

*Fundación Mexicana
para la Lucha
contra el Sida A.C.*

**Guía básica
sobre Adolescencia,
Salud Sexual e ITS**

Rubén David Alvarado Jiménez

Ciudad de México, 2013

La reimpresión de este material fue posible gracias al financiamiento recibido a través de Johnson & Johnson S.A. de C.V. (México); Fundación Mexicana para la lucha contra el sida A.C., desde 1987 ha contribuido en la prevención de ITS y la atención integral de poblaciones clave.

Se autoriza la reproducción de este material educativo, siempre y cuando se cite la fuente.

El contenido de este material es responsabilidad de David Alvarado coordinador general del proyecto; el proceso de selección fue apoyado por Alicia Popoca, Evelyn Montiel y Marco Medina; la captura de texto fue gracias a Fernando Gutiérrez.

Concepto gráfico: Claudia Martínez · clamaru@mac.com

Guía básica sobre la adolescencia, salud sexual e ITS

**Proyecto: ¿Y tú, quién eres?
Promoviendo una sexualidad más segura
en jóvenes de la ciudad de México.**

Financiado por
Johnson & Johnson S.A. de C.V. (México)

Coordinador:
Rubén David Alvarado Jiménez

Educadores:
*Marco Antonio Medina Figueroa
Yanet Evelyn Montiel Neria*

Agradecimientos

Al equipo de Fundasida

*Psic. Yanet Evelyn Montiel Neria,
Educ. Marco Medina Figueroa,
C.D. Rubén Flores Peña,
Lic. Jorge Alfredo Muñoz Martínez,
Tan. Fernando Gutiérrez Ogarrio.*

Agradecemos la asesoría de:

*Dr. Luis Alberto Maldonado González,
Dr. Ubaldo Ramos Alamillo.*

Contenido

- 06 I. Presentación
- 09 II. Sexo, sexualidad y género
 - 14 Homosexualidad y bisexualidad
 - 17 Familia y roles de género
- 22 III. Acerca de la adolescencia
 - 26 Cambios corporales
 - 31 Enamoramiento y pareja
- 38 IV. Salud sexual
 - 39 ¿Qué hay sobre la masturbación?
 - 41 La anticoncepción
- 47 V. Infecciones de transmisión sexual
 - 51 Manejo sintomático de las infecciones de transmisión Sexual (ITS)
- 55 VI. Derechos sexuales de las y los jóvenes
- 59 VII. Glosario
- 61 VIII. Para leer más...

1. Presentación

A raíz de la declaración de UNGASS (Declaración de Compromisos asumidos en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas) en 2001, se crea el compromiso mundial de aplicar planes nacionales en respuesta al sida en los países más afectados, la meta era reducir hasta en un 25% la prevalencia de infección por VIH entre jóvenes de 15 a 24 años para el 2005; actualmente en el mundo cada día se infectan 6,000 jóvenes en este rango de edad. Existen varios cofactores que hacen que esta epidemia se halle concentrada en poblaciones clave: existe poca participación de jóvenes en planes de acción comunitaria aunada a la falta de información sobre salud sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. La misma declaración de UNGASS señala que para 2010, el 95% de la población en este rango de edad deberá acceder a información (incluyendo sobre VIH y educación entre pares), ello en plena colaboración de padres, personal docente y profesionales de la salud.

De acuerdo con ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida), la respuesta al sida y otras ITS debe incluir la educación sobre salud sexual, haciendo énfasis en la participación de los jóvenes como tomadores de decisiones en su comunidad, aquellos que cuentan con información sobre salud sexual toman mejores decisiones sobre el inicio de su vida sexual activa y número de parejas. La educación participativa ofrece la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, generar estrategias y habilidades y la construcción de nuevas formas de transmitir el conocimiento. En algunos casos aunque se

tenga la información, se carece de las estrategias de negociación del uso del condón o abstinencia. Al respecto, UNGASS recomienda que se garantice el acceso de jóvenes a la educación, teniendo énfasis en la educación para la prevención del VIH y la ampliación de servicios de buena calidad en materia de salud sexual, así como la incorporación en la medida de lo posible en programas de prevención y atención en VIH y sida.

En nuestro país las actividades en salud sexual y reproductiva con los jóvenes son una asignatura pendiente, de acuerdo con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud el 15.2 por ciento de las y los adolescentes de entre 15 y 19 años es sexualmente activo, aunque la edad promedio de inicio de vida sexual es a los 19.6 años de edad. Sólo el 38.5 por ciento aseguró haber utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. El condón masculino fue el predominante con 89.1 por ciento. Sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la Subsecretaría refirió que sólo 48.3 por ciento de las y los adolescentes que acuden a solicitarlos obtienen algún método anticonceptivo; el 46.7 por ciento de las mujeres y 55.4 por ciento de los hombres señalaron conocer métodos anticonceptivos de emergencia. Sobre los embarazos, las cifras indicaron que 18.3 por ciento de los casos en México son de madres menores de 20 años, lo cual representa 482 mil 408 nacimientos al año, de éstos, entre 40 y 60 por ciento no son deseados. De acuerdo al Registro Nacional de Casos de Sida de la Secretaría de Salud, los casos de infección por VIH entre jóvenes (entre 15 y 29 años) entre 1983-2009 son de 21,562 varones y de 5,385 mujeres, en 2009 se registraron 868 y 239 casos respectivamente.

La Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida A.C., como la primera organización creada para dar respuesta al sida en la Ciudad de México, considera a los jóvenes como población clave en materia de prevención, la cual se ha visto vulnerabilizada debido a la carencia de educación sexual que fomente el respeto, el crecimiento y al autoempoderamiento para la mejor toma de decisiones respecto a la salud sexual; derivado de ello, desarrolla un modelo de intervención en educación sexual integral, el cual fomenta estrategias de cambio (percepción, habilidades y conductas) destinado a jóvenes, sin importar condición socioeconómica u orientación sexual, dividido en dos vertientes en materia de prevención: la primaria basada en estrategias de educación preventiva y la secundaria enfocada en la intervención clínica; el programa está enfocado en fomentar el empoderamiento y con apego a los derechos sexuales, pues su conocimiento y ejercicio representan la base para promover comportamientos sexuales más seguros.

El Proyecto **¿Y tú quien eres?** es una propuesta de intervención educativa en salud con población clave (jóvenes hombres y mujeres), cuyos ejes temáticos se centran en educación participativa para la prevención de infecciones de transmisión sexual, los temas centrales (sexualidad, género, ITS) están diseñados para que se combine la participación de los ponentes y la experiencia de los jóvenes y sus pares de referencia (amigos o parejas).

Psic. Rubén David Alvarado Jiménez
Presidente del Consejo Directivo

II. Sexo, sexualidad y género

Desde que somos niños estamos continuamente expuestos a modelos de conducta en función del sexo no solo en nuestros hogares, sino también en la escuela, libros de cuentos, películas, televisión y otros. La mayor parte de nuestros papeles sociales no están determinados por cuestiones biológicas, las costumbres sociales influyen desde antes del nacimiento: la asignación de género a través de colores –rosa para mujeres y azul para hombres–, el tipo de vestuario y los juegos generan la división de lo masculino y lo femenino basándose en características anatómicas: el sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hombres y mujeres; tradicionalmente se espera que los varones sean atrevidos, aventureros y protagonistas activos, mientras que las mujeres sean pasivas y subordinadas y más emotivas que inteligentes.

El concepto de sexualidad, requiere de una definición enmarcada en una teoría determinada, por tal motivo existen tantas definiciones como aproximaciones teóricas. Los modelos de la sexualidad y los conceptos que de ellos se derivan pueden ubicarse en un continuo donde, en uno de sus extremos se encuentran aquellos modelos que consideran la sexualidad como resultado de procesos biológicos únicamente, tales como: respuesta sexual humana, cantidad de hormonas sexuales circulantes en nuestro organismo, entre otros, mientras, en el otro extremo, la sexualidad es vista como resultado de procesos sociales que originan cierto tipo de comportamiento en función de la actividad social mediada por la cultura y los roles sexuales.

Nuestra **sexualidad** es la dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: está basada en el **sexo**; incluye al género, las identidades de sexo y género; la orientación sexual; el erotismo; la vinculación afectiva y la capacidad de reproducción. Para Comfort (1989) la sexualidad adquiere tres variantes, a saber: a) Un fin reproductivo, el cual está fundamentado independientemente del gusto y/o atracción hacia el otro; es decir, biológicamente un hombre y una mujer se pueden unir a través de un coito, con fines reproductivos; b) una forma de expresión afectiva, éstos pueden ser desde amor y deseo hasta sometimiento de uno más fuerte hacia otro no tanto, y c) un aspecto lúdico, donde tener relaciones sexuales está ligado con el placer erótico a través del ejercicio sexual. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales.

Si bien puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos; la sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. La noción de sexualidad como un rasgo característico del ser humano en su desarrollo aparece desde el nacimiento y lo acompaña hasta la muerte; a partir de la adolescencia con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (y con ello el preámbulo del inicio de una vida sexual activa) la sexualidad revestirá en mucho las formas de socialización, búsqueda de pareja y relaciones con uno y otro sexo.

Los conceptos socioculturales de lo que socialmente se espera sean hombres y mujeres es conocido como género,

es decir, la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género refleja las relaciones de convivencia entre los sexos, para fines de estudio se distinguen dos dimensiones: por un lado la identidad sexual que incluye la manera como la persona se identifica (como hombre o mujer) que incluye la orientación sexual (el gusto y atracción hacia el sexo contrario, similar o ambos); por otra parte, la identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos y permite el aprendizaje de guiones o roles de género. La combinación de ambas es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, y permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y a desenvolverse socialmente.

El erotismo se entiende como la capacidad de todos los individuos de erotizar cualquier objeto real o imaginario en donde se representan los placeres del sujeto y conforman su identidad, formando parte fundamental de la sexualidad de cada individuo; por otro lado, el vínculo afectivo se entiende como la capacidad de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico. Al momento de nacer, el ser humano depende de un largo periodo de contacto físico con los progenitores o quiénes estén a su cargo que otorgan cuidados y protección indispensables para un desarrollo saludable; el grupo social al encontrarse en un contexto generará vínculos afectivos, ya sea por consanguinidad o afectividad subjetiva.

La atracción o excitación que solemos experimentar a partir de la adolescencia es detonada por cualquier situación que

provoque la respuesta sexual y que puede ser un estímulo externo (táctil, olfativo, visual, gustativo o auditivo) o un estímulo interno o psicológico (fantasías, sueños, ensoñaciones, recuerdos). Los estímulos sexuales efectivos activan en el organismo una serie de cambios a nivel orgánico y psicológico: la *excitación* constituye la primera fase de la respuesta sexual humana y se caracteriza por la vasocongestión perineal; es decir, los vasos sanguíneos de la zona pélvica se llenan de sangre, causando cambios en los órganos sexuales; en el hombre es característica la erección del pene, la elevación de los testículos, y el aplanamiento del escroto. En la mujer la lubricación vaginal, aumento de volumen y separación de los labios mayores, aumento de volumen de los labios menores, comienza una gradual verticalización del útero y se da la erección del clítoris; en ambos sexos comienza un aumento de la temperatura corporal, en la presión sanguínea, en la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como en la tensión muscular. Se da la erección de los pezones y aumento del tamaño de las mamas.

La *meseta* es la siguiente fase, se caracteriza por taquicardia que varía de 100 a 175 latidos por minuto, hipertensión arterial e hiperventilación. En la mujer aumenta la vasocongestión en el tercer tercio de la vagina disminuyendo el espacio entre las paredes vaginales, este fenómeno se conoce como la plataforma orgásmica. También se retrae el clítoris dentro de su capuchón y el útero completa su verticalización. En el hombre se produce un incremento en el diámetro de la corona del glande, se completa la elevación de los testículos y la presencia de mayor cantidad de líquido pre-eyaculatorio. Desde el punto de vista subjetivo, generalmente la excitación se percibe como un aumento de tensión placentera y se acompaña con el deseo de aumentar el estímulo.

En el *orgasmo*, la fase vasocongestiva ha llegado al máximo y se inicia una serie de contracciones mioclónicas rítmicas e involuntarias, las primeras a intervalos de ocho segundos, las que disminuyen de intensidad y frecuencia. En el momento del orgasmo puede presentarse la eyaculación. Anteriormente se pensaba que en el hombre, el orgasmo era la eyaculación, pero no es así, aunque casi siempre son simultáneos. El orgasmo está acompañado de una percepción subjetiva de placer máximo, es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión, después de la cual generalmente queda una lasitud y tranquilidad total.

La *resolución* es el retorno del organismo a sus condiciones basales. En la mujer la plataforma orgásmica disminuye, el útero se asienta sobre la vagina para posteriormente volver a su posición, labios mayores, menores y clítoris regresan a su situación original. En el hombre se pierde la erección que puede darse en dos fases: la inicial puede ser rápida o parcial y la fase final, lenta y total, que termina con el descenso de los testículos. En ambos sexos los cambios generalizados retornan a sus condiciones iniciales y puede aparecer una fina capa de sudoración de todo el cuerpo. Cuando no ha habido orgasmo, la fase de resolución es mucho más prolongada y gradual.

La fase *refractaria* es el tiempo después de la resolución en el que el umbral de respuesta a un estímulo sexual es elevado. La duración es variable y más corta en los jóvenes que en las personas mayores.

En ocasiones aprendemos que las relaciones sexuales se deben dar como una muestra de afecto hacia otra persona, pero esto no siempre ocurre de ese modo: el ejercicio de la vida sexual activa está más relacionada por la

obtención de placer que con la demostración afectiva; sin embargo, es importante que aprendamos la importancia de la toma de decisiones adecuadas respecto a la vida sexual, tomar en cuenta reflexiones como: *¿para qué tener una relación sexual?* o *¿estoy preparado para esta responsabilidad?* nos pueden ayudar a tomar decisiones menos impulsivas y más asertivas.

Otro elemento indispensable de la sexualidad es el denominado *vínculo afectivo*, que incluye los afectos positivos como el amor, la amistad o la compasión; así como negativos como el dolor que se vive ante la partida o separación de éste. El vínculo está directamente asociado con la unión; de este modo, los vínculos afectivos que conformamos a lo largo de la vida se pueden conceptualizar en amor filial, amor pasional, amistad, compasión, solidaridad, etcétera. Estos vínculos pueden generarse aún sin el consentimiento directo entre los sujetos; se tornan indisolubles hasta la muerte (el caso del vínculo padre-hijo) hasta temporales (vínculos de apoyo y solidaridad).

Homosexualidad

Las orientaciones sexuales se definen como tal, pues aunque tendrían un fin-objetivo claro, éste se va tamizando por factores externos al individuo (cultura, religión, costumbres, etcétera). Esta expresión comportamental de la sexualidad se ha definido como el gusto o la preferencia que tienen algunas personas para relacionarse afectiva (emocionalmente) y/o eróticamente (en busca de excitación u orgasmo sexual) con personas de su mismo sexo. Se emplea en forma integral tanto para hombres como en mujeres indistintamente; sin embargo la homosexualidad femenina es conocida como lesbiandad. La homosexualidad ha existido

en todos los pueblos desde que existe la humanidad. Lo que ha variado son las actitudes y el grado de aceptación social que la misma ha tenido en diversas latitudes y épocas.

La homosexualidad no es por sí misma un comportamiento reproductivo, aunque ello no quiere decir que lesbianas y homosexuales no lo sean; lo que ha generado censura y falta de aceptación de este comportamiento. Los antiguos hebreos castigaban severamente la homosexualidad y los cristianos adoptaron esta misma actitud, de tal modo que en nuestra cultura judeo-cristiana se ha filtrado y prevalece. La censura a este comportamiento siguió el camino de caer en manos de profesionales de la salud, en especial psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas que, durante mucho tiempo, la consideraron una enfermedad mental, trastorno de la personalidad o "inmadurez": intentaron por todos los medios posibles "curar" a las personas con esta orientación sexual.

Es obvio que la actitud de considerarla una "enfermedad", hizo que se desarrollara toda una gama de teorías y trabajos de investigación para encontrar la "causa" de tal "enfermedad". En 1974 con base a los resultados de un comité de trabajo y estudio, la Asociación Psiquiátrica Americana dejó de considerar la homosexualidad como un trastorno o alteración mental que requiera tratamiento. La homosexualidad misma es una forma de conducta sexual y al igual que otras no son en sí mismas trastornos psiquiátricos.

Debido a los prejuicios, muchas personas creen que lesbianas y homosexuales quieren ser del otro sexo o siempre son "amanerados" o "marimachas". Los homosexuales y las lesbianas no desean cambiar de sexo; en algunos casos son travestistas, pero si se les propone un cambio de sexo, lo

rechazan argumentando que no lo desean, que sólo son personas que gustan de su mismo sexo y nada más.

Decimos que se trata de una falacia, puesto que cualquiera que se entere un poco más a fondo acerca de la homosexualidad, se dará cuenta que no sólo hay homosexuales artistas, bailarines o estilistas, sino también dedicados a casi todas las actividades, incluyendo las más rudas y poco delicadas como la mecánica, médico o cualquier profesión, oficio o actividad. Este tipo de discriminación surge porque en las profesiones artísticas hay menor rigidez y el rechazo a esas personas es menor; importa más la calidad humana y profesional de la persona, que sus gustos y preferencias íntimas en la cama, por ello no sienten la necesidad de ocultarse. En cambio, el homosexual o la lesbiana que son abogados, médicos, o incluso políticos en puestos públicos, se ven en la necesidad de ocultar celosamente su preferencia sexual, a riesgo de que si no lo hacen serán desprestigiados y eliminados de tales actividades.

Es importante considerar cómo los medios masivos tienden a "etiquetar" de homosexual o raro o persona de conducta desviada, a cualquier persona homosexual que cometa un delito. Sin embargo, los delitos cometidos por heterosexuales, que en número son mayores, nunca se publican señalando la preferencia sexual de la persona. Ello hace, que a nivel inconsciente, nos quede la idea que los homosexuales cometen más y peores delitos.

En resumen, podemos decir que la expresión comportamental de la homosexualidad no es muy diferente al hecho de que existamos personas con ojos cafés y otras con ojos azules, o que hay personas que les gustan las espinacas y otras las detestan.

Bisexualidad

Así como existen personas que prefieren para sus relaciones afectivas y/o sexuales a personas del sexo contrario y otras prefieren a las de su mismo sexo; la bisexualidad describe la atracción y relación afectiva hacia ambos sexos. En otras palabras, el bisexual puede sentir el mismo grado de atracción por hombres o por mujeres y derivar al mismo grado de satisfacción o placer, con uno u otro sexo. Si los homosexuales han sido víctimas de discriminación y estigmatización, los bisexuales viven una situación todavía más difícil por varias razones la realidad es que entre el blanco y el negro hay tonalidades de gris. Esto quiere decir que hemos aprendido a ver sólo los extremos: la heterosexualidad y la homosexualidad, olvidando la existencia de preferencias comportamentales intermedias entre estos extremos.

Familia y roles de género

Aprendemos a través de ejemplos que a diario nos rodean, no se trata solamente de que las personas adultas indiquen o impongan cuales son los comportamientos adecuados y cuales no, buena parte de nuestro aprendizaje se basa en la autosatisfacción por el comportamiento adquirido, es decir, aquel con el cual nos identificamos. Aprendemos a *distinguir o diferenciar* conductas de otros basándonos en la edad, apariencia o similitud; conforme nos familiarizamos con estas nuevas conductas, *generalizamos* estas experiencias de aprendizaje en situaciones nuevas y sucesivamente *practicamos* la conducta aprendida, muchas de las veces a través de un proceso de ensayo y error.

El aprendizaje de nuestros roles de género no es sólo de tipo verbal, ni disciplinario, gran parte es cinestésico: los movi-

mientos y posición de nuestros cuerpos son aprendidos de manera diferenciada para ambos sexos, formas de sentarse, de correr y caminar, entre otros, llevan el sello de la tipificación sexual. Un claro ejemplo de cómo aprendemos a relacionarnos es a través de los juguetes y los juegos: niños y niñas aprenden a anticipar comportamientos que tendrán lugar en su vida adulta; o bien en casa, cuando se podría pensar que hacen más vida doméstica y están más tiempo cerca de las madres con la posibilidad de aprender las mismas cosas, sin embargo, se desalientan ciertas conductas mientras que estimulan otras de manera diferencial.

Las diferentes actividades desempeñadas en el hogar por parte de hombres y mujeres, da lugar a que los niños tomen como modelo al varón cuyas actividades como beber, ser poco cariñoso, aficionado a ver deportes por televisión, entre otros sean los más frecuentes; mientras que las mujeres al ser poco participativas de dichas actividades, se tiene como un modelo menos participativo imitable para las niñas; incluso cuando las madres trabajan es más probable que hijas e hijos las vean llegar cargadas con las compras y aplicadas luego a los quehaceres de la casa, mientras el padre ve la televisión o como mucho limpia el coche. Los niños aprenden desde muy temprano una conducta sexualmente tipificada que incluye para ellos un mayor dominio del medio, especialmente del mundo exterior que es su ámbito de socialización y da prestigio. Las niñas aprenden, por el contrario que no tienen el control de ese exterior, representado ya sea por los juegos y el propio espacio de socialización en la escuela, la calle y la casa. El reparto de tareas domésticas, cada vez más asumido por las nuevas generaciones, ofrece otras posibilidades en virtud de ofrecer mayor equidad en las relaciones, fomenta el respeto y con el paso de los años, logre que la manifesta-

ción emocional sea más segura a la vez de que los prepara para tener soluciones más reales ante los problemas cotidianos y que puedan asumir más responsabilidades con menos dificultades.

La diferencia social básica hecha en la infancia es la de edad-talla: el pensamiento propio de esta etapa de la vida les lleva a definir los atributos sociales y de conducta en términos corporales concretos, el poder social es resultante del físico; del mismo modo que niños y niñas tendrían más edad-talla-poder que los bebés, los padres tienen más edad-talla-poder que las madres. El concepto de edad puede ser muy subjetivo para un niño, es más difícil de asimilar que el de estatura, por lo que ese le asocia el sentido de poder a esta última. Aún siendo de diferente clase social e incluso raza, niños y niñas tienden a ver a sus padres como más poderosos, agresivos, valientes, manualmente hábiles y menos cariñosos que las madres; quienes por el contrario, son vistas como quienes crían y cuidan, con funciones dentro de casa y dependientes.

Sin el proceso de socialización no se entra ni se permanece en el mundo de la cultura. Según se nazca niño o niña hay dos caminos y dos medidas: el niño comprende muy pronto que es mejor ser un niño; que es vejatorio ser tratado como niña. Las hijas se pueden llegar a describir como un problema moral para los padres (en masculino). Existen ritos de iniciación para niños y niñas en el mundo de los adultos, a través de las reglas de los juegos se da una diferenciación simbólica entre las actividades propias de cada sexo y en caso de no ajustarse a estas normas sociales, también se aprende las formas de sanción. Los roles de género masculino se refuerzan a través de aquellas actividades en las que se demuestre destreza como los inspira-

dos en la vida militar y la guerra, las competencias y toda aquella actividad que denote prestigio social; habilidades espaciales entre aquellos que imitan medios de transporte o el descubrimiento y conquista del mundo y del universo (prestigio y técnica); fuerza física y de competencia (como los súper héroes, estrellas del deporte); aquellos basados en aptitudes científicas (juegos de química, electrónicos) y en general todos aquellos que denoten aventura y acción a través de la demostración física entre iguales (indios y vaqueros, policías y ladrones, aún en los roles sancionados socialmente mientras exista un apego a las formas masculinas de demostración, se toman como signo de identificación del niño en una esfera masculina).

Por el contrario, los roles femeninos son transmitidos y enseñados a través de juegos que impliquen la demostración de entrega hacia los demás y reforzamiento del rol materno como jugar con muñecas y a preparar y servir comiditas, un entrenamiento con electrodomésticos en miniatura con materiales para aprender a coser, a tejer; o en el caso de que los juegos sean con actividades de adultos es a través de emplear utensilios de enfermera (no de médico) o jugar a ser la azafata y no el piloto; o bien, resaltar atributos físicos a través de la coquetería (tocador, bisutería, pelucas). La asociación de colores, peluches y suavidad resulta en un signo inequívoco del rol femenino.

Para muchas familias haber nacido mujer no tiene un equivalente en ventajas propiamente dichas, a excepción de la maternidad que sigue siendo un *status* por excelencia de prestigio social: se tiene asignadas la mayor parte de las tareas reproductivas en sentido amplio, más allá del alumbramiento están la crianza, la atención física del hogar, la asistencia emocional a todos los miembros de la familia y

la vigilancia y cuidados de su salud. Poco a poco se ha visto que el ascenso profesional es parte del desarrollo femenino, sin embargo, el status que otorga el matrimonio y posteriormente la maternidad, siguen siendo formas efectivas de prestigio social. Entre las desventajas se encuentra el estereotipo de fragilidad que enmarca la limitante a sus movimientos y acción, lo cual crea inseguridad, miedo y baja autoestima.

La construcción de los guiones de género demuestra que va más allá de la historia individual de cada persona, se encuentra en las instituciones sociales (familia, escuela, política) así como en los valores, en los ideales y en los mitos; a fin de evitar menor rigidez en lo masculino y lo femenino como antes se detalló, hay que incidir profundamente el sistema normativo vigente, para conseguirlo, una de las primeras medidas es hacer un replanteamiento general de la crianza que permita el surgimiento de papeles de género más amplios que desarrollen los aspectos de cuidado en los niños y los de placer en las niñas.

III. Acerca de la adolescencia

Un momento crítico por la que atraviesan tanto los padres como los hijos es al llegar a la adolescencia, los padres por no estar preparados para hacer frente a los cambios corporales y de conducta de los hijos y para éstos por considerar que su impacto o crisis puede durar toda la vida. Cárdenas y Peña (1997:50) refieren que la juventud inicia hacia las siguientes edades según el género: (16 ± 2 años mujer y 18 ± 2 años varón, hasta 25-30 años), adultez (de 25-30 años a 45-50 años), vejez (50-55 años en adelante); entendiendo que a partir de la adolescencia y la juventud temprana, la adquisición de las características sexuales secundarias cobrarán relevancia para el proceso de socialización-integración del individuo en su medio; ONUSIDA, UNICEF y la OMS definen a las personas entre los 10 y 19 años como adolescentes y al grupo ampliado entre 19 y 24 años como jóvenes.

De hecho, para muchos individuos, las experiencias de los años de adolescencia no sólo modelan lo que les sucederá, sino que en gran medida lo determina; numerosos estudios han descrito el impacto de los primeros amores en las fantasías, expectativas, conflictos y elecciones de parejas de los jóvenes. Se sabe de forma convincente lo influyentes que estas experiencias pueden ser y a cuántas facetas de la personalidad adulta afectan.

Sin pretender generalizar el desarrollo de todos los niños a la misma velocidad, resulta necesario destacar algunos puntos característicos en distintos años de vida: alrededor del segundo año se produce el reconocimiento verbal de sí mismo como niño o niña; hacia el tercer año se puede re-

conocer en los demás la caracterización sexual y se basa en aspectos físicos tales como forma de vestir, peinados, manera de comportarse, entre otros. Las diferencias genitales, aunque hayan podido observarlas, son irrelevantes, no son un criterio básico de clasificación sexual; por lo regular, hacia el cuarto año de vida se acierta respecto al sexo de las muñecas y muñecos y también respecto al suyo.

Hay una tendencia a valorar positivamente aquellos elementos (objetos, animales, conductas) que son parecidas o familiares al entorno del niño. Esta valoración hace que cada sexo prefiera como compañeros a aquellos identificados del propio como mejores, lo cual se encuentra ya entre los 5-8 años de edad. Puesto que tanto niñas como niños han observado por igual que hay diferencias de valoración para lo masculino y para lo femenino, siendo el primero más valorado. Cabe señalar por ejemplo, que el estereotipo de agresividad asociado a lo masculino responde a la creencia infantil de que los varones son más fuertes y las niñas más débiles. También depende de experiencias extra familiares tales como observar que los varones desempeñan trabajos que implican violencia y peligrosidad (bombero, policía, entre otros).

El proceso de incorporación de los niños al mundo de los adultos atraviesa por diversos pasos que sellan las diversas maneras en que son transmitidos las reglas y por supuesto las sanciones; en síntesis, el mundo masculino tiene como características: inspira orgullo y prestigio; dispone de más libertad; se permiten más transgresiones y se les estimula más hacia el éxito. Sin embargo, para aquellos que reúnen una mayor cantidad de características masculina les lleva a presentar ciertas desventajas: exigencia de esfuerzos y logros; un signo de masculinidad es la prohibición para expresar

miedo e inseguridad; por otro lado sienten que pueden ofrecer poco apoyo afectivo. Se les conforta poco y en general se estimula a reprimir la expresión de los afectos.

La adolescencia es un periodo muy importante en la vida, en el cual se combinan experiencias psicológicas clave con fuerzas biológicas que inciden a generar cambios, dado que vivir este periodo contribuirá de un modo importante al desarrollo de rasgos de carácter que se convertirán en partes estables de la personalidad. Para Cárdenas y Peña (1997) el desarrollo puede ser definido como "la adquisición e incremento de la complejidad funcional, bioquímica y fisiológica a través del tiempo... [y] puede abarcar otros aspectos de diferenciación de forma o función, incluyendo cambios emocionales o sociales conformados a través de la interacción con el medio ambiente". Durante la llamada *adolescencia temprana*, que abarca aproximadamente de los once años y medio a los catorce nos hallamos ante tareas que nos conducen a hallar soluciones a dos desafíos: por un lado tenemos los enormes y perturbadores cambios en el cuerpo, y por otro, la necesidad de empezar el proceso de separación con nuestras figuras familiares, de quienes hasta entonces han dependido los adolescentes para su sentido de seguridad.

Los adolescentes atraviesan por diferentes etapas en su crecimiento psicosocial, a saber tenemos tres grandes etapas:

1. *Arraigo*: durante los primeros años (0 a 10 años, aprox.) el niño será objeto de la influencia social a través de su familia, es decir, el referente familiar de la vida del joven será el núcleo familiar del cual provenga: actitudes, valores y formas de socialización serán aprendidas en esta etapa. Es una etapa de gran dependencia.

2. *Desarraigo:* con el correr del tiempo, el adolescente experimenta un sentido de autonomía que muchos consideran de "rebeldía" (11 a 17 años, aprox.), se caracteriza entre otras cosas por situaciones como "ir en contra de....", actitudes que regularmente se reflejan hacia las normas familiares y sociales; asimismo se intensifica la búsqueda de identidad a través de conductas como de separarse y al mismo tiempo querer estar cerca de los seres queridos mayores al adolescente; por otro lado, la importancia hacia establecer relaciones recíprocas con personas de la misma edad es una característica de lo más destacada: sienten que sus mayores no son eco de sus palabras, se experimenta una forma más cercana con quienes comparten su edad a través de ideas, gustos y experiencias de vida; a partir de esta cercanía con quienes existe una similitud en edades es que se genera el sentido de pertenencia de grupo, sin embargo en muchos grupos se generan algún tipo de presión sexual a fin de que el joven de "nuevo ingreso" sea aceptado y por tanto, perteneciente a éste, sin embargo depende en mucho del ambiente socioeconómico y cultural que este tipo de códigos se generen y sean constituidos como elementos propios del grupo: Todo lo anterior se puede sintetizar en que durante estos años, el adolescente lo motiva una intensa búsqueda de aceptación.

3. *Integración e interioridad:* por lo regular, hacia una edad mayor (17 a 21 años, aprox.), el adolescente ha buscado y hallado gran parte de las respuestas a sus inquietudes personales como identidad, pertenencia de grupo y acercamiento tanto con jóvenes del mismo sexo como del contrario; los cambios corporales fincan una nueva fisonomía con la cual el joven se identificará

hasta la vida adulta. Sin embargo, en ocasiones esta es una etapa de mayor vulnerabilidad debido a sus primeros acercamientos afectivos: el éxito y el fracaso de las relaciones de pareja serán plataforma de futuros encuentros; sin embargo, existe la posibilidad que al no tener elementos objetivos y significativos, durante el ejercicio de la sexualidad pueda haber situaciones no contempladas como un embarazo no deseado, una infección transmitida sexualmente o violencia de pareja.

Cambios corporales

Una de las características que tenemos como seres vivos es nuestro constante desarrollo y crecimiento, a partir de la adolescencia se experimentarán cambios corporales en ambos sexos que marcarán el inicio de la etapa de maduración sexual: los cambios corporales están regulados por marcadores biológicos (genéticos y hormonales principalmente) que preparan a los futuros adultos en el ulterior ejercicio de su sexualidad en sus distintas manifestaciones: reproductividad, erotismo, afectividad y género; es decir, los cambios físicos que ocurren en el cuerpo son significados a través de ciertos ritos sociales y culturales que inducen a los adolescentes en el mundo adulto. Los cambios corporales se pueden llegar a vivir con gran pesadumbre al haber momentos de torpeza motora, desproporciones en el cuerpo, una maduración sexual aterradora, aparición del temido de acné y sobre todo, de nuevos sentimientos por explorar.

Entre los principales cambios corporales que experimentan los adolescentes destacamos: aumento de la talla corporal; la conformación del rostro se modifica, las facciones adquieren una connotación menos "infantil" al irse marcando la estructura ósea; puede llegar a aparecer el acné

en rostro y en el torso principalmente; si el chico posee la herencia genética aparecerá el vello facial (barba y bigote) y corporal (pecho, brazos y manos), aunque no todos llegan a presentarlo; regularmente la musculatura se vuelve más densa en hombros, brazos, pecho y piernas; se presenta un cambio de voz al volverse más grave; la aparición de vello en pubis y axilas suele ir acompañada de una mayor sudoración; al tiempo tanto el pene como los testículos adquieren una ligera pigmentación con respecto del resto de la piel y se incrementa el tamaño, por lo regular se experimentan las primeras erecciones y eyaculaciones.

Por otro lado, los cambios en las adolescentes pueden atravesar por fases similares al haber un crecimiento corporal; sin embargo, la distribución de la grasa corporal es distinta; a diferencia de la tendencia natural del varón por incrementar la masa muscular, en la mujer la grasa tiende a distribuirse en muslos y caderas; hay un crecimiento de los pechos; los rasgos faciales también cambian y puede llegar a aparecer acné; el vello corporal puede aparecer en axilas así como en el pubis; uno de los cambios más susceptibles de ser percibidos es la menarca que indica el inicio de la menstruación.

La percepción de muchos adolescentes es que todo fluctúa y cambia, llegan a sentir incomprensión de parte de sus padres y en general de los adultos. Los sentimientos heterosexuales y homosexuales compiten entre sí, y los enamoramientos de no son poco frecuentes. Abundan las inseguridades sobre quien es uno mismo y quién llegará a ser. Es una época de mucho crecimiento, pero también de mucha confusión. Los acercamientos hacia las drogas, el alcohol y el sexo son frecuentes, e incluso llegar a cometer los actos antisociales que más adelante pueden causar a los que los

perpetraron sentimientos de vergüenza, no son poco comunes. La adolescencia es un momento de preparación y a la vez de transformarse: tratar de ir asumiendo nuevas tareas, saber que se requiere del acompañamiento y apoyo de la familia y de los adultos aún con las discrepancias que se puedan generar; implica descubrir nuevas formas de ser a partir de las enseñanzas que acogimos en el seno familiar, es tratar de innovar y de buscar la propia identidad.

Una de las más arduas tareas durante esta etapa de la vida es prepararse para los años venideros: la conformación de la identidad tiende a cristalizarse a través del contacto con los seres queridos o bien, aquellos que guardan un significado especial; las labores en casa y en la escuela pueden ser algo complejas y no siempre se tiene en claro la utilidad de tal formación. No siempre suele ser claro el proyecto de vida, de formación académica o sentimental, la difícil labor de seguir siendo uno mismo al tiempo de vivir los cambios pueden generar un sentimiento de confusión. Sin embargo, con el apoyo de adultos preparados estas dificultades pueden ser más fáciles de vivirse, es necesario eliminar la idea errónea que ser adolescente es sinónimo de falta de experiencia, al contrario: con las herramientas adecuadas se puede construir el perfil sentimental, laboral y de vida acorde a cada quien. La enseñanza familiar y profesional por un lado, y las relaciones afectivas de amigos, familiares y primeras parejas por otro, suelen ser de gran apoyo para la conformación del proyecto de vida, tomando en cuenta el contexto social, cultural y económico en donde nos desarrollamos, hará que las metas o objetivos sean más reales y posibles de conquistar.

Las distintas esferas en que se desarrollarán las metas y objetivos son, a saber: hemos visto que los cambios corporales

son ineludibles y se tienen que asimilar de la mejor manera, no siempre se puede hacer una modificación a características como talla, color de piel o estatura, estos cambios pueden generar confusión y desaliento e incluso afectar la percepción que se tiene de sí mismo al pensar que los demás no entenderán estos cambios, sin embargo, el apoyo que se logre tener ayudará a asimilarlos de la mejor manera posible y preparar una visión más armónica con las características que no solemos elegir, es imprescindible en esta etapa hacer hincapié en la necesidad de empezar a cuidar la salud en sus distintos aspectos: higiene corporal, salud sexual y reproductiva (más adelante veremos por qué es necesaria la información para una planeación en temas como inicio de vida sexual, métodos anticonceptivos, abstinencia sexual), hábitos alimenticios, descanso, fomento al ejercicio, prevención de infecciones sexualmente transmisibles, entre las principales; por otro lado, de manera intangible, la afectividad y la espiritualidad son elementos imprescindibles en el desarrollo y que no siempre son tratados debidamente: los lazos afectivos que se construyen en esta etapa ayudan a la reafirmación personal a la vez que tienden a crear nuevas formas de relacionarse con los demás.

Aprendemos desde el seno familiar las formas de dar y recibir, los afectos y sentimientos suelen demostrarse de manera distinta en cada familia de acuerdo a elementos sociales y culturales como estrato social, nivel cultural o académico, zona de habitación y número de elementos dentro de la familia, ya hemos visto cómo a través de los roles de género, hombres y mujeres aprendemos formas "adecuadas" de demostrar lo que sentimos, a partir de estas enseñanzas daremos y recibiremos sentimientos con nuestras amistades, a través del noviazgo y compañeros de escuela. Otro aspecto poco tratado es la dimensión espiritual, tiene que ver con

la percepción de sí mismo, de cómo entendemos nuestra forma de ser y las maneras de expresarlo a través de percepciones, actitudes y actos para con los demás. La solidez con que construyamos esta dimensión está directamente relacionada con nuestra autoestima, es decir, la percepción y armonía que tenemos con nosotros mismos.

Hay elementos que resultan también de gran relevancia para la conformación de nuestra identidad y proyecto de vida: si bien es cierto que en los padres recae la obligación de proporcionar elementos materiales como una adecuada alimentación, vivienda digna y ropa y en general, aquellos bienes mínimos para el adecuado desarrollo o cubrir necesidades básicas; también se tienen aquellos elementos intangibles que fomentan la socialización: lograr la armonía y buena convivencia con familiares, amistades, con quienes se comparte la escuela y aún con gente desconocida logrará a futuro consolidar el respeto hacia los demás, hacia las distintas maneras de ser, a los gustos diferentes y en general, fomentar el sentido de autonomía a la vez que se logra una adecuada socialización con quienes son diferentes.

Una de las maneras de lograr el anhelado equilibrio es a través del proceso de recreación, con el tiempo los juguetes y juegos van cambiando, la necesidad de contar con un espacio propio se vuelve imperativa, fomentar el esparcimiento que contribuya a la formación de valores propios a la vez que logre destacar las capacidades artísticas, deportivas o culturales influirá de manera positiva en el desarrollo de la individualidad a través de los gustos y aficiones. Lograr el balance adecuado entre los momentos de formación académica, labores en casa y tiempo de recreación, será la mejor herramienta de crecimiento y para

hacerle frente a la crisis de identidad, y logrará en el mejor de los casos, que en caso de tener algún tipo de problema no se viva como fracaso o meta imposible de conquistar, al contrario, logrará sentar las bases para que a futuro al presentarse otro tipo de obstáculos, los jóvenes tengas las herramientas necesarias y adecuadas para poder hacer frente y dar una solución real al tipo de problema y al momento de la vida en la que se presenta.

Enamoramiento y pareja

Dorothy Tenov en 1975 fue la primera en emplear el término limeranza para describir el proceso de enamoramiento entre adolescentes; son etapas por las que atraviesan las personas desde la atracción física que se siente por otros hasta la constitución de una pareja y la posible disolución de la relación en caso de que la persona no haya cumplido con las expectativas que se tenían. Es por excelencia una época para probar las alas, la experimentación en estos años, los lazos con las figuras familiares, se terminan de aflojar para ayudar al adolescente a formar relaciones de pares (tanto de amistad como de pareja) más profundas y complejas y a prepararse para asumir mayores responsabilidades, asumir una capacidad mayor y entrar más plenamente en el mundo del amor romántico y sexual.

¿Qué es eso de la atracción?

Atracción física

Mencionamos que la limeranza se da al sentir atracción hacia una persona, y que esto es independiente de los estereotipos de belleza que se nos imponen culturalmente. Por desgracia al sentir que hemos logrado el nivel

máximo de reciprocidad, empezamos a descuidar nuestro aspecto físico: es importante mantener un cuidado razonable de nuestro cuerpo y aspecto personal. Que seamos una pareja estable, no significa que nos veamos como nos veíamos y estemos como estamos; nos tienen que aceptar, pero tampoco quiere decir que ya no debemos gustar a nuestra pareja

Atracción intelectual

La atracción intelectual es un elemento muy importante cuando establecemos una relación y no siempre le damos la importancia que merece: consiste en que los miembros de una pareja "tengan de qué hablar", es decir, que más allá de la atracción física haya una comunicación entre ambos, que lo que descubrimos de nuestra pareja nos interese y despierte la intención a seguir hallando más. Es común ver parejas en automóviles, transportes colectivos o en restaurantes, sentados frente a frente o de lado y apenas intercambiando unos cuantos monosílabos en lapsos prolongados. Obviamente estos jóvenes tienen un bajo nivel de atracción intelectual.

Se trata de que los dos tengan actividades en conjunto, de interés y participación de ambos. Puede ser cualquier actividad, el único requisito es que sea interesante para ambos, para que lo puedan compartir plenamente: hacer deporte, tomar juntos clases de pintura o simplemente un pasatiempo en el que ambos participen. Desarrollar actividades interesantes y comunes a los dos, permitirá enriquecer y darle significados a los momentos en que estén ellos dos. Por otro lado, estos intereses comunes propiciarán por sí mismos que se incremente el tiempo que pasen juntos y a la vez el autoconocimiento.

Atracción afectiva

Recordemos que amor no es enamoramiento ni pasión, se trata de que haya cariño, ternura, que la otra persona nos importe y deseemos su bienestar. Puede haber disgustos, incluso resentimientos o discrepancias, pero lo importante es analizar si existe por debajo de todos estos sentimientos un vínculo afectivo; y si es así, podremos referirnos a que en la pareja hay atracción afectiva.

Nuestra comunicación

Existen otros medios de comunicación que en ocasiones significan mucho más que el verbal, por ejemplo: la expresión corporal a través de posiciones y actitudes o la expresión facial por medio de gestos, muecas, miradas o incluso la falta de éstas. Analizando nuestra comunicación, encontramos que con frecuencia expresamos algo esperando que nuestra pareja responda exactamente como lo deseamos, creemos que todo lo expresado es claro, y que precisamente la otra persona es quien no nos entiende.

Uno de los vicios de la comunicación que suele ser negativo y provocar respuestas agresivas, es cuando utilizamos expresiones generalizadoras, como *siempre* o *nunca*. Cuando uno le expresa a la pareja que "nunca nos ha entendido" o que "siempre nos desprecia", tales aseveraciones tienen un componente pesimista y destructivo, porque el *siempre* y el *nunca* dejan muy pocas alternativas, de tal forma que quien los utiliza agrade y se siente agredido.

Otro de los problemas de la comunicación estriba en asumir o adivinar lo que el otro piensa o siente. Lo más grave de esto es que con frecuencia vemos a jóvenes que se

disgustan enormemente, no por lo que el otro ha dicho o hecho, sino por lo que nuestra pareja "creyó" que el otro había pensado o sentido. Recordemos que cada uno es un individuo y que tiene derecho a sus propios pensamientos y sentimientos; por tanto démosle la posibilidad de expresarlos antes de adivinarlos.

Una de las características de la limeranza es la enorme capacidad que el estado de enamoramiento nos hace desarrollar para enfatizar todo lo positivo del sujeto limerado y negar los rasgos negativos, "el amor es ciego"; por un lado sólo vemos las cualidades de la persona y por otro somos capaces, de convertir defectos en rasgos positivos. En otras palabras, la limeranza o enamoramiento nos hace idealizar a una persona.

Cuando estamos enamorados, tratamos por todos los medios de mejorar nuestra imagen ante el otro, con el fin de aumentar nuestras posibilidades de ser correspondidos. Así cada vez que vemos a nuestro(a) enamorado(a), tratamos de mostrar nuestra mejor cara, tanto en nuestro aspecto físico como en nuestra personalidad. También, en ocasiones, se puede mostrar una faceta de cansancio o preocupación y de este modo hacer que nuestro sujeto limerado nos valore más y así incrementaran las posibilidades de ser aceptados. Estos aspectos hacen que muchas parejas inicien su convivencia prácticamente sin conocer a fondo a la persona elegida con sus defectos a sus capacidades y, a su vez, sin que esa persona sepa en realidad quién y cómo somos, dado que cuando somos adolescentes es un período en el que nos estamos descubriendo.

Tenov denominó "cristalización" al efecto inmediato a la atracción física, obedece a la característica que el enamo-

ramiento está conformándose, pero al no ser sólido es susceptible de romperse, cuando el enamoramiento empieza a decrecer y se incrementa la convivencia, surge la personalidad de cada uno, es decir, se manifiestan defectos y cualidades. Es como imaginarnos recién levantados, sin peinar, sin cepillarnos los dientes y sin oler a limpio: espontánea en nuestra expresión, como cuando nos vemos en el espejo por la mañana.

Al convivir, empezamos a expresar y mostrar nuestros verdaderos sentimientos: cuando estamos fatigados, exasperados y aun tristes; y para ello no estábamos preparados porque nuestra pareja "no era así antes". Una de las primeras fuentes de conflicto en la pareja ya establecida es el desconocimiento que tenemos de la persona de quien nos hemos enamorado, primero, y con quien hemos constituido una pareja.

Respeto

El respeto es la plena convicción de que la persona que es nuestra pareja es un individuo por sí mismo: no es un apéndice ni dependiente nuestro y, que tampoco es nuestro hermano gemelo. A este respecto suele ser común ver en algunas parejas lo que se denomina *lucha de poder*. Esta situación consiste básicamente en que de una manera abierta o encubierta uno de los dos busca dominar o controlar al otro. Cuando es una forma abierta, la situación se ve con claridad; sin embargo, el problema estriba en detectarlo cuando se utilizan medios sutiles; el mecanismo predominante en este caso es la manipulación. Cuando alguien manipula es porque no es capaz de expresar abiertamente sus necesidades, porque siente que sus deseos son bastante irracionales o inadecuados o bien porque su pro-

pia inseguridad le hace temer ser censurado en base a su propia experiencia rechazado en su solicitud.

Por otro lado, ninguno de los dos tiene el derecho de dirigir íntegramente la vida del otro; no se trata de tener en la pareja una relación de poder; el sentido es buscar juntos las mejores opciones y posibilidades, aportando cada uno ideas y propuestas con base a su propia experiencia y particular punto de vista, para que por medio de un diálogo y respetuosa discusión, se tomen los caminos en los que ambos estén de acuerdo.

Una de las formas más frecuentes de manipulación es cuando uno o ambos utilizan las relaciones sexuales como medio para premiar o castigar al otro, en función de que nos haya complacido o no. No es raro ver que uno u otro accede o se niega a las relaciones íntimas, con los más variados y extensos pretextos en el primer caso, con base a la "calificación" que merezca el otro por su comportamiento con nosotros. Nada hay más desastroso para la relación sexual de una pareja que el adoptar esta actitud chantajista y manipuladora.

Debemos recordar que la adolescencia es una época emocionalmente más frágil de lo que uno pudiera suponerse, cuando las cosas se tuercen y el adolescente vive un periodo de agresión, dolor o en general una situación traumática, estas experiencias físicas y psicológicas son menudo emocionalmente abrumadoras así como otras que impliquen pérdida pueden actuar como puntos de fijación y se convierten en obstáculos que impiden no avanzar hacia una fase normal de juventud o principio de la vida adulta. No se puede enamorar, vivir relaciones duraderas ni confiar realmente en nadie, existen pocas personas a las que

se puede considerar amigos, e incluso permanecer aislado y profundamente solo.

El adolescente a los 13 años sabe que ya no es un niño que puede refugiarse en su hogar, pero aún entre los 18 a 20 años, no se es una persona independiente que pueda tomar decisiones sólidas o a largo plazo; como resultado, el adolescente es bastante vulnerable a las experiencias emocionales intensas fuera de lo normal. Estas, por supuesto, pueden implicar la violencia traumática, como puede suceder en ciertas familias disfuncionales o otras calamidades.

IV. Salud sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, es decir, del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor, lo importante a resaltar de esta definición es que plantea la necesidad de integrar, es decir, de no separar al ser humano de la sexualidad como por desgracia se hace; reconocer que la sexualidad es inherente a nosotros, que es natural y que todas nuestras acciones están impregnadas de algún modo de nuestra sexualidad. Recordemos que sexualidad no es únicamente genitalidad: es biología, psicología, psicología (emociones, pensamientos y sentimientos) y sociedad (papeles sexuales, roles de género, identidad).

Esta definición nos señala también la necesidad de realizar esta integración de tal forma, que nos haga crecer, sentir bien con nosotros mismos, que nos permita comunicarnos de manera mas amplia y rica con otros seres humanos, y que seamos capaces de hacer esto con una real y verdadera empatía y respeto hacia los demás.

Todos estos conceptos son muy interesantes, pero seguramente a nuestros lectores les seguirá quedando la duda de qué es lo adecuado o qué es lo normal en materia de sexualidad. Para responder a esta pregunta, que no deja de plantear posibilidades dificultades, tendremos que emprender un somero viaje, que nos llevará de la mano hasta encontrar la respuesta. Así pues, empecemos.

Muchos investigadores se han preocupado e interesado por conocer las costumbres sexuales en diversas latitudes del planeta, y sus fascinantes estudios nos han proporcionado conocimientos muy valiosos. Así, por ejemplo, en los años 40, Alfred Kinsey, biólogo de la Universidad de Indiana, llevó a cabo el estudio más amplio de comportamiento sexual que se haya realizado hasta la fecha. Entrevistó exhaustivamente a más de 16,000 personas, y una de las conclusiones más valiosas que su estudio nos dejó fue que sin lugar a dudas existe una serie de factores de carácter social que influyen y modifican el comportamiento sexual. Así, en su investigación, se ve claramente la diferencia entre la manifestación de la sexualidad en mujeres y en hombres; pero también varía si son casados, solteros, viudos o divorciados; asimismo, el nivel de ingreso, su trabajo y la escolaridad que tienen, hace variar el comportamiento.

¿Qué hay sobre la masturbación?

Acerca del comportamiento sexual de los jóvenes no existe norma universal, hay sociedades en las que todo tipo de actividad sexual en jóvenes, incluyendo el autoerotismo o masturbación, son severamente reprimidas y, en cambio, hay otras donde el juego sexual en jóvenes es visto como algo natural, inherente al desarrollo. Entre estos dos extremos se encuentran las sociedades en donde la permisividad sexual a los jóvenes es amplia, pero regida estrechamente por costumbres y tradiciones, o aquellas en las que un manto de no permisividad, los jóvenes se ven obligados a realizar sus primeras actividades sexuales en la clandestinidad, tal es el caso en nuestras sociedades, en donde predomina la negación y la represión de la sexualidad; lo más grave de esta última situación, es que tal represión y ocultamiento se acompaña de la más profunda y perjudicial falta de educa-

ción en materia de sexualidad, lo que conlleva perjuicios muy serios para la juventud esto cambia con el grupo.

Ligado con lo anterior, se encuentra la edad en que en las distintas culturas se inicia la actividad coital. Las investigaciones nos muestran que este aspecto varía de cultura en cultura; pero incluso en un mismo grupo social, esto cambia con el grupo, y las variaciones también se dan cuando ha transcurrido cierto tiempo. Así vemos que los porcentajes de mujeres (Álvarez Gayou J., 1995) que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad son: en Inglaterra 19%, en Francia 2%, y en Estados Unidos (en los años cuarenta), el 4%. Por otro lado, todos los investigadores coinciden en afirmar que la edad de la primera relación sexual tiende a disminuir en todos los grupos investigados, pero esta disminución tiende a ser más marcada en las mujeres que en los hombres, de tal forma que parece ser que la tendencia general es que las mujeres tengan su primera relación sexual más temprano y cada vez se acerquen más a la edad en que la tienen los hombres. Las experiencias masturbatorias de la primera adolescencia, son sin embargo de gran importancia puesto que, al suceder a una tierna edad a menudo tienen un fuerte impacto y perdurable en el joven en desarrollo.

Probablemente, el comportamiento sexual más practicado, pero que a la vez esta revestido de la mayor cantidad de mitos, es la masturbación. Durante muchísimos años algunos han considerado que la masturbación podía originar una serie de males físicos y mentales, además que se le considera un comportamiento característico y casi exclusivo de los jóvenes. Veamos algunas realidades sobre este tema. Históricamente la masturbación fue muy valorada en la an-

tigüedad en culturas como la egipcia, mexicana o griega. Más tarde estas actitudes cambian y así, en los siglos XVIII y XIX, la masturbación se convierte además de una ofensa moral en una enfermedad muy seria que tenía que evitarse a toda costa. Para ello, se inventan los más increíbles tratamientos y se llega hasta el diseño de aparatos de tortura que les colocaban a los niños para que al excitarse y tener erecciones su pene, sufrieran piquetes o cortadas que por el dolor impidieran la reacción excitatoria. Existen otras culturas en las cuales la masturbación se considera dañina, tal es el caso de la India. Sin embargo, en todas las culturas, incluyendo a las que lo condenan, existe la masturbación. Por ejemplo, Kinsey encontró que el 92% de los hombres se ha masturbado alguna vez hasta el orgasmo, en Francia hasta el 73%, en Japón el 81%, se ha observado que la masturbación prevalece en menor porcentaje entre las mujeres.

La idea de que la masturbación sólo se da o debe darse entre los jóvenes también es falsa, puesto que todas las investigaciones han mostrado que los seres humanos nos masturbamos sin importar la edad o el estado civil. La masturbación puede ser en el seno de una pareja un enriquecedor más de la vida sexual. Sin duda está totalmente demostrado que la masturbación no provoca daño físico o psicológico alguno, ni en mujeres ni en hombres y sin importar la edad o la frecuencia con que se presente.

La anticoncepción

Hablar de anticoncepción es relativamente reciente entre la población juvenil, dado que existe la creencia de que referirse a temas como sexualidad y anticoncepción, propicia experiencias sexuales a temprana edad. Frente a esta idea, existen investigaciones que demuestran lo contra-

rio: las y los jóvenes aseguran que al contar con mayor información, decidieron aplazar el inicio de su actividad sexual.

La anticoncepción, en cualquiera de sus formas, es un asunto de gran importancia porque para emplearla o no, es necesario tomar en cuenta en lo que creemos, lo que podemos lograr, de lo que necesitamos: la anticoncepción tiene que ver con el conocimiento de nuestro cuerpo, de los avances científicos en materia de salud sexual y reproductiva, es decir, del grado de educación sexual que poseamos; así como acerca de nuestras emociones y afectos se ven involucrados en la elección o no de algún método anticonceptivo; y también en lo que creemos, pues en el momento de pensar y optar por la anticoncepción, intervienen los valores, es decir, aquello que pensamos que está bien o mal de acuerdo a lo que dice nuestra familia y la sociedad.

En el tema de la anticoncepción se manejan una serie de mitos que es necesario desecharlos ya que estos obstaculizan el ejercicio de una sexualidad libre, informada y responsable. La forma en la que se puede lograr lo anterior es ponerlos en duda, ¿cómo?, contando con información clara, científica y veraz. En las conferencias de El Cairo y de Beijing, los países miembros de la Organización de Naciones Unidas dieron su apoyo y consenso a los derechos sexuales y reproductivos. El Vaticano extremó su condena a la anticoncepción moderna. Una consecuencia es su rechazo a las políticas gubernamentales de planificación familiar, en particular al fomento del uso del condón.

Métodos anticonceptivos naturales

Son naturales porque se basan en que los órganos sexuales de la mujer o el hombre, o los cambios hormonales

de la madre, bastan para evitar que el óvulo quede fecundado. Se les denomina métodos naturales, porque se supone que "no violentan el orden natural" de la respuesta sexual humana. Las cuatro clases de métodos naturales para el control de la fecundidad son:

- a) *Abstinencia total*. Significa no tener prácticas sexuales.
- b) *Abstinencia periódica* o *Billings*. El método Billings consiste en verificar la consistencia del moco. A medida que el óvulo comienza a madurar, las secreciones de la vagina comienzan a ser más abundantes y lubricantes (podemos decir que son más húmedas). Cuando el óvulo alcanza su madurez y se desprende del ovario (ovulación), las secreciones de la vagina toman la forma de un moco elástico que al estirarse entre el dedo índice y el pulgar no se rompe, formando un hilo de consistencia parecida a la clara de huevo: espesa, viscosa y transparente. Las parejas que practican el método Billings tienen que analizar diariamente la secreción de la vagina.
- c) *Infertilidad producida durante el amamantamiento* (que suprime la ovulación). Supone que cuando una mujer le está lactando, no puede embarazarse porque no hay óvulos que puedan ser fecundados.
- d) *Retiro (coitus interruptus)*. Este consiste en que antes de que el varón eyacule ("se venga") retire el pene de la vagina de la mujer, para que no haya contacto entre ésta y los espermatozoides.

La abstinencia periódica tiene indudables ventajas: no tiene efectos físicos secundarios y tiene la virtud de aumentar el conocimiento del cuerpo de la pareja, así como explorar más el erotismo y otras formas de expresión afectiva. Sin embargo tiene severas desventajas: los síntomas y signos

que permiten conocer el grado de fertilidad difieren de una mujer a otra y de un ciclo a otro, lo que hace insegura una medición. Los ciclos menstruales no son los mismos para todas las chicas y tampoco es igual su duración, pues muchas son lo que se denomina como irregulares.

Mitos sobre la anticoncepción natural

La abstinencia periódica o Billings no previene que podamos tener una infección de transmisión sexual (ITS), en particular contra el VIH. Estos métodos no evitan que las adolescentes violadas sufran embarazos no deseados, o que las mujeres no puedan enfrentar las consecuencias de la infidelidad y en muchas ocasiones, de las violaciones que les infringen sus propias parejas. Es importante que sepas que sacar el pene de la vagina en el momento previo de eyacular, no es seguro, ya que el líquido preeyaculatorio puede contener espermias y causar el embarazo. Además, esta práctica provoca cierta insatisfacción en la pareja. Por su parte, el amamantamiento tampoco puede considerarse como un medio efectivo de anticoncepción, ya que en cuanto termina el período de gestación y alumbramiento, la matriz está nuevamente en condición de concebir.

Métodos anticonceptivos artificiales

Se caracterizan por el uso de dispositivos, sustancias o procesos quirúrgicos. Entre ellos se encuentran:

- a) *Diafragma*. Es una copa de látex (caucho) en forma de domo que se introduce en la vagina antes del coito y cubre el cuello uterino. El diafragma impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductivo superior (útero y trompas de Falopio) y sirve de contenedor para el espermicida.

- b) *Dispositivo intrauterino DIU*. El dispositivo intrauterino es un objeto ligero y pequeño que se coloca en el interior del útero. Con mucha frecuencia tiene forma de "T" y está hecho con diferentes materiales (plástico y cobre, entre otros). La duración de la protección anticonceptiva varía de acuerdo con el tipo de dispositivo y oscila entre 3 y 8 años. Tiene una efectividad del 95 al 99 por ciento.
- c) *Los anticonceptivos hormonales* añaden al cuerpo sustancias químicas inhibitoras. Tienen un alto grado de confiabilidad cuando son tomados o aplicados de acuerdo con las instrucciones que corresponden a cada producto. Actualmente existen tres tipos de anticonceptivos hormonales: pastillas (con cerca del 90 o 97 por ciento de efectividad), inyectables (99 por ciento de efectividad), implantes (99 por ciento de efectividad).
- e) *Vasectomía*. Es una operación sencilla que se realiza con anestesia local y que dura aproximadamente 20 minutos. Esta operación consiste en impedir que los espermatozoides (que se producen en los testículos) pasen a través de los conductos seminales y desemboquen en el pene. Para lograr esto, un cirujano corta los conductos que salen de los testículos rumbo al pene y cierra los extremos resultantes.
- f) *Ligadura tubaria o salpingoclasia*. Este método consiste en el cierre de las trompas de Falopio, con el fin de evitar el paso de los óvulos. Esta operación requiere anestesia y una breve hospitalización. La esencia de esta operación consiste en impedir que los óvulos maduros entren en contacto con los espermatozoides que procedentes de la vagina, avanzan en su búsqueda para fecundarlos.

Mitos sobre la anticoncepción artificial

Uno de los principales mitos respecto al uso de anticonceptivos artificiales, sobre todo lo que tiene que ver con pastillas, espermicidas e inyectables, es que “provocan esterilidad”, o que el uso de pastillas “aumenta de peso”, puede ser que en algunos casos, los menos, las mujeres aumenten de peso pero no a tales grados de provocar obesidad. También se dice que “el diafragma se encarna” o que “los niños salen con el dispositivo pegado en alguna parte del cuerpo”, los pocos casos que se han registrado, se deben a que no ha habido un correcto seguimiento y revisión médica. Cabe señalar que a las mujeres que no cuentan con un centro de salud cercano a su comunidad, se les complica demasiado realizarse los chequeos regulares. Sin embargo esta situación no es el común denominador. En el caso de la vasectomía se dice que los varones que se la practican “tienen problemas para continuar una práctica sexual activa”, o que la salpingoclasia para las mujeres no es recomendable, porque “las mujeres siempre quieren tener la posibilidad de ser madres”. Lo cierto es que cada uno de estos métodos ha sido debidamente probado y al ser utilizados en forma correcta, no causan ninguna inconveniencia.

V. Infecciones de Transmisión Sexual

Infecciones con secreción	Ulceras o llagas	Tumoraciones o conizaciones	Dolor Abdominal	Otras
Clamidia (bacteria)	Sífilis (bacteria)	Molusco contagioso (viral)	EPI (Enfermedad Pélvica Inflamatoria)	Hepatitis A, B Y C (viral)
Gonorrea (cocos)	Herpes Simple (virus)	Chancros duros (bacilo anaerobio)		VIH (viral)
Candidiasis (hongos)	Chancros Simple (bacilo anaerobio)	Condilomatosiis planos o acuminados (viral)		Ladillas (piojos del pubis)
Tricomoniasis (protozoarios unicelulares)		Verrugas genitales (viral)		Sarna (salpullido, comezón)

Cuadro Clasificatorio

Recuerda que las infecciones transmitidas sexualmente producen:

- a) Úlceras.
- b) Tumoraciones (verrugas).
- c) Secreción uretral.
- d) Secreción vaginal/anal.
- e) Dolor pélvico.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Hace algunos años las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) eran conocidas como enfermedades venéreas y después como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). No obstante, en la actualidad el término aceptado y utilizado es el de ITS.

El término de enfermedades venéreas (en referencia a la diosa romana del amor Venus) fue utilizado en un principio para referirse a la sífilis, la gonorrea, el chancroide (chancro blando), el granuloma inguinal y el linfogranuloma venéreo. En cambio a partir de la década de los 80 con la aparición de la infección por VIH comenzaron a ser reconocidos nuevos agentes etiológicos de enfermedades sexualmente transmitidas, por lo que en momentos se hizo más frecuente el término de ETS para referirse a todas las enfermedades infecciosas cuyo mecanismo de transmisión eran las relaciones sexuales, sin embargo desde agosto de 1998, por acuerdo en la Organización Mundial de la Salud (OMS), se decidió comenzar a utilizar el término de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas que se transmiten mediante las relaciones sexuales cuando existen intercambios de fluidos corporales durante una penetración vaginal, anal u oral desprotegida. Sin embargo algunas ITS se pueden transmitir sin que exista una penetración,

por ejemplo la escabiasis (sarna), la pediculosis del pubis, los moluscos contagiosos, etc. Se considera que las ITS son producidas por *hongos* (monoliasis), *bacterias* (gonorrea, sífilis, chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, uretritis no gonocócica), *protozoarios* (tricomoniasis, amebiasis), *virus* (virus del papiloma humano; herpes simple; hepatitis A, B, C; VIH; molusco contagioso) y *ectoparásitos* (pediculosis púbica y escabiasis).

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año ocurren 333 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo. Éstas tienen su mayor incidencia entre hombres y mujeres de países en desarrollo. La pobreza, el difícil acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, la información incorrecta, los pocos conocimientos sobre la necesidad del cuidado del cuerpo son factores que contribuyen a una mayor diseminación de este tipo de infecciones entre hombres y mujeres, independientemente de su edad.

El diagnóstico y tratamiento de las ITS se basa en el "manejo sindrómico", es decir, el reconocimiento de un síndrome (conjunto de síntomas y signos asociados a un número variable de agentes etiológicos específicos).

Principales síndromes de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

- a) Ulceración en hombres y mujeres: sífilis (estadio primario), chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, herpes simple, infección por citomegalovirus.
- b) Secreción en hombres: candidiasis, gonorrea, uretritis no gonocócica, clamidiasis anal.

- c) Secreción en las mujeres: gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana.
- d) Dolor abdominal bajo en las mujeres: gonorrea, clamidiasis, infección por otras bacterias.
- e) Tumoraciones: condilomas acuminados, moluscos contagiosos y condilomas planos (estadio secundario de la sífilis).
- f) Conjuntivitis en los recién nacidos: (clamidiasis y gonorrea).

El por qué las mujeres son más vulnerables

Existe el doble de posibilidades de que el hombre transmita alguna ITS a una mujer, que a la inversa, debido a la naturaleza de las prácticas sexuales se da por hecho que ellas representan la parte pasiva en la relación sexual; además ciertas ITS (por ejemplo aquellas que producen úlceras facilitan la entrada del VIH y otros agentes) al causar inflamación requieren una gran concentración de linfocitos, que son las células objetivo del VIH.

Las mujeres aunque tienden a mantener relaciones sexuales más en razón al afecto que al deseo, los conocimientos y creencias de las mujeres en relación con sus propios cuerpos, las barreras culturales y los prejuicios, además de la desigualdad de género con relación al hombre las colocan en una posición de desventaja en la negociación sexual.

Los roles de género dictan maneras de ser y de comportarse que marcan la desigualdad: el hombre debe de ser agresivo, compulsivo y activo, mientras que la mujer debe ser sumisa, fiel y pasiva en las relaciones sexuales. De esta manera, es frecuente que las mujeres presenten dificultades para solicitar abierta y claramente el uso de métodos

para prevenir las infecciones de transmisión sexual, lo cual incrementa el riesgo para adquirirlas.

A su vez, el hombre puede verse presionado para responder sexualmente a cualquier invitación sexual, incluso si ésta presenta riesgos de ITS, o le es difícil negociar con la mujer, especialmente si ésta supone fidelidad y falta de confianza por el uso del preservativo.

Manejo sintromico de Infecciones de Transmisi3n Sexual (ITS)

Gonorrea

Sintomas en la mujer: La mujer puede no percatarse de los sntomas. O puede tener secreci3n vaginal purulenta, dolor en el bajo vientre, o dolor al orinar.

Sintomas en el hombre: Secreci3n purulenta en el pene.

Efectos: Esterilidad en mujeres y hombres; infecciones p3lvicas repetidas en La mujer. Puede causar da1o al reci3n nacido. Es curable mediante un tratamiento adecuado administrado por un m3dico.

Clamidiasis

Sintomas en la mujer: asintom3tica en el 60-80 por ciento de las mujeres. Algunas pueden presentar secreciones vaginales, dolor al orinar, dolor leve en la pelvis, o sangrado entre periodos menstruales.

Sintomas en el hombre: asintom3tica para el 20-40 por ciento de los hombres. Otros pueden presentar dolor al orinar o secreci3n acuosa en el pene.

Efectos: infertilidad en el hombre y en la mujer; infecciones de ojos y pulmones en los reci3n nacidos. Una vez que ha sido identificada, la clamidia puede ser tratada efectivamente con antibi3ticos.

Herpes Simple

Síntomas en la mujer y el hombre: una o más úlceras alrededor de los genitales, la boca, el ano. La úlcera puede parecer urticaria o una cortada; no siempre es dolorosa y los síntomas tienden a desaparecer.

Efectos: puede causar daños severos en infantes y madres con infecciones activas en el momento del parto. Causado por un virus puede ser tratado pero no curado. La infección puede repetirse después de la primera manifestación.

Sífilis

Síntomas en la mujer y el hombre: estadio primario: úlcera generalmente indolora con adenopatía satélite no dolorosa; estadio secundario: erupción similar a una urticaria, generalmente en manos y pies, condilomas planos en áreas de humedad, caída del cabello (alopecia areata), meningitis; estadio latente: generalmente es asintomático; estadio terciario: deformaciones de huesos (tibia en sable, cráneo en torre); afecciones a nivel de corazón (artritis aórtica) y cerebro (neurosífilis).

Efectos: amenaza grave para el feto en desarrollo. Se detecta con un simple análisis de sangre. Curable con antibióticos administrados por el médico, aunque en estadio terciario puede ser mortal.

Hepatitis A, B y C

Síntomas en la mujer y el hombre: la sintomatología es similar en los tres tipos de hepatitis, aunque algunas personas no muestran síntomas. Otros experimentan pérdida de apetito, fiebre, cansancio, dolor en el área del hígado o ictericia (color amarillo en la piel y mucosas).

Efectos: principal causa de cáncer en el hígado. Puede ser mortal. En ocasiones puede ser transmitido de madre

a hijo en el momento del parto. Existen vacunas para prevenir la hepatitis A y B.

Condilomas Acuminados

Síntomas en la mujer y el hombre: verrugas en /o alrededor de los genitales, el ano ó dentro de la boca. Deben ser tratadas por un médico.

Efectos: pueden aumentar de tamaño y obstruir el pene, la vagina o el ano, y crecer en las cuerdas vocales. Las verrugas genitales se han relacionado con el desarrollo de cáncer genital y anal.

Tricomoniiasis

Síntomas en la mujer: comezón vaginal, abundante secreción vaginal verde/amarilla con fuerte olor.

Síntomas en el hombre: a menudo ninguno. Ocasionalmente secreciones en el pene.

Efectos: las parejas frecuentemente no le dan importancia a esta enfermedad y se predisponen a reinfectarse. Es curable, pero ambos miembros de la pareja deben ser tratados.

VIH

Síntomas: en hombres y mujeres al principio de la infección no presentan síntomas, con el avance de la infección y la disminución de los anticuerpos, se puede presentar inflamación de ganglios, pérdida de peso, fiebre, cansancio, diarrea, manchas violáceas en piel, tos persistente, entre otros. Estas manifestaciones no son provocadas por el VIH, sino por la disminución de las defensas del cuerpo, la infección por VIH es incurable. Estos síntomas pueden ser diferentes de una persona a otra.

Efectos: el virus de inmunodeficiencia humana ataca a las células de defensa del cuerpo y lo deja desprotegido

ante microorganismos (hongos, parásitos, virus y bacterias) que producen diversas infecciones y enfermedades. Si una persona ha adquirido este virus, se dice que vive con VIH; cuando se encuentra en la última etapa de la infección se dice que vive con sida. El sida es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en esta etapa se pueden presentar enfermedades oportunistas como tuberculosis, neumonía, candidiasis, enfermedades diarreicas, entre otras.

Se transmite sólo por tres vías:

Tener relaciones sexuales sin protección en las que haya intercambio de algún líquido corporal infectante (sangre, semen, líquido preeyaculatorio y fluidos vaginales) y una vía de entrada (mucosa y/ herida).

A través de una transfusión de sangre o sus derivados o por trasplante de algún órgano contaminado, así como por compartir jeringas y/o agujas no esterilizadas con una persona que viva con VIH; y al utilizar equipo para tatuajes o acupuntura que no esté debidamente esterilizado.

Una mujer sin tratamiento antirretroviral lo puede transmitir al producto durante el embarazo, lo puede transmitir ya sea a través de la placenta, durante el parto o en la lactancia.

VI. Derechos sexuales de las y los jóvenes

1 Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad

Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Soy responsable de mis decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

2 Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual

El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social. Tengo derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.

3 Derecho a manifestar públicamente mis afectos

Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.

4 Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad

Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tengo derecho a decidir libremente con quién

compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos. Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida y mi sexualidad.

5 Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada

Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi identidad y privacidad. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual. Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.

6 Derecho a vivir libre de violencia sexual

Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta al disfrute pleno de mi sexualidad. Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser torturada/o, ni sometida/o a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

7 Derecho a la libertad reproductiva

Las decisiones sobre mi vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad. Como mujer u hombre joven tengo derecho a decidir de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién. El Estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.

8 Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad

Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley. Como joven, tengo derecho

a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

9 Derecho a vivir libre de toda discriminación

Las y los jóvenes somos diversos y, por tanto, tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades. Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana. El Estado debe garantizarme la protección contra cualquier forma de discriminación.

10 Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad

Para decidir libremente sobre mi vida sexual necesito información. Tengo derecho a recibir información objetiva, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad sexual. El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11 Derecho a la educación sexual

La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes. Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar ade-

cuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

12 Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva

La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Tengo derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio.

13 Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad

Como joven puedo tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre mis derechos sexuales y a emitir mi opinión sobre los mismos. Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para mi participación; así como a asociarme con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a mi salud y bienestar. Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarme, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

VII. Glosario

- Confidencialidad.** Derecho de las personas a mantener en el anonimato actividades de su vida privada.
- Derechos Humanos.** El conjunto de prerrogativas (derechos y libertades) universales, inalienables (a los que no se puede renunciar) e inherentes (propios) a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo.
- Discriminación.** Trato desigual, injusto, arbitrario o excluyente que se da a una persona con base en algún atributo o condición como edad, sexo, origen étnico, nacionalidad, género, ocupación, religión, preferencia u orientación sexual, etcétera.
- Diversidad sexual.** El conjunto de las diferentes formas de vivir y expresar la sexualidad.
- Equidad.** Condición que busca el respeto de los derechos de todas las personas tomando en cuenta sus diferencias.
- Expresiones eróticas.** Manifestación del deseo y placer sexual.
- Género.** Conjunto de valores, actitudes y expectativas sociales y culturales que definen lo femenino y lo masculino, se asignan al individuo desde el momento del nacimiento en base a su sexo.
- Identidad.** Aquello que una persona piensa, siente y expresa acerca de lo que es.
- Identidad sexual.** Aquello que una persona piensa, siente y expresa acerca de su sexualidad.
- Igualdad.** Es la condición humana por lo que la que todas las personas tienen los mismos derechos fundamentales.
- Intimidad.** Todo aquello relacionado con el cuerpo, el espacio personal, los sentimientos y los pensamientos. Los espacios físicos de la intimidad pueden ser: baño, cama, recámara, cajones, cartas y escritos sobre sentimientos y pensamientos personales.
- Laicidad.** Cualidad de todo Estado democrático que para garantizar el respeto, la tolerancia, la libertad de conciencia y la igualdad jurídica ante la ley se mantiene ajeno a cualquier doctrina religiosa.
- Licitud.** Conductas individuales o colectivas que se realizan dentro de los límites establecidos por las normas jurídicas. Actuar con licitud es no infringir las leyes.
- Orientación sexual.** Concepto que señala la elección de las/los compañeras/os afectivo-sexuales no es producto de una elección consciente. Entre las elecciones sexuales que se reconocen están:

- a) Heterosexual. Quien experimenta atracción predominante por personas del sexo opuesto.
- b) Homosexual. Quien experimenta atracción predominante por personas del mismo sexo.
- c) Bisexual. Quien experimenta atracción por personas de ambos sexos.

Preferencia sexual. Elección de una persona para tener relaciones afectivo-sexuales con base en sus características sexuales y de género (femenino, masculino, ambos).

Prejuicio. Concepción acerca de algo o de alguien, elaborada antes de conocerle o sin tener elementos para emitir una opinión.

Privacidad. El derecho de todo ser humano a que no sean conocidas y dados a conocer a terceros, hechos, circunstancias o cualquier otra información personal sin su consentimiento.

Salud. Es el estado de bienestar de las personas en todos los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales y ambientales, y no es sólo ausencia de la enfermedad.

Salud reproductividad. Es el estado de bienestar físico mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, y no sólo la ausencia del dolor, enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Salud sexual. Es el estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la vida erótico-afectiva en todas sus dimensiones. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

Sexualidad. Conjunto de condiciones físicas, biológicas, psicológicas, emocionales, sociales y culturales relacionadas con la vida sexual de una persona.

Sexo. Conjunto de características anatómico-fisiológicas que diferencian a hembras y machos de una especie.

Vida privada. Espacio geográfico y simbólico constituido por la familia, el hogar y las actividades de la persona como particular.

Violencia sexual. Todo acto, con connotaciones sexuales, que tienda a invadir, agredir y dañar el cuerpo y la vida emocional de una persona sin su consentimiento y/o en desventaja física o laboral. Las formas de violencia sexual se manifiestan en actos que incluyen desde conductas que no implican sometimiento físico, como el acoso y el hostigamiento verbal, hasta diversas prácticas sexuales no consentidas, tales como caricias, besos y otras formas de contacto genital y corporal, incluidas las relaciones sexuales.

VIII. Para leer más...

- Alcaraz R. y Alcaraz A. (2008). *El derecho a la no discriminación por identidad y expresión de género*, Textos de El Caracol, Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación: México.
- Álvarez Gayou J. (1995). *La condición sexual del mexicano*, México: Grijalbo.
- Cabral J., Cruz C., Ramos U., Ruiz P. (2008). *Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento*, México: Censida.
- Cárdenas E. y Peña M. (1997). *Introducción al crecimiento y desarrollo humanos*, México, ENAH-INAH.
- Censida (2007). *Prevención primaria y secundaria de VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y oportunistas en hombres que viven con VIH y sus parejas. Propuesta de intervención*, México: Censida/Universidad Autónoma de Yucatán/REPAVIH.
- Comfort A. (1989). *La sexualidad y el adolescente*, Madrid.
- Corona E. (Coord.). *¡Hablemos de Salud Sexual!*, México; Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal/Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C./Asociación Mexicana de Salud Sexual A.C./IMSS.
- Díaz-Loving R. (1999). *Juventud y sida: una visión psicosocial*, México: Miguel Ángel Porrúa-Facultad de Psicología, UNAM.
- Hiriart V. (2001). *Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador en la escuela*, México: Paidós.
- Jayme M., Sau Victoria (1992). *Psicología diferencial del sexo y el género. Fundamentos*, Ed. Icaria: España.

Jacobs, Theodore (2008). *Sobre la neurosis adolescente; sobre su original "On the adolescent neurosis", Psychoanalytic Quarterly, LXXVI, p. 487-513.* (2007), Buenos Aires, Argentina: Revista Aperturas Psicoanalíticas.

Murguía C. (2001). *Género y sexo: ¿a quién le importa?, Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes.* Lima: Instituto de Educación y Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción,* Guatemala: Asociación Mundial de Sexología (WAS).

Rubio E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana, en "Antología de la sexualidad humana",* México: Consejo Nacional de Población.

Secretaría de Educación, (2008). *Tu futuro en libertad,* México: Gobierno del Distrito Federal.