

# CONCIENCIA CRÍTICA

Serie Documentos Especiales - Cuadernos de Sexualidad  
Viceministerio de la Juventud - Ministerio de Educación Nacional  
Proyecto Nacional de Educación Sexual  
Colombia, Julio de 1994

Germán Ortiz Umaña  
Médico Sexólogo

# ÍNDICE

---

Prefacio	3
Conciencia crítica	3
Problemas sexuales de las personas discapacitadas	5
Personas que viven con VIH/SIDA	6
Variabilidad de la conducta sexual	7
Parafilias	8
Transexualidad	8
Transvestismo	9
Sadomasoquismo sexual	10
Fetichismo	10
Exhibicionismo	11
Zoofilia	11
La sexualidad en los años extremos de la vida	12
La sexualidad infantil	12
Sexualidad en la vejez	16
Decálogo de la vejez	17
Disfunciones sexuales	18
Disfunción apetitiva	18
Disfunciones sexuales en el hombre	19
Disfunciones sexuales en la mujer	22
Historia de la sexualidad en Occidente	24
El aborto, problema social y ético	25
Conclusiones	27
La sexualidad en los medios de comunicación	28

# CONCIENCIA CRÍTICA

## PREFACIO

En las especies animales el comportamiento sexual es diferente, pero en cada especie tiene características casi idénticas. Si se estudia cuidadosamente la conducta de un mamífero cualquiera y se la compara con el resto de la especie, podemos comprobar que todos sus comportamientos son iguales. Las diferencias que se perciben son mínimas y dependen generalmente de un medio diferente.

Estos modelos de conducta son heredados y el comportamiento es de carácter instintual. Los estímulos son los mismos, las alternativas de respuesta muy limitadas e iguales para todos y además la reacción es compulsiva. Ante una perra o una yegua en celo, el macho se excita y la cubre, después de un comportamiento precopulatorio típico, común a todos los miembros de la especie.

A diferencia del resto de los mamíferos, el ser humano no hereda los comportamientos. Recibe de sus ancestros las capacidades, las posibilidades, pero su conducta es fundamentalmente aprendida. La pretensión de uniformar al ser humano no sólo es una torpeza, sino un acto de violencia contra la libertad.

Como la conducta sexual se aprende en el seno de una cultura con valores y características propias, ideales distintos y significados especiales, cada cultura muestra comportamientos diferentes a las otras.

Entender que las demás personas son diferentes a mí, algunas un poco y otras mucho, es una actitud que permite la convivencia y facilita la relación con los otros y las otras.

Tratemos de comprender, no de juzgar.

---

## CONCIENCIA CRÍTICA

---

La conciencia crítica es un sentimiento interior por el cual el ser humano es capaz de apreciar su propio valor y capacidades, y de reconocerlos en las demás personas.

El desarrollo de la conciencia crítica permite tener una noción real de sí mismo/a y de los/as demás. Es un proceso permanente que requiere una actitud abierta frente a uno/a mismo y a los/as demás.

En nuestro medio, debido al tipo de educación recibida, no es fácil estructurar esa conciencia porque el aprendizaje de la autonomía, es decir, de la capacidad de decidir teniendo en cuenta el propio bienestar y el de los/as demás, se halla interferido en los niños y las niñas por el

aprendizaje de normas que, para él y ella, no tienen sentido. Si las normas se entendieran y asumieran como propias, no como imposiciones externas, estaríamos facilitando a niños, niñas y jóvenes el desarrollo de su autonomía y su criterio; estaríamos generando responsabilidad en ellos y ellas.

Un elemento fundamental es el aprecio por el propio valor, por las propias capacidades, que da como resultado la autoestima: «amarse a sí mismo/a». Del aprecio y del respeto por uno/a mismo/a dependen el respeto y aprecio por las demás personas. «Amar a los demás como a sí mismo», «no hacerle a otra persona lo que no quisiera para mí" y muchas expresiones de este tipo, son normas de conducta que nos invitan a no juzgar, sino a tratar de entender.

Esta actitud es especialmente valiosa en el comportamiento sexual. Cuando Kinsey publicó, a mediados de este siglo, los resultados de su investigación sobre el comportamiento sexual, le dijo al mundo con esos resultados: la gente, los hombres y las mujeres de esta sociedad piensan, sienten y ejercen su sexualidad así. Somos así; tenemos que aceptarlo y entenderlo.

Somos seres sexuales que compartimos muchas características. Somos personas parecidas pero no idénticas. El hecho de que otras personas sean diferentes a mí no las hace anormales sino distintas; no son mejores ni peores, simplemente diferentes, y sólo un poco diferentes. El verdadero respeto por las demás personas radica en comprender y aceptar sus diferencias.

Esta actitud de aprecio por sí mismo/a y por las otras personas es la única fuente de convivencia humana. Es el germen de la paz. Si cada ser humano mirara su propia sexualidad como algo creativo, placentero y compatible y aceptara a las demás personas según estas dimensiones, la violencia sexual sería excepcional y no algo tan familiar.

En todas las épocas han existido modelos que se presentan como ideales. Estos modelos cambian de acuerdo con las características de cada sociedad y en ella, según la época. Los modelos sexuales dependen fundamentalmente de la concepción de la estética vigente y de los valores abiertos, libres o represivos que estén imperando en la sociedad.

Durante mucho tiempo, en nuestra sociedad el modelo de mujer que imperó fue el de la madre. El ideal de mujer era la madre; su función única era la crianza de hijos e hijas. «Darle hijos a Dios y a la patria». Este modelo olvidaba el desarrollo personal de la mujer y concebía su importancia en función de los demás. El modelo de hombre en esta misma época era "complementario". El modelo vigente era el del proveedor fundamentalmente económico de la familia. Producir dinero suficiente para vestir, alimentar y educar a los hijos y las hijas dentro de un estado aceptable de bienestar. Era quien detentaba el poder; el *Pater familiae* afectivamente lejano, gran reproductor, audaz, agresivo, complemento de su mujer enajenada en los demás. Era un "macho", criado para compartir con una "víctima". Aunque estos modelos de hombre, de mujer y de pareja han cambiado, en muchas zonas rurales y en los poblados medianos y pequeños del país siguen imperando.

El cambio ya empezó, ha avanzado, pero todavía es necesario seguir impulsándolo para que la familia nueva se cimiente en la relación de dos seres iguales ante la ley que se respetan, se aman

y pueden desarrollar todas sus capacidades en beneficio propio, de la pareja y de los hijos y las hijas.

En aquel modelo los valores estéticos eran secundarios. En nuestra época las características estéticas son un elemento fundamental, tanto en el hombre como en la mujer.

Como las comunicaciones han hecho universalizar la información y con ella la propaganda, los modelos también se han vuelto universales. Desafortunadamente, para la mayoría de los pueblos los estereotipos de belleza son ajenos a la propia raza. El ideal de mujer es de una estatura mínima de 1.75 metros, un peso menor de 60 kg, cabello rubio, ojos claros, piel blanca, nariz respingada, etc.

Estos modelos de belleza son escasos en los pueblos de raza blanca e inexistentes en las poblaciones mestizas como la nuestra. Querer ser como no se puede y forzarlo con maquillajes, cirugías, dietas, ejercicios, será siempre frustrante para la persona y una excelente fuente de ingresos para quienes explotan estos sentimientos de inadecuación.

Hoy existe gran libertad en la moda para usar la ropa y otros aditamentos, pero se pusieron de moda las narices pequeñas y respingadas, los cuerpos altos, delgados y musculosos y en esto hay menos libertad que en la ropa.

Crear una buena autoimagen para sentirse bien con el propio cuerpo es una tarea que es preciso estimular especialmente durante la infancia y la adolescencia. Para esto deberíamos hacer nuestros propios estereotipos, que se constituyan en modelos alcanzables.

## **PROBLEMAS SEXUALES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS**

---

La sexualidad de los seres humanos depende de factores biológicos, psicosociales y culturales que interactúan entre sí y por tanto no son independientes uno del otro. Lo biológico determina las funciones somatofisiológicas y el ambiente sociocultural influye enormemente en el funcionamiento psicológico de la persona. El comportamiento es, por ende, el resultado de la interacción de estos tres factores fundamentales.

Así como las carencias educacionales (ignorancia, distorsiones, mitos) influyen poderosamente en el comportamiento sexual y pueden producir, y de hecho originan, disfunciones como la falta de erección o de orgasmo, que son respuestas fisiológicas, las condiciones físicas generales pueden incidir directamente en sí mismo/a y en lo social. La sexualidad de una persona guarda estrecha relación con su integridad física. Los defectos físicos limitantes ejercen gran influencia en la autoimagen y por esto en la relación con las demás personas.

Esto es obvio en personas con defectos en la función de los órganos de los sentidos, como sucede en las personas sordas, ciegas, personas con problemas de la sensibilidad táctil, porque estos son los órganos de la relación, de la comunicación. Sin embargo, es preciso que seamos conscientes

de que estas dificultades no modifican sus ilusiones, sus deseos, sus fantasías en todos los aspectos de la vida y especialmente en el sexual.

Los defectos físicos congénitos o adquiridos pueden modificar la autoestima y originar dificultades de relación que, a su vez, influyen en el comportamiento sexual. Más aún, los problemas de la integridad física determinan cambios en la actitud de las demás personas.

Existen varios mitos en torno a la sexualidad de las personas discapacitadas físicas, que en muchas de ellas causan trastornos que pueden evitarse. Los mitos más aparentes en nuestro medio son:

- Las personas discapacitadas pierden el interés por todo lo erótico.
- Es incorrecto que manifiesten sus deseos sexuales.
- Las personas minusválidas limitan sus aspiraciones sexuales solamente a otras personas como ellas.
- A los padres y las madres de niños o niñas con limitaciones no les interesa la sexualidad de estos hijos o hijas.
- Si una persona "normal" se siente atraída sexualmente por una discapacitada, no es normal, o tiene otros intereses distintos al sexual.
- Todo trastorno sexual de una persona discapacitada se debe a su limitación física.

Esta es una actitud similar a la que nuestra sociedad tiene con los niños y las niñas y con las personas ancianas quienes, por ejemplo, no deben expresar sus sentimientos y deseos sexuales, so pena de que se les tilde de corrompidos/as, sucios/as y anormales.

La educación sexual debe propender por estimular la autoestima de las personas discapacitadas y enseñar a la sociedad que ellas son capaces de compartir plenamente el placer de amar y que, al igual que cualquier ser humano, tienen sensaciones, necesidades y deseos sexuales, que pueden ser expresados y también satisfechos en muchas formas, a pesar de sus limitaciones.

---

## **PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA**

---

Es preciso distinguir entre las personas que son positivas al VIH y las personas que tienen SIDA. Las primeras no tienen ningún síntoma y su examen de laboratorio resultó positivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana); es decir, tienen la infección y pueden infectar a otras personas, pero en ellas todavía no se ha desarrollado la enfermedad. Están pasando por un período de latencia. A estas personas se les llama «seropositivas» y algunas de sus características son:

- Pueden infectar a otras personas con su sangre o con fluidos orgánicos que contienen el virus: semen y líquidos vaginales. Las dos vías de contagio son transfusiones y agujas infectadas, compartidas con personas sanas; y actividad coital (de mayor riesgo si es anal) y contactos bucogenitales. En general, cualquier actividad sexual que ponga mucosas en contacto y donde haya intercambio de sangre y líquidos corporales que contienen el virus.
- Sus defensas ante las infecciones se encuentran disminuidas. Esta situación hace que tengan un alto riesgo de infectarse, especialmente en los sistemas digestivo y respiratorio. Es importante tener presente que cualquier infección, por leve que sea, es de mucho cuidado en una persona que vive con el VIH.
- Pueden tener contacto social con acercamientos físicos: saludos de beso o de mano, abrazos o caricias, sin ninguna limitación.
- Las personas que viven con el VIH deben tener mucho cuidado con la piel, usar jabones suaves y agua no muy caliente; evitar heridas, usar cepillos de dientes suaves. En general, evitar cualquier lesión de piel o mucosa que sirva de puerta de entrada a una infección.
- Su alimentación debe ser balanceada.
- Deben evitar fumar y deben consumir alcohol con moderación.
- Durante la actividad coital, deben usar siempre el condón y evitar los contactos bucogenitales.
- En general, deben prevenir la infección a otras personas y protegerse para evitar contraer infecciones. Con estas precauciones y una atención médica adecuada, la calidad de vida será mucho mejor.

La actitud de comprensión, apoyo y afecto de sus amigos, amigas y familiares, permite que las personas con VIH lleven una vida mejor. Por el contrario, sufrir discriminación y abandono deprime más el sistema inmunológico y aumenta los riesgos.

La ignorancia produce miedo y un consiguiente rechazo al SIDA. En cuanto más sepamos sobre esta enfermedad, mayores armas tendremos para protegernos y manejarla.

---

## **VARIABILIDAD DE LA CONDUCTA SEXUAL**

---

A medida que se asciende en la escala zoológica, el comportamiento depende más del aprendizaje que de los factores biológicos. Esta característica, fruto de la evolución de las especies, determina que en la escala evolutiva más alta las diferencias entre los miembros de una misma especie sean cada vez mayores y su conducta más compleja y variable. Entre los mamíferos subhumanos se aprecia claramente la capacidad de aprender, pero los límites de este aprendizaje son bastante claros y definidos. En el ser humano estos límites son muy amplios, por

lo que todas las personas somos diferentes, únicas e irrepetibles, aun desde el punto de vista biológico.

La liberación de la conducta instintual, lograda en millones de años de evolución, se reemplazó por la conducta inteligente, dependiente de la corteza cerebral, que nos permitió la hominización. Esto nos hace capaces de responder en forma diferente ante el mismo estímulo. Estas respuestas dependen no del estímulo en sí, sino en buena medida de la interpretación que hacemos de él y, por esto, del significado que tiene para cada individuo. Lo que para una persona puede significar un reto e impulsarla a actuar, a otra puede crearle un temor tal que la paraliza.

La conducta sexual no puede ni tiene por qué apartarse de esta condición propia de la especie humana. Existen, pues, características esenciales que compartimos todas las personas, que son inherentes al ser humano y que mantienen su especificidad; pero las diversas capacidades, determinadas por una carga genética y aprendizaje diferentes, originan personas distintas, individuales, irrepetibles. Esto hace que el comportamiento sexual varíe en la misma persona a diferentes edades y en distintas oportunidades; que la conducta cambie de una persona a otra, de una clase social a otra, de una cultura a la otra, de una época pasada a otra más reciente.

Dentro de esta variabilidad hay algunas conductas que se alejan mucho más de lo común y que se denominan parafilias. Antes se llamaron, con criterio moral y no científico, desviaciones o aberraciones, basándose en la mentalidad precientífica maniquea de "lo bueno" y "lo malo"; lo normal y lo anormal; lo aceptable y lo inaceptable.

La mente maniquea juzga y condena. La mentalidad científica trata de entender. Analicemos objetivamente estas conductas, presentes sólo en los seres humanos.

## **Parafilias**

Es un estado psicosexual en el que la persona requiere de estímulos extravagantes o inusuales para lograr la excitación sexual. La gran mayoría de las parafilias es inofensiva.

## **Transexualidad**

Es un trastorno de la identidad sexual. Consiste en la convicción íntima de pertenecer al otro sexo. Se trata de una persona que morfológicamente (órganos genitales, caracteres sexuales secundarios, niveles hormonales, etc.) pertenece a un sexo, pero que tiene el íntimo sentimiento de ser del otro. Es un hombre que se siente atrapado en el cuerpo de una mujer, o ella atrapada en el cuerpo de un hombre. Su comportamiento generalmente corresponde a sus sentimientos, a pesar de su apariencia. Esto hace que le confundan con una persona homosexual, que es lo que en apariencia muestra su conducta. Las personas transexuales desean cambiar su condición orgánica para tener un cuerpo coherente con lo que sexualmente son. Su frecuencia es mayor en los varones.

La persona transexual es, en general, un hombre o una mujer biológicamente normal, que no presenta anomalías cromosómicas, anatómicas ni hormonales. Es una condición de carácter psicológico. El diagnóstico no es fácil y tomar la decisión de un tratamiento es difícil. El tratamiento es médico, mediante el uso de hormonas; cosmético, para cambiar los caracteres sexuales secundarios; social, para facilitar el aprendizaje del rol de género; y quirúrgico, para extirpar las gónadas y modificar los genitales y los senos. Durante todo el tiempo que dura el tratamiento (cerca de dos años) se debe disponer de asistencia psicológica cuidadosa y permanente. El tratamiento es de altísimo costo y por esto son pocas las personas que pueden acceder a él.

Los resultados en general dejan satisfechos a muchos pacientes, pero hay una proporción importante que continúa con severas desadaptaciones. A la mayoría, un tratamiento adecuado le permite una vida sexual y emocional satisfactoria.

## **Transvestismo**

Los transvestistas (o «travestis») son hombres habitualmente heterosexuales que experimentan una necesidad íntima y compulsiva de vestirse de mujer. Estos deseos aparecen en forma intermitente; no son permanentes. Por lo general lo hacen algunos fines de semana y comparten con otros. Algunos transitan por la calle, entran a sitios públicos para departir con desconocidos y «hacerse pasar por mujeres» sin ninguna intención sexual. El comportamiento se inicia en la primera mitad de la adolescencia, a los 14 ó 15 años; visten prendas femeninas y ello les produce excitación sexual. Por esto se habla de un «período fetichista» aunque es en realidad el simple inicio del transvestismo. En la mayoría desaparece este componente sexual, y durante su vida adulta se visten, se peinan, se maquillan como mujeres para engañar por algunas horas o días a quienes les rodean.

Frecuentemente son personas casadas, con hijos e hijas y con una conducta heterosexual que no permite sospechar su condición. Algunos son bisexuales, independientemente de su transvestismo.

El uso de ropas femeninas para presentar un espectáculo artístico o para ejercer la prostitución masculina no constituye transvestismo porque no es una conducta compulsiva. Suele confundirse a los transvestistas con los trabajadores del sexo homosexuales.

En los países desarrollados es frecuente que se organicen en clubes para poder satisfacer esta necesidad, lejos del peligro de la calle y de los lugares públicos en donde frecuentemente reciben malos tratos.

Se han invocado como causas de su origen varias teorías y algunas coinciden con las de la homosexualidad. En realidad, su etiología es desconocida.

## **Sadomasoquismo sexual**

El sadomasoquismo es el uso del dolor para despertar o acrecentar el placer sexual. Quien lo inflige es sádico; quien lo recibe, masoquista. Este dolor puede ser de carácter físico o psicológico, expresado corrientemente en sumisión extrema, humillación, resignación. La relación es más de dominio y sumisión extremos que de dolor físico, con el cual se combina frecuentemente.

En general se presenta en parejas que, previo acuerdo, tienen este tipo de relación en que los elementos de humillación y dominio durante la actividad sexual están presentes y constituyen una especie de actuación dramática de tipo simbólico más que real. Es un sexodrama.

El dolor físico leve constituye un estímulo de refuerzo de la excitación sexual en la mayor parte de las parejas; los pellizcos, mordiscos leves, apretones y arañños son comunes en muchas parejas durante los períodos de alta excitación en los que el umbral del dolor se eleva; se reciben como estímulos sexuales porque no duelen y la intención no es producir o sentir dolor.

En el sadomasoquismo, sin embargo, la intención es el dolor y éste es el estímulo sexualmente excitante. Generalmente, las parejas intercambian los papeles de producir y sentir dolor, aunque haya una preferencia. Lo más frecuente es que el coito siga al acto sadomasoquista. En general, estos estímulos dolorosos son de carácter leve y las lesiones son muy infrecuentes. Existen casos extremos en los que se presentan daños físicos importantes que pueden llegar a constituir conductas criminales.

El origen del sadomasoquismo es desconocido. Se invocan como causas algunas experiencias durante la infancia en las que el niño o la niña relaciona lo sexual con castigos físicos o con amenazas. Sin embargo, las teorías siguen siendo muy simplistas e insuficientes. Es necesario ampliar la investigación sobre esta conducta para hallar sus orígenes.

## **Fetichismo**

Es la utilización de objetos inanimados (fetiches) de carácter simbólico para lograr o reforzar la excitación sexual. El fetiche se usa como sustituto del objeto sexual. Los objetos más usados como fetiches generalmente son símbolos de la mujer adulta, es decir, la que en nuestra sociedad puede ser objeto sexual. Prendas interiores como calzones, sostenes muy adornados y de colores rojo y negro que usan sólo las mujeres adultas. Las medias largas, los zapatos y botas de tacón alto y objetos de cuero o de piel. Todos estos son objetos que adquieren simbolismo erótico para el fetichista. Este es uno de los temas menos investigados en sexología, por lo cual hay poca comprensión de su origen y significado.

El fetichismo es casi siempre inofensivo. Sólo es dañino para el protagonista en cuanto limita su funcionamiento sexual o involucra compulsividad.

## **Exhibicionismo**

El exhibicionismo es la exposición sorpresiva de los órganos genitales ante otra persona. El exhibicionista se excita con la reacción de miedo y perplejidad de la "víctima" y huye o descarga su tensión masturbándose, después del acto de exhibición. Es una conducta iterativa y compulsiva que se inicia en la juventud y alcanza su mayor frecuencia entre los 20 y 30 años de edad. Después de los 40 años, el número de casos se reduce. Aparentemente, una importante proporción de exhibicionistas dejan de serlo antes de cumplir los 40 años.

Algunos datos investigativos describen al exhibicionista como un hombre joven, casado, sin trastornos emocionales, que es tímido y sexualmente inhibido.

Con frecuencia utilizan el mismo escenario reiteradamente como si quisieran ser descubiertos y detenidos por la policía, como si este peligro formara parte de su conducta para acrecentar el placer. En general son pasivos y no entran en contacto físico con la víctima, aunque se presentan algunas excepciones.

Aparentemente, el exhibicionista busca reafirmar su masculinidad haciendo alarde de unos genitales capaces de producir miedo y perplejidad en la víctima. Cuando no hay reacción o es leve, el placer disminuye o desaparece, frustrando el acto exhibicionista.

## **Zoofilia**

Se denomina «zoofilia» al contacto sexual con animales. En la muestra de Kinsey, el 8% de los hombres adultos encuestados y el 3.6% de las mujeres adultas manifestaron haber tenido contacto sexual con animales (17% de los hombres que habían vivido en el campo). La zoofilia en mujeres es una conducta presente fundamentalmente en zonas urbanas y se lleva a cabo con animales caseros, especialmente perros. En el hombre es de carácter rural y su objeto sexual es el ganado vacuno, ovino o asnal.

En Colombia, Alzate halló una incidencia de actividad sexual con animales del 9% en varones universitarios y ninguna en mujeres. González, por otra parte, encontró en Barranquilla una incidencia de 42% en los universitarios varones. La alta frecuencia en toda la costa atlántica puede explicarse porque es una actividad socialmente tolerada en adolescentes. En esta cultura, los mitos sobre las malas consecuencias míticamente atribuidas a la masturbación son más intensas que en el resto del país. Por el contrario, existe la creencia de que la actividad sexual con animales, especialmente con burras, acelera el crecimiento, produce mayor potencia sexual y hace crecer el pene. Esto determina posiblemente la generalización de actos zoofílicos como sustitutos de la masturbación.

La conducta zoofílica es propia del adolescente joven y se lleva a cabo habitualmente en grupo como un juego. Desaparece o es excepcional después de la adolescencia.

## LA SEXUALIDAD EN LOS AÑOS EXTREMOS DE LA VIDA

---

El sexo es la mayor diferencia genética entre los seres humanos. Nada puede diferenciarnos más que ser varones o hembras; ni la raza, ni la estatura, ni la belleza, ni ninguna otra característica distingue tan tajantemente a los seres humanos como el hecho de ser hombres o mujeres. Nuestra condición masculina o femenina, presente desde la concepción, es algo que somos, no algo que tenemos. Esta condición de macho o hembra la compartimos con el resto de mamíferos de otras especies.

La sexualidad humana, es decir, «el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual» (H. Alzate), es una condición sustancial y constituye una diferencia específica con el resto de los mamíferos. Así como se define al ser humano como «animal racional», se puede definir como «animal erótico». Por ello no es adecuado afirmar que tenemos sexualidad. No es algo que se pueda o no tener. Es algo que somos. Somos seres sexuales, independientemente de ser varones o hembras.

Sin embargo, por la milenaria confusión entre la reproducción y la sexualidad presente en nuestra cultura hasta hace menos de un siglo, a los niños y las niñas no se les consideraba como seres sexuales debido a su incapacidad reproductiva. Por esto todavía perdura en muchas mentes la idea de que la sexualidad se inicia con la adolescencia y se dice de una mujer que tiene su primera menstruación que «se volvió mujer». Estas maneras de decir guardan detrás el mito de la niñez asexual. Este mito, esta falsa creencia, se vio reforzada por la concepción, todavía presente en nuestra civilización, de que la sexualidad es algo que se identifica con el pecado, con lo sucio y, por consiguiente, no puede estar presente en esas criaturas angelicalmente inocentes que son la niña y el niño.

Cuando Freud, hace más de ocho décadas, presentó por primera vez sus descubrimientos sobre la sexualidad infantil, estos conceptos tropezaron con una resistencia colosal.

En nuestra época, la aceptación de que los niños y las niñas son seres sexuales es un hecho, pero como el mismo Freud afirma en forma visionaria en alguno de sus escritos, «la mayor parte de la gente se seguirá escandalizando de las manifestaciones sexuales de los niños». En el fondo del corazón esta gente no se explica ni acepta que las niñas y los niños estén contaminados con algo tan sucio, tan pecaminoso. Esta actitud generalizada dificulta enormemente la investigación y nos impide conocer las características de la sexualidad infantil en forma objetiva y científica.

### **La sexualidad infantil**

Al nacer y aun antes del nacimiento, las niñas y los niños tienen la capacidad de responder a los estímulos de las zonas erógenas con señales de excitación sexual. Es frecuente que muchos varones a los pocos minutos del nacimiento tengan erecciones y muchas niñas recién nacidas tengan lubricación vaginal y tumescencia del clítoris. Estas respuestas sexuales se presentan frecuentemente durante el baño, el cambio de pañales y el amamantamiento. La capacidad de respuesta sexual en las y los infantes es innata. Sin embargo, aunque las niñas y los niños responden a los estímulos sexuales porque son capaces de sentir placer, su interés sexual es

difuso, inespecífico y de carácter fundamentalmente exploratorio. El significado es, pues, muy diferente al que tiene para las personas adultas.

La sexualidad de la niña y del niño es diferente porque ella y él no han alcanzado el desarrollo somático ni psíquico para poder ejercer la función erótica.

La sexualidad infantil es «difusa», es decir, está inmersa y es indistinguible del total de la sensualidad. El hecho de distinguir entre lo sensual placentero y lo sexual está condicionado por la sociedad en la cual se va estructurando la sexualidad según los modelos culturales, para poder llegar a conocer y hacer propio el significado pleno de lo sexual humano, vale decir, de lo erótico. Este proceso sólo se puede llevar a cabo en forma total cuando ocurren los cambios neurológicos, inicialmente, y hormonales característicos de la pubertad. Entonces sí se es capaz de reaccionar sexualmente como una persona adulta.

La sexualidad infantil es «inespecífica y exploratoria». Es inespecífica porque el niño y la niña reaccionan indiscriminadamente a toda clase de estímulos. Es exploratoria porque lo que le impulsa a obrar, más que el deseo, es la curiosidad. El niño o la niña, en lo sexual -- como en cualquier otro aspecto -- explora el mundo y con el mundo se explora a sí mismo/a para conocerse, conocerlo e iniciar una relación con el entorno. La persona adulta actúa sexualmente por el deseo de placer. El niño y la niña, por el deseo de saber, de conocer. Además, la sexualidad infantil es de carácter «lúdico», como es todo su comportamiento. Su forma fundamental de aprendizaje es el juego, cuyo placer está en sí mismo/a. Es un juego festivo sin fines ni metas. No es el de la persona adulta, que siempre busca ganar, competir. En los juegos infantiles el fin es disfrutar y disfrutando, inconscientemente, aprender. No hay ganadores ni perdedores, sólo el placer de jugar. Esto es evidente en los juegos sexuales de los niños y las niñas: «el papá y la mamá», «el médico y el enfermo».

Los juegos sexuales infantiles son el medio de aprendizaje de su propia sexualidad y la de otras personas. Consisten en exhibir y comparar los genitales, en tocamientos mutuos y a veces simulacros de coito sin importar el sexo. Son juegos de roles del género en los que simulan ser el padre y/o la madre y exhiben los comportamientos que han aprendido en el hogar. Son juegos de autoexploración de los órganos sexuales mediante los cambios (erección, calor, humedecimiento); más que masturbación, deberíamos llamarlos exploraciones masturbatorias, obviamente con un significado infantil, como se explicó anteriormente. Cuando los niños y las niñas entre los dos y cinco años se miran, se tocan, se exploran, constatan que son varones o hembras y aprenden que son normales, es decir, iguales a los/as demás. Cuando a los seis u ocho años juegan con el chorro de la orina, perciben su normalidad, ya no anatómica sino funcional. Darse cuenta de «cómo soy yo y cómo son los demás» es una forma de construir la autoimagen, en este caso sexual. Sentirse hombres o mujeres y además sentirse normales.

Después de los siete años, es decir en edad escolar, la mayor parte o talvez todos los juegos sexuales se llevan a cabo entre niños y niñas del mismo sexo, y muchos de ellos giran alrededor de los deportes. La actitud discriminatoria de las personas adultas con la mujer hace que estos juegos sean menos frecuentes y abiertos en ellas que en los niños, con lo cual, so pretexto de protegerlas, se les impide su aprendizaje. Estos juegos, que se extienden hasta la adolescencia, permiten al niño aprender a ser hombre («machos» en nuestra cultura) como los que lo rodean.

Juegan a ver quién es el más fuerte, el más audaz, el más hábil, el más valiente, el más capaz de desafiar las normas, con el fin de afianzar su masculinidad (su machismo), de acuerdo con lo que en la sociedad se concibe como «hombre».

A las mujeres se les restringen estos juegos y se ven inducidas no a jugar a las mujeres sino a las madres; juegan con muñecas, ollitas, pequeñas planchas, para aprender a ser amas de casa, esposas y madres, haciendo abstracción del aprendizaje del papel de mujer.

Al varón se le niega familiarizarse en sus juegos con las cosas del hogar y a la mujer con el mundo exterior a éste. Les enseñamos que «el mundo de la mujer es la casa y la casa del hombre es el mundo», limitando tanto a los hombres como a las mujeres en su desarrollo integral como seres humanos.

Impedimos a los niños las manifestaciones de ternura, de cariño, de tristeza, de dolor, y estimulamos las expresiones de ira, agresividad, audacia y placer. Por el contrario, en las niñas se reprimen las manifestaciones de agresividad, de ira, de placer y se exaltan las de ternura, dolor y sufrimiento. Esto genera la construcción de un «macho», castrado de su ternura y en buena parte de su amor y con un comportamiento caricaturesco en su agresividad. Con esto construimos una «víctima» castrada de la audacia y la agresividad manifiesta que le permite vivir en el medio y caricaturizada en las manifestaciones de tristeza y dolor. Ambos pierden, pero la peor parte la lleva la mujer, que es despojada del poder.

Durante la adolescencia, que se inicia después de los diez o doce años, suceden los cambios físicos que corresponden a la pubertad, y todo el fenómeno psicosocial de adaptación al nuevo cuerpo y al abandono del cuerpo infantil ya conocido. Además, deben responder a los requerimientos psicosociales de alcanzar la independencia de los padres y las madres, el aprendizaje para relacionarse con sus compañeros y compañeras, la incorporación de esquemas éticos de comportamiento y la responsabilidad de sus consecuencias, la adquisición de su responsabilidad individual y social y muchas otras. Es fundamentalmente un acelerado aprendizaje para alcanzar su autonomía y ser capaces de ejercer la convivencia con las demás personas.

Son elementos fundamentales de la adolescencia:

- la aparición de la función reproductiva con su gran responsabilidad social;
- la adquisición plena de la función erótica consciente; y
- el logro de la independencia intelectual y afectiva.

Este proceso de identificación a todo este nuevo mundo requiere apoyo, comprensión, estímulo y, sobre todo, afecto, para que se lleve a cabo en forma adecuada y se logre que al final el cuerpo sea una morada cómoda y agradable (autoestima) y el entorno un medio estimulante para desarrollar las propias capacidades respetando y comprendiendo a las demás personas (convivencia), especialmente cuando son distintas. Así se podrán tomar decisiones éticas, que tengan en cuenta no sólo lo propio sino a las demás personas y en esta forma lograr la autonomía.

En cuanto al comportamiento sexual, los sueños y las fantasías eróticas se tornan muy frecuentes y explícitos, y la masturbación se hace una de las actividades centrales de la adolescencia, que en los hombres se inicia en promedio entre los 13 y 15 años y en las mujeres unos dos años después, de acuerdo con los pocos datos estadísticos disponibles en nuestro medio.

Estas actividades cumplen el proceso de descubrir el propio cuerpo, de descubrirse conscientemente como fuente de placer, de saberse sexualmente funcional sin la presión y el testimonio de otras personas. Es una forma de identificarse como ser sexual y de prepararse para poder compartir con otras personas.

Se inician durante esta etapa las primeras amistades «especiales», los primeros noviazgos, es decir, las primeras relaciones de pareja, que además del contenido afectivo tienen significado sexual. Ellos y ellas se autodenominan «amigovios», para expresar que es una amistad pero de mayor convivencia, de mutuo apoyo afectivo, de mayor intimidad y con significación sexual, pero sin tanto compromiso como el noviazgo formal.

El coito es la otra actividad que se tiene durante la adolescencia, aunque no con la frecuencia que imaginan las personas adultas. En un medio provincial, según los datos disponibles, el coito entre adolescentes de 18 años tenía una frecuencia del 76% en varones y del 7% en las mujeres. Estos datos son de finales de la década de los años setenta, que comparados con los recolectados a principios de la misma década (64% en hombres y 7% en mujeres) muestran una tendencia hacia el aumento. Es de esperar que la proporción de hombres y de mujeres que realizan el coito durante la adolescencia haya aumentado en los últimos años. No disponemos de estadísticas confiables para cuantificarlo. Esta afirmación la hacemos con base en nuestro permanente contacto con adolescentes y en el aumento del embarazo durante esta época de la vida.

El comportamiento sexual de nuestros/as adolescentes es bastante desconocido. Tendremos que aumentar la investigación para conocerles y no basarnos en conjeturas que nunca representan la realidad.

La formación de estas parejas de «amigovios» se apoya fundamentalmente en la recreación. Él o ella es la persona con quien se asiste a las fiestas, se va al cine, al concierto, al paseo, a comer. A medida que pasa el tiempo, empiezan a tener más confianza mutua y se hacen partícipes de sus problemas domésticos y escolares. Así como aprendieron a compartir sus alegrías y diversiones, ahora lo hacen con sus dificultades, y con frecuencia hallan soluciones y respuestas para ellas. A menudo, si ven al otro o a la otra con alguien diferente, sienten miedo de perderlo/a y de su inseguridad se originan celos.

Es difícil el adolescente, sea hombre o mujer, entienda que su «novio» o «novia» se pueda interesar por otra persona y por esto con frecuencia se tornan posesivos/as y exigentes. Si estimulamos su seguridad en sí mismos/as, es posible que logren aprender que en una pareja uno está al lado de la otra; que comparten pero que son dos; que es preciso dejar espacios para poder crecer; que es preciso estimular el desarrollo y la creatividad de la otra persona; que una pareja ideal es aquella que comparte, pero en la que cada persona sigue siendo libre.

Es preciso llamar la atención sobre la decisión de tener el primer coito. La presión del grupo lleva a muchos muchachos a tener su primer coito para comprobar su hombría. Muchas muchachas acceden también a él como una gratificación a las manifestaciones de amor reales o fingidas por parte del hombre, o para mostrarse como personas liberadas y evitar ser calificadas de mojigatas. Es importante que aprendan a ser autónomas en sus decisiones.

Otra característica de las y los adolescentes en sus primeros coitos es que, como frecuentemente no es una decisión fría, basada en un compromiso mutuo, son muy poco cuidadosos/as y no piensan en las consecuencias de lo que hacen. Por esto, en la mayor parte de las oportunidades no tienen preparación para protegerse de una enfermedad de transmisión sexual o de un embarazo indeseado.

### **Sexualidad en la vejez**

La tendencia general a negar la sexualidad de la gente vieja tiene mucha influencia sobre su autoimagen y su comportamiento sexual; el mito de atribuir a la vejez cualquier trastorno psicológico, físico o sexual, impide frecuentemente que reciban la asistencia y ayuda necesarias.

Muchas personas viejas experimentan una crisis de identidad por el mismo hecho de sentirse viejas. Se encuentran en una situación marginal pues han perdido su estatus y no han podido adquirir uno nuevo. En esta situación tienden a adoptar los roles que la sociedad les ha reservado tanto en el aspecto social como en el sexual. Infortunadamente, muchos de estos roles son contrarios a sus sentimientos y limitan sus capacidades físicas, intelectuales y afectivas.

El envejecimiento, por las modificaciones orgánicas que conlleva, produce una disminución lenta de la función erótica. Los trastornos arterioescleróticos pueden producir disminución del calibre de las arterias que irrigan el pene, con la consecuente dificultad de la erección. Por esto la disfunción erectiva es mucho más frecuente después de los 50 años.

La disminución de los deseos sexuales es, posiblemente, la causa de la merma en la frecuencia de la actividad sexual, especialmente en los varones. En la mujer posmenopáusica, debido a la disminución de los niveles hormonales, se adelgaza la mucosa vaginal y disminuye la lubricación, lo que puede generar ardor durante el coito. La aplicación de hormonas aun locales (controladas por el médico) resuelve este molesto problema, que es mucho menos frecuente en aquellas que se conservan activas sexualmente. A la baja intensidad del deseo sexual se agrega la represión cultural para agravarla.

La viudez es otro factor que incide profundamente en el comportamiento sexual de la persona sobreviviente. Para el varón es difícil conseguir otra pareja, pero para la mujer la sociedad lo hace casi imposible.

Otra creencia mítica que lesiona la sexualidad del hombre viejo es la idea de que la actividad sexual debilita y es peligrosa para el corazón. El temor aleja a muchos viejos que quieren evitar infartos o hemorragias cerebrales que, de acuerdo con la falsa creencia social, son desencadenados por la actividad sexual.

Si modificamos la actitud de jóvenes y adultos frente a la vejez, seguramente protegeremos a las personas viejas de muchos trastornos que se crean o influyen culturalmente. Es importante que las y los jóvenes piensen en la vejez como un futuro para ellas y ellos y como una época que, si la hacemos amable y atractiva, vale la pena vivir.

### **DECÁLOGO DE LA VEJEZ**

Tomado del libro *Sexo y edad - De la madurez a la vejez*, de Alonso Acuña Cañas

---

1. El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar.
2. Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad. Es una faceta vital que varía en cada persona.
3. Tengo el mismo deseo y derecho a recibir y dispensar caricias tal como sucedía en mi niñez y juventud.
4. Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen.
5. Puedo construir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad.
6. Soy capaz de trabajar, de producir, de hacer deporte y divertirme. Mi situación de retiro o pensión no me lo impiden; antes bien, lo facilitan.
7. Como persona mayor puedo tener el don de la elementalidad como sucedía en mi niñez. Soy capaz de gozar de la transparencia del aire, el aroma de una flor, el color de las libélulas, el roce de una mano amiga, la ternura de una caricia, el murmullo del manantial. Cada vez más en virtud de mi experiencia.
8. Me aferro a la vida porque sé de su valor y percibo el placer de vivirla aunque en ocasiones disfrute de la soledad de mis recuerdos y parezca distante.
9. Tengo derecho a cuidar y mejorar mi imagen exterior, a transmitir a las demás personas la belleza interior que brota de mi cuerpo y a gozar de toda clase de sensaciones que de él provengan.
10. El llegar a la vejez significa que he sobrevivido y triunfado sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos y mis hijas, a mis nietas y nietos, a mis amigos y amigas, para que si ellos y ellas a su vez logran alcanzar la vejez, tengan entonces el privilegio de transmitir las a sus seres queridos.

## DISFUNCIONES SEXUALES

---

La disfunción sexual consiste en la imposibilidad parcial o total para ejercer la función erótica en todas sus fases. En la mayor parte de los casos, la disfunción se refiere a la actividad sexual con la pareja. Las disfunciones sexuales pueden ser primarias o secundarias. Las primarias son aquellas que la persona siempre ha tenido. Las secundarias se inician después de haber tenido la experiencia sexual sin dificultad alguna. Las disfunciones también pueden ser selectivas, es decir, que se presentan solamente en determinadas condiciones o con una o algunas parejas en particular.

### DISFUNCIÓN APETITIVA

La disfunción apetitiva puede ser por defecto o por exceso y se presenta en hombres y mujeres.

#### **Por defecto**

Consiste en una disminución franca del deseo sexual que se establece en un período corto. Esta disminución del deseo sexual, no mediada por una enfermedad debilitante, se puede detectar con la historia del comportamiento sexual de la persona. Con frecuencia es la pareja quien consulta y «se queja» de la pérdida del interés sexual del compañero o la compañera.

Las causas más frecuentes son los estados depresivos y las condiciones estresantes en ambos sexos. En la mujer, las causas más frecuentes son la dificultad o la imposibilidad de lograr el orgasmo. Esta situación le hace perder el interés por la actividad coital y los deseos se van haciendo menos intensos y frecuentes. Otro factor que influye enormemente en los deseos sexuales de la mujer, y excepcionalmente en el hombre, son las dificultades de relación con la pareja. Situaciones que originan enojo y resentimiento en ella la imposibilitan para compartir sexualmente con su compañero.

#### **Por exceso**

La disfunción apetitiva por exceso es muy rara. Consiste en un notorio aumento del deseo sexual que se establece en un tiempo corto. Sólo algunas enfermedades mentales pueden producir hiperapetito sexual. Lo que se califica con frecuencia como un exagerado apetito sexual corresponde generalmente a personas que tienen deseos sexuales más frecuentes e intensos que su pareja, que se siente acosada por esta situación. Se trata, pues, de gente cuyo apetito sexual es normal, pero por encima del promedio.

Al exceso de deseo y actividad sexual en hombres se denomina «satiriasis» y en las mujeres «ninfomanía». Estos términos son francamente peyorativos y se aplican con frecuencia en forma subjetiva y agresiva. La variabilidad del deseo sexual es muy grande y establecer que es exceso o defecto es muy aventurado.

### DISFUNCIONES SEXUALES EN EL HOMBRE

Las disfunciones sexuales descritas en los varones son la eyaculación prematura o precoz, la disfunción erectiva (antes llamada impotencia), la dispaurenia, la eyaculación (orgasmo) retardada y la eyaculación retrógrada.

### **Eyaculación precoz**

La eyaculación precoz o prematura consiste en la incapacidad que tiene el hombre de controlar la eyaculación por un tiempo suficiente para sentirse satisfecho. El problema obvio es que la pareja sexual no puede alcanzar el orgasmo «por falta de tiempo». Las personas que consultan lo expresan diciendo: «me desarrollo tan rápido que mi mujer siempre queda insatisfecha», es decir, se refieren a esta condición no sólo por sí mismos sino en relación con la pareja.

Para poder hacer el diagnóstico, es preciso saber que la pareja del eyaculador precoz es una mujer orgásmica. Los únicos casos obvios son aquellos en que el hombre eyacula a la introducción o antes de la introducción (Eiaculatio ad portas). La eyaculación precoz puede ser primaria o secundaria. Se denomina primaria cuando el individuo siempre ha eyaculado rápido, y secundaria cuando un hombre que controlaba razonablemente su orgasmo, por alguna circunstancia empieza a eyacular muy rápido.

Es importante saber que los períodos de abstinencia generan eyaculaciones rápidas y que los adolescentes también por lo general eyaculan rápido.

Según mi experiencia clínica, una gran mayoría de los eyaculadores precoces son primarios. Pienso que parte del desarrollo sexual del varón consiste en el aprendizaje del control de la eyaculación. Para lograrlo es necesario que la iniciación de la actividad coital se realice en un ambiente físico y psicológico adecuado.

Los coitos de afán, en un lugar inapropiado donde no hay intimidad y existe el temor de ser sorprendidos, condicionan una eyaculación rápida. Es decir que no sólo no se aprende a controlar la eyaculación sino que, por el contrario, se hace más acelerada. De acuerdo con este planteamiento, la eyaculación precoz primaria sería más un problema de aprendizaje que una disfunción sexual en sentido estricto.

La eyaculación precoz secundaria, es decir, la pérdida de un control razonable sobre el momento del orgasmo y la consiguiente eyaculación, se presenta por varias circunstancias fundamentalmente de carácter relacional. Son frecuentes causas la presión de una pareja anorgásmica que ya «está harta y desea salir pronto de eso»; las exigencias hechas por la mujer de «tener tiempo para lograr más de un orgasmo seguido», influidas por la literatura erótica popular y cualquier otra situación repetitiva que cree en el hombre el temor a «no poder satisfacer» a su compañera.

Este es posiblemente el problema sexual más frecuente en los hombres. Las estadísticas fluctúan entre el 20 y el 40% de la población masculina.

Como existe la idea errada de que el eyaculador precoz tiene una excesiva sensibilidad en el pene (que subjetivamente tiene), se usan cremas y ungüentos anestésicos con el fin de disminuir la sensibilidad (lo cual se logra) y así controlar la eyaculación. En el supuesto de que se alargue el período eyaculatorio, algo bastante remoto, se hace a cambio de no sentir gran cosa. En algunos casos la anestesia del pene genera la pérdida de la erección.

Un ambiente adecuado, una pareja que entienda la situación y se dé cuenta de que su compañero tiene un problema que no puede controlar aunque se esfuerce, y una terapia adecuada, permiten la solución de este problema en casi la totalidad de los casos.

El tratamiento temprano de la eyaculación precoz evita los sentimientos de menoscabo de la autoestima y de cuestionamiento de la propia masculinidad por parte del hombre, así como de resentimientos en la pareja por «sentirse usada como un objeto al que no se le tiene ninguna consideración». Es importante que los jóvenes sepan que su eyaculación rápida se puede controlar paulatinamente si se evitan actividades sexuales en momentos y sitios inapropiados, que no permiten realizarlas en un ambiente con las mínimas condiciones de privacidad y tranquilidad.

### **Disfunción erectiva**

Se denomina disfunción erectiva a la incapacidad de alcanzar o de mantener una erección suficiente para llevar a cabo el coito. Puede ser primaria cuando nunca se ha podido realizar el coito, y secundaria cuando después de haber tenido experiencia coital se pierde esta capacidad en más del 25% de las ocasiones.

La disfunción erectiva primaria es muy poco frecuente. La secundaria es la más común y se presenta a cualquier edad de la vida. Los episodios esporádicos de falta de erección o pérdida de ella son comunes y no constituyen trastorno sexual.

Las causas pueden ser psíquicas (psicosociales), somáticas (orgánicas) y mixtas.

La disfunción sexual psicógena es más frecuente en los hombres jóvenes. Cuando un individuo presenta erecciones espontáneas matutinas durante el sueño, por masturbación o con el uso de material erótico, hay más posibilidades de que la disfunción erectiva sea de origen psíquico. La causa principal de la disfunción erectiva psicógena es la ansiedad sexual debida al temor al fracaso, al papel de espectador de su propia actividad sexual y a la exigencia de funcionamiento.

Con frecuencia, durante la actividad coital el hombre va más a hacer una demostración que a compartir un placer. Cuando trata de demostrar cuán buen amante es, inicia un proceso de autoevaluación de su «desempeño», que no sólo sirve de distractor sino que crea gran tensión y bloquea la erección.

La exigencia de funcionamiento se presenta cuando el hombre se obliga a sí mismo o se ve presionado tácita o expresamente por su pareja sexual para llevar a cabo un coito en un momento

no propicio o para tener varios coitos en una sola sesión erótica. Esta situación le produce angustia y la consiguiente dificultad erectiva.

Las causas somáticas más frecuentes son la insuficiencia circulatoria arterial o venosa en los genitales, el incremento de prolactina, la diabetes mellitus, algunas enfermedades neurológicas, el consumo prolongado de algunos medicamentos y de algunas drogas psicotrópicas y excepcionalmente la disminución de la testosterona. El alcoholismo es una de las causas más frecuentes.

Las disfunciones erectivas mixtas generalmente tiene una causa inicial orgánica que no es suficiente para producir la dificultad erectiva, pero que produce ansiedad y con ella el reflejo inhibitorio de la erección, que ya se encuentra parcialmente alterada.

### **Dispareunia**

Es el dolor experimentado durante el coito. Normalmente, el dolor se presenta en el pene debido a inflamación o infección. Otra causa es la fimosis, que consiste en que el prepucio es redundante y estrecho, al punto que no permite descubrir el glande. El dolor se presenta ocasionalmente con la erección y aumenta durante el coito. La dispareunia es mucho más frecuente en la mujer. El tratamiento de la dispareunia es médico cuando hay infección y quirúrgico (circuncisión) en caso de fimosis.

### **Eyacuación retardada y anorgasmia**

Son dos disfunciones de la fase orgásmica masculina. La eyacuación retardada es la prolongación involuntaria y habitual del orgasmo y de la eyacuación, a pesar de que los estímulos son apropiados, la excitación sexual es intensa y la erección se mantiene. La demora es tanta, sin alcanzar el orgasmo, que el coito se suspende muy frecuentemente por decisión propia o de la pareja. Puede considerarse como el extremo opuesto a la eyacuación precoz.

La anorgasmia, es decir, la incapacidad de eyacular dentro de la vagina, es típicamente una alteración primaria, o sea que nunca se ha sido capaz de eyacular en la vagina.

En general, estos hombres pueden eyacular con caricias genitales de la pareja o con masturbación (cerca del 90%). La eyacuación se puede retardar ocasionalmente en cualquier varón cuando ha ingerido alcohol o algunas otras drogas, cuando la actividad sexual ha sido muy frecuente, o cuando el individuo está muy cansado. Esto lo experimentan alguna vez casi todos los hombres.

Se sabe poco sobre las causas. Se aducen como causas el miedo consciente o inconsciente al embarazo; sentimientos de culpabilidad ante lo sexual y antecedentes sexuales traumáticos. Se presenta también en algunos trastornos neurológicos y con el consumo de ciertos medicamentos que actúan en el sistema nervioso.

## **Eyaculación retrógrada**

La eyaculación retrógrada es una anomalía debida a que el cuello de la vejiga urinaria, por alguna circunstancia, pierde tono y en el momento del orgasmo el semen no es expulsado al exterior sino que se va hacia la vejiga. Se presenta en personas que han tenido tratamientos urológicos traumáticos (dilataciones, operaciones de próstata) y en algunas enfermedades que alteran el cierre de la vejiga. En sentido estricto no debería considerarse una disfunción sexual, sino un trastorno relacionado con la reproducción.

## **DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER**

Las disfunciones sexuales de la mujer, especialmente la anorgasmia, son trastornos modernos. Dado que antes la mujer era considerada un ser fundamentalmente reproductivo y no sexual, sólo hasta hace muy poco, unas cuatro décadas, las mujeres empezaron a consultar por insatisfacción sexual.

Las disfunciones sexuales femeninas, además de la apetitiva ya descrita, son el vaginismo, la anorgasmia y oligorgasmia y la dispareunia.

### **Vaginismo**

El vaginismo es un espasmo involuntario de la musculatura perivaginal cuando se hace el intento de introducir el pene. Esta contracción es tan intensa que impide la penetración y, por ende, el coito. Dado que tanto la contracción espásmica como los intentos de introducción son dolorosos, aumenta el temor al coito en la mujer y la contractura se hace más intensa.

Cuando la condición es extrema, es imposible pasar un dedo durante un examen y el diagnóstico es evidente. Cuando no se da la contractura muscular durante el examen genital pero sí durante el intento de coito, es posible que el médico se confunda y piense que no hay alteración.

La causa específica del vaginismo es la asociación del miedo y del dolor consciente o inconsciente con el coito. Es un miedo al dolor con características fóbicas. En muchos casos el vaginismo es producido por la dispareunia o por el comportamiento brutal del compañero. Los antecedentes de maltrato sexual o violación son frecuentes en estas mujeres. El miedo al embarazo o a una infección genital son otras causas.

El tratamiento consiste en enseñar a la mujer a contraer y relajar voluntariamente los músculos perivaginales y en introducir, primero el médico y luego la mujer y el compañero, «dilatadores» cada vez más gruesos para que ella aprenda la relajación con algo adentro. Aunque aparentemente el tratamiento es fácil, hay casos muy difíciles y se necesita la comprensión, la paciencia y mucha delicadeza del médico y en especial del compañero.

## **Anorgasmia y oligorgasmia**

La anorgasmia es la ausencia total de orgasmo en el coito. La oligorgasmia es la ausencia del orgasmo en la mayor parte de las oportunidades coitales. Nos referimos genéricamente a las dos como anorgasmia.

Esta perturbación femenina se denominaba «frigidez» y no se distinguía de la disfunción apetitiva y de la dificultad para lograr la excitación, que habitualmente presentan también falta de orgasmo. La palabra frigidez, además de ser confusa por su significado de frialdad y de ser peyorativa, no corresponde en nada a esta disfunción orgásmica.

Esta disfunción es posiblemente la más frecuente en las mujeres y puede ser primaria si nunca se ha tenido orgasmos o secundaria cuando se presenta después de haber tenido experiencias orgásmicas con el coito.

Una alta proporción de estas mujeres logra el orgasmo cuando se masturba y con muy poca frecuencia cuando es acariciada por su compañero sexual. En sentido estricto, son anorgásmicas coitales.

Las causas pueden ser psíquicas, orgánicas o mixtas. Las causas orgánicas no se describen con frecuencia, pero es lógico pensar que las causas que actúan en el hombre y dificultan la excitación o la erección dificultarían también la excitación y la lubricación en la mujer.

La anorgasmia primaria tiene origen primordialmente en la ignorancia del propio cuerpo, resultante de una educación represiva, de la pasividad sexual vivida por las mujeres como una obligación moral, y de problemas de comunicación con la pareja, a quien no sólo no se manifiestan sus gustos y deseos sino que se ocultan los desagradados y las molestias. Otra fuente frecuente de anorgasmia es el miedo a la culpabilidad producida por el placer. Muchas mujeres no se sienten todavía con el derecho a disfrutar del placer sexual porque lo consideran como algo para «mujeres malas».

Estos temores, producidos por la ignorancia, por concepto e ideas erróneas y por dificultades de comunicación con la pareja sexual, inhiben el reflejo orgásmico.

La terapia se orienta al aprendizaje de la propia sexualidad, a disipar temores y a estimular la comunicación con el compañero.

## **Dispareunia**

La dispareunia es el coito doloroso. Puede presentarse al principio, en el intermedio o al final del coito. La localización del dolor en la vulva, en la vagina o en la pelvis orienta mucho para hacer el diagnóstico. En nuestro medio desconocemos su frecuencia, pero la experiencia clínica nos hace sospechar que es más frecuente de lo que sospechábamos hasta hace algunos años. El dolor, en la mayoría de los casos, está localizado en los órganos externos, es decir, la vulva y el introito vaginal, y su causa es la irritación vulvovaginal por infecciones e infestaciones. El ardor durante

el coito es originado también por falta de lubricación en la mujer que no está suficientemente excitada. Los dolores pélvicos profundos generalmente se deben a rupturas de los ligamentos de la matriz, sucedidos después de un parto traumático. El tratamiento depende obviamente de la etiología.

La mayoría de los casos de dispareunia tienen origen orgánico; los casos de origen psicológico son raros y generalmente de difícil tratamiento.

---

## HISTORIA DE LA SEXUALIDAD EN OCCIDENTE

---

La cultura occidental se desarrolló en la Europa Occidental bajo la influencia de las civilizaciones griega y romana y del cristianismo.

En la cultura griega la sexualidad era considerada algo bello y natural, aunque la mujer ocupaba un lugar secundario y su participación en la vida política e intelectual fue muy restringida. Sólo algunas, entre ellas las hetairas (similares a las cortesanas de la Europa renacentista) participaron en actividades artísticas e intelectuales y tuvieron algún poder político. Las mujeres griegas que sobresalieron por su inteligencia y arte fueron prostitutas. Algunos filósofos, entre ellos Sócrates y Platón, abogaron por la igualdad de los sexos y en ocasiones por la libertad sexual de hombres y mujeres.

En Grecia se clasificó a las mujeres en tres tipos: la esposa, que tenía un papel reproductivo y de cuidado del hogar; otro tipo con fines sexuales y placenteros, y otras para el amor y el intercambio social. La actividad sexual estaba mucho más ligada a lo estético y placentero que a lo reproductivo. Era una cultura sexofílica aunque antifeminista, como lo fueron las culturas antiguas.

Los pueblos mediterráneos antiguos aceptaron con naturalidad la búsqueda del placer sexual, pero solamente para los hombres. Las limitaciones que estimulaban el aumento de la población y que tenían fines económicos (herencia) iban en detrimento de la mujer.

La homosexualidad fue tolerada en los hombres y aparentemente ignorada en las mujeres.

En Roma había más ambivalencia respecto a la tolerancia sexual. Se discriminó la homosexualidad, a la que se calificaba de "amor griego", en forma despectiva. Sin embargo, los romanos fueron más tolerantes con el placer erótico no sólo para los hombres sino para las mujeres. Si no se podía disfrutar dentro del matrimonio, se aceptó hacerlo fuera de él, para ambos sexos.

Existía el divorcio y la mujer ya tenía derecho a demandarlo. La prostitución floreció ampliamente y se consideraba una institución útil para proteger el matrimonio.

Como en Grecia, la literatura y el arte escultórico de carácter erótico eran parte fundamental de la cultura romana.

Las sociedades patriarcales antiguas, inclusive la judía, eran antifeministas, pero no antisexuales. Con el advenimiento del cristianismo, la sexualidad se asoció únicamente con la reproducción. Lo placentero estaba íntimamente relacionado con las nociones de impureza y de pecado, que determinaron el carácter erotóforo de la cultura occidental.

Los bienes matrimoniales eran tres para San Agustín: la procreación, la fidelidad y el sacramento. El fin primario era la procreación (proles). Para San Agustín, como para otros padres de la Iglesia, el coito con fines placenteros estaba proscrito. Durante muchos siglos los pueblos occidentales tuvieron una cultura patriarcal y su estructura económica y social fue agraria. En este medio siguieron reinando la erotofobia, la misoginia y la doble moral.

Hacia el siglo XII apareció una nueva concepción: la tolerancia, la permisividad de lo sexual, pero dentro del amor. Este concepto del amor romántico estableció que el enamoramiento, el amor, era un requisito indispensable para la actividad sexual. El erotismo sin amor se consideró desprovisto de todo sentido humano, "propio de los animales".

Esta ética reemplazó en parte a las del ascetismo y el doble patrón, liberalizándose un poco. Sin embargo, es una forma más sutil de represión neopuritana. Tal posición impera en mucha gente, pero en una época pluralista como la actual coexiste con posiciones hedonistas, en las que se reconoce plenamente la función erótica; se acepta la sexualidad como fuente de placer y satisfacción legítimos, independientemente del contexto amoroso y del matrimonio. Esta concepción sólo exige actuar sin producir daño a uno/a mismo/a ni a las demás personas.

En nuestro medio coexisten estas tres concepciones: la ascética restrictiva, la romántica y la hedonista. Es una situación conflictiva y de transición en la que están presentes elementos machistas, puritanos y de doble moral (una para varones, otra para mujeres) y de liberación femenina que lucha por la igualdad política, civil y sexual de la mujer; la aceptación de la sexualidad infantil y de las personas viejas desde el punto de vista intelectual, pero rechazando sus manifestaciones sexuales.

Nuestra sociedad ambivalente acepta conceptualmente valores de igualdad, liberalidad, autonomía, pero éstos no se han traducido todavía en comportamientos coherentes con tales concepciones. Es de esperar que en el futuro podamos poner juntos el corazón y la mente; que aprendamos a amarnos a nosotras y nosotros mismos; que afiancemos nuestra autoestima y podamos desarrollar la autonomía para decidir el propio destino, con el respeto que merecen los demás seres humanos con quienes tenemos que practicar la convivencia.

---

## EL ABORTO, PROBLEMA SOCIAL Y ÉTICO

---

Se entiende por aborto la interrupción del embarazo con la muerte del producto de la concepción antes de que el feto sea viable, es decir, que pueda seguir viviendo después de separarse de la madre. Esta definición es de carácter médico. En nuestro país, desde el punto de vista legal, es la interrupción de la gestación a cualquier edad.

El aborto puede ser «espontáneo», es decir, el que sucede por una causa materna o fetal, sin intervención externa alguna; o «provocado» o inducido, cuando hay causa externa.

El aborto espontáneo se presenta por problemas patológicos de la madre o del producto de la concepción y no es el tema que vamos a tratar.

El aborto inducido o provocado es el que vamos a estudiar por constituir un problema médico, social, ético y legal.

El aborto inducido puede darse:

- Por indicaciones médicas (terapéutico y eugenésico).
- Por indicación médico-social (por razones éticas o sentimentales).
- Por razones sociales (voluntario).

Aborto terapéutico es aquel que se realiza para proteger la vida o la salud de la madre. El eugenésico se lleva a cabo para evitar el desarrollo de un ser defectuoso.

El aborto por razones sentimentales o éticas se refiere a aquel que se practica en una mujer cuyo embarazo ha sido fruto de una violación.

El aborto por razones sociales es aquel que se lleva a cabo por embarazos indeseados que pueden deberse a un excesivo número de hijos, soltería, viudez, falta de apoyo del padre, problemas económicos, etc. Este tipo de aborto es el más frecuente en cualquier sociedad; el terapéutico, eugenésico y por violación son relativamente infrecuentes.

Desde el punto de vista médico-legal, aborto es la interrupción de la gestación en cualquier época en que se realice, cuyo resultado es la muerte del producto de la concepción. Cuando se presenta sin intervención externa es espontáneo; y es provocado o inducido si hay acción externa. Como en nuestro país la legislación no contempla los abortos terapéutico, eugenésico, médico-social, ni por causas sociales, todo aborto que no sea espontáneo es considerado delito por la ley.

Las complicaciones médicas del aborto provocado dependen fundamentalmente de la forma como se haya hecho el aborto.

Dado que la mayoría de los abortos, por ser ilegales, se lleva a cabo en pésimas condiciones de higiene y por personas sin un entrenamiento médico-quirúrgico adecuado, la consecuencia más frecuente es la hemorragia por presencia de restos ovulares dentro de la matriz que por falta de asepsia se infectan en pocas horas.

Estas son las dos complicaciones inmediatas: hemorragia e infección. En esta situación generalmente las mujeres acuden al hospital, con un aborto incompleto, anemia aguda producida por la hemorragia y severa infección que determina pésimas condiciones generales de salud.

Ocasionalmente se ha producido además una perforación del útero, lo que complica más aún el cuadro con riesgo muy alto de peritonitis.

La atención de estos abortos incompletos es una de las cargas económicas más grandes para los servicios de obstetricia de los hospitales del país. Los costos en sangre, antibióticos, gastos de material de cirugía y de tiempo de personal médico y auxiliar llegan a cifras muy altas, y la ocupación de camas está por encima del 20%. Una de las cargas económicas más grandes de los hospitales del país se produce por abortos provocados complicados.

Cuando los abortos son realizados por personal médico las complicaciones son mínimas y muy poco frecuentes. Es un procedimiento de muy bajo riesgo y de bajo costo.

El aborto provocado es un problema social con hondas raíces y múltiples causas, que constituye una enfermedad endémica y debe ser visto desde muchos ángulos para su solución.

El número de abortos en nuestro país es desconocido debido a su ilegalidad. Sin embargo, algunas estimaciones serias lo calculan entre 200 y 350 mil casos al año. A pesar de este enorme número, son muy pocos los casos que se denuncian, porque el aborto inducido es un delito de difícil comprobación.

El aborto es conocido por la mujer, por el compañero o algún familiar que la apoya y por el personal que lo lleva a cabo. Todos están involucrados y por esto a nadie le interesa denunciarlo.

Los médicos que atienden los abortos incompletos reciben una paciente en malas condiciones que necesita atención urgente y su interés fundamental es proteger la vida e integridad de la consultante. La información que recibe la mujer es para orientar la conducta y el médico la considera confidencial.

Además, como se evidenció en una de las primeras investigaciones hechas en el país, «las mujeres no viven el aborto como un hecho delictuoso, pues no presentan luego, en la mayor parte de los casos, ni siquiera sentimientos de culpabilidad. Además, se muestran agradecidas con quienes les han practicado el aborto; no importan las complicaciones que se hayan presentado posteriormente» (Luis E. Santamaría).

Los motivos más frecuentes para abortar son los económicos, el número de hijos, la desprotección del compañero y, con menos frecuencia, la soltería.

## **Conclusiones**

- El aborto es un problema social. Por tanto, debe ser estudiado y evaluado desde los puntos de vista ético, jurídico, económico y médico.
- La legislación de nuestro país no es aplicable y en este caso debería modificar su estructura técnica.

- Se debe insistir en ampliar la educación sexual y la responsabilidad procreacional desde edades muy tempranas, para evitar los embarazos indeseados.
- Este tema debería dejar de ser un tabú para que de él se pueda ocupar abiertamente la sociedad y se puedan presentar múltiples soluciones.

## **LA SEXUALIDAD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

---

Los seres humanos somos seres sexuales. Por esto, donde hay seres humanos o donde se representen, siempre estará presente su sexualidad. Las historias que se cuentan en la radio, el cine, la televisión, son historias humanas y, por tanto, con contenido sexual. Algunas de ellas exaltan valores estéticos y éticos que pueden ser muy positivos para quienes los observan. Valores de respeto, de aprecio y consideración por las demás personas, de responsabilidad y amor mutuos. Otras muestran escenas de violencia sexual, de manipulación y uso engañoso de la sexualidad para obtener beneficios a expensas de la tranquilidad e integridad de otra persona.

El problema no está en que lo sexual aparezca, sino en el tratamiento que se le dé; y no está en que se vea, sino en el criterio de quien lo ve.

La propaganda (o la publicidad, como se dice ahora) usa material sexual para promover productos. Los productos son ofrecidos por mujeres o por hombres que exhiben cuerpos hermosos, con frecuencia medio desnudos y con actitudes seductoras.

Es válido erotizar la publicidad para hacerla más atractiva y lograr un fin comercial, si no hay mensajes expresos o tácitos contra la dignidad humana o que refuercen valores lesivos para la sociedad.

Descalificar de plano la presencia de lo sexual en los medios de comunicación, así sea en la publicidad o la propaganda, es irracional. Siempre habrá cosas positivas y cosas negativas.

La sociedad tiene la obligación de influir en los medios de comunicación para que sus mensajes sean benéficos y no lesivos. Sin embargo, pienso que es más importante desarrollar, mediante la educación, la conciencia crítica en quienes consumen los medios, con el fin de que sus mensajes los reciban personas capaces de analizar y discriminar su contenido con criterio y madurez.