

# AMOR - SEXO

Serie Documentos Especiales - Cuadernos de Sexualidad  
Viceministerio de la Juventud - Ministerio de Educación Nacional  
Proyecto Nacional de Educación Sexual  
Colombia, Agosto de 1995

Germán Ortiz Umaña  
Médico Sexólogo

# ÍNDICE

---

Prefacio	3
Orientación sexual	3
Homosexualidad	5
Bisexualidad	7
Deseo sexual	8
Regulación de la fertilidad	9
Planificación familiar	10
Anticoncepción	10
Métodos de barrera	11
Condón	11
Diafragma	12
Coito interrumpido	14
Ritmo o continencia periódica	14
Ligadura de trompas	15
Vasectomía	17
Espermicidas	17
Anovulatorios u hormonales	18
Anticonceptivos inyectables	20
Implantes subdérmicos	20
Dispositivos intrauterinos (DIU)	21
Sueños y fantasías sexuales	22
Lenguaje corporal	23
Actividades sexuales	24
La reproducción humana	26
Reproducción de los mamíferos	26
Órganos genitales femeninos	27
Órganos genitales masculinos	27
La función reproductiva	28
El embarazo	29
El parto	31
Prostitución	31
Pornografía. Sexualidad y medios de comunicación.	33

# AMOR - SEXO

## PREFACIO

El significado del amor ha cambiado en las diferentes épocas de la historia y sus expresiones son distintas en cada cultura. En la actual cultura occidental en que vivimos, tal vez la mayor influencia que hemos recibido es la del romanticismo, es decir, la concepción del amor asexual, insatisfecho y triste y, por lo tanto, doloroso. Esta concepción del amor, no sólo el de la pareja sino el de la madre al hijo, es una forma masoquista de amar. Es sufrir por la persona a quien se ama, para que este sufrimiento acreciente el amor.

Como en el sentimiento amoroso quizás lo más importante es el deseo intenso del bienestar del ser amado, que es recíproco, pienso que hemos caído en una trampa cultural. Sería más coherente que disfrutáramos de la persona a quien amamos. Que aprendiéramos a gozar de nuestros padres, de nuestros hijos e hijas, de nuestra pareja, de nuestros seres amados. Este gozo en el amor le va a generar a quien nos ama una enorme satisfacción porque estamos bien. Esta sería una posición en la que el bienestar mutuo sería motivo de mutua satisfacción.

Al hablar con los y las adolescentes que están en la edad de empezar a constituir parejas y preguntarles por qué la relación afectiva que tenían en la niñez con sus padres les era profundamente satisfactoria y ahora no, responden que sí es satisfactoria, pero les falta algo. Es la necesidad de compartir algunas cosas "íntimas" que las personas adultas no entienden, de percibir sensaciones nuevas que antes no se tenían. Es la necesidad de tener una relación afectiva diferente. Es la relación sexoafectiva que emerge temprano en la adolescencia y que responde a sentimientos nunca antes percibidos.

En esta época es cuando la sexualidad se une al amor. El amor y la sexualidad son dos cosas diferentes. Pero la gente las une porque cuando coexisten se enriquecen y los sentimientos se hacen más intensos y placenteros. En esta relación sexoafectiva, el amor es el único y verdadero afrodisíaco del ser humano. El facilitar el placer del otro y de la otra y compartir el nuestro sería un acto de amor. Es una de las formas más perfectas de compartir afectiva, intelectual y físicamente. Humanamente.

## ORIENTACIÓN SEXUAL

---

La orientación sexual se refiere a la experiencia de sentirse atraído/a eróticamente por personas del otro sexo (heterosexual), del mismo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual). Estos términos sirven para calificar tanto a hombres como a mujeres. Hombre o mujer, heterosexual; hombre o mujer, homosexual; hombre o mujer, bisexual.

En este tema se presentan malos entendidos que dan origen a múltiples interpretaciones erróneas que dificultan su comprensión. Para aclarar esta situación es preciso distinguir tres conceptos: identidad sexual (o del género); rol sexual (o del género); y orientación sexual.

La «identidad sexual» es el sentimiento personal de certeza de pertenecer al sexo masculino o al femenino. Es saberse hombre o mujer. Este sentimiento puede ser concordante con el sexo morfológico, es decir, con la presencia de los genitales y caracteres sexuales secundarios de varón o hembra, y con el sexo de asignación al nacer que se representa fundamentalmente por el nombre masculino o femenino que se registra legalmente. Cuando este sentimiento no concuerda con el sexo morfológico, se presenta la transexualidad: «sentirse atrapado/a en un cuerpo del otro sexo»: «Soy una mujer viviendo en el cuerpo de un varón». «Es vivir en cuerpo ajeno».

El «rol sexual» es la manifestación pública de la identidad sexual. Es el conjunto de expresiones y comportamientos externos concordantes con las pautas culturales definidas como masculinas o femeninas por una sociedad determinada. Es «portarse como hombre o como mujer».

Cuando las manifestaciones concuerdan con lo esperado culturalmente, se denomina masculino (en nuestra sociedad, «muy macho») o femenino («muy mujer»). Cuando, por el contrario, un varón exhibe comportamientos asignados culturalmente a la mujer, lo denominan «afeminado», «amanerado» y, con frecuencia, «maricón». Cuando es la mujer la que muestra comportamientos que sólo se esperan del varón, se le califica de «marimacho» y, a veces, lesbiana.

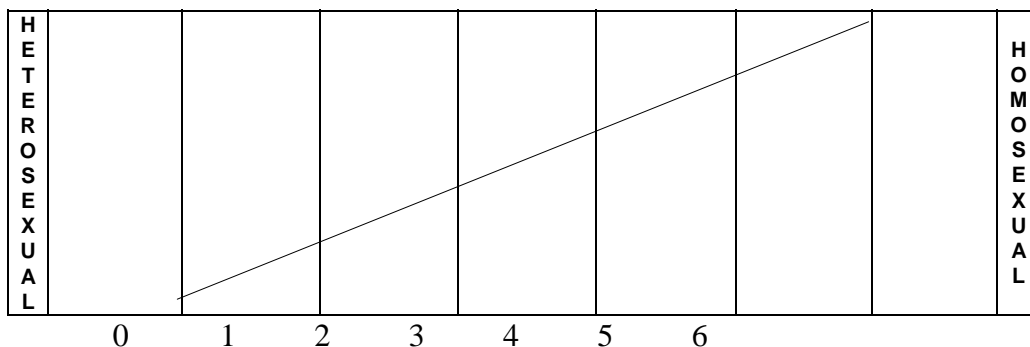
Dado que este rol del género es de carácter enteramente cultural, las pautas de lo masculino y lo femenino cambian a veces en forma radical de una sociedad a la otra y de una época a otra. La orientación sexual es independiente de la identidad sexual y del rol de género, aunque en nuestro medio se confundan con tanta frecuencia.

La orientación sexual, como todo el comportamiento humano, está determinada por factores de orden biológico y psicosocial. Aunque todavía se desconocen con exactitud los factores determinantes, se acepta que lo biológico, en general, determina las capacidades, y lo psicosocial lo cultural, el desarrollo de dichas capacidades, para que se establezca el comportamiento, en este caso, sexual.

Dicho en otras palabras, el comportamiento sexual del ser humano depende más del aprendizaje que de los factores biológicos. Este es un axioma para todo el comportamiento humano, hasta ahora no controvertido. Lo sexual no es una excepción a él.

El hecho de ser hetero, homo o bisexual no representa tres alternativas tajantes. Desde la década de los años cincuenta, Alfred Kinsey y sus colaboradores mostraron, como resultado de su monumental y todavía vigente investigación del comportamiento sexual humano, cómo existe una gradación entre la heterosexualidad y la homosexualidad exclusivas, destruyendo el mito de que estos comportamientos eran de «todo o nada»: o se era heterosexual o se era homosexual. Esta idea, a pesar de popularizarse la información sexológica en las últimas dos décadas, persiste en muchas mentes abstrusas de aquellos cuyo fanatismo les impide entender esto.

El resultado de los estudios de Kinsey y sus colaboradores demostró que se trata de un continuo que va de un extremo a otro. Este concepto lo expresaron para mayor claridad mediante una escala cualitativa, que hoy aparece en la mayor parte de los textos de sexología.



En esta escala se representa la gradación hetero-homosexualidad.

- 0: exclusivamente heterosexual
- 1: franco predominio heterosexual; sólo incidentalmente homosexual
- 2: predominio heterosexual; homosexual en menor grado
- 3: igualmente hetero que homosexual
- 4: predominio homosexual; heterosexual en menor grado
- 5: franco predominio homosexual; sólo incidentalmente heterosexual
- 6: exclusivamente homosexual

### **Homosexualidad**

La homosexualidad es la experiencia de sentirse atraído/a eróticamente por personas del mismo sexo. La palabra homosexual deriva de la raíz griega homo, que significa mismo o igual.

Este término, usado hace poco más de un siglo, se refiere tanto a hombres como a mujeres que experimentan atracción por personas del mismo sexo. A los hombres homosexuales se les denomina, aunque en forma despectiva, «maricas», que es el diminutivo del nombre de mujer por antonomasia en nuestra cultura: María, basándose en la falsa concepción cultural, en el mito de que los homosexuales son «medio mujeres». Es decir, creían que la homosexualidad era un estado intersexuado, una anomalía de la identidad sexual.

A las mujeres homosexuales se les llama lesbianas, palabra derivada de Lesbos, isla griega en la que la poetisa Safo cantó al amor homosexual de la mujer.

Dado que estos y otros términos con que se designa la homosexualidad y a las personas homosexuales son agresivos, despectivos e insultantes, en habla inglesa se acuñó la palabra «gay» para calificar el ambiente, los comportamientos y a las personas homosexuales. Esta palabra, que significa alegre, adornado, vistoso (gayo, en español), ha pasado a nuestro idioma coloquial sin traducción y como en el inglés, sin connotaciones agresivas. Es posible que moleste a algunos el uso de este tipo de palabras como de algunas otras expresiones eufémicas, porque son extrañas al idioma o denotan ideas vagas (ej. hacer el amor). Sin embargo, tienen la enorme

ventaja de que no son agresivas ni soeces y permiten hablar públicamente sin que despierten rechazo en mucha gente que le teme más a las palabras que a las ideas que expresan.

Es fundamental hacer hincapié en que con «el término homosexual se abarca una gran heterogeneidad de personas que viven en formas muy distintas y con diferentes grados de éxito» (Weimberg y Williams, 1974).

Este tema, prohibido hasta hace muy poco tiempo, es hoy motivo de estudio, investigación y discusión académicas, así como de presentaciones literarias, teatrales, cinematográficas y televisivas, que con frecuencia muestran e inducen a la tolerancia y a veces a cierto grado de comprensión de esta conducta en muchas personas de nuestra sociedad. Esta nueva actitud, sin juicios de valor, abre una esperanza al estudio y comprensión de la conducta humana y es un factor que estimula la convivencia, fundamento de la paz.

Los datos estadísticos más confiables sobre la homosexualidad siguen siendo los de Kinsey, por ser los más amplios y minuciosos, aunque ya tengan más de cuatro décadas de publicados.

De estos datos se infiere que entre el 4 y 5% de los varones y entre el 2 y 3% de las mujeres son homosexuales; es decir, que la frecuencia de homosexualidad en hombres es aproximadamente el doble. Algunos otros estudios más recientes, realizados en sociedades diferentes a la estadounidense, ofrecen cifras similares.

En cuanto a las actividades homosexuales, Kinsey halló que cerca del 40% de los hombres y del 20% de las mujeres habían tenido un contacto homosexual al menos alguna vez en el curso de la vida. Es de anotar que varias investigaciones demuestran que las actividades homosexuales son más frecuentes en medios unisexuales como colegios, internados, cuarteles, etc., tanto en hombres como en mujeres (M. Scholfield, 1965).

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de la homosexualidad. En la actualidad no existen acuerdos sobre las causas determinantes de la orientación sexual, sea ésta homo, bi o heterosexual. Es posible que varias de tales teorías expliquen la existencia de algún porcentaje de homosexuales. Sin embargo, la información de que se dispone no es suficiente y es preciso estimular los estudios investigativos para poder encontrar respuestas a la mayor parte de las interrogantes que todavía nos hacemos.

Sabemos que nadie elige ser homosexual o heterosexual. Sabemos que las actividades homosexuales son más frecuentes en los medios en que se reúnen personas de un solo sexo. También que, de acuerdo con investigaciones serias (Weimberg), la mayoría de homosexuales no son amanerados y la mayor parte de los amanerados no son homosexuales. Varias investigaciones han demostrado que las alteraciones de la personalidad no son más frecuentes en los homosexuales que en los heterosexuales. Varios estudios investigativos han demostrado que los niveles hormonales de personas homosexuales están dentro de límites normales y que no difieren de los grupos heterosexuales utilizados como testigos.

Los estudios hechos sobre factores genéticos causantes de homosexualidad no son concluyentes y con frecuencia resultan contradictorios.

Aunque en la actualidad se piensa que la homosexualidad es básicamente una consecuencia de episodios posnatales aún no aclarados, es preciso admitir que existan factores prenatales que desempeñen un papel importante en la génesis de la homosexualidad.

Las manifestaciones sexoafectivas de las personas homosexuales no difieren mucho de las manifestaciones de las personas heterosexuales. Por razones culturales, el establecimiento de parejas homosexuales es menos frecuente, especialmente entre hombres. La hostilidad mostrada en la mayor parte de las sociedades dificulta y generalmente impide la formación de estas parejas. Esta homofobia, que se manifiesta con burlas, ironías, apelativos despreciativos y a veces francos insultos, produce sentimientos de hostilidad que pueden causar en algunos homosexuales dificultades para lograr autoaceptación y la necesidad de ocultar su condición.

Aunque la actitud de nuestra sociedad, especialmente entre los jóvenes, ha cambiado hacia una mayor tolerancia, los homosexuales siguen constituyendo una minoría que tiene que afrontar prejuicios sociales, religiosos, legales y, en muchos casos, laborales. Cabe esperar en el futuro una actitud más comprensiva, de acuerdo con el respeto y el amor que merecen todos los seres humanos.

## **Bisexualidad**

La conducta bisexual se ha estudiado muy poco y se estima que la ejerce menos del 5% de la población, aunque existen cifras que muestran una mayor frecuencia. En este momento es imposible precisar cifras sobre la frecuencia de la bisexualidad.

Al igual que en la homosexualidad, las cifras publicadas son siempre menores en mujeres que en hombres.

Algunas personas bisexuales se involucran en esta actividad como una forma de experimentación, de añadir variedad sexual a su vida, sin llegar a preferirla. Otros eligen deliberadamente por pareja a una persona del mismo o del otro sexo de acuerdo con las circunstancias y las «necesidades» del momento. Muchos viven experiencias bisexuales por algún tiempo «forzadas» por las circunstancias. Sin embargo, en la mayoría de ellos y de ellas existe una preferencia clara por la actividad sexual con un determinado género.

El conocimiento superficial que se tiene de la bisexualidad no permite sacar conclusiones sobre sus causas y características, y más bien crea mayores dudas sobre los orígenes de la orientación sexual.

---

## **DESEO SEXUAL**

Todos los impulsos del ser humano se hallan regulados por un doble mecanismo: evitar el dolor y buscar el placer. El impulso sexual responde más al placer que al dolor; por esto, la frustración sexual -- que ciertamente no es placentera -- no produce el intenso dolor y sufrimiento suscitado por el hambre o la sed.

Los circuitos sexuales se hallan íntimamente conectados con los centros del placer del cerebro en forma directa o mediante algún neurotransmisor que los activa. También están conectados con los centros del dolor; por esto, una situación que produce dolor o se vive como peligrosa o destructiva inhibirá el deseo sexual.

Los mecanismos neurofisiológicos que rigen el sistema sexual son bastante desconocidos. La información de que se dispone es fragmentaria y por esto no se puede construir una estructura conceptual coherente. El deseo sexual está regido tanto por los ritmos biológicos como por la accesibilidad de una pareja atractiva.

En los mamíferos infrahumanos, la atracción y la receptividad sexuales dependen, en las hembras, de los niveles de estrógeno que las hace receptivas por acción cerebral y atractivas por la acción periférica. En el ser humano, estas influencias hormonales no producen comportamiento alguno; simplemente lo facilitan o lo dificultan cuando se presenta el estímulo sexual que fundamentalmente es de carácter psicosocial.

El papel de la testosterona en la sexualidad humana parece más claro. Para ambos sexos, es la hormona del deseo. La ausencia de testosterona o una disminución por debajo de los límites normales condiciona un pobre deseo sexual. El mecanismo de acción de esta hormona en el deseo sexual no se conoce.

Es importante aclarar que la testosterona no produce deseos sexuales, sino que su falta los disminuye. La práctica frecuente de ingerir o inyectarse testosterona para mejorar el deseo y la función sexuales no tiene ninguna base científica y puede ser muy nociva al producir el crecimiento exagerado de la próstata y aun desarrollo de tumores de esta glándula. Aplicar testosterona requiere una dosificación previa en la sangre.

Existen indicios de que las hormonas sexuales tienen alguna interacción con los neurotransmisores que actúan como mediadores en el interior de los circuitos sexuales y que estos neurotransmisores son la serotonina como inhibidor y la dopamina como estimulador de los centros sexuales del cerebro.

La relación con una pareja atrayente y receptiva estimula los centros sexuales en todos los mamíferos, incluso en los humanos. Cuando se está enamorado/a, aumenta el deseo sexual y cualquier contacto sensual crea respuestas más rápidas y eficaces. Es una relación erotizada, y el hecho de ver, oír, oler y tocar son poderosos estímulos que desencadenan o refuerzan el deseo sexual. Esto es especialmente cierto si la persona a quien se ama se encuentra excitada. La presencia del ser amado es afrodisíaca.

Aunque los estudios neurofisiológicos en ambos sexos han demostrado que las bases neurológicas y endocrinas de la actividad sexual son similares, se han evidenciado importantes diferencias en los estímulos que despiertan el deseo.

Para la mayoría de los varones, las experiencias visuales y olfatorias estimulan con mayor eficacia los deseos sexuales, no así para las mujeres; en tanto, las lecturas o escenas románticas despiertan deseos sexuales en la mayoría de las mujeres y en una pequeña proporción de los hombres.

De todas formas, en la actualidad es muy difícil o imposible distinguir entre las bases biológicas y las experienciales del deseo sexual.

En cuanto a la inhibición del deseo sexual, en nuestra cultura hay diferencias claras entre hombres y mujeres. En la mayoría de ellas, por ejemplo, desaparece el deseo cuando por alguna razón están enojadas con su pareja. Esto es válido para algunos hombres, aunque los varones son, en general, mucho más capaces de experimentar deseos sexuales intensos por una pareja con quien están disgustados y por quien sienten hostilidad. El miedo y el dolor aparentemente ejercen una inhibición del deseo sexual igual en varones que en hembras.

Otros inhibidores frecuentes del deseo sexual son la monotonía y la pérdida de aprecio por la pareja.

Hasta donde se sabe, no existen sustancias químicas que despierten el deseo sexual, como sucede en los mamíferos subhumanos. El aprecio, el amor, el respeto mutuo y los factores estéticos son los que despiertan el deseo sexual en los seres humanos, y las manifestaciones de cariño y la creatividad las que los mantienen o acrecientan durante mucho tiempo.

No existen sustancias químicas ni alimentos que despierten o aumenten el deseo sexual. Las hormonas, las vitaminas y otros elementos que se ofrecen comercialmente para mejorar los deseos sexuales simplemente explotan a un pueblo mal informado.

---

## **REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD**

---

La capacidad reproductiva del ser humano es muy grande. El varón es fértil desde cuando aparece su eyaculación, alrededor de los 12 ó 13 años en promedio, y perdura por el resto de la vida. En tanto el varón pueda eyacular, así sea octogenario o nonagenario, se le considera fértil. Es decir, que la vida fértil en el hombre puede durar 50, 60, 70 años o más.

En la mujer la capacidad reproductiva se inicia alrededor de los 13 ó 14 años, cuando experimenta la menarquía (primera menstruación), y desaparece cerca de los 50 años, es decir, entre 30 y 40 años de fertilidad. Una mujer que vive 50 o más años está en posibilidad de tener 30 o más hijos, capacidad biológica que excede generosamente las posibilidades humanas de crianza desde los puntos de vista económico y afectivo.

En las épocas preindustriales este alto nivel de natalidad estaba compensado por la altísima mortalidad, especialmente la infantil. Desde varios siglos antes de Cristo se están usando métodos anticonceptivos, algunos de ellos con cierto grado de efectividad. En su mayor parte eran elementos que taponaban el fondo de la vagina y sustancias muy viscosas que fermentaban y producían un ambiente ácido intravaginal, por lo que tenían poder espermicida.

Algunos escritos antiguos muestran que se permitía el uso de los anticonceptivos en casos especiales; por ejemplo, cuando la mujer había tenido partos peligrosos; durante la lactancia, para prolongarla; durante la preñez, para evitar la superfetación en la que creían, etc. Vale decir que esta preocupación de regular la fertilidad ha estado presente en la humanidad por milenios.

La disminución de la mortalidad, conquistada especialmente en el último siglo, produjo gran sobrepoblación, que estimuló el estudio de anticonceptivos para permitir el crecimiento controlado de las familias y, por ende, de la población.

La búsqueda para hallar el anticonceptivo ideal perdura. Este sería un método de fácil uso, de completa eficacia, reversible, inocuo, de bajo costo, de amplia disponibilidad y acorde con las características y valores de la sociedad en que se use. Esta última condición nos hace pensar que no se trata de un anticonceptivo ideal, sino de varios.

## **Planificación familiar**

Planificar la familia es un derecho fundamental del ser humano. Cuando hablamos del tema nos referimos no sólo al número de hijos/as que decidimos tener, sino también a la forma de espaciar los embarazos. A pesar de ser un derecho, en muchos casos se convierte en un deber, pues a veces la preñez o el nacimiento de un/a hijo/a puede poner en peligro la salud o la vida de la mujer; puede alterar en forma severa el equilibrio familiar; o se puede correr un alto riesgo de malformaciones genéticas.

## **Anticoncepción**

La anticoncepción se define, desde el punto de vista biológico, como cualquier acción que dificulte o impida la unión del óvulo con el espermatozoide. Desde un punto de vista humano se trata de separar la función reproductiva de la función sexual. Los anticonceptivos se crearon para disfrutar de la actividad coital, por lo cual es absurdo presentar la abstinencia como un método de anticoncepción. Los anticonceptivos son para realizar el coito vaginal; para poder tener la única actividad sexual relacionada con la función reproductiva y prescindir de ésta.

Las formas o los mecanismos más simples de anticoncepción son tres:

1. Interponer un obstáculo entre el óvulo y el espermatozoide que impida su unión: **métodos de barrera.**
2. Actuar sobre el espermatozoide: **espermicidas.**
3. Actuar sobre el óvulo para impedir la ovulación: **anovulatorios.**

## MÉTODOS DE BARRERA

Son obstáculos físicos que impiden el tránsito de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio para evitar su unión con el óvulo (concepción o fecundación). Estas barreras pueden ser temporales (reversibles) o definitivas (irreversibles). En los métodos reversibles, una vez dejen de usarse, la persona o la pareja recobra su fertilidad. Los irreversibles son métodos quirúrgicos de esterilización, tanto para hombres como para mujeres.

### Condón

El condón es una funda de látex de 16.5 cm. de largo por 3.5 cm. de diámetro, que cubre el pene erecto e impide que el semen caiga dentro de la vagina. Fue utilizado originalmente para evitar infecciones de transmisión sexual al impedir el contacto de la mucosa del pene con la de la vagina. Los primeros condones fueron elaborados de la vejiga de cordero o de lino muy delgado. Posteriormente se usó intestino de cordero para tratar de conservar siempre la sensibilidad. Su uso primordial se implantó en los prostíbulos para evitar las infecciones genitales.

El condón de látex se empezó a fabricar a finales del siglo XIX y se conoce con varios nombres. En nuestro medio los llaman **preservativos** o **profilácticos**.

En la actualidad se dispone de varios tipos de condones, todos de látex. La mayoría están lubricados con una solución de glicol o con una sustancia espermicida. Esta lubricación disminuye la fricción y hace menos frecuente su ruptura. Se expenden de diferentes colores, algunos lisos, otros rugosos, más gruesos o delgados.

### Uso

Aunque el condón es un método sencillo de usar, es preciso seguir ciertas instrucciones para evitar fallas.

- Antes de colocarlo debe revisarse que el empaque esté en buenas condiciones y al abrirlo hacerlo con cuidado para no romperlo. No se deben utilizar los dientes ni objetos cortantes para abrir el empaque.
- El condón debe guardarse en un sitio fresco que no soporte presiones.
- Oprimir la punta del condón al ponerlo, para evitar que quede aire dentro de él. Si el condón no tiene un receptáculo en la punta, traccionarlo para dejar un espacio de 1.5 cm., sin aire.
- Colocarlo cuando el pene esté erecto y desenrollarlo totalmente.
- En los hombres no circuncidados, se debe echar hacia atrás el prepucio antes de colocar el condón.
- Si por cualquier circunstancia se quiere usar lubricante adicional, no se debe utilizar vaselina ni aceites minerales, ya que éstos disuelven el látex. Se debe usar glicerina o, mejor aún, una jalea anticonceptiva, que además de proteger el condón mejoran considerablemente su eficacia.

- El pene debe ser retirado cuando todavía está erecto, oprimiendo con firmeza el anillo del condón para evitar que se desenrolle.

## **Eficacia**

El condón se considera dentro del grupo de alta eficacia; su índice de fallas está entre 7 y 10 embarazos para 100 parejas que lo usen en forma regular durante un año. Su efectividad aumenta mucho cuando se usa junto con cremas o espumas anticonceptivas.

## **Ventajas**

- Es altamente efectivo cuando se siguen las instrucciones y se usa en cada coito.
- Estimula la participación responsable del hombre en la acción anticonceptiva.
- Se consigue fácilmente; su precio es bajo y no requiere consulta médica para utilizarlo.
- Su uso es inocuo para la mayoría de las personas y los casos de alergia al látex son leves y desaparecen espontáneamente al dejar de usarlo.
- Las mayores ventajas adicionales a su capacidad anticonceptiva son que evita la mayoría de las infecciones de transmisión sexual y brinda una altísima protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

Cabe notar que con frecuencia se recomienda el condón para la eyaculación precoz, con la idea mágica de que ésta es producida por una mayor sensibilidad en el pene. Esta falsa ventaja suele utilizarse para aumentar su venta o por ignorancia.

## **Desventajas**

- Alergias poco frecuentes.
- Modificación o disminución de las sensaciones.
- Alguna interferencia del desarrollo normal del juego sexual, que se subsana involucrando su colocación a ese mismo juego.
- Puede romperse durante el coito debido a una mala calidad, deterioro por falta de cuidado o, más frecuentemente, por haber dejado aire dentro de él.
- El deterioro de los condones es mucho mayor en zonas tropicales y por ello se deben extremar los cuidados para protegerlos del calor.

## **Diafragma**

El diafragma es una capa de látex en forma de casco sujeta a un anillo circular constituido por un resorte semirrígido. Su diámetro varía entre 50 y 105 mm y su profundidad es de 3 cm. Los tamaños que más se usan son los de 75 a 85 mm de diámetro en multíparas y 65 a 70 mm en las nulíparas. Se coloca en el fondo de la vagina con el fin de ocluir la entrada del cuello uterino.

Aunque desde hace varios siglos se han utilizado artefactos de otros materiales pero con características similares, solamente a finales del siglo pasado se diseñó y fabricó el diafragma moderno.

## **Uso**

El uso del diafragma requiere un examen ginecológico hecho por personal entrenado para elegir el tamaño adecuado a cada mujer; luego es necesario enseñar a la usuaria la forma de colocarlo en el fondo vaginal antes del coito, después de haberle aplicado una jalea anticonceptiva en el fondo y en los bordes. Debe retirarse como mínimo seis horas después del coito, lavarse con agua fría, secarlo, aplicarle talco y guardarlo en lugar fresco. No debe dejarse puesto por más de 24 horas para evitar infecciones.

## **Eficacia**

Los estudios realizados para establecer la efectividad del diafragma arrojan resultados muy variables. La tasa de falla fluctúa entre 4 y 25 embarazos en 100 mujeres que lo usan durante un año. La falla promedio está entre 12 y 15 por 100 mujeres/año, es decir, que es un método de mediana eficacia.

## **Ventajas**

- Su empleo está, en general, libre de efectos secundarios, con excepción de las ocasionales y pasajeras reacciones alérgicas locales.
- Se coloca antes de la actividad sexual y su uso no interfiere con el desarrollo espontáneo de ésta.
- Cuando se tiene un coito durante la menstruación, el diafragma impide que la sangre escurra a la vagina.
- Las cremas espermicidas que se usan con el diafragma tienen acción bactericida y disminuyen el riesgo de infecciones.

## **Desventajas**

- Se requiere de un examen ginecológico e instrucciones para su uso.
- Requiere manipular los genitales, lo que es poco aceptable en un medio en el que la represión sexual impide a las mujeres tocar libremente su cuerpo.
- Su costo, aunque no es muy alto, se ve aumentado por el examen médico previo y la adquisición de las cremas o jaleas espermicidas.
- Tanto el diafragma como los espermicidas no han sido distribuidos ampliamente en el mercado y por esto no son fáciles de adquirir.
- El diafragma tiene varias contraindicaciones.
  - a. Alergia al látex o al espermicida.

- b. Mujeres con malposiciones uterinas, prolapsos o anomalías de la vejiga.
  - c. Mujeres con la imposibilidad de aprender a colocárselo y retirárselo.
  - d. Mujeres que no han tenido experiencia coital.
- No ofrece protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

### **Coito interrumpido**

El coito interrumpido consiste en que el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular. Es un método muy antiguo y muy usado en nuestro medio, especialmente por jóvenes.

#### **Desventajas**

- Interfiere abiertamente con el desarrollo normal de la respuesta sexual en el coito.
- Crea ansiedad en ambas personas, lo que dificulta el orgasmo en la mujer y acelera la eyaculación del compañero. Produce insatisfacción sexual en la pareja y condiciona en muchos casos la eyaculación precoz y la oligorgasmia.
- Su eficacia es muy baja y no hay investigación suficiente que mida el número de fracasos. Las pocas referencias que hay dan tasas de fracaso por encima de 20 por 100 mujeres/año. La ineffectividad se debe a la presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio y al retiro tardío, cuando ya ha caído semen en la vagina.
- Es frecuente que, cuando se produce un embarazo indeseado, el hombre niegue la paternidad porque tiene la certeza de no haber eyaculado nunca intravaginalmente.
- Por su baja eficacia y sus efectos nocivos para la sexualidad de la pareja, no debe recomendarse, aunque desde el punto de vista anticonceptivo es mejor cualquier método, aun el coito interrumpido, que no usar ninguno.
- No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

### **Ritmo o continencia periódica**

El método del ritmo, o continencia periódica, llamado también de Ogino, consiste en abstenerse del coito durante el período de la ovulación y los días cercanos para evitar que el espermatozoide entre en contacto con el óvulo. Para poder calcular este período es necesario registrar en un calendario la duración de los ciclos menstruales durante un año.

Como, en promedio, la ovulación se presenta  $14 \pm$  dos días antes de la siguiente menstruación y el espermatozoide vive aproximadamente 48 horas y el óvulo 24 después de la ovulación, en un ciclo menstrual promedio la ovulación se presentaría entre el día 12 y el día 16 de ese ciclo. Dado que el espermatozoide vive dos días después de un coito, el día 10 de este ciclo puede ser fecundante, y como el óvulo vive un día después de ovular, un coito el día 17 también lo puede ser.

Entonces, una mujer con un ciclo menstrual de 28 días que sea totalmente regular, debería abstenerse del coito del 11 al 18 del ciclo (estas dos cifras se usan para establecer el período de

abstinencia). La mayor parte de la gente que usa el método del ritmo evita la actividad coital del día 10 al 20 del ciclo menstrual sin tener en cuenta si los ciclos son largos o cortos, lo cual da un alto índice de fracasos.

Para prescribir este método en forma adecuada es necesario registrar durante un año los ciclos menstruales. Se toma el ciclo más largo (por ejemplo, de 33 días) y se le restan 11 días, y al más corto (por ejemplo, de 27 días) se le restan 18 días. Encontramos el período de abstinencia  $33 - 11 = 22$ ;  $27 - 18 = 9$ . Esta mujer no puede tener coitos entre el día 9 y el día 22 de su ciclo menstrual. Estas dos cifras (11 y 18) fueron halladas antes para ciclos de 28 días. Durante el año en que se están registrando los ciclos menstruales la pareja debe abstenerse de actividad coital desde el día 6 hasta el día 22 de cada ciclo.

### **Eficacia**

La tasa de eficacia está entre 20 y 25 embarazos por 100 mujeres durante un año. Es decir, es un método de baja eficacia.

### **Ventajas**

- Es aceptado por la iglesia católica sin condiciones.
- No se usan medicamentos.

### **Desventajas**

- Requiere de largos períodos de abstinencia, lo cual puede reforzar la eyaculación rápida.
- Es muy difícil de seguir, pues muchas veces es necesario abstraerse de los deseos sexuales y posponer su satisfacción.
- Tiene una alta tasa de fallas.
- No puede ser utilizado por mujeres con ciclos irregulares; por esto no es aconsejable para adolescentes.
- No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

### **Ligadura de trompas**

La ligadura de las trompas de Falopio es un método de anticoncepción irreversible, es decir, de esterilización. Consiste en la oclusión quirúrgica de las trompas. Es importante insistir en que, al tomar la decisión de ligarse las trompas, se tenga presente que este es un método definitivo, aunque existe la posibilidad de reversibilidad mediante una operación de microcirugía con 50-60% de posibilidades de éxito. Sin embargo, se trata de una cirugía muy prolongada y costosa, que debe hacerla un/a cirujano/a muy bien entrenado/a.

Solamente debe usarse en mujeres de más de 30 años que hayan tenido varios hijos, salvo que exista una indicación médica para ella. La ligadura se puede hacer aprovechando una cesárea u otra operación abdominal, caso en el cual se ligan y luego se cortan las trompas a unos 2 cm. del útero. Cuando la acción es solamente la ligadura, se hace habitualmente mediante un laparoscopio, que es un tubo con una lente y una fuente de luz que se introduce bajo anestesia general dentro del abdomen. Se localiza la trompa y con una pinza se tracciona para acodarla y dejar deslizar un anillo de silástico o un clip de plástico que la comprime y la ocluye totalmente. Otra alternativa es aplicar corriente eléctrica a la pinza y electrocoagular esa porción de la trompa. Una vez ligadas ambas trompas, se retira el laparoscopio y se cierra la pequeña incisión por donde se introdujo. Su eficacia está entre 1 y 7 fallas por 1,000 esterilizaciones.

### **Indicaciones**

- Está indicada cuando la pareja ha completado el total de los/as hijos/as que quería o podía tener.
- Cuando una gestación pone en alto riesgo a la madre; por ejemplo: varias cesáreas previas, enfermedades cardiorrespiratorias severas, hipertensión arterial severa, alteraciones mentales severas, permanentes, etc.
- Motivos genéticos.

### **Ventajas**

- Su costo es bajo, ya que es definitivo.
- Altísima eficacia.
- Es un tratamiento ambulatorio; no requiere hospitalización.
- No interfiere en nada con la función sexual; por el contrario, la facilita.

### **Desventajas**

- Tiene algunos riesgos, aunque muy bajos (infección).
- No es 100% efectiva como se pensaba antes.
- Requiere anestesia general.
- No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

Es de notar que existen otros métodos para hacer la ligadura de trompas, que no describimos por ser mucho menos frecuentes en nuestro medio y que tienen ligeras ventajas y desventajas sobre la laparoscopia, que es la más utilizada en el país.

## **Vasectomía**

La vasectomía es un método de esterilización masculina, es decir, de anticoncepción definitiva, que consiste en cortar u obstruir los conductos deferentes y evitar que salgan espermatozoides

con el semen. Es un procedimiento más sencillo y seguro que la esterilización femenina. Se practica con anestesia local y es de carácter ambulatorio.

Luego de aplicar una pequeña cantidad de anestesia local, se hace una incisión en las bolsas. Se localiza el conducto deferente, se extrae al exterior y se corta una sección del conducto después de ligarlo. El paciente puede salir después de una hora de realizada la operación. Debe evitar el ejercicio pesado o prolongado por 3 ó 4 días y usar un suspensorio ajustado por algunos días. Debe usar condón durante 10 o 12 coitos posteriores y hacerse un espermograma para garantizar que no haya espermatozoides en el semen.

### **Eficacia**

El índice de fallas (presencia de espermatozoides en el semen) es similar al de la ligadura de trompas, si se siguen las instrucciones descritas antes.

### **Ventajas**

- Bajo costo.
- Anestesia local.
- Complicaciones muy infrecuentes y leves.
- Corto tiempo de cirugía (10-15 minutos) y de recuperación (unos pocos días).
- Altísima eficacia.

### **Desventajas**

- Requiere cirugía.
- Aunque leves e infrecuentes, se presentan algunas complicaciones como hemorragia e infección.
- No provee protección inmediata.
- Problemas psicológicos que pueden evitarse si se hace profilaxis adecuada.
- No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

## **ESPERMICIDAS**

Son sustancias que se colocan dentro de la vagina y que inmovilizan o destruyen los espermatozoides. Se pueden considerar como barreras químicas. Este tipo de sustancias ha sido usado por la humanidad desde la antigüedad y existen referencias históricas que datan del siglo XVI a.C. Se trataba de sustancias viscosas muy espesas a base de miel o goma arábiga que dificultaban la movilidad de los espermatozoides y que por fermentación producían ácidos que destruían los espermatozoides. Se usaron también ácidos con zumo de limón y vinagre para mojar tapones de algodón y lana o esponjas de mar, que se colocaban en el fondo de la vagina y servían como barrera física y como espermicida.

A finales del siglo pasado se comercializó en Inglaterra el primer preparado a base de quinina y en Alemania, alrededor de 1920, se empezaron a usar mercuriales en forma de tabletas vaginales espumantes, de mayor eficacia espermicida. En los años sesenta se desarrolló una sustancia (Nonoxynol-9) que es menos irritante para el pene y la vagina y que es el principio activo de muchas de las tabletas vaginales (óvulos), jaleas, cremas y espumas de que disponemos actualmente.

### **Uso**

- Las tabletas, jaleas y cremas deben colocarse profundamente en la vagina 15 minutos antes de la introducción del pene.
- Las tabletas espumantes y las espumas, 3 a 5 minutos antes del coito. Si se va a realizar un nuevo coito, debe aplicarse otra dosis igual. Una vez aplicado el espermicida no deben dejarse pasar más de 30 minutos para usarlo, pues pierde eficacia.

### **Eficacia**

Las tabletas espumantes y las espumas son más efectivas que las jaleas y las tabletas. El índice de fallas en las primeras es de 28 por 100 mujeres/año y el de las segundas es de 38 por 100 mujeres/año, es decir, son de baja eficacia.

## **ANOVULATORIOS U HORMONALES**

Son hormonas que inhiben la ovulación. Los anovulatorios que se usaron inicialmente, desde 1960, fueron los orales, llamados «la píldora». En los años siguientes aparecieron los anticonceptivos hormonales inyectados y, por último, los implantes subdérmicos. En general, están constituidos por las hormonas que normalmente circulan en la mujer.

La investigación que se ha llevado a cabo con estos preparados es amplísima, hasta el punto de ser los medicamentos más investigados en la historia, debido fundamentalmente a que los han utilizado decenas de millones de mujeres.

La investigación se ha orientado a conservar el poder anticonceptivo, a disminuir la dosis y a modificar las hormonas con el fin de reducir o hacer desaparecer los efectos secundarios nocivos, lo cual se ha logrado con mucho éxito.

Los anticonceptivos orales disponibles en nuestro medio contienen las dos hormonas: 1 mg de progestágeno y 0.5 mg de estrógeno y otros compuestos llamados de «minidosis», con 0.5 mg y 35 mg, respectivamente. En general se recomienda los de menor dosis, pero de acuerdo con el criterio médico.

## **Uso**

Las píldoras se toman diariamente a la misma hora durante 21 días, a partir del día 1 o del día 5 del ciclo, según sea la tableta elegida; se suspenden por siete días (en las cajas de 21 tabletas) y se reinician con una nueva caja. En la presentación de 28 tabletas se toman al final las siete tabletas de placebo, que son de diferente tamaño y color, e inmediatamente se continúa con otra caja. Durante estos siete días se presenta el sangrado.

## **Eficacia**

Los anticonceptivos hormonales son los métodos reversibles más eficaces de que se dispone en la actualidad. Su tasa de falla es de menos de 1 por 100 mujeres durante un año.

## **Ventajas**

- Altísima eficacia.
- Regulación de los ciclos menstruales.
- Disminución de los días de sangrado.
- Disminución de los cólicos menstruales.
- Disminución del riesgo de cáncer de ovario.
- Descenso de la incidencia de los quistes recurrentes del ovario.
- Disminución a la mitad de la incidencia de artritis reumatoidea.

## **Desventajas y contraindicaciones**

- Requiere de disciplina para tomar diariamente la tableta.
- Requiere de consulta médica para evaluar las características de la persona y detectar las contraindicaciones.
- No ofrecen ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.
- Están contraindicadas en las personas que fuman más de 10 cigarrillos por día, que sufren várices, hemorroides, hipertensión arterial, jaquecas severas y frecuentes, diabetes y algunas otras afecciones menos comunes.

Es importante manifestar que por esto los anovulatorios deben ser prescritos por un/a médico/a. La lactancia es una contraindicación relativa, pues la ingestión de anticonceptivos disminuye la cantidad de leche.

## **Anticonceptivos inyectables**

Existen en nuestro medio dos tipos de anticonceptivos inyectables: para uso mensual y para inyección trimestral. Con la inyección mensual se acortan los ciclos. La inyección debe aplicarse el día 8 del ciclo, contando a partir del día en que se inicia la menstruación. Los efectos

secundarios de las inyecciones que se aplican cada tres meses son la irregularidad en los sangrados y, en algunas mujeres, largos períodos de amenorrea (ausencia de menstruación). Existe también el riesgo de menopausia prematura y la consiguiente esterilidad, por lo cual están contraindicadas en mujeres jóvenes.

La efectividad de los inyectables es similar a la de las tabletas y se acerca a 1 falla en 100 mujeres que las utilizan durante un año.

Las contraindicaciones de los inyectables son prácticamente las mismas de los orales, descritas anteriormente.

Los anticonceptivos inyectables no ofrecen ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

### **Implantes subdérmicos**

Este método, descubierto por dos investigadores chilenos en 1964, se fue perfeccionando durante cerca de 20 años. Se empezó a fabricar y a distribuir hacia 1983. Consiste en seis tubos de silicona que contienen un progestágeno que se libera lenta y regularmente. Los tubos miden 3.4 cm. de largo por 2.4 mm de diámetro. Su aplicación es muy simple; el procedimiento dura unos pocos minutos y se hace en el consultorio. Se aplica anestesia local en la cara interna de uno de los brazos y se introducen los pequeños tubos debajo de la piel, muy superficialmente, en forma de abanico. El procedimiento lo hace un/a médico/a, previo un interrogatorio y un examen general para determinar las condiciones de salud de la mujer.

La hormona se va liberando lentamente y su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y mantener muy espeso el moco cervical para impedir el paso de los espermatozoides. El efecto del «Norplant» (su nombre comercial) es de cinco años, al final de los cuales se debe retirar. Si la usuaria desea quedar embarazada o retirárselo antes por cualquier otro motivo, se puede hacer en cualquier momento.

Este método es de alta efectividad. Su tasa de fallas es de menos de 1 por 100 mujeres durante un año.

No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

### **Dispositivo intrauterino (DIU)**

El dispositivo intrauterino es un artefacto que se coloca, como su nombre lo indica, en la cavidad del útero para evitar el embarazo. Las primeras referencias históricas se remontan a la antigua Arabia. Los nómadas colocaban pequeñas piedras dentro de la matriz de las camellas con el propósito de evitar su preñez durante los largos viajes. En la Edad Media se utilizaron pesarios que, colocados después de la menstruación, evitaban embarazos. No ocupaban la cavidad uterina

sino que ocluían solamente el cuello. Durante la primera mitad del presente siglo se usaron varios dispositivos, de los cuales los más conocidos fueron los metálicos (Grafenber y Ota).

A principios de los años sesenta se diseñaron los de plástico, de diferentes tamaños y formas. Perdura todavía el asa de Lippes. A fines de los años sesenta, Zipper, en Chile, descubrió que la liberación de iones de cobre en el interior del útero aumentaba la eficacia anticonceptiva del DIU y diseñó la T de cobre, hoy el DIU más usado en nuestro medio.

### **Mecanismos de acción**

El DIU tiene un mecanismo de acción diferente a los mencionados para el resto de los anticonceptivos. Su forma de actuar no se conoce con exactitud. Se describen tres mecanismos:

- Impide que el moco cervical se licúe. Este moco espeso obstruye el cuello uterino y dificulta el paso de los espermatozoides.
- Cambia el ambiente intrauterino y dificulta la nidación del huevo.
- Los iones de cobre parecen tener efecto espermicida.

### **Eficacia**

Es, después de la píldora, el método reversible más eficaz de que se dispone en la actualidad. Su tasa de fallas es de 1 a 3 embarazos por 100 mujeres en un año.

### **Uso**

El DIU se coloca dentro de la vagina en el segundo día de la menstruación, después de un examen ginecológico. Su aplicación, aunque molesta, es prácticamente indolora.

### **Ventajas**

- No se pueden cometer errores ni olvidos por parte de quien lo usa, lo cual mejora su efectividad.
- Se facilita la toma de muestras para citología durante los controles y así se puede prevenir el cáncer de cuello uterino.

### **Desventajas y contraindicaciones**

- Sangrado menstrual más abundante y con alguna frecuencia «manchas» intermenstruales.
- Aumento de los cólicos menstruales en los primeros meses de uso.
- Aumento leve del riesgo de infecciones genitales.

- No debe aplicarse en mujeres que sufran de cólicos menstruales importantes o que tengan menstruaciones muy abundantes o problemas de coagulación.
- Igualmente cuando hay infecciones uterinas o vaginales.
- No ofrece ninguna protección contra el contagio del virus causante del SIDA.

## SUEÑOS Y FANTASÍAS SEXUALES

---

Desde la niñez la gente tiene fantasías sexuales. Sin embargo, tanto los sueños como las fantasías de carácter erótico se hacen más frecuentes y explícitas en la adolescencia.

La fantasía sexual o de cualquier otro contenido es parte integral de la vida interior de la persona y una muestra de su capacidad creativa. Las fantasías eróticas pueden ser placenteras o desagradables, estimulantes o deprimentes, realizables o no.

La imaginación y la creatividad forman parte del acto de fantasear. Las fantasías sexuales más frecuentes son la creación de imágenes sobre la forma de obtener gratificación sexual.

Una fantasía puede expresar un deseo sexual o, por el contrario, puede provocarlo y con frecuencia representa algo irrealizable. Pero también puede acompañar o preceder a la actividad sexual para hacerla más placentera.

Las fantasías pueden ser desencadenadas por estímulos externos o por propia decisión, o se suceden aparentemente en forma espontánea (estímulos internos).

Muchas veces representan el deseo de pasar por una experiencia nunca tenida, prohibida, difícil de lograr, inaccesible (con una modelo, con un actor de cine o TV, o con una persona conocida pero prohibida; participar en una orgía; experiencias exóticas, etc.). Se pueden inspirar en la evocación de experiencias anteriores, que se modifican para adornarlas, embellecerlas y lograr mayor gratificación.

Las fantasías sexuales acompañan a muchas actividades pero especialmente a la masturbación. Algunas investigaciones han demostrado que más del 90% de los adolescentes, hombres y mujeres, tienen fantasías eróticas durante la masturbación.

Las funciones de las fantasías son:

- Originan excitación y pueden provocar excepcionalmente el orgasmo.
- Sustituyen experiencias inalcanzables.
- Aumentan el placer durante la actividad sexual.
- Facilitan la respuesta sexual previa a una experiencia.
- Constituyen una forma de ensayo de experiencias posteriores que producen mayor seguridad en sí mismo/a sin exponerse a ningún riesgo y con total control.

Son, por tanto, mecanismos de aprendizaje que disipan muchos temores de la inexperiencia, y por esto originan seguridad en sí mismo/a, que garantiza mejores posibilidades para el futuro. Es una forma de autoerotismo que facilita las actividades sociosexuales. Las fantasías repercuten decididamente en las futuras experiencias sexuales.

En nuestro medio, las fantasías eróticas son reprimidas por considerarlas peligrosas. Se afirma, gratuitamente, que la fantasía estimula a la persona a realizarla en forma compulsiva. Como con frecuencia precede a un comportamiento, lo relacionan como causa. Se califican como morbosas, es decir, enfermizas, con el fin de hacer sentir anormal a quien las tiene. Sin embargo, sería más lógico pensar que quien no tiene fantasías eróticas puede estar mostrando un altísimo grado de represión sexual interior, que le dificulta el aprendizaje y el desarrollo de la seguridad en sí mismo/a, base fundamental para relacionarse con los demás. Como con otras represiones, se ataca la autonomía de la persona, y al hacerlo se le impide o dificulta su autovaloración y autoestima y se ahoga su creatividad.

## **Lenguaje corporal**

Los sueños, las fantasías y los deseos sexuales son una forma de diálogo y vivencia consigo mismo/a que, como decíamos, cumplen una serie de funciones que determinan en gran medida la seguridad en sí mismo/a y facilitan la relación con los demás. Para poder entrar en relación con otra persona es preciso que todo este bullir interior se exprese en alguna forma y sea posible compartirlo. Estas emociones se expresan no solamente con las palabras. Olvidamos con frecuencia que existen muchas formas para expresar lo que sentimos; la música, el baile, las artes plásticas, el cine, son formas de expresar sentimientos y emociones mediante las cuales nos comunicamos con los demás.

Una persona tensa, con ira, con temor, con alegría, representa y expresa su estado con su actitud corporal, sin decir palabra alguna. Así, en la pintura de Goya vemos expresiones sobrecogedoras de horror; de angustia en Van Gogh; de paz y tranquilidad en esos niños jugando u orando de Reynolds; de amor en las estatuillas de Rodin; y de sexualidad y erotismo en las gordas de Botero y los desnudos de Morales. Estas expresiones corporales las han tomado éstos y muchos, talvez todos los artistas plásticos, de nuestros cuerpos, que hablan con su actitud.

Una de las expresiones artísticas más antiguas es el baile, con el cual no sólo se expresan sino que se sienten emociones de muy diversa índole. Por esto hay bailes de guerra, de alegría, de tristeza. En general, los bailes primitivos son expresiones colectivas de sentimientos y emociones. Uno de los sentimientos que se liga más al baile es el sexual.

Las danzas colectivas expresan sentimientos de euforia, de alegría y, con frecuencia, sexuales. El baile en pareja permite una situación de acercamiento, de contacto físico, de abrazo, que puede producir sentimientos de intimidad y expresiones compartidas de carácter sexoafectivo.

El baile permite hacer en público algo que, en general, está restringido en cualquier otra circunstancia a lo privado. Es un juego sexual como el que realizan los niños y las niñas cuando juegan al médico y al enfermo. Se desnudan, se miran, se tocan; se conocen a sí mismos/as y al

otro, haciendo algo que en cualquier otra situación está prohibido. Es una forma ingeniosa y aceptada de burlar las normas represivas.

En el baile la cercanía, el contacto de los cuerpos, las caricias, los secretos, el abrazo, es decir, el lenguaje sexual, prohibido en cualquier circunstancia, es aceptado socialmente, porque se hace al ritmo de la música, que con mucha frecuencia no sólo acompaña, sino que estimula el romanticismo y los deseos de intimidad. Aquí también burlamos las normas que impiden compartir con otra persona el amor y la sexualidad. Es una forma de aprender a sentir lo propio, de compartir lo que sentimos y de disfrutar de lo que la otra persona está sintiendo. Este baile nos demuestra en gran medida cómo los sentimientos sexoafectivos buscan cualquier salida a pesar de todos los medios de represión usados por la sociedad.

Es una actividad en que se pueden compartir la ternura y los deseos de intimidad dentro de un ambiente lúdico, alegre, festivo que permite compartir el placer de percibir uno/a mismo/a y de sentir a la otra persona.

En muchas oportunidades, el baile en pareja se constituye en una actividad de carácter sexual, en la que se presentan diferentes niveles de excitación por parte de uno o de los dos miembros de la pareja.

Pero, además de ser una forma de compartir ternura, amor y sexualidad, también se comparten el elemento lúdico de sentir y mostrar la habilidad motriz, la armonía de movimientos y vivir juntos esa experiencia recreativa placentera, emocional y físicamente.

El baile es un instrumento social que facilita los primeros acercamientos de la pareja y los primeros diálogos sexoafectivos de carácter no verbal. Es, en resumen, una actividad de comunicación sexual de tipo no coital que tiene la enorme ventaja de ser aceptada por nuestra sociedad.

## **Actividades sexuales**

Las actividades sexuales de los seres humanos son en general de dos tipos: las que se llevan a cabo en ausencia de pareja y las que se comparten con otra persona. En general, las segundas presuponen a las primeras.

Las fantasías, los sueños, la autoexploración y autoestimulación sexuales, el uso de material erótico impreso, televisivo o fílmico, son actividades sexuales que se llevan a cabo en ausencia de pareja y durante algún tiempo; algunas de ellas, o todas, son las únicas que la persona experimenta y que en buena parte le familiarizan consigo misma y le permiten conocerse no sólo física o funcionalmente, sino también la forma de reaccionar a los estímulos. Estas actividades, placenteras como todas las sexuales, cumplen en los niños, las niñas y los/as adolescentes además una función de aprendizaje, pero forman parte fundamental de la conducta sexual de las personas adultas y viejas.

Las actividades que se comparten con otras personas son las llamadas sociosexuales. Se trata de las caricias, los besos y el coito. Estas actividades son mucho más complejas que las primeras, pues suponen una relación con otra persona, lo que crea elementos de carácter ético: consideración, respeto y responsabilidad no sólo por mí sino por la otra persona. Las actividades sociosexuales presuponen las de autosexualidad, pues se trata de compartir con otras personas lo que se ha aprendido antes para recrearlo y enriquecerlo con un contenido afectivo.

De todas ellas, hay solamente una que se relaciona con la reproducción: el coito, que requiere mayor responsabilidad en la pareja, pues además puede producir un embarazo y la creación de un nuevo ser con el cual se tienen obligaciones que perduran por muchos años.

Nuestra sociedad, que ha sido limitante de la sexualidad, llama al coito "la relación sexual", haciendo abstracción de que solamente es una de las relaciones sexuales de los seres humanos. El resto de las actividades sexuales parece que no se consideran en sí mismas sino como precoitales y en esta forma se descalifican. En la mayoría de la gente de nuestro medio, existe la idea de que cualquier actividad sexual que no termina en un coito es frustrante. Esta es una forma de reducir la sexualidad al coito. Son los rezagos de esa confusión entre sexualidad y reproducción que ha mostrado hasta hace poco la civilización occidental. Una visión zoológica de la sexualidad humana, que ha conducido a la prohibición de todo lo erótico, es decir, lo humano, para aceptar en nombre de la moral y las buenas costumbres solamente lo que compartimos con los mamíferos subhumanos. Relación sexual es el ejercicio de la función erótica compartida. El coito es solamente una de las alternativas de relación, no la más frecuente, y que generalmente va acompañada de las otras, antes, durante y después de él.

El ser humano siempre ha tratado de independizar lo sexual de lo reproductivo; centenares de citas literarias de todo tipo lo demuestran en documentos históricos.

La humanidad ha buscado la libertad de elegir el momento adecuado para reproducirse y el número de hijos/as que puede tener en forma responsable. Siempre ha habido métodos para regular el tamaño de la familia y cada vez se acercan más al ideal que ansían. Hoy disponemos de un grupo grande de anticonceptivos de alta eficacia y casi inocuos.

Los anticonceptivos han permitido una mayor posibilidad de desarrollo intelectual y laboral a la mujer que ahora está en capacidad de decidir sobre el uso de todas sus posibilidades como persona; ser madre es una decisión, no un destino. La procreación es una opción, no una obligación.

## **LA REPRODUCCIÓN HUMANA**

---

Para comprender la biología de la reproducción en el ser humano, vale la pena revisar en forma muy somera la reproducción de los seres vivos. Los seres vivos crecen hasta determinado límite y, dado que existe este límite al crecimiento individual para no perder la especificidad, la naturaleza echa mano de la reproducción, que se puede considerar otro tipo de crecimiento. Es decir que, frente al crecimiento individual de los seres vivos, existe otro que podríamos

denominar extraindividual o reproducción. Cuando un ser no puede crecer más, se multiplica, se reproduce, para conservar la especie.

Entre progenitores y descendencia existe una continuidad de materia que es fácilmente evidenciable en los seres unicelulares. En ellos, por ejemplo en algunos protozoarios, un ser da origen a dos nuevos seres. La célula madre no muere sino que se reparte en dos células hijas totalmente renovadas e iguales.

Esta reproducción asexuada no puede subsistir sino merced a la fusión de algunas células de diferentes troncos celulares que origina, por mezcla genética, un nuevo ser para evitar el desgaste genético que se ha producido durante la reproducción asexuada. Esta unión de células de diferentes troncos celulares que dan origen a un nuevo ser es una reproducción copulativa, renovadora y se denomina «sexual».

En esta forma, después de un número limitado de reproducciones asexuadas, las especies se van renovando mediante la unión de dos células.

En los animales superiores, la masa orgánica se diferencia en una pequeña parte: «germen», y otra mucho mayor: «soma» o cuerpo. El soma muere al final de la evolución biológica de cada individuo, en tanto que el germen se reproduce y permanece, perpetuando las características de los progenitores y de la especie.

### **Reproducción de los mamíferos**

Con excepción de los marsupiales y monotremas que son ovíparos, el resto de mamíferos son vivíparos, es decir, están dotados de placenta durante su período reproductivo. Esto significa que el embrión permanece en el interior del organismo materno todo el tiempo de la gestación. La preñez, pues, sólo aparece en los mamíferos placentarios.

Para que en un animal se pueda presentar este tipo de reproducción, la hembra ha de tener un «ovario» o gónada femenina, productor de «óvulos»; una «trompa» u oviducto en donde el óvulo sea fecundado y dé paso hacia un «útero» o matriz que recibe el óvulo fecundado para albergarlo y protegerlo durante todo el tiempo de la gestación y, por último, un conducto de comunicación con el exterior que sirva de vía de acceso a los espermatozoides y de canal para la expulsión del producto de la concepción, una vez haya alcanzado la madurez: la «vagina». Esta expulsión, o «parto», es más compleja a medida que se asciende en la escala zoológica.

Estos órganos están localizados en la mujer en el fondo de la pelvis, en estrecha relación con la vejiga por delante y el recto por detrás, resguardados por el esqueleto óseo de la pelvis que los rodea.

### **ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS**

Se dividen en externos e internos, de acuerdo con su situación dentro o fuera de la cavidad abdominal.

### **Genitales internos femeninos y su función**

Ovarios: Producen óvulos y hormonas (progesterona y estrógeno).  
Trompas: Oviductos y sitio de la fecundación.  
Útero: Contiene y protege el producto de la concepción (preñez) y allí tiene lugar la función menstrual.  
Vagina: Funciones copulativa y reproductiva  
Para ejercer la función reproductiva, la mujer no requiere más órganos que los enumerados. Estos son los genitales, es decir, los de la procreación.

### **Genitales externos femeninos y su función**

Los llamados genitales externos realmente no son genitales; no son reproductivos. Están constituidos por la «vulva» y son los órganos sexuales de la mujer. La vulva es un órgano de la sensibilidad, especializado en la sensibilidad erógena (del placer). La describimos aquí para dar una noción global, aunque no tenga función reproductiva.

## **ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS**

Hacemos ahora un análisis similar de la función reproductora masculina. Para que se pueda dar la reproducción placentaria, es preciso que el macho tenga una glándula germinal o gónada masculina: «testículo», productor de espermatozoides, y uno o varios conductos que den paso a esos espermatozoides: «conductos deferentes», hasta el exterior; «uretra», con el fin de que sean depositados en la vagina para que asciendan y se unan al óvulo: «fecundación». Estos órganos genitales se dividen en internos y externos.

### **Genitales internos masculinos y su función**

Próstata: Produce un líquido vital para los espermatozoides.  
Vesículas seminales: Almacenamiento de espermatozoides.  
Conductos deferentes: Dan paso a los espermatozoides.

### **Genitales externos masculinos externos y su función**

Pene: Función urinaria, erógena, copulatoria y eyaculatoria.  
Testículos: Producen espermatozoides y testosterona.  
Escroto: Soporte testicular.

## LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

Desde el punto de vista humano, la reproducción y la sexualidad son las dos únicas funciones que se ejercen y se comparten con otro, es decir, trascienden de cada persona y también de la pareja: es la participación en la creación de otro ser humano y el asumir las responsabilidades inherentes a la paternidad y la maternidad.

Veamos cómo sucede desde el punto de vista biológico:

Durante el coito, en el momento de la eyaculación, el semen es depositado en el fondo de la vagina, muy cerca del cuello uterino. La cantidad de semen en promedio es de 3 a 4 cms<sup>3</sup>, poco menos de una cucharadita. Sin embargo, en esta pequeña cantidad de semen se concentran 200 a 300 millones de espermatozoides, que ascienden por el canal del cuello uterino, atraviesan la cavidad uterina y penetran en las trompas de Falopio. Si el coito ha sido realizado durante la época de la ovulación (mitad del ciclo menstrual) y el óvulo se encuentra en el tercio medio de la trompa, un espermatozoide penetra en él. Esta unión del óvulo y el espermatozoide se llama «fecundación» o «concepción». Es la formación del huevo con toda la carga genética aportada por partes iguales por el hombre y la mujer.

En el interior de la trompa este huevo fecundado se empieza a dividir en 2, 4, 8, 16 células en proporción geométrica y a medida que crece va siendo empujado por los movimientos peristálticos de la pared de la trompa, hacia la cavidad uterina. Este viaje, que dura de 5 a 9 días, se denomina «migración».

Al llegar al interior del útero, que ha preparado su pared interior (endometrio) engrosándola y enriqueciéndola con sangre y nutrientes, el huevo fecundado, que ya se ha multiplicado muchas veces y por esto tiene el aspecto de una mora (mórula), penetra en ese tejido esponjoso y se convierte en el «blastocisto», formando el vínculo biológico que va a perdurar por 9 meses. Este fenómeno se llama «nidación». En tanto, en el ovario se ha formado el cuerpo amarillo que produce la progesterona y actúa en el útero para mantener las condiciones óptimas para el embrión que se está desarrollando entre sus paredes.

Estos niveles altos y continuos de progesterona impiden que se suceda la menstruación. Por esto, el principal síntoma de preñez es la «amenorrea», es decir, la ausencia de menstruación. Cuando el retraso de la menstruación es de cuatro o cinco días, ese pequeño producto de la concepción anidado en la matriz está produciendo otras hormonas (gonadotrofinas conónicas) que circulan en la sangre y se eliminan con la orina. Por ello, en este momento se puede detectar en la sangre o la orina con las pruebas de embarazo corrientes para hacer el diagnóstico muy temprano. Existen algunas pruebas de embarazo muy seguras que se pueden hacer antes de que se haya presentado el retraso menstrual, pero son más costosas y menos usadas. En general, se debe esperar el retraso de una semana o más para mayor seguridad en el resultado del examen.

La comprobación de un embarazo puede ser una fuente de gozo y satisfacción, que llena los anhelos de la mujer y de su pareja, cuando se desea tener un hijo y se ha planeado. Por el contrario, puede producir angustia cuando no se ha deseado ni se tiene la preparación necesaria para asumir esta responsabilidad.

El embarazo, que dura en promedio 38 semanas, por comodidad se describe en tres trimestres.

## EL EMBARAZO

Durante las primeras ocho semanas, el producto concebido recibe el nombre de «embrión»; luego se llama «feto».

Al iniciar el primer trimestre, parte del blastocisto se transforma en la placenta y las membranas fetales. La placenta es el órgano a través del cual se alimenta y se oxigena el embrión y el feto.

Durante el primer trimestre una masa de células, indiferenciadas al principio, se convierte en un ser con apariencia humana. Se van diferenciando los tejidos embrionarios, se inicia la formación de los órganos y a la 6a. semana se pueden ver las extremidades y claramente la cabeza. A la 8a. semana los genitales se diferencian en masculinos o femeninos y se puede conocer el sexo. Al final se han formado total o parcialmente todos los órganos.

Durante este primer trimestre los cambios hormonales en la mujer gestante presentan frecuentemente algunos síntomas digestivos como agruras y a veces pérdida del apetito. Los senos aumentan de tamaño, se hacen más firmes y sensibles.

Como el impacto psicológico de la preñez y de traer un hijo al mundo son de gran trascendencia, se presentan actitudes ambivalentes que requieren tiempo y reflexión para resolverse. La participación de la pareja es de gran importancia para retornar al equilibrio y al sosiego.

En el segundo trimestre se desarrollan las características faciales, los dedos de las manos y la actividad de succión del feto. El abdomen materno aumenta de tamaño del 4o. mes en adelante. En este trimestre se nota claramente el embarazo y la mujer empieza a sentir los movimientos del feto. Al final, el feto ya abre los ojos y se aprecia el pelo de la cabeza. En el 6o. mes el feto mide en promedio 30 cm. de largo y su peso es de 600 a 700 gramos. Se considera viable, es decir, con posibilidades, aunque pocas de vivir fuera del útero.

Durante el último trimestre se termina la formación del sistema nervioso. El cuerpo sigue aumentando rápidamente de peso y de talla. Se orienta con la cabeza hacia abajo, para el parto. Al final de la gestación, el feto mide alrededor de 50 cm. y pesa cerca de 3 kg.

Durante este trimestre las micciones en la madre se hacen más frecuentes y ella presenta estreñimiento. El útero comprime los vasos sanguíneos, ocurren calambres frecuentes en las piernas y la respiración se hace un poco laboriosa. Por el peso en el abdomen se presenta una sensación de presión, a veces dolorosa, en el bajo vientre y por la posición forzada de la columna vertebral hay cansancio y dolores de cintura. Los últimos días son incómodos y en las noches es difícil acomodarse para conciliar el sueño. Estos síntomas son más aparentes cuando la mujer ha aumentado demasiado de peso durante la gestación. Se espera como máximo un aumento de 10 kg. en los 9 meses.

Durante todo el proceso se debe tener atención médica prenatal cada mes o mes y medio, para vigilar el desarrollo del embarazo y prevenir o corregir los problemas que se puedan presentar. Durante el embarazo, el control prenatal permite que tanto la madre como el feto mantengan un buen estado de salud. Es la forma más adecuada de lograr una nutrición adecuada y minimizar las consecuencias de anomalías al detectarlas y atenderlas en forma temprana.

Se debe evitar el consumo de medicamentos, ya que son muchísimos los que pueden afectar al feto. Solamente los medicamentos prescritos pueden consumirse sin peligro para la madre y especialmente para el feto.

Casi todas las drogas sicotrópicas (cocaína, heroína, etc.) traspasan la barrera placentaria y pueden generar malformaciones congénitas, partos prematuros, bajo peso y adicción al nacer.

El consumo de tabaco origina deficiencias de peso en el recién nacido, partos prematuros y aumento del riesgo de mortalidad en el recién nacido. El consumo de alcohol por parte de la mujer embarazada produce deficiencias del crecimiento, afecta el cerebro, lesiona el sistema nervioso y puede provocar anomalías faciales.

Los efectos de los medicamentos y sustancias tóxicas en el feto son mucho más intensos y de consecuencias mucho mayores cuando se ingieren durante el primer trimestre, que es la época de formación de los órganos.

Los deseos y la función sexuales durante el embarazo se modifican, pero no uniformemente en todas las mujeres. Es obvio que aquellas que presentan náuseas, vómitos matinales y fatiga general, ven disminuidos su interés y deseos sexuales. Durante el segundo trimestre en la mayor parte les aumentan los deseos sexuales y su respuesta es más fácil y frecuente. En el último trimestre se disminuye la frecuencia coital aunque no en todas las mujeres.

La actividad sexual no supone ningún riesgo para la madre ni para el feto; por esto, la mayor parte de las prohibiciones que se hacen al iniciar y terminar el embarazo no tienen ningún asidero científico. Las limitaciones en la actividad sexual deben ser individualizadas y argumentadas a la mujer y a su compañero.

Todas las mujeres con historial de aborto deben abstenerse no sólo del coito sino de cualquier actividad que lleve al orgasmo, pues lo que se evita son las contracciones uterinas que se presentan durante el orgasmo. Se debe suspender la actividad coital cuando la mujer "sangra", hasta que el médico la apruebe. Se prohíbe el coito cuando ha habido ruptura de la membrana, por el peligro de infección.

## **EL PARTO**

El trabajo de parto se inicia generalmente con contracciones uterinas irregulares, cortas e infrecuentes. Luego se regularizan, son más largas, intensas y frecuentes. Estas contracciones de la primera fase de trabajo de parto tienen como fin el borrar y dilatar el cuello uterino. Al final de esta etapa las contracciones duran cerca de un minuto y ocurren cada 2 ó 3 minutos. El cuello debe borrarse totalmente y dilatarse hasta 10 cm. Esta etapa de trabajo de parto se prolonga cerca de 12 horas en las mujeres nulíparas (que tienen su primer hijo) y aproximadamente 8 horas en las multíparas (varios partos). Generalmente durante el trabajo de parto se rompen las membranas y se expulsa parte del líquido amniótico (se rompe la fuente).

La segunda fase del parto dura una hora o más en las nulíparas y cerca de media hora en las multíparas. Las contracciones son más intensas y frecuentes y tienden a empujar al feto hacia abajo. La cabeza se encaja en la pelvis y desciende hasta que asoma al exterior. En esta fase la mujer colabora durante las contracciones, pujando, para acelerar el proceso. Al final es expulsado el feto con la ayuda del médico.

Se limpian las secreciones de la boca y la nariz del recién nacido, se pinza el cordón umbilical y se corta para llevar al niño a un examen médico general. A los 10-15 minutos se presenta la expulsión de la placenta, llamada «alumbramiento».

Si se ha hecho la «episiotomía» (corte en el periné) o se ha presentado un desgarro, el médico lo sutura y la mujer está en posibilidad de pasar a su cama. La participación del compañero durante el proceso de la gestación y durante el parto da a la mujer mayor seguridad y hace más fáciles los procesos. La participación de ambos en los cursos prenatales asegura una mejor comunicación en la pareja y es una fuente de prevención de muchas dificultades.

Luego del parto, la mujer tiene la etapa del «puerperio», que dura 6 semanas. En esta etapa se inicia la lactancia del recién nacido. Durante los primeros 4 meses se aconseja que el niño no reciba nada diferente a la leche materna. Si por circunstancias de trabajo u otras no se puede ofrecer la leche materna como único alimento, se dispone de leches en polvo que deben usarse según las recomendaciones del médico o del personal de salud de que dispone la familia. La lactancia puede prolongarse por un año o más, de acuerdo con las condiciones de la madre.

---

## PROSTITUCIÓN

---

Muchas actividades sexuales o relacionadas con la sexualidad tienen repercusiones sociales, y por esto existen normas que regulan estos comportamientos. Una de estas actividades, de gran frecuencia en nuestro medio, es la prostitución.

A pesar de las evidentes implicaciones sociales que tiene, la prostitución ha sido objeto de pocas investigaciones serias y libres de prejuicios. La mayor parte de los escritos sobre este tema son el fruto más de especulaciones, creencias, concepciones distorsionadas y con frecuencia intenciones ocultas, que de observaciones objetivas.

Hay muchos conceptos diferentes sobre lo que es prostitución y prostituta. La mujer que tiene actividades sexuales por dinero y no por placer. La que otorga sus favores sexuales para alcanzar una situación social o laboral determinada. La mujer que tiene actividad sexual con varios compañeros sexuales. Pensamos que prostituta es la mujer que desarrolla actividades sexuales con otro (cliente) y recibe dinero en pago inmediato.

Ha habido diversos tipos de prostitución. En la antigüedad existió la «prostitución sagrada», que estaba ligada al culto religioso. La decadencia de este culto llevó al establecimiento de los primeros burdeles puramente comerciales.

El comercio sexual fue aceptado en Grecia y Roma. Los griegos asistían a los burdeles abiertamente y veían en las prostitutas seres para el placer sexual y a sus esposas para tener hijos y cuidar de la casa.

Esta actitud no se aleja en nada de la que se ha exhibido en nuestro medio y que se expresa en muchas formas: "La buena de día es mala de noche. La buena de noche es mala de día". Es una de las muestras del doble patrón de comportamiento.

En la mayor parte de las sociedades occidentales, las prostitutas han sido consideradas un factor de protección de la familia y son toleradas como un "mal necesario", es decir, con una actitud ambivalente.

Durante el Renacimiento apareció una prostituta similar a la hetaira griega, de alta posición social y con mucha influencia: la cortesana, cuyo comportamiento era aceptado.

El sistema moderno de burdel se inició en la Francia napoleónica con las "casas de tolerancia", que han sufrido pocas variaciones en nuestro medio. Los burdeles tradicionales han disminuido, en tanto que en las ciudades aumentan las prostitutas callejeras y aparecen otras formas de prostitución en "casas de masajes", "baños turcos" y de prostitutas aficionadas que merodean alrededor de hoteles de todos los niveles y que no requieren permanecer en casas de prostitución.

Estudios superficiales y poco sólidos aparecen con bastante frecuencia tratando de definir "un perfil psicológico" de las prostitutas. Sus resultados son contradictorios y poco confiables. El único denominador común, aunque no universal, es el bajo nivel educativo y económico, al menos en nuestro medio. Las prostitutas no muestran diferencias importantes del resto de las mujeres de su mismo nivel socioeconómico.

Entre ellas ejercen como profesionales de dedicación exclusiva y realizan su trabajo en burdeles. Otras son las callejeras que buscan a sus clientes en la calle, en bares y hoteles de baja índole donde ejercen su actividad. Otras son las meseras que sirven en bares y cafés y complementan sus ingresos prestando sus servicios sexuales a los clientes del establecimiento en que trabajan. Por último, hay prostitutas de mediana y alta categoría que se encuentran con los clientes en cafeterías, hoteles y bares, y usan los "moteles" o "residencias" para su comercio sexual.

Las causas que determinan o contribuyen a la existencia de la prostitución son de carácter sociocultural y económico. La erotofobia de nuestra cultura, que no había querido concebir a la mujer como un ser sexual y que aceptaba de ella sólo su papel de madre, nunca el de amante, determinó en buena parte la existencia de las prostitutas para satisfacer las necesidades sexuales de los hombres (las mujeres, al menos las "decentes", supuestamente no tenían necesidades sexuales). Las esposas satisfacían sólo las necesidades afectivas y cuidaban de su hogar y de sus hijos.

El otro factor fundamental es de orden socioeconómico, porque la prostitución es en general una actividad muy lucrativa que no requiere de ninguna capacitación. Lo que una mujer de un nivel educativo y social bajo o medio se gana como prostituta está muy lejos de lo que puede obtener por otro tipo de trabajo.

## **PORNOGRAFÍA, SEXUALIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

---

En general se considera pornografía al material impreso, fílmico o televisivo en el que se muestran desnudos en actitudes "obscenas" y actividades sexuales abiertas. Este material puede estar representado por fotografías, descripciones literarias, películas, videograbaciones y, con menos frecuencia, música.

El concepto de pornografía es tan subjetivo y está tan influido por la cultura, que muchos libros sagrados de una cultura pueden ser considerados pornográficos por otra. Muchas obras de arte pueden también calificarse como pornográficas y llegan a ser cubiertas o mutiladas, como se puede observar con numerosas estatuas de desnudos en los museos vaticanos.

El concepto de obscenidad, usado como base para calificar algo como pornográfico, es demasiado personal. En nuestro medio todavía hay mucha gente para la cual "sexual" es sinónimo de obsceno y vergonzoso. Pienso que hablando en forma objetiva, la pornografía está en el interior de las mentes de los observadores y en su consiguiente interpretación. El material divulgado con contenido sexual es simplemente material erótico, artístico o no. De buen o de mal gusto (los gustos son muy variables), ofensivo o no, de acuerdo con el observador.

Da la impresión de que lo que se califica de pornográfico es todo aquello que puede excitar sexualmente al observador y se divulga en alguna forma. El hecho de que impresos, películas y fotografías de contenido sexual sean comercializadas, no modifica su contenido erótico.

El uso del material erótico al que todos estamos irremediamente expuestos en revistas, propagandas, televisión, cine, etc., puede ser más que un motivo de temor por las consecuencias que trae en niños, niñas y adolescentes especialmente, un motivo para discutir con ellos y ellas y analizar los valores que se expresan en el contenido, para estimular el espíritu crítico necesario para su propio desarrollo.

Prohibir, generar miedo y culpabilizar han demostrado su poca eficacia para la autonomía y conciencia crítica. El análisis, la discusión y la reflexión que proponemos sí llevan al desarrollo de criterios autónomos y basados en elementos objetivos que contribuyen al desarrollo intelectual y afectivo de los y las jóvenes.

Los medios masivos de comunicación, desde siempre pero ahora con más frecuencia y en mucho mayor extensión, utilizan la sexualidad para hacer más atractivos los programas y como medio de publicidad para mejorar el consumo de productos comerciales.

Ocasionalmente este uso es inofensivo, pero con mucha frecuencia transmite mensajes que refuerzan comportamientos lesivos de preponderancia de un sexo sobre el otro, de agresividad sexual, de uso del sexo para el engaño y el chantaje, que refuerzan valores negativos presentes en nuestra cultura.

El amor sufriente, quejumbroso y resignado de la mujer frente al poder agresivo del hombre en las telenovelas, refuerza en nuestra gente valores ancestrales y mitos contra los cuales está

luchando la educación sexual que proponemos. Las violaciones, el acceso y abuso sexuales utilizando el poder sobre inferiores, dependientes y adolescentes, se presentan como comportamientos habituales y corrientes, dejando en el ambiente la sensación de que esta es la sexualidad de los seres humanos en su vida cotidiana.

Pretender que nuestra juventud no vea televisión es un absurdo; es preciso que aprendamos con ellos y ellas a observar con espíritu crítico para que aprendan a "no tragar entero". Esto es, autonomía y criterio frente a lo que viven y aprenden.

El problema fundamental no es que todas estas cosas ocurran en la vida real y sean recreadas por los medios de comunicación. El problema real está en no estimular el análisis y el examen de quienes necesariamente son espectadores/as o protagonistas de estos comportamientos. La educación no significa proteger y generar dependencia. Es ofrecer herramientas adecuadas para poder vivir sanamente en el ambiente en que nos encontramos. "No demos pescado; enseñemos a pescar".