ello las mujeres que anteriormente eran propensas a fuertes pérdidas durante la regla no estarán muy acertadas si eligen este método.

Muchas mujeres, sin embargo, pueden utilizar con éxito el DIU, pero

existen ciertas circunstancias en las que no es conveniente su empleo; es el caso de las contraindicaciones entre las que se destacan:

1 La existencia de embarazo, ya que es factible que provoque el aborto.

2 Infecciones pélvicas

3 Malformaciones uterinas, no se recomienda a la mujer que tiene el útero excesivamente doblado o prolapso.

4 Irregularidad menstrual de causa desconocida.

5 Existencia de problemas uterinos o vaginales, anemia o deficiencia en la coagulación sanguínea.

Todo esto es comprobado normalmente por los médicos antes de recomendar un tipo de DIU.

MÉTODOS QUÍMICOS

Los métodos químicos actúan destruyendo los espermatozoides o convirtiéndose en barreras infranqueables.

Es el caso de los espermicidas vaginales y las cremas anticonceptivas.

LOS ESPERMICIDAS VAGINALES

Los espermicidas están fabricados para evitar el embarazo de dos maneras:

Primero y más importante, contienen un producto químico de relativa seguridad (espermicidas), que mata el espermatozoide antes de que pueda alcanzar un óvulo.

En segundo lugar se extiende alrededor de la zona cervical y crean una barrera que impide que el espermatozoide entre en el cuello uterino.

La espuma, la crema y el gel se colocan en la vagina mediante un aplicador especial que se vende con el producto. Los pesarios espermicidas se colocan en la vagina con la mano.

Los espermicidas vaginales solos no son tan eficaces como los contraceptivos orales; el DIÚ, el diafragma o el condón, proporcionan distintos grados de protección contra el embarazo si se usan adecuadamente en cada coito. No han demostrado suponer riesgos para la salud ni tener efectos médicos colaterales. Son útiles especialmente para aquellas mujeres que realizan el coito con poca frecuencia. Además ofrecen cierta protección contra algunas enfermedades venéreas, como el herpes, y algunas infecciones vaginales; indudablemente si se usan junto con un preservativo, la protección aumenta.

Los imperativos de utilización a menudo son mal comprendidos: el lugar donde hay que hacer la colocación, el eventual plazo de latencia, la ausencia de lavado vaginal, después y/o antes de la colocación, su empleo constante cualquiera que sea la fecha del ciclo y repetido en caso de relaciones sucesivas. La no comprensión en la utilización de estos aspectos aumenta el porcentaje de fallos.

Su empleo hace imprescindible la necesidad de manipulación e interrumpen la continuidad del acto sexual.

«
Estos productos son caros y tal inconveniente es tenido muy en cuenta por los adolescentes.

Deben tenerse precauciones en la utilización de todos los espermicidas: deben ser utilizados durante todo el ciclo y colocados

antes de toda penetración. Es importante respetar el plazo de latencia propio de cada tipo.

Los lavados vaginales antes y después del empleo del espermicida coaproeten su eficacia; los lavados deben ser evitados durante ocho horas después del último contacto. De la misma forma, los tratamientos locales (óvulos anti-infecciosos) perjudican la eficacia de los espermicidas e lapiden su empleo durante el período de tratamiento.

Una dosis es eficaz por un solo contacto.

Los espermicidas en razón de su dificultad de empleo y de su discutida eficacia, aún no presentan las cualidades requeridas para constituir un método anticonceptivo a largo plazo. Es útil conocerlos y saberlos manejar para una eventualidad, siempre en espera de que los trabajos efectuados por diversos laboratorios farmacéuticos, creen en los próximos años nuevas preparaciones más manejables y seguras.

Como ya se anotó, los espermicidas se presentan en forma de cremas, gel, espuma, pesarios vaginales, etc.

Con respecto a la espuma anticonceptiva. Cuando se coloca bien, en lo alto de la vagina, actúa como un anticonceptivo porque contiene espermicida que mata el espermatozoide con el que está en contacto. Además, la espuma cubre la superficie del cérvix y hace de barrera, evitando que el espermatozoide alcance el óvulo y cause embarazo.

La espuma viene en aerosol y con un aplicador especial; se vende en envases de una o varias dosis (6, 20, 34 dosis) y también puede adquirirse en aplicador que ya contiene la dosis; debe guardarse fuera del calor. Después de usarlo, el aplicador de plástico se debe lavar con agua caliente. El tubo de espuma debe agitarse

vigorosamente para mezclar el producto químico con las burbujas. Después, el aplicador que viene con la espuma se lleva, se coloca bien adentro de la vagina y se extiende la esfuía alrededor del cérvix. Esto se hace echada boca arriba, para evitar que la espuma saiga de la vagina. Si se dan dos aplicaciones la protección es mayor. La espuma debe colocarse en la vagina 30 minutos antes del coito y debe mantenerse dentro durante 6 ó 8 horas después de la relación sexual. Cuando se realizan varios coitos en una misma sesión debe colocarse una nueva aplicación de espuma en la vagina antes de cada coito. Es el espermicida vaginal más eficaz. Cuando la espuma falla como contraceptivo, generalmente es debido a que se ha usado mal. Puede fallar si el aplicador no se coloca lo suficientemente adentro de la vagina, o si no se añade más espuma cada vez que se realiza el coito, cuando éste se realiza dos o más veces en un período corto; también puede fallar si la espuma se aplica más de 30 minutos antes del coito.

No se aconseja la ducha después de la relación, ya que es probable que destruya el poder espermicida de la espuma. Sólo después de 6 ó 8 horas puede acudir a lavarse si lo desea.

Otra clase de espermicida es la crema y gel anticonceptivos que previenen el embarazo del mismo modo, si se colocan debidamente en el fondo de la vagina antes de cada coito; cubren la abertura del cérvix, hacen de barrera y matan los espermatozoides que encuentren, pueden comprarse sin receta médica.

La crema y el gel anticonceptivos están envasados en tubos como la pasta dental y llevan un aplicador para asegurar el uso adecuado cada vez que se realiza el coito. El tubo de crema o gel y el aplicador tienen unas estrías, para así poderlos enroscar juntos y asegurarse de que el aplicador se llena correctamente.

Previamente al coito, pero no antes de 15 minutos, se llena el

aplicador y se inserta profundamente en la vagina, expandiéndose su contenido por el área cervical. La crema actuará como barrera impidiendo que el espermatozoide entre en el cérvix, y el espermicida que contiene, matará todo espermatozoide. Debe aplicarse cada vez que se realiza el coito y dejarse en su sitio 6 u 8 horas.

El índice de fracasos, es debido en parte a las usuarias: los errores más comunes son: poca profundidad en la aplicación de la crema o gel, caminar inmediatamente después de la inserción, lavarse antes de ocho horas, aplicarlos con excesiva antelación y no usarla antes de cada coito.

El pesario vaginal es un anillo de alambre que sujeta una fina goma tensada. El pesario cierra totalmente el paso del semen a la matriz, ya que se ajusta a las paredes de la vagina.

Cuando un pesario anticonceptivo es bien colocado con la mano en el fondo de la vagina, el calor del cuerpo hace que se derrita y desprenda un espermicida que mata al espermatozoide. La acción espermicida protege contra el embarazo, pero no perjudica el tejido vaginal.

Los pesarios vaginales anticonceptivos vienen en paquetes con cada pesario en un envoltorio separado, para extraerlo más fácilmente. Cada paquete posee instrucciones para su uso. Debe colocarse de 3 a 15 minutos antes del coito, tardan unos pocos minutos en disolverse del todo. Es importante insertar un pesario nuevo cada vez antes del coito y no lavar la vagina hasta pasadas ocho horas.

Cuando un pesario falla es por una de estas razones:

Poca profundidad en la inserción.

Realización del coito antes de disolver completamente.

No utilización de un pesario nuevo por cada coito.

Tardar demasiado en realizar el coito una vez colocado el pesario.

METODOS NATURALES

Planificación familiar natural es un término general que se usa para describir los métodos de control de natalidad, que no dependen de productos químicos ni barreras mecánicas.

Los métodos naturales de control de natalidad se basan en la premisa de que, si una pareja entiende el funcionamiento del cuerpo de la mujer y conoce las constantes que hay que controlar, sabrá cuando pueden realizar el coito sin peligro de embarazo. También sabrá detectar los períodos fértiles si desea procrear.

Un aspecto crucial en la elección de cualquier método de planificación familiar, es el recibir información sobre la manera en que actúan los métodos naturales, por parte de personal calificado.

El ritmo es el método natural mejor conocido; pero el método del moco cervical, de ovulación o de Billings está ganando importancia. Lo mismo, que el de la temperatura basal.

El coito interrumpido, es el método más antiguo en lo que respecta a contracepción.

METODO DEL RITMO

El método del ritmo requiere abstenerse periódicamente del coito. Su objetivo es evitarlo, cuando sea probable que ocurra la ovulación y limitarlo sólo a los períodos en que la mujer no es fértil. Las dos formas posibles de determinar cuando hay que abstenerse y cuando es

“seguro” realizarlo son: el método del calendario y el método de la temperatura basal, ambos pueden usarse solos o combinados.

El método del calendario es la técnica natural que exige que la mujer observe un control exacto de sus ciclos menstruales durante un año, como mínimo, antes de empezar a practicarlo. Este registro se hace para que la mujer pueda predecir su ciclo menstrual cada mes. Con ligeras variaciones la ovulación tiene lugar por lo general 14 días antes de la aparición de la próxima regla; por lo tanto, si una mujer regularmente tiene un ciclo de 28 días, es probable que ovule el día 14 del ciclo; si el periodo dura 24 días es factible que la ovulación se lleve a cabo el día 12. Si el ciclo es a un intervalo fijo, se ubica la mitad de período como fecha de ovulación.

Dado que los espermatozoides pueden permanecer vivos y activos durante tres días y dado que la viabilidad del óvulo es de un día, debe observarse abstinencia sexual varios días antes y después de la ovulación. Si por ejemplo la ovulación ocurre el día 14, la abstinencia sería desde el día séptimo hasta el día 20 aproximadamente.

Tiene grandes limitaciones como son el restringir el coito a días fijos y no a momentos de deseo y el exigir un estricto control del ciclo, lo mismo que una menstruación a intervalos fijos.

Los errores en el cálculo del método de Ogino se debe a ovulaciones espontáneas o factores emocionales, que perturban la dinámica de ciclo menstrual, actuando a través del sistema nervioso.

Su índice de inseguridad aumenta al tener en cuenta que la ovulación puede adelantarse o retrasarse, a causa de múltiples factores como una emoción violenta, estrés físico o psíquico, etc. También puede fallar por error en las cuentas del periodo.

Este método es poco adecuado para adolescentes, ya que, éstas generalmente tienen irregularidades **menstruales** tales como **anovulaciones** que hacen imposible el cálculo y vuelven definitivamente no confiable el método. Además es un método que implica un control bastante largo y una gran motivación, que difícilmente se encuentra en los jóvenes. Sin embargo, en muchas ocasiones, puede ser la única alternativa para el control de la natalidad.

METODO DE OVULACION

El **método** de ovulación, de Billings o del **moco** cervical plantea que en los días fértiles, la mujer produce una secreción mucosa, reconocible fácilmente. Esta secreción favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilita su entrada hasta el útero, debiendo abstenerse en ese período.

En un ciclo de duración media, tras la menstruación, no existe pérdida alguna, lo que Billings denomina días secos. Esto puede apreciarse con facilidad, aunque el interior de la vagina, como siempre, permanezca húmeda. El comienzo de la aparición del moco se conoce porque la sensación de sequedad desaparece y durante uno o dos días aparece un flujo oscuro, blanco o amarillo y de consistencia viscosa, hasta hacerse más claro y fluido. En estos momentos se aproxima la ovulación: el moco cervical se hace claro, fluido y elástico muy parecido a la clara del huevo.

Como se ha dicho, este método se basa en el hecho de que, desde el último día de una menstruación hasta el primer día de la siguiente, el moco cervical varía. La presencia de un determinado moco indica que la ovulación es inminente.

Las premisas fundamentales del método Billings son:

Durante unos pocos días después de la menstruación, el cérvix no

produce poco o, **SI ID** hace, es en cantidades «uy pequeñas; constituye una época relativamente segura para realizar el coito. Cuando asciende el nivel de estrógenos, el cérvix empieza a producir un moco claro y filamentosos; este tipo de moco es producido durante varios días y «arca un período fértil.

El día en el que se empieza a producir «moco más claro, indica que la ovulación tendrá lugar uno o dos días después; por lo tanto este día y los tres o cuatro siguientes deben ser de abstinencia, si la pareja sólo utiliza métodos naturales. Durante los días restantes, el espesor y el color más oscuro de «moco indican que la mujer se halla en un período seguro, no fértil.

Algunas parejas opinan que es un método complicado, ya que se requiere un control continuo del moco. Este método debe practicarse uno o dos «ses, antes de usarlo como anti conceptual. El estrés puede alterar la ovulación y cambiar, por lo tanto, la secuencia normal de los hechos; y las infecciones, los medicamentos, los spray, e incluso la ropa interior de colores, puede producir un tipo de flujo que haga «posible, el reconocimiento exacto del estado del moco. Las personas que utilizan el método de la ovulación, deben también aprender a distinguir entre los residuos del semen en la vagina y el moco cervical.

Es necesario un buen aprendizaje por parte de la mujer, hasta llegar a conocer con exactitud, cuando la secreción anuncia el período de fertilidad máxima.

Se deben evitar las relaciones sexuales, durante todo el período de la regla y desde el primer día de aparición, de un moco más transparente y elástico hasta cuatro días después. Las fechas fértiles serían, pasado ese período de cuatro días, hasta el final del ciclo, así como los denominados días secos.

Este método puede dar lugar a error, si no se sabe con certeza apreciar las secreciones vaginales, lo cual es difícil de no comprobarse científicamente o bajo microscopio. Por tanto su seguridad es muy relativa.

METODO DE LA TEMPERATURA BASAL

La temperatura debe registrarse, tras un período mínimo de seis horas de descanso, ya que la actividad puede alterar la curva de la temperatura. Debe utilizarse un termómetro especial, más fácil de leer que los termómetros ordinarios. La temperatura puede tomarse oral, rectal o vaginalmente, pero se debe hacer siempre de la misma manera durante varios meses, cada día. La temperatura se anota en unos papeles especiales que vienen con el termómetro. La gráfica suele mostrar casi la misma temperatura cada día hasta que se produce la ovulación, momento en el cual existe una ligera caída y después una elevación durante tres días aproximadamente. La elevación de la temperatura -debido a la liberación de hormonas luteinizantes- es pequeña, pero si se le lee con cuidado y se anota en la gráfica, es posible observarla; la mujer es fértil mientras su temperatura permanece alta. La temperatura desciende poco antes de la menstruación si no ha habido concepción.

Es evidente que cada mujer debe hacer la gráfica durante varios meses antes de practicar este método, para descubrir cual es el modelo específico de su organismo. Para algunas mujeres, esto resulta muy difícil, ya que la gráfica puede alterarse si se tiene fiebre u otra enfermedad. También puede alterarse si la mujer se levanta rápidamente de la cama y se toma la temperatura después.

Puede ocurrir que no se aprecia un aumento de la temperatura en todo el gráfico, lo que significaría que no se ha producido, en este caso, el desprendimiento del óvulo.

Se estima que su seguridad es superior a la de Oqino, pero tiene el inconveniente de limitar aún más los días de la actividad sexual, junto a las exigencias que supone tener que utilizar sistemáticamente el termómetro y observar el gráfico para interpretarlo.

Cualquier alteración, dolores, enfriamiento, tensión emocional, etc. deberán apuntarse también, ya que pueden dar lugar a una alteración en la temperatura.

EL COITO INTERRUPTO

Este método presenta cierta dificultad para su uso porque hay que interrumpir el acto sexual e implica por parte de la pareja una motivación muy fuerte y, un notable autocontrol de las sensaciones, porque de lo contrario, no puede evitar la introducción de unas gotas de semen en la vagina de la mujer y puede producir*? el embarazo coito de hecho sucede algunas veces.

De ser utilizado con mucha frecuencia puede llegar a causar sentimientos de insatisfacción psicológica que más adelante suelen interferir en la adaptación normal de la pareja.

El coito viene condicionado por reflejos automáticos: en el hombre, **IB** tensión sexual va seguida de erección, del coito, del orgasmo con eyaculación, del relajamiento del pene y del estado de éxtasis o somnolencia. El organismo ha sido creado para este proceso normal, si se le altera arbitrariamente y con frecuencia, si se convierte en un hábito, también se altera el mecanismo de **IDS** reflejos y sus reacciones se ven turbadas.

Con la interrupción del coito el pene se relaja antes de la eyaculación y su desarrollo se transforma en el siguiente proceso: interrupción, con debilitamiento de la facultad de erección,

eyaculación y orgasmo, todo esto, temprano o tarde, puede acarrear trastornos de vigor sexual que se revelan en una incapacidad de erección; el miembro no alcanza el vigor necesario para penetrar en la vagina, permaneciendo semirigido; el hombre sólo realiza el coito bajo una tensión constante de la voluntad conciente. No puede por lo tanto concentrarse en las reacciones de la mujer, sino que ha de observar atentamente las suyas propias.

Para la mujer también tienen consecuencias nocivas ya que al interrumpirse el coito se corta bruscamente su sensación crítica, su proximidad al orgasmo, que ya difícilmente sobreviene y puede provocar trastornos nerviosos, que conducen a la larga a una congestión de los genitales femeninos, en especial de los ovarios, ocasionando una afección permanente, posible causa de esterilidad. Ciertos fibromas uterinos que impiden el embarazo tienen su origen en el coito interrumpido. Los fallos y trastornos en la potencia femenina pueden surgir a causa de **ID** siguiente: la temerosa espera del orgasmo, es decir, la tensión conciente necesaria para saber cual es el momento apropiado para interrumpir el coito, es tan violento que impide a los centros nerviosos y al cerebro desarrollar correctamente la curva normal de excitación, y de esto es aplicable a ambos cónyuges. Ni el hombre ni la mujer pueden entregarse libremente en sus relaciones, porque el compañero está preocupado por retirarlo a tiempo y la esposa teme que no **ID** consiga.

El empleo de este método tiene grandes limitaciones y su eficiencia es parcial. En la mayoría de los casos, la causa principal de embarazo reside en que el hombre lleva en el pene semen fecundo, sean restos de una eyaculación anterior o bien de una preeyaculación, que se confunde con la secreción lubricante previa. En la uretra del hombre pueden quedar residuos de esperma que se mantienen vivos durante muchas horas y son expulsados con estas primeras gotas de secreción que no son todavía una eyaculación propiamente dicha.

Es un método muy insatisfactorio, la posibilidad de experimentar conjuntamente la unión sexual es muy difícil. Además, la repetición del coito sólo se puede llevar a cabo con un riesgo aún mayor, incluso en el caso de que el hombre se lave el pene y orine antes.

Se recomienda a los adolescentes, que si no tienen algún medio anticonceptivo a mano en una situación erótica, es más eficaz el conformarse con las caricias sin coito, en vez de practicar, con inseguridad e insatisfacción, el coitus interruptus.

Existen varias razones por las que determinadas parejas se deciden por los llamados métodos naturales. Entre ellas se destacan:

Por cuestiones religiosas, que sólo aceptan los métodos naturales y proscriben los demás.

Parejas que no pueden usar los métodos más corrientes de planeación familiar por razones económicas.

Preferencia especialmente por no tener efectos secundarios de ningún tipo.

Es el método más barato.

SISTEMAS QUIRURGICOS

La esterilización como método contraceptivo es de alta seguridad, y en la mayoría de los casos irreversible, lo que implica una profunda reflexión antes de tomar la determinación.

Muchas parejas se sienten más relajadas y espontáneas cuando se ha eliminado el temor del embarazo, porque el elemento de ansiedad provocado por un embarazo no deseado interfiere, a menudo, en el

funcionamiento sexual de las personas.

VASECTOMIA

Después de una vasectomía se sigue produciendo espermatozoides, pero estos no pueden ir más allá del punto quirúrgico y, por lo tanto, no es posible que ocasionen un embarazo.

Existen dos importantes puntos que destacar:

Es poco probable que una vasectomía pueda ser reversible.

La vasectomía no tendrá efectos adversos para la vida sexual.

Habrán erecciones, eyacuaciones y sentirán como antes. El deseo y el rendimiento no se verán reducidos en modo alguno. La única diferencia es que no podrá producir un embarazo, porque el semen ya no contiene espermatozoides.

Algunos hombres se preocupan porque creen que, al no salir espermatozoides, estos se acumularán en los testículos y los hincharán. Esto no ocurrirá, el esperma es absorbido, como cuando se está un tiempo sin eyacular, no habrá malestar ni hinchazón: todo se presentará como siempre.

La vasectomía es eficaz prácticamente en un 100% y casi no tiene riesgo físico si se realiza correctamente. Lo que se debe hacer es lo siguiente: los dos vasos deferentes deben ser cortados y sellados de manera que los espermatozoides no puedan llegar al pene. En primer lugar, el médico localiza el vaso a un lado del escroto y coloca una pequeña anestesia local en este sitio. La anestesia actúa rápidamente. Entonces el médico hace una pequeña incisión en el escroto, saca el vaso y corta un trozo aproximadamente de un centímetro. Los cabos son atados o cauterizados y se vuelven a colocar en el escroto. El mismo procedimiento se hace a continuación

en el otro lado del escroto. Normalmente la operación no dura más de treinta minutos y, por lo general, sólo produce ligeras molestias.

Si los dos vasos han sido sellados adecuadamente, no se abrirán ni se volverán a unir.

No es recomendable la vasectomía en casos de hernia, hipertensión, afecciones cardíacas, ya que cualquier intervención quirúrgica puede ser peligrosa.

La eyaculación del hombre es factible, aunque no existan espermatozoides, porque, éstos sólo constituyen el uno por ciento de la eyaculación. El otro 99 es líquido de la vesícula seminal y de la glándula prostática, que no son afectadas por la vasectomía. Estas siguen produciendo sus líquidos, y eso es lo que continúa saliendo por el pene cuando eyacula.

La vasectomía no proporciona una protección inmediata contra el embarazo. Los espermatozoides todavía están vivos y presentes en las vesículas seminales, próstata y glándulas de cooper, estructuras todas ellas que se hallan más allá del lugar de la intervención. Todos estos espermatozoides deben ser eyaculados para que su sistema reproductivo completo se halle libre de ellos. Por lo tanto, la pareja debe utilizar un método adicional de control de natalidad hasta que ya no evacule espermatozoides; esto es sabido mediante análisis de esperma. Es importante recordar que lo fundamental no es el tiempo que se tarde en hacer el coito sin protección después de una vasectomía, sino que lo decisivo es cuantas veces ha eyaculado para limpiar de espermatozoides su sistema reproductor.

La vasectomía equivale al ligamento de trompas en la mujer, y requiere tiempo para su verificación. Lo más frecuente es que un espermograma, tres meses después de la vasectomía, verifique la ausencia de espermatozoides en la eyaculación.

Un particular aspecto de la vasectomía parece ser subrayado: la posibilidad de conservación de espermatozoides; se hace por congelación, en los bancos de esperma, y permite mantener su poder fecundante durante unos cinco años. Así, si el hombre es esterilizado desea de nuevo un hijo, pueden ser ensayadas inseminaciones artificiales en la mujer con ayuda de espermios congelados. Hay que precisar, no obstante, que algunos espermatozoides pierden su poder fecundante en el momento de la congelación y que, por otra parte, las inseminaciones artificiales no siempre se ven coronadas con éxito.

La vasectomía es eficaz en un 99.2 de los casos, siendo debidas las fallas a repermabilización espontánea de los deferentes, de donde se desprende el interés del espermiograma de control unos meses después de la intervención.

La repermabilización quirúrgica es posible, mediante ajuste exterior por exteriorización de los segmentos restantes de los conductos deferentes.

Gracias a los progresos técnicos realizados en los últimos años (microcirugía), el restablecimiento de la continuidad parece conseguirse con frecuencia, pero el éxito de la repermabilización no es constante; el porcentaje de embarazo no va más allá del 30%, habiendo perdido el espermatozoide parte de su poder fecundante.

Frente a este método es importante las reservas de los propios hombres.

Parece que les cuesta aún más que a las mujeres disociar virilidad y fertilidad: sienten la vasectomía como una amenaza que pesa sobre su integridad física y la asocian a una castración simbólica, lo que puede conllevar a una disminución del deseo sexual.

Su preocupación ante el sentimiento de las mujeres que no son indiferentes a la esterilización masculina, ya que atenta contra su propio deseo de tener hijos, sobre todo cuando la decisión es tomada por el hombre unilateralmente.

Los testículos siguen funcionando normalmente y fabricando la testosterona, hormona masculina.

LIGADURAS DE TROMPAS

Hasta hace poco, la ligadura abdominal de trompas era el principal método utilizado para esterilizar a la mujer. Hoy existen varios métodos para cortar u obstruir las trompas: entre ellos:

Ligadura de Trompa abdominal

Se hace una incisión de unos 13 centímetros en el abdomen de la mujer para llegar al útero y las trompas; entonces se ata cada una de las trompas y se les corta un pedazo.

Esta es una cirugía mayor, con todos los riesgos y complicaciones que ello comporta, y requiere anestesia general, normalmente cinco días en el hospital y varios días de recuperación en casa. Puede hacerse en cualquier época, pero con frecuencia se realiza después del parto, o después de un aborto, cuando la mujer decide que no desea volver a quedar embarazada.

Ligaduras de trompas por laparoscopia

Se hace una pequeña incisión justo por debajo del ombligo. Por esta abertura el cirujano inserta una aguja con la cual se inyecta dióxido de carbono u óxido nitroso; esto hace que el

abdomen se expanda y que los órganos se desplacen de manera que el útero y las trompas de falopio se hagan más visibles. Luego, a través de la misma incisión, el médico inserta un laparoscopio -aparato que permite que la luz exterior ilumine los órganos internos- con un instrumento cauterizador, que permite sellar cada trompa de falopio. En lugar de cauterizar la trompa, algunos médicos la sellan con unas cintas o pinzas especiales, y otros cortan una parte de la trompa y después cauterizan los espacios libres. Entonces el cirujano retira los instrumentos, deja que el gas salga del cuerpo, cierra la incisión con un punto o dos y los cubre con un parche quirúrgico. Se hace con anestesia general; la recuperación es muy rápida y puede reemprenderse el coito cuando la mujer se sienta bien.

- MINILAPAROTOMIA

En este nuevo método de ligadura de trompas se hace una pequeña incisión de 4 a 5 centímetros de longitud justo por encima de la línea del vello púbico. Se inserta un instrumento en la vagina que eleva el útero hacia el lugar de la incisión. A través de ésta, el cirujano localiza las trompas de falopio y las corta o coloca unas ligaduras o aros alrededor de cada trompa para sellarlas. Luego se cose la incisión y se cubre con un parche. La minilaparotomía se hace en menos de 30 minutos y normalmente con anestesia local.

- Ligadura de trompas vaginal: esterilización colposcópica

El cirujano hace una pequeña incisión en la parte posterior de la vagina cerca del cérvix, para llegar así a las trompas de falopio. Se estiran ambas trompas a la vez a través de la incisión, se corta y se ata un trozo de cada una y se vuelven a

su posición habitual en el abdomen.

En este procedimiento se utiliza anestesia general. Por lo general la recuperación es rápida y se pueden reemprender muy pronto todas las actividades excepto el coito, que debe evitarse durante cuatro semanas para permitir una cicatrización adecuada. El mayor inconveniente de este método es la posibilidad de infección si alguna de las bacterias que normalmente están en la vagina, donde son beneficiosas, es transferida a las trompas, donde son perjudiciales. Con este procedimiento, los fallos son superiores a los de otros métodos de esterilización femenina.

La ligadura de trompas no es aconsejable en estos casos:

I Cuando se está o puede estar embarazada.

I Cuando se padece un problema médico serio, por ejemplo, afección cardíaca.

i Cuando se padece una afección activa de la matriz o de las trompas de falopio.

Todos estos aspectos deben ser discutidos con el médico antes de proceder a la esterilización.

Las ligaduras de trompas de cualquier clase se consideran permanentes: no interfieren en la menstruación ni provocan la menopausia.

Las demandas de repermabilización a menudo son provocadas por un acontecimiento familiar imprevisto (muerte accidental de un hijo); ponen al médico y a la mujer en una difícil situación porque las probabilidades de éxito son escasas.

Teóricamente es posible restablecer la permeabilidad de las trompas practicando una anastomosis (colocación extremo por extremo) de los segmentos restantes en el curso de una nueva intervención quirúrgica.

Las posibilidades de éxito de la reperfusión dependen de la técnica de esterilización utilizada anteriormente.

El porcentaje de embarazos obtenidos es escaso y agravado por otra parte, por el riesgo de embarazo extrauterino.

En efecto, la trompa puede recobrar una buena permeabilidad, sin que por ello recupere el papel que antes desempeñaba.

La esterilización tubar debe considerarse como un método definitivo y este carácter irreversible explica las numerosas reservas que provoca.

I Reservas médicas.

Ciertos cirujanos rechazan la esterilización tubar, excepto por un estado patológico: afección psiquiátrica grave, riesgo mayor a que se expone la salud de la mujer en caso de embarazo y riesgo genético para el feto.

Otros aceptan la esterilización por conveniencia personal, pero en casos muy precisos: mujer de más de 35 años, que tenga al menos tres hijos sanos en contexto familiar estable.

Otros en fin, la practican en forma más amplia cerciorándose previamente de que esta decisión haya sido

aaduraaente reflexionada y que todas las demás posibilidades de anticoncepción hayan sido ya estudiadas sin aportar solución válida.

Las reservas sódicas son tanto **sás** fuertes cuanto que, en la actualidad no existe legislación reglamentando la esterilización ni masculina ni femenina. Esta esterilización es **disparada** siempre por el código penal, a golpes, heridas y mutilaciones voluntarias.

> Las reservas femeninas.

Aun cuando la esterilización tubar sea elegida por la pareja y admitida por el médico, dar el paso resulta difícil debido a su carácter irreversible, en primer lugar, pero también por las propias condiciones de la intervención: hospitalización, anestesia.

Muy a menudo, la esterilización tubar, procura un alivio real a la mujer, que se encuentra finalmente liberada del peso de los anticonceptivos y de cualquier riesgo de embarazo en el futuro, conservando su ritmo fisiológico.

Sin embargo, esta esterilidad voluntaria bien vivida en su principio, puede suscitar más adelante un malestar latente.

En efecto, no es en absoluto lo mismo, no querer hijos que no poder concebirlos, y la mujer a veces siente la esterilización como un ataque a su feminidad.

Los mitos sobre la esterilización son muchos, he aquí algunos:

1 La esterilización reduce el impulso sexual de la persona y altera las hormonas.

I Los hombres pierden parte de su potencia física al ser esterilizados.

\$ Las mujeres reducen su feminidad al esterilizarse.

I La esterilización significa que la mujer pierde sus ovarios y el hombre sus testículos.

METODOS DE EXCEPCION

Se hará referencia a la pildora de la mañana siguiente.

La pildora de la mañana siguiente.

Consiste en la absorción de una dosis masiva de estrógeno en las 72 horas, a lo sumo, que siguen a una relación que se supone fecunda.

Su modo de acción no está claramente definido, actuaría a varios niveles perturbando la maduración del huevo fecundado, acelerando su paso en las trompas y modificando la mucosa uterina, haciendo la anidación imposible. Las regias pueden ser modificadas en su abundancia o su fecha de llegada.

Sus inconvenientes son múltiples:

\$ El plazo de acción es muy corto:

Transcurridas 72 horas después de una relación sexual supuestamente fecunda, la pildora del día siguiente queda sin efecto.

¡ Hay que tener en cuenta las mismas reservas que para

cualquier otra forma de estrógenos; por tanto, está contraindicada en casos de diabetes, hipertensión arterial, etc. en la misma medida que la pildora anticonceptiva.

i A menudo es mal tolerada por el organismo, debido a las fuertes dosis de estrógenos: náuseas, vómitos, vértigos, dolores de cabeza.

i Su eficacia no es absoluta, y en caso de fallo el embarazo prosigue.

t La acción de la pildora del día siguiente es de efímera duración y si la ovulación llega más tarde el riesgo de embarazo es total.

En razón de todos estos inconvenientes, la pildora del día siguiente no puede constituir más que un método de arreglo provisional, pese a todo, sin duda ha permitido evitar un cierto número de abortos.

Se debe tomar durante cinco días consecutivos, a partir del día siguiente del contacto sexual.

Es indispensable tener en cuenta que no es algo que pueda sustituir a la planificación familiar.

Es además, poco accesible, ya que sólo puede obtenerse en los grandes centros de planificación familiar.

En lo referente a las perspectivas futuras de la anticoncepción se anota que la demanda de los anticonceptivos evoluciona constantemente en el transcurso de los últimos años, paralelamente a las modificaciones socio económicas y al desmembramiento de las estructuras familiares.

Los cambios socioeconómicos impulsan cada día más a las mujeres a trabajar: en primer lugar, por una necesidad material, pero también por un deseo de autonomía; autonomía que pasa por una independencia financiera y por una realización personal: ser madre; ser madre y tener una profesión o tener una profesión. Para ello necesitan poseer medios que les permitan estar disponibles evitando la llegada imprevista de un embarazo.

En materia de anticonceptivos, la investigación científica se orienta actualmente hacia dos vías:

) La mejora de los procedimientos existentes para aumentar su tolerancia, eficacia e inocuidad. Se están experimentando esterilets portadores de progesterona, de medicamentos antihemorrágicos, etc.; igualmente están en estudio dispositivos intracervicales, que liberan a nivel del cuello de útero, espermadas cuya acción podría alcanzar una duración de varias semanas.

El enfoque de nuevos métodos anticonceptivos con otros puntos de impacto u otro modo de administración. Entre ellos se mencionan los siguientes:

Los anillos vaginales esteroides

Estos anillos, insertados en el fondo de la vagina por la usuaria y dejados allí, liberan localmente progestativos asociados o no a estrógenos. Su efecto se ejercería sobre la mucosidad cervical, a la que haría hostil el paso de los espermatozoides, y eventualmente la ovulación, según la dosis y el tiempo de los productos administrados.

Su utilización ofrecería ventajas con relación a los

anticonceptivos orales:

I Supresión de los inconvenientes unidos a la absorción por vía digestiva de hormonas de síntesis.

I Supresión de la obligación de la toma regular (y sin olvido) de una pastilla.

Están actualmente en experimentación y podrían ser efectivos en pocos años,

% **EL LHRH:** Esta hormona, segregada cíclicamente por el hipotálamo, tendría la propiedad de inhibir la hipófisis y por tanto, la ovulación cuando es administrada en forma continua.

Los **Estudios** actuales llevan la administración por vía nasal, en forma de spray. Los efectos secundarios parecen inexistentes hasta la fecha y la reversibilidad excelente.

I **La vacuna anticonceptiva**

Experimentada en la India, su principio es el siguiente; el desarrollo del huevo después de la anidación necesita la persistencia de la secreción ovárica de estrógeno y de progesterona. Esta secreción ovárica, a principio del embarazo, está bajo la dependencia de una hormona segregada por el propio huevo: la gonadotropina coriónica (HCG).

La vacuna antiembarazo entrafía la formación, por el organismo de la mujer, de sustancias que van a impedir la acción de esta gonadotropina coriónica; el mantenimiento del embarazo, se hace imposible, y él lo desde los primeros días de la anidación al sobrevenir las reglas normalmente.

Esta vacuna sería administrada en una inyección intramuscular y tendría una eficacia de un año.

Buedan por aclarar: la reversibilidad real en un tiempo dado de esta vacuna; la ausencia de reacciones cruzadas con otras sustancias hormonales segregadas por el organismo.

Respecto a la anticoncepción masculina química se hallan actualmente varios procedimientos en estudio:

El Gossypol

Extracto de raíz de algodón, utilizado en China desde hace algunos años, bloquea la producción de espermatozoides (espermatogénesis). Su grado de toxicidad no parece aún perfectamente dominado.

Sistema asociado con la toma regular de progestativos y de testosterona: (hormona masculina), que permite una inhibición de la espermatogénesis.

La experiencia se ha llevado a cabo entre un grupo restringido de hombres y por lo tanto carece de valor estadístico.

Los slips calientes

Este procedimiento, conocido con el nombre de hipertemia escrotal, consiste en elevar la temperatura de los testículos mediante un slip aislante y una aportación calórica intermitente.

Actualmente está en experimentación y ofrece prometedores resultados.

La contribución masculina a la planificación de los nacimientos es más importante de lo que a menudo se piensa.

La anticoncepción masculina parece corresponder a un afán de participación para que las mujeres no asuman solas tal responsabilidad.

De hecho, responde también a otra necesidad: los hombres también desean recuperar el dominio de su fertilidad, que les había sido vetado estos últimos años, por los métodos existentes, esencialmente femeninos.

Sin duda, esta voluntad emana de una evolución del hombre frente a su papel de padre: parece cada vez más que los hombres se implican en mayor grado y de modo diferente, en el momento del embarazo y del parto, asegurando una auténtica participación en la procreación.

La anticoncepción masculina, por tanto, puede ser una elección unilateral del hombre frente a su eventual paternidad.

4. RECOMENDACIONES PRACTICAS PARA LOS EDUCADORES

Aunque los hechos sexuales son valiosos por sí mismos, lo son mucho más si se consideran en su contexto: el individuo como persona total; por ello es necesario brindar a las personas una educación sexual que permita a hombres y mujeres la oportunidad de tomar sus propias decisiones con una base científica, que no trate de decir **ID** que se tiene que hacer, sino lo que verdaderamente se es y lo que se puede llegar a ser. Es función de la institución educativa preocuparse y encargarse de la difusión de la información sexual, valiéndose de los educadores, quienes conscientes de su misión han de cuestionarse su propia actitud frente a la sexualidad y capacitarse para llevar a cabo de una manera responsable y digna su labor.

Gran parte de los adolescentes llegan a esta etapa de su vida sin informados sobre la sexualidad. Esta desinformación se hace extensiva a sus padres, quienes no están preparados para consentir los hechos sexuales y pueden hallarse en dificultades para enfrentarlos y decidir cuando y cómo hacerlo: ¿Que palabras emplear? ¿Hasta que punto ser descriptivo con la sexualidad? ¿Encarlo desde un punto de vista científico, moral, o social? ¿O en que medida cada uno de ellos? Aunque mucha parte de esa carga se ve aliviada porque sus hijos han aprendido o se han apropiado de una versión de los "hechos de la vida" a través de otros chicos, mediante la observación del apareamiento de animales, en las clases de biología o libros que encuentran.

La instrucción sexual debía ser incluida como programa o parte de un programa del pñsum estudiantil, como ha ocurrido en muchos países, presentando resultados positivos para la prevención de venéreas y embarazos no deseados y como complemento de la educación general.

Siendo la escuela una institución pública, la decisión de establecer dicho programa debe ser emanada del Ministerio de Educación y podría

incluirse en el progreso de biología o comportamiento y salud, según el curso, o como asignatura única.

A su vez, la Secretaría de Educación debería dictar seminarios para **IDS** profesores de las materias arriba mencionadas, mediante sexólogos o personal altamente calificado, con el objeto de adquirir mayor capacitación sobre la sexualidad, para impartirla a los alumnos, dado que las aventuras sexuales de los adolescentes se hacen cada vez más frecuentes.

En tanto, los profesores podrían aprovechar la excelente ocasión que brinda el inicio de cursos de sexualidad para citar a los padres a reuniones, donde se discutirían los contenidos y se aceptarían sugerencias de los padres sobre la manera de enfocarlos.

Estos padres, mediante estas reuniones, comprobarían que han ampliado sus conocimientos sobre la sexualidad y, por este motivo, podrían hacer críticas constructivas, enfrentarse a las negativas y defender los derechos -incluso al profesor- de posibles agresiones. Los padres también podrían reforzar la educación formal en sus hogares y resolver interrogantes que el adolescente no se atreve a formular al educador ya que la biología del sexo y la reproducción, son parte esencial de la educación del adolescente, pero no son el todo en la preparación para una vida sexual satisfactoria,

A continuación se dan a conocer algunas recomendaciones prácticas útiles para todos los educadores:

- f Abandonar en lo posible, la concepción subjetiva personal del tema sexual y enfocarlo objetiva e imparcialmente. El educador no debe olvidar que es una figura muy importante para sus alumnos, quienes tienden -en ocasiones- a idealizarlo, a creer en su infalibilidad y a darle la razón, incluso contra sus concepciones. No tomar posición dogmática, permitir al joven formular sus propios conceptos basado en

los conocimientos científicos adquiridos.

- t Hablar de la sexualidad de acuerdo con el desarrollo psicosexual del educando. Esto hace imprescindible una preparación previa para adecuar el contenido que ha de transmitirse, pero no implica en ningún momento renunciar a su papel de adulto.
- I Tener una preparación tanto personal como académica, que lo capacite para hablar con seriedad sobre el tema y para responder y aclarar el mayor número de preguntas e inquietudes de los educandos.
- % Tener un gran respeto por el sistema de valores de los jóvenes y cuidarse de imponer el suyo; para este aspecto es de gran utilidad exponer varios puntos de vista de manera imparcial y objetiva.
- t Desarrollar en el aula una atmósfera sin tensiones, abierta y confortable, mediante una comunicación cálida y afectiva que permita a los estudiantes exponer sus puntos de vista sin temor a ser rechazados o censurados.
- f Hablar en términos científicos apropiados y conocer los que son de uso común en la comunidad.
- f Alentar y motivar una terminología sexual científica correcta, para lograr un entendimiento mutuo y enfatizar en la seriedad del tema.
- I Orientar a los padres de familia acerca de cómo educar sexualmente al niño en el hogar.
- \$ Instruir, en lo posible, grupos mixtos porque tienen la ventaja de que chicos y chicas oyen preguntas los unos de los otros y comprueban que la sexualidad es una responsabilidad conjunta.

Saber utilizar los métodos audiovisuales como medios eficaces de comprensión, motivación y aprendizaje del tema.

Para el caso concreto del presente audiovisual, han de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. Antes de proyectar es indispensable leer tanto el guión como el texto explicativo, a fin de tener una información y preparación previa a su difusión.

2. No transmitir todo el contenido del programa en una sola sesión, ya que esto impediría profundizar en los casos que fuesen necesarios.

3. Motivar a los alumnos para que pregunten y hagan los comentarios pertinentes en el momento que se les ocurra, aunque esto obligue a prolongar o suspender la proyección.

4. Acondicionar un lugar que permita a los jóvenes comodidad y predisposición para la mejor captación del programa.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, A. El problema del homosexualismo y otros estudios. Apolo, 1936
- ALONSO LOPEZ, P.L. El sexo. Bruguera, 1976
- ANDERSON, Richard y GERALD, Fausto. Psicología educativa. México, Trillas, 1979
- ANONIMO Confesiones de un ginecólogo. Brijalbo 1976
- ANONIMOS Y COLECTIVOS. Sexo sin límites. Bruguera, 1977
- ART2, R. Las citas sexuales, Vergil, 1976
- BANCROFT, J. Desviaciones de la conducta sexual. Fontanella, 1977
- BARANDIER, M. La sexualidad del adolescente. A. T. E., 1975
- BARNARD SAFFORD, Henry, Lo que toda mujer debe saber. Daiman de México S. A., 1977
- BASCOÛL GOUTTIER, Giola. Enciclopedia Salvat de la Salud. España, Salvat, 1962
- BEACH, Frank. Sexo y conducta. México, Siglo XXI S. A., 1970
- BEAVOIR, Simone de. El segundo sexo. London, New York, 1969
- BECK, Lester F. Educación Sexual para preadolescentes, 1966
- BERGE, A. La sexualidad hoy. Guadarrama, 1971
- BLASCO ROMERO, R. Las aberraciones sexuales. Telstar, 1970
- BONAPARTE, M. La sexualidad de la mujer. Península, 1971
- BERCHER, R. y SERCHER, E. Análisis a la respuesta sexual humana. México, Grijalbo, 1969
- CABA, P. Metafísica de los sexos humanos, Indice, 1956
- CALETTI, G. Sexo sin mitos. Oriens, 1974
- CARR, D.E. Los sexos. Bruguera, 1975
- CARRERA, Michael. Sexo. Círculo de Lectores, S. A., 1984
- CASTILLO, Gerardo. Los adolescentes y sus problemas. Segunda Ed. Pamolona, 1980
- CESAR, K. y SAPQNARQ, A. Enciclopedia de la vida sexual y conyugal. De Vecchi, S. A., 1971
- COHEN, Jean y otros. La vie sexuelle. Hachette, Paris, 1973
- COMFORT, Alex. La sexualidad en la sociedad actual. Buenos Aires, Hormé,

Paidós S. A., 1966

COMFDRT, y Jane. El adolescente, sexualidad vida y crecimiento. Barcelona, Bume, 1980

COSTA CLAVELL, J. El sexo en la política. Telstar, 1971

COSTA CLAVELL, J. El sexo y su influencia en la historia. Telstar, 1969

CLEASQN, Bent H. Información sexual para jóvenes. Lóguez, 1981

CHOLETTE PEREUSSE, F. La sexualidad explicada a los hijos. A.T.E., 1975

CHURCHILL, H. Comportamiento homosexual entre varones. México, Brijalbo, 1969

DAVID, M. La sexualidad en la adolescencia. 5 ed. Buenos Aires, Hormé, 1971

DE LOS RIOS, Alfredo. Relaciones entre padres e hijos. Medellín, Universidad de Antioquia, 1982

DELEUX, José. El nacimiento de un niño. Barcelona, Salvat, 1971

DUBOIS CABALLERO. Huevas técnicas sexuales. A.T.E., 1975

ECHAVARRIA ALONSO, C. Sexualidad reprimida. Petronio, 1976

ERICKSON, E.H. Infancia y sociedad. Paidós, 1959

FIRKEL HARIN6, n. La sexualidad en el amor. Ediciones Nacionales. Círculo de Lectores, Edinal Ltda. Bogotá, 1980

FORD, C. Conducta sexual de los animales inferiores al hombre. Fontanella, 1969

FQUCDULT, Michel. Historia de la sexualidad. México, Siglo XXI, 1977

FREUD, Sigmund. Obras completas

FRIED, E. y FRIED, P. El gran libro del sexo. El Mueble, 1969

CARNIER, G. La sexualidad de la mujer en cinta. A.T.E., 1975

GAUDEFROY, M. Estudios de sexología. Herder, 1968

6IANINI BELOTTI, Elena. Nosotras las niñas. Corporación Educativa. San Pablo. Medellín, 1977

GIRALDO NEIRA, Octavio. Explorando las sexualidades humanas. México, Trillas, 1983

GUTIERREZ, Virginia. Familia y cultura en Colombia. Bogotá, Instituto de la Cultura, 1975

GRINDER, Robert E. Adoiesencia. México, Limusa, 1982

6RUEBER, J. Iniciación a la vida sexual. Petronio, S.A., 1976

- HASS, Aarón. Sexualidad y adolescencia. Barcelona, Buenos Aires, México, Brijalbo, 1981
- HERRERO PAMPLIEBA, J. Sexo, embarazo y parto. Bruño, 1975
- HYDE, Henry Van Ziee. Educación médica y planificación familiar, c.c. **MP, 1973**
- HQVILLON, CH. Sexualidad. Omega S.A., 1971
- KATCHADOURIAN, Herant A. La sexualidad humana. Fondo de Cultura Económica. México, 1983
- KONING, F. Hombre y mujer. Bruguera, 1975
- KONING, F. Eros. Bruguera, 1976
- KONING, F. Educación e higiene sexual. Bruguera, 1973
- KONING, F. El sexo sin lágrimas. Bruguera, 1975
- KLEIN, Melania. Nuevas direcciones en psicoanálisis: la significación de conflicto infantil en la pauta de la conducta adulta. Buenos Aires, Paidós, 1972
- LALLIER, A. El sexo, el placer y vuestra salud. A.T.E., 1976
- LEIF, Joseph y DELAY, Jean. Psicología y educación del adolescente. Buenos Aires, Kapeluzs, 1971
- LEMAIRE, Jean. Terapias de pareja. Buenos Aires. Amorrortu, 1971
- LEIST, M.H. La angustia ante el sexo. Herder, 1977
- LEJEUNE, Claude. Pedagogía de la educación sexual. Agudev, 1979
- LEVINSON, J. Sexualidad e intimidad. Cedro, 1976
- LOPEZ IBOR, J. El libro de la vida sexual. Danae, 1973
- LQWE, Sordon R. El desarrollo de la personalidad: de la infancia a la senectud. Madrid, Alianza, 1972
- MARAÑÓN, G. Ensayos sobre la vida sexual. Espasa-Caipe. Madrid, 1960
- MARTIN VISIL, J.L. Un sexo llamado débil. Juventud, 1975
- MARTINI, J.C. Sexualidad sana. Bruguera, 1976
- MASANA, J. El fenómeno de la homosexualidad. Nova Terra, 1971
- MASTERS, W. y JOHNSON, V. El vínculo del placer, 2 ed. México, Brijalbo, 1977
- MEAD, Margaret. Sexo y temperamento. 26 ed. Buenos Aires, Paidós, 1961
- MONROY DE VELASCO, Anameli. Nuestros niños y el sexo. Pax-México, 1970
- MONROY DE VELASCO. Anameli y DIAZ PLIEGO, Bustavo. Tu desarrollo hacia

La adolescencia. Pax-Kéxico, 1977
 MONROY DE VELASCO, Anameli. El educador y la sexualidad humana. Pax-Héxico, 1980
 MONTESSORI, H. La mente absorbente dei niño. España, Araluce, 1971
 MORRIS. Desnond. El zoo humano. Plaza y Janés, 1975
 NOBUER MORE, J. Estudios sobre la diferenciación psicofísica de los sexos. Librería de ciencias médicas, 1951
 PALAU, L. Sexo y juventud. Clie, 1976
 PIASET, Jean. El criterio moral en el niño. Barcelona, Fontanella, 1971
 PIETRO, M. Higiene sexual. Molino, S.A., 1969
 REICH, üiihelm. La lucha sexual de los jóvenes. Buenos Aires, Granica, 1972
 REICHE, R. La sexualidad y la lucha de clases. Seix y Barral, 1969
 REISS, I.L. Hacia una sexualidad racional. Fontanella, 1969
 ROBINSON, Ch. y Laura. Educación sexual y conyugal. Mensajero, 1976
 RODRIGUEZ LAZARO, J. El instinto sexual y su aberraciones. Anceo, 1975
 ROCHEBLAVE – SPENLE, Anne-sarie. El adolescente y su mundo. Barcelona, Herder, 1978
 SANCHEZ PASCUAL, E. Sexo y droga. Villar, 1976
 SERRANO VICENS, R. La sexualidad femenina. Jucar, 1975
 SCHEIMANN, E. La salud por el sexo. Avié, S.A., 1976
 SPITZ, R. El primer año de vida del niño. Aguilar, 1973
 TAYLOR, Donald L. El desarrollo sexual humano, perspectivas de la educación sexual. México, Eriutex, 1973
 TAYLOR, W. C. Un sexo intermedio. Picazo, 1976
 THIBON, Gustave. La crisis moderna riel amor. 2 ed. Barcelona. Fontanella, 1976
 TILMANN, K. Educación de la sexualidad. Herder, 1936
 TORDÜMAN, Giibert y otros. La vie sexuelle, Hachette, París, 1973
 TERELLO BARENYS, J.B. Sexo y personalidad. Universidad de Navarra, 1975
 TULLMAN, Adulf. Vida amorosa de los pueblos naturales. Círculo de lectores. Barcelona, Valencia, 34, 1971
 TUNNADINE, Prudence y otros, Ei mundo de ia pareja, Planeta Colombiana S.A. Bogotá, 1984

UBALDE MERINO, J. Fontanella, 1973

ULLERSTAM, L. Las ainorlas eróticas. México. Brijalbo. 1967

VILLAR 6AVIRIA, Alvaro. El niño, otro oprimido. Bogotá, Peñaloza, 1975

VILLE, Claude. Biología. México, Nueva Editorial Interaamericana S. A., 1974

WALL, W. D. Educación constructiva para los adolescentes, 1981

WALLENSTEIN, Antón. Educación del niño y del adolescente, 1964

WILLY, A. y C. Janont. Enigaas de 1a sexualidad. Daiaon, 1971

WILLY, Jurg. La pareja huaana: relación y conflicto.

WRITZEN, J. El sexo no es pecado. Clie, 1976

GUIÓN TEXTUADO

"EL SEXO Y TÚ" – GUIÓN LITERARIO PARA AUDIOVISUAL

CONTROL: SUELTA TEMA (Lp 23-154 CI-21)/SOSTIENE 72"/A MIXER IA los 70" 16' 24" EMPATA FONDO) (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12)

LOC.: (13) Nos adentraremos en el panorama de la consejería referida a las etapas de la inducción que puede recibir un joven sobre esos aspectos del sexo, que siendo delicados de por sí (14) pueden ser tratados con claridad para eliminar leyendas y mitos y deformaciones sobre un tema de tanta importancia en la vida de relación del ser humano.

(15) La primera parte de este trabajo está centrada en la pre y pubertad como fases que anteceden a la adolescencia (16) y abarca una descripción tanto del aspecto biológico como del psicológico de estas etapas.

(Pausa)

(17) Las necesidades de establecer una relación clara y racional entre la orientación y la consejería (18) con un segmento poblacional importante como son los adolescentes de ambos sexos (19) y en sus etapas previas, de plenitud del cambio y conductas posteriores a ellas (20) nos llevaron a proponer el desarrollo de una unidad-audiovisual didáctica que abarcara las características de esta edad del ser humano: (21) para lo cual adelantamos procesos del marco teórico, la investigación conceptual (22) y la búsqueda de información sobre la existencia de este tipo de material; (23) permitiéndonos hacer las formulaciones metodológicas para el saneamiento del tema lo cual nos llevó a presentar dos formas de imagen (24) la imagen viva.... (Pausa 4").... (25) y la imagen ilustrada en razón a limitaciones ineludibles y para poder lograr claridad en el concepto y en la inducción.

CONTROL: RAFABA 2º A KIXER

LQC.: ¡2fo! Iniciamos nuestro recorrido por la pubertad, período manifiesto en los dos sexos por el aumento rápido de estatura (27) y la aparición incipiente de los caracteres sexuales secundarios, (28) desarrollo de las Gónadas, aparición del vello púbico y axilar para llegar a la pubertad donde se desarrollan los caracteres psíquicos y somáticos propios de cada sexo: (29) este período concluye con la maduración fisiológica que trae consigo la capacidad copulatoria y reproductora,

(30) Estos cambios biológicos están regulados por la acción Quimiofisiológica que se desencadena en el organismo a causa de la acción hormonal producida por el sistema endocrino: (31) es el caso de la Hipófisis, situada en la base del encéfalo y de capital importancia tanto por su proximidad a los centros nerviosos que regulan las funciones vitales, como su acción rectora sobre otras glándulas, (32) También las Suprarrenales situadas sobre los riñones, con influencia hormonal en el temperamento y el carácter, (33) participando en el proceso de diferenciación sexual con la producción de cantidades variables de numerosas hormonas sexuales; (34) la Tiroides situada en el cuello sobre la glotis, controla el metabolismo corporal y sólo en casos de alteración produce efectos sexuales secundarios: (35) bajo la Tiroides se encuentran las Paratiroides, cuatro glándulas diminutas cuya función principal y autónoma es regular el aprovechamiento del calcio y del fósforo por parte del organismo, (36) Otra glándula es el Timo, situado detrás del esternón, tiene relación con el crecimiento, sufre una atrofia progresiva hacia la pubertad de acuerdo con el desarrollo de las Glándulas Sexuales. (37) Las Gónadas son órganos encargados de segregar hormonas de gran valor biológico para las demás glándulas y el organismo en su totalidad: son los Ovarios y los Testículos. (38) La producción de hormonas a pesar de existir desde la infancia, se aumenta durante la pubertad condicionada en su cantidad y tipo por el sexo del individuo. (39) Cada sexo tiene su morfología diferente manifestada en los caracteres sexuales primarios que están determinados por el aparato

genital externo del sujeto.

CONTROL: RAFAGA 2"/A HIXER

LDC.: (40) El **Aparato Benital Masculino**, situado en la porción inferior de la pelvis tiene una función triple: es el órgano de la cópula: (41) de la perpetuación de la especie mediante la emisión de espermatozoides y pertenece al aparato urinario para la exnulsión de la orina, (42) Está conformado por el **Pene** de forma cilíndrica con un extremo ligeramente abultado -el glándula- recubierto por el preucio, una membrana elástica que se repliega hasta el cuello del pene durante la erección: (43) cuando su elasticidad no es suficiente produce dolores durante la erección y la cópula; (44) y en algunos casos su longitud impide la higiene creando inflamaciones dolorosas preocupantes para el adolescente, obligando a practicar, quirúrgicamente, la Circuncisión, (45) Debajo del pene se sitúa el **Escroto** que tiene la misifln reguladora de la temperatura del testículo, para que éste realice la función generadora de espermatozoides -la espermatogénesis-, (46) Los **testículos** son de forma ovoide, están rodeados de numerosas cubiertas protectoras, forman espermatozoides y hormonas sexuales que intervienen en el desarrollo corporal y psíquico. (47) Adheridos a la superficie del testículo están los **Epidídimos**, donde se almacenan y maduran los espermatozoides recién generados, (48) se prolongan para formar los conductos o **vasos deferentes**, que desde la parte posterior del testículo impulsan la esperma hacia los conductos eyaculadores. (49) Por debajo de la vejiga urinaria se encuentran las **Vesículas Seminales**, pequeños saquitos cuya misión es fabricar un líquido viscoso que estimula el movimiento de los espermatozoides; (50) la **Glándula Prostática**: órgano único y sólido, en su interior se unen los conductos urinarios y seminales confluendo (51) los **Conductos Eyaculadores** formados por los extremos de los canales deferentes unidos a los conductos de las vesículas seminales. (52) Existen además las **Glándulas de Cowper**, dos diminutos órganos secretores de un líquido que neutraliza los residuos de orina, preparando el paso del semen (53) a través de la **uretra** que sale de la vejiga, atraviesa la próstata y luego de un travecto membranoso entra en el pene hasta desembocar

en una abertura llamada Meato Urinario.

CONTROL: RAFAGA 2' / A MIXER.

LQC.: (54) Hemos hecho una descripción general del aparato sexual masculino, abordemos ahora los caracteres sexuales primarios femeninos. (55) El aparato genital femenino exterior recibe el nombre genérico de **Vulva**, su función –al igual que los senos– es más erógena que sexual. (56) Está conformada por los **Labios Mayores**, pliegues cutáneo-pilosos situados a cada lado de la endadura vulvar, recubierto de vellos a partir de la pubertad: (57) así mismo el monte púbico o **Monte de Venus**, porción de la piel que recubre los huesos púbicos y que es de epidermis sensible.

(58) En el interior de los labios mayores están los **Labios Menores** que son formaciones mucocutáneas, con abundantes glándulas sebáceas: (59) en su parte delantera se dividen en dos repliegues, uno posterior que forma la orquilla y uno anterior que forma el prepucio del **Clitoris**, (60) órgano pequeño, eréctil, cuya estructura recuerda la del pene y posee gran sensibilidad, (61) Al separar los labios menores se ve el **Vestíbulo** donde se abren el meato urinario y el orificio vaginal que está recubierto a poca distancia por el **Himen**, (62) membrana que presenta perforaciones para permitir la evacuación del flujo durante la menstruación; ella puede romperse durante el primer contacto sexual o en el parto. (63) En la parte media del vestíbulo se encuentra la **Uretra** que tiene una misión exclusivamente urinaria y sólo comprende la parte membranosa diferenciándose del varón. (64) Uniendo la vulva con el aparato genital interno se encuentra la **Vagina**, tubo muscular-membranoso sumamente extensible recubierto por mucosas con muchos pliegues transversales; (65) en su extremo posterior está el **Cérvix** o cuello del útero con capacidad de extenderse para permitir el paso del bebé durante el parto, (66) En la porción terminal hallamos el **Útero** o matriz, órgano muscular recubierto por el endometrio, donde se aloja el óvulo fecundado; (67) de su parte superior se derivan las trompas de Falopio que llevan el **óvulo** maduro hacia el interior del útero luego de recogerlo de los ovarios, (68) que son dos pequeñas glándulas mixtas situadas a ambos lados de la matriz, compuestas por folículos que contienen

las células reproductoras; (69) tienen como función la expulsión del óvulo -ovogénesis- y la secreción de hormonas, (70) Incluidas en el vestíbulo están las **Glándulas de Bartholin** cuya acción es lubricante, aunque actualmente se discute la validez de esa función,

CONTROL: RFEBA 2"/ A «IXER

LOC.: (71) Sin que tengan una connotación estrictamente sexual están los **Senos** y las glándulas mamarias pertenecientes a los **Caracteres Sexuales Secundarios*** (72) tienen una triple función; proporcionan placer erótico.(73) desempeñan un papel importante en la imagen de la mujer y son el medio de alimentación del bebé.

(74) Fuera de los órganos genitales descritos anteriormente, todas las demás diferencias morfológicas entre el hombre y la mujer constituyen los **Caracteres Sexuales Secundarios.**

(75) La confusión hormonal-fisiológica que ha ocurrido durante los cambios biológicos, tanto internos como externos, de la pubertad, tienen dos **acontecimientos Culminantes** que indican una madurez sexual real, (76) la primera menstruación o menarquia, en la mujer, y la primera eyaculación en el hombre.

(77) La respuesta psicológica a todos estos cambios sucedidos en la evolución humana forma parte de la **Identidad Sexual** que es la convicción íntima que nos hace sentir, masculinos...femeninos... o ambivalentes.

(78) Para lograr una **Identificación Sexual**, el niño se apropia de modelos transfiriéndose total o parcialmente en el modelo elegido. (79) Esto induce al individuo a desempeñar un **Rol Sexual**, que es el conjunto de comportamientos, palabras y acciones que significan el grado de conformidad de la persona en su expresión social (80) con eso que la cultura considera adecuado a su sexo, creando los **Estereotipos Sexuales** (81) que son expectativas fijadas sobre características y comportamientos establecidos por los miembros de una cultura dada; (82) dichos patrones pueden ser

válidos para algunos más no para todos los integrantes de la comunidad.

(B3) Cerramos aquí la primera parte de esta inducción en la cual se hizo énfasis en los aspectos descriptivos de la ore y la pubertad en sus componentes biológico y psicológico (84) pues consideramos la enorme necesidad de darle toda la claridad posible a este sector del tema.

CONTROL: SUBE FONDO / MEZCLA TEMA / SOSTIENE 10" ! DESVANECE A FINAL.

CONTROL: SUELTA TEMA / SOSTIENE 10" / MEZCLA FONDO i A HIXER (1)

LOC.: (2) La segunda parte del Sexo y Tu, está dedicada en su totalidad a la **Adolescencia** y comprende una descripción general de esta etapa, (3) así como el tratamiento de los conflictos psicosexuales. La interacción sexual, la embriología y la anticoncepción,

(4) Hasta el momento hemos abordado el desarrollo psicofisiológico de la pubertad. Nos centraremos ahora en la etapa de la adolescencia, (5) donde se acentúa el desarrollo mental, emocional y físico, que genera un fuerte impulso sexual (6) y una considerable dosis de ansiedad respecto al deseo físico, la capacidad sexual y el papel social a desempeñar. (7) Es precisamente debido a estas ansiedades y al deseo de autoafirmarse que aparecen los **Conflictos Psicosexuales** en la adolescencia; (8) a la par que la confrontación de lo que **Quiere** y eso que la cultura le determine como permisible o no... presentándose situaciones conflictivas (9) ante la **Masturbación** u obtención de placer mediante el auto-erotismo vivido por los jóvenes de ambos sexos de manera desconcertante (10) ya que crea sentimientos de culpa debido a las tendencias represivas de los adultos que adjudican a esta práctica toda clase de consecuencias negativas para el sujeto. (11) Otro fenómeno conflictivo es la **Menstruación** que puede ser vivida por la joven de manera traumática como una amenaza para la salud e integridad física (12) por ignorar que se trata de un proceso biológico natural de eliminación de la mucosa que recubre el endometrio para nutrir el posible óvulo fecundado.

(13) Aludimos además a la **Pornografía**, que es la representación de acciones sexuales por medio de palabras o imágenes (14) que persiguen como finalidad obtener un beneficio económico para el productor y la excitación del lector y el espectador, (15) generando en los adolescentes fantasías y aumento de sensaciones internas que pueden llevarlos a tomar una posición errónea frente a sus vivencias sexuales.

CONTROL: RAFAGA 2"/ A MIXER

LQC.: (16) Otro fenómeno preocupante para el adolescente es la carencia de información sexual básica sobre las **enfermedades transmitidas sexualmente** hecho que crea temores acerca de las prácticas sexuales; (17) de estas enfermedades las más comunes son: La **Bonorrea** o Blenorragia, producida por un gonococo, que afecta especialmente los tejidos mucosos, órganos genitales y urinarios,

(18) La **Sífilis** que es una enfermedad altamente contagiosa producida por el Treponema Pallidum; se adquiere por contacto bucosenital o por coito: (19) produce una llaga llamada Chancro que suele encontrarse en las mucosas, el pene, la vulva y el ano. (20) El **Granuloma Inguinal** o venéreo es producido por los cuerpos de Donovan, se adquiere por contacto sexual y es más frecuente en los hombres; afecta los genitales y el ano.

(21) Se conoce además la **Tricomoniasis** producida por el germen llamado Trichomonas Vaginalis que presenta en las mujeres una secreción espumosa con un olor muy desagradable, (22) los hombres pueden tener secreciones en el pene y ambos sexos pueden manifestar dolor al orinar. (23) Aludimos también al **Linfagranuloma Venéreo** causado por la Chlamydia que se introduce por la piel o la membrana mucosa, produce fiebre, dolores y molestias en las articulaciones.

(24) Nos referimos a la **Monilia** o Candidiasis que afecta más a las mujeres que a los hombres. Manifiesta una piquiña en la vagina, grietas en el tejido vaginal y descarga vaginal a veces dolorosa: (25) los hombres pueden presentar piquiña e irritación en el pene y escroto, aunque generalmente son asintomáticos, (26) Por el contrario en la **Uretritis no específica** la mujer regularmente es asintomática; el hombre presenta una secreción del pene fina y lamosa, piquiña alrededor del meato y dificultad al orinar, (27) Comúnmente se presenta la **Vaginitis** o infección de la vagina que tiene como síntomas dolor, escozor y una secreción de olor desagradable, (28) Es causada por bacterias adquiridas por el empleo de Sprys Vaginales, Tampones

o cremas anticonceptivas.

(29) Otra enfermedad transmitida sexualmente es la **Verruga Benital** o Condiloma producida por un virus: crece separadamente o en grupos alrededor de la vagina, el cérvix, el ano, el glande o el cuerno del pene.

(30) Se conoce también el **Chancroide** que es una infección aguda de los genitales externos. Sus signos son llagas blandas y dolorosas que generalmente aparecen en el pene o en las cercanías del ano. (31) Se transmite por contacto con el pus de esta llaga; el virus causante es el hemophilus ducreyi.

(32) Debido a la deficiencia de tratamiento clínico, muchas de las **enfermedades anteriormente** descritas pueden causar otras enfermedades; (33) es el caso de la **Enfermedad inflamatoria de la pelvis** que es causada por la **bacteria** de la gonorrea o por muchos agentes no gonocócicos: (34) su **Síntomatología** es dolor en el vientre, en las piernas, en la espalda y **hemorragias prolongadas.**

(35) Es también conocido el **Herpes** causado por un virus que afecta las membranas mucosas y la piel. Se conocen: el Herpes Simple I (36) y el Herpes Simple II o genital, que presenta llagas en la vulva, paredes vaginales y el cérvix. En el hombre estas llagas están debajo del preucio, en el pene y en la uretra. (37) Son bien conocidos los **Piojos Púbicos** o Ladillas adoiridos por relaciones sexuales o por contacto con prendas infectadas; viven en el pelo, pubis o axilas y producen mucha piquiña.

(38) La enfermedad transmitida sexualmente más recientemente dictaminada es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, **SIDA**, producida por un agente desconocido que ataca y destruye todos los mecanismos de defensa del cuerpo (39) haciéndolo vulnerable a cualquier enfermedad que puede ser mortal. Como sintomatología presenta: fiebres recurrentes, pérdida de peso y energía, diarrea y placas en la boca y la garganta.

CONTROL: RAFAGA 2' / A MIXER

LOC.: (40) Pese a las situaciones de conflicto vividas por el adolescente en su camino a la madurez, (41) el joven siente que sus deseos sexuales y su búsqueda de afecto, le hacen necesario establecer relaciones personales con sus semejantes. (42) Las expectativas y ansiedades del adolescente le incitan pues, a la participación de encuentros erótico-afectivos de diversa índole, (43) que pueden iniciarse en las **caricias sin coito** -llamado netting- que incluyen toda clase de juegos y contactos físicos para obtener una excitación erótica intensa dirigida a satisfacer el ímpulso sexual; (44) el petting termina cuando cotienza ia cópula que en las relaciones heterosexuales incluye todos los juegos sexuales encaminados a procurarse un placer por aedio del cuerpo (45) y en particular de los órganos genitales del sexo opuesto. Estos juegos sexuales pueden ser un fin en sí usaos o servir de preámbulo para la relación sexual.

(46) Es posible que el adolescente desee **relaciones hoosexuales** coao aedio de exploración, afirmación y desahogo de las tensiones físicas, sin que ésto implique que lo sea. (47) Otro medio explorativo de la propia sexualidad es la **Masturbación** aediante la cual el joven descubre su capacidad de proporcionarse placer sexual a aedida que establece un aedio de conocimiento en cuanto a ser sexuado oue es. (48) el complemento afectivo del sexo, **el acor**, peralte la plenitud de un contacto íntimo que no se agota en la función del orgasmo, sino que antecede y prosigue después del mismo. (49) la pareja sentimentalmente ligada hace acopio de su propip sentiaiento para aumentar sus fantasías y el placer que puede derivarse de una relación sexual, (50) ya que ei **Coito** conduce a la aáxiaa unión concebible entre dos seres huanos. (51) La conjunción psicosoaática sexual es una acción personal trascendente en cuanto eapieza a ir aás allá de uno aismo en la donación que se hace de su propia intiaidad.

CONTROL: RAFAGA 2" / A MIXER

LOC.: (52) Paralelamente al aspecto psicoafectivo del coito, coexiste el factor orocreativo oue la copulación isplica entre dos seres sexualaente aptos.

(53) Tratando de reducir en lo posible, este intento encaminado a mostrar el proceso de la gestación, (54) partimos de la **fecundación** consiste en la penetración del espermatozoide en el interior del óvulo y en la fusión de los núcleos. (55) Se realiza en la Trompa de Falopio originando el **Embarazo** que es el estado de la reproducción comprendida entre el momento de la fecundación y el nacimiento, (56) Es un proceso progresivo y continuo de aproximadamente tres trimestres; durante el **Primero** la futura madre detecta la interrupción del período menstrual -alrededor de la primera **Quincena** de la fecundación- (57) el óvulo fecundado se fija en el útero y empieza a multiplicarse rápidamente para formar el embrión cuyo corazón empieza a funcionar al final de este período. (58) En el **segundo trimestre** aumenta la pigmentación de la areola y el volumen de los senos, apareciendo a veces, las manchas del embarazo; el feto aumenta de tamaño, se consolida la estructura cardíaca y surge un sistema nervioso rudimentario. (59) A medida que transcurre el tercer trimestre la prominencia del vientre es claramente perceptible y se presentan señales de agotamiento en la madre; (60) el feto es ya claramente humano y sus movimientos presentan gran potencia; las cavidades del corazón están perfectamente delimitadas. (61) Durante el período de gestación puede presentarse el **aborto** o interrupción del embarazo cuando el embrión todavía no está en condiciones de sobrevivir fuera del seno materno produciéndose esto por causas naturales o provocado artificialmente. (62) Si el embarazo no presenta problemas llega hasta el momento del **Parto** que es la conclusión de una gravidez normal; durante este período los músculos del útero se contraen y los de la vagina y el cérvix se dilatan para expulsar el feto. (63) El parto comprende varias fases, siendo la última el alumbramiento, esto es, la salida de la placenta y de las membranas. (64) Con esta breve exposición culminamos la función procreativa del sexo.

Pero como es sabido, la relación sexual pueda estar encaminada solamente a una comunicación e intercambio personal que excluya los fines reproductivos; (65) por esta razón, la especie humana, desde tiempos remotos, hace acopio de sistemas contraceptivos o **anticoncepción**: estando la vida sexual, hoy inseparablemente unida a los problemas de la prevención de hijos no

deseados. (66) En cuanto se llega a la madurez sexual puede haber fecundación que se controla con los métodos anticonceptivos, existiendo en la actualidad múltiples formas de control natal. (67) Es el caso de la **anticoncepción hormonal** basada en la utilización de hormonas sintetizadas químicamente, cuya función es impedir la producción de células sexuales. (68) Dentro de este grupo se encuentra la **Píldora**, que con sus componentes altera el funcionamiento hormonal impidiendo la fecundación. Es el método más eficaz de los conocidos actualmente. (69) De otro lado existen **Métodos mecánicos**, los cuales, mediante la implantación de suplementos, inciden en el encuentro de las células sexuales, o actúan como barreras infranqueables. (70) Dentro de este grupo se encuentra el **Condón** o Preservativo que es una envoltura muy fina que se coloca sobre el Pene en erección, para retener el semen: es un método relativamente seguro y fácil de conseguir. (71) Un panel similar desempeña el **Diafragma** compuesto por una caparazón de goma con un anillo elástico alrededor, que se implanta en el **Cérvix** y que impide el encuentro de las células sexuales. Debe combinarse con cremas vaginales. (72) Existen además, los **dispositivos intrauterinos** que requieren la colocación de una pequeña cinta de plástico denominada DIU, en la cavidad uterina, para impedir que el óvulo, fecundado se fije en la mucosa. (73) Debe ser colocado por el médico y cambiarse cada tres años: ofrece una protección constante. (74) Por otra parte la ciencia moderna ha desarrollado **Métodos químicos** que actúan destruyendo los espermios, y es el caso (75) de los **Espemicidas Vaginales** que son productos que se colocan en la vagina alrededor de la zona cervical antes del coito. (76) Forman una capa gelatinosa que se encarga de inutilizar a los espermios, recomendándose emplear este método en combinación con el diafragma o con el preservativo.

CONTROL: RAFABA 2V ft HIJER

LOC. i (77) Junto a los métodos relativamente nuevos, se encuentran los métodos naturales o biológicos que exigen una rigurosa disciplina por parte de las parejas que los practican. (78) Se hace necesario que los ciclos menstruales sean regulares, tener un estricto control de la temperatura y un análisis del moco cervical. Pertenecen a este grupo el **Método del Ritmo** (79) que se basa en el estudio del ciclo menstrual y se funda en la teoría que la mujer

sólo puede quedar embarazada en los días que coinciden con la ovulación, por tanto debe haber abstinencia durante este período,

180! Es también conocido el **Método de la ovulación**, tfe Billings o del moco cervical fundamentado en que los días fértiles de la mujer se caracterizan por la producción de una secreción mucosa fácilmente reconocible. (81) Esta secreción favorece la supervivencia de los espermatozoides y facilita su entrada hasta el útero, debiendo abstenerse en este período,

(82) Existe además el método de la **Temperatura Basal**, fundamentado en que durante la ovulación la temperatura de la mujer disminuye ligeramente, (83) inmediatamente después la temperatura asciende y el óvulo empieza a desintegrarse impidiendo ser fecundado. Este método exige un registro diario y estricto de la temperatura. (84) Por último aludimos al **Coito Interruptus** que exige que cuando el varón nota que está a punto de producirse la eyaculación debe retirar el pene y eyacular fuera de la vagina evitando de esta forma que el semen penetre,

(85) Los métodos anticonceptivos anteriormente descritos son todos reversibles, es decir, actúan sólo de forma temporal.

(86) En la actualidad existen además los **métodos quirúrgicos** que permiten ocluir o extirpar el conducto espermático en el hombre -la Vasectomía- y las trompas en la mujer -Ginectomía-. (87) Esta operación interrumpe la función reproductiva evitando que el hombre engendre o que la mujer conciba, en ambos casos de forma permanente. (88) En el caso **de la mujer**, la **ligadura de Trompas**, consiste en interrumpir la continuidad de la trompa, cortando, bloqueando o taponándola, a fin de impedir el paso del óvulo y su fecundación. Casi siempre es irreversible. (89) De otro lado, en el hombre, -la **Vasectomía**- exige una técnica que consiste en el corte y ligadura de los tubos que transportan el espermatozoide. Generalmente es irreversible.

(90) Como aspecto final de este tema hacemos referencia a los **Métodos de Excepción** que se utilizan sólo cuando existe sospecha de gravidez o embarazo.

CONTROL: RAFAGA 3"/ A MIXER

LOC.: (91) Hemos presentado aspectos fundamentales de la sexualidad que todo joven debe conocer para lograr una mejor comprensión de las transformaciones tanto físicas (92) como psíquicas que le ocurren durante el periodo de la adolescencia.....(93) Este conocimiento le ayudará a vivir su sexualidad de manera responsable y libre, permitiéndole integrar sus experiencias sexuales (94) en un todo armónico dentro de su personalidad; (PAUSA).....favoreciendo así mismo sus factores de relación con los otros individuos de su grupo.

(95) Los cuestionamientos que se dan en el joven en sus procesos de cambio requieren -entonces- de informaciones básicas para apoyarse en la búsqueda (96) de claridad en la respuesta a sus interrogantes.....(PAUSA).

(97) Finalmente debemos manifestar nuestro agradecimiento a las personas y entidades sin cuya colaboración y ayuda no habríamos podido culminar este plan de inducción (98) que esperamos sirva de punto de partida para elaboración de otros proyectos que incluyen las etapas complementarias de la adolescencia. (99)

(100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110)

CONTROL: SUBE FONDO/ SOSTIENE 8"/ MEZCLA TEMA/ SOSTIENE 1'36"/ DESVANECE LENTO A FINAL.

(110)