

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

SECRETARÍA ACADÉMICA
COORDINACIÓN DE ESPECIALIZACIONES

LA DISFUNCIÓN SEXUAL ANTE UNA FALTA DE EDUCACIÓN EN EL
MÉXICO ACTUAL

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN:

SEXOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

MARCOS CHAVEZ DUEÑAS

ASESORA: DRA. ALMA DELIA ACEVEDO DÁVILA

MÉXICO, D.F.

2004

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSA:

Por su enorme apoyo para la realización de este trabajo, gracias por su tiempo que me dedico.

por sus conocimientos tanto personales como profesionales que me compartió. agradezco sus enojos, sus alegrías y todo aquello que la hace ser mujer. Marcela gracias por ser mi esposa.

A MI ASESORA:

A la doctora Alma Delia Acevedo por su confianza que me demostró cuando le solicite su asesoría, así como su tolerancia en el desarrollo del trabajo, que sin su valioso apoyo no hubiera podido terminarlo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

1.1 Por qué es importante hablar de educación de la sexualidad	1
1.2 Cuál es la importancia y caracterización de la sexualidad en todas las edades	4
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos particulares	6

CAPÍTULO II

UN ACERCAMIENTO A LA CONCEPCIÓN BÁSICA SOBRE SEXUALIDAD

2.1 Cómo se da la educación de la sexualidad en México	7
2.1.1 Educación informal	7

2.1.2 Educación formal	11
2.1.3 Programas escolares en los niveles educativos en México y materias que abordan temas relacionados a la sexualidad	14
2.2 Concepto de sexualidad	18
2.2.1 Dimensión biológica	20
2.2.2 Dimensión psicológica	20
2.2.3 Dimensión sociológica	21
2.3 Función de la sexualidad	23
2.3.1 Función erótica	25
2.3.2 Función reproductiva	26
2.3.3 Función comunicativa	28
2.4 Consecuencias de una falta de educación de la sexualidad	30

CAPÍTULO III

SUSTENTO TEÓRICO

3.1 Sexualidad en la infancia	34
3.2 Sexualidad en la adolescencia	37
3.3 Sexualidad en el adulto	41
3.4 Comportamientos de los jóvenes adultos sexualmente saludables	47

CAPÍTULO IV

ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

4.1	Conceptualización de la disfunción sexual	51
4.2	Causas de la disfunción sexual	52
4.2.1	Socio-educativas	53
4.2.2	Aspectos biológicos	55
4.2.2.1	Naturales	56
4.2.2.2	Patológicas	57
4.2.2.3	Yatrogénicas	57
4.2.3	Psicológicas	59
4.2.4	Relacionados con la pareja	62

CAPÍTULO V

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y SU DISFUNCIÓN

5.1	Cambios neurofisiológicos de la respuesta sexual humana	66
5.1.1	Estimulo sexual efectivo	70

5.1.2 Excitación	76
5.1.3 Meseta	78
5.1.4 Orgasmo	80
5.1.5 Resolución	83
5.1.6 Periodo refractario	84
5.2 Qué se puede hacer desde el punto de vista educativo	85
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXO	94

INTRODUCCIÓN

La educación de la sexualidad en México, se adquiere de manera informal a través de la familia, los amigos, los medios de comunicación: como son el cine, la televisión, el radio, las revistas, el internet y la religión, dejando muy pocas posibilidades de adquirirla de manera formal como es en la escuela y en las instituciones de educación superior.

En nuestro país la mayoría de la población es educada sexualmente de una manera informal, donde a lo largo de la vida pueden surgir dudas y conflictos que los llevan a la necesidad de solicitar ayuda.

A través de los años han existido diversos movimientos, propuestas, acciones y la creación de diversas organizaciones no gubernamentales, todos con la finalidad de brindar educación de la sexualidad a la población en general o a grupos especiales.

La mayor parte de los jóvenes y adultos de casi todas las sociedades les es difícil admitir que tienen fallas en su funcionamiento sexual, debido a la carencia de esta educación, creando mitos relacionados con la misma, lo que provoca confusiones y que no identifiquen o acepten que tienen una disfunción sexual.

Cuando los docentes y sexólogos educadores comprenden estos temores, son capaces de tranquilizar a las personas que se acercan a ellos(as) en busca de orientación, ayudando a estos(as) comprenderse mejor a sí mismos(as) y a los demás.

El propósito de este trabajo es comprobar que algunas causas de la disfunción sexual en los jóvenes adultos, es por una deficiente educación de la sexualidad en todas las etapas de la vida y por la precaria educación que se imparte en todos los niveles educativos, además de conocer cuáles son las causas psicológicas y socio-educativas de esta disfunción.

El presente trabajo se dividió en cinco capítulos, en el primero se aborda la problemática de la educación de la sexualidad, por qué hablar de ella, su importancia y caracterización en todas las edades, así como el objetivo del presente estudio.

En el capítulo dos se presenta un acercamiento a la concepción básica sobre sexualidad, iniciando con la educación en México, tomando en cuenta los niveles escolares y materias que incluyen temas de sexualidad, las dimensiones fundamentales como son la biológica, psicológica y sociológica así, como la función de la sexualidad y las consecuencias de la falta de ésta.

El capítulo tres desglosa el sustento teórico abarcando desde la sexualidad infantil, la de los adolescentes, los jóvenes y los adultos, incluyendo los comportamientos de los jóvenes adultos sexualmente saludables.

El capítulo cuatro es el tema central de la tesina, incluye la disfunción sexual, su definición y las diferentes causas de la misma.

En el capítulo cinco se explica la neurofisiología de la respuesta sexual humana y la disfunción sexual que se da en cada una, además de incluirse una propuesta de lo que se puede hacer

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

1.1 POR QUÉ ES IMPORTANTE HABLAR DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

La educación contribuye a la adquisición de conocimientos, la formación de actitudes, así como los valores que permitan a los individuos tener una comprensión crítica de los problemas, basar juicios y tomar decisiones en un análisis tan racional como sea posible.

La educación trata de promover un cambio en la visión, las actitudes y los comportamientos de las personas sin olvidar el espacio comunitario; a fin de contribuir al mejoramiento de calidad de vida. Se trata, por consiguiente, de un proceso permanente de aprendizaje, formación y acción.

El objetivo fundamental de análisis de la educación es la dinámica poblacional, tanto en su expresión cuantitativa como cualitativa. De modo que, con la finalidad de lograr un análisis integral de la misma, es necesario considerar tanto los cambios cuantitativos que se operan en la fecundidad, la mortalidad, la migración, el volumen, la estructura y la distribución de la

población, como aquellos elementos que directa o indirectamente los están determinando. Esto significa que se requieren abordar, en estrecha relación, con las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales; factores imprescindibles que intervienen en el bienestar y la calidad de vida de la población.

El objetivo principal de la educación de la sexualidad es promover la salud integral que se define como “la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de un ser sexual, de manera positivamente enriquecedora que realza la personalidad, la comunicación y el amor, condiciones a las que todas las personas tienen el derecho; es el caso de considerar la aceptación de las relaciones sexuales, tanto por placer como con fines de procreación, entre otras”(OMS, 1975).

La sexualidad abarca cambios que se proyectan en todas las actividades y comportamientos de la existencia humana desde la manera de expresarse de un individuo, la manera de ser, pensar, sentir, hasta la actitud que se toma al caminar y vestirse. Todo esto representa una manifestación de la sexualidad.

En los últimos tiempos, se ha intentado, tanto en las organizaciones mundiales como en nuestro país, desarrollar la educación sobre reproducción humana, sexualidad, planificación familiar, espaciamiento de los nacimientos,

enfermedades de transmisión sexual, así como otros temas afines. Una parte del contenido general de educación para la salud apunta a mejorar la calidad de vida y debe inevitablemente ser concebida como parte del desarrollo socioeconómico general.

La educación de la sexualidad pretende desarrollar en hombres y mujeres la comprensión de la naturaleza y las necesidades de su propia sexualidad. Refiere la necesidad de modificar los roles sexuales y el lugar que ocupa la sexualidad en la vida personal como en la familiar del individuo. Por eso es imprescindible tomar decisiones responsables con respecto al comportamiento sexual, poniendo énfasis en la importancia social de las decisiones individuales.

Promover la equidad entre los hombres y las mujeres, proporcionar a la población información suficiente y pertinente para que la sexualidad pueda ser vivida en un marco de auténtica libertad, la cual debe promover una responsable toma de decisiones de las personas, basada en el conocimiento científicamente fundamentado que es el propósito de esta investigación.

Asimismo, se pretende destacar la importancia de la salud sexual entre la población, tanto en sus aspectos reproductivos, como en las dimensiones que hacen a la sexualidad parte integrante de la persona, en el caso del erotismo, la afectividad y la identidad. Para lo cual se promueve un sistema de valores

que facilite el bienestar social, respetando las diferencias individuales, reconociendo la variedad de ideologías que sustentan la vivencia de la sexualidad, la responsabilidad, el amor, el respeto y la tolerancia como valores sociales ante la experiencia sexual. (Urbina-Fuentes y Pérez-Fernández, 1994:875-892)

1.2 CUÁL ES LA IMPORTANCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN TODAS LAS EDADES

Sabemos que la educación de la sexualidad promueve cambios en actitudes que dan lugar a mayor tolerancia y respeto hacia las conductas y valores de otras personas: actitudes que propician la aceptación de la diversidad. Una visión más amplia abre nuevos canales de comunicación y convivencia en un marco de flexibilidad que podría permitir más acercamiento y una mejor comprensión de los individuos, por lo tanto es deseable que se jerarquicen los esfuerzos de manera que los objetivos de estas acciones educativas presenten una incidencia mayor en la solución de los problemas poblacionales en el corto y mediano plazo, así como de acuerdo a las necesidades de la población escolar a la que van dirigidas.

En realidad lo ideal sería que se impartiera educación de la sexualidad desde muy temprana edad. Ya que en cada etapa de la vida surgen inquietudes específicas, las cuales deben tratarse de manera adecuada.

La sexualidad en la infancia difiere de la sexualidad de los adolescentes, los adultos y las personas de la tercera edad. Cada período evolutivo tiene sus propias características, objetivos y necesidades sexuales como se desglosa en capítulos posteriores

1.3 OBJETIVOS

El presente estudio documental se refiere a la investigación bibliográfica realizada en diversos tipos de escritos, tales como libros, documentos académicos, actas o informes, revistas y documentos personales. (Münch, 2003:51). Este consiste en recabar la información existente sobre un tema; utilizando fichas de trabajo para concentrar y resumir la información contenida en las fuentes documentales, la ventaja de utilizar fichas de trabajo es poder ordenar y clasificar el material recopilado en función de las variables e indicadores, o de los temas, que se pretenden estudiar, lo cual permitirá tener prácticamente a la vista y debidamente clasificada toda esta información (Rojas-Soriano, 1989:68-69), tiene como objetivos:

1.3.1 Objetivo general

- Difundir y mejorar el aspecto educativo, para cuidar nuestra salud, nuestro cuerpo y nuestra sexualidad. Para poder abordar como docentes esta problemática y esta falta de educación en general en

todos los niveles de la población de nuestro país, necesita capacitación, puesto que los propios formadores y orientadores no están preparados para manejar temas tan importantes y necesarios en la vida de todo ser humano como es la salud sexual.

1.3.2 Objetivos particulares

- Indagar cuales son las causas psicológicas y socio-educativas de la disfunción sexual en jóvenes adultos universitarios.
- Analizar que algunas de las causas de disfunción sexual en hombres y mujeres son por una deficiente y precaria educación en todas las etapas de la vida, que se imparte en todos los niveles educativos.

CAPÍTULO II

UN ACERCAMIENTO A LA CONCEPCIÓN BÁSICA SOBRE SEXUALIDAD

2.1 CÓMO SE DA LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MÉXICO

Existen al menos dos maneras de dar educación de la sexualidad: primero es la educación informal, la cual utilizamos en la vida cotidiana, y que a veces ni siquiera nos percatamos y otra más estructurada, sistematizada con objetivos específicos, es la educación formal.

2.1.1 Educación informal

Desde la infancia, las personas reciben información o mejor dicho, una formación sobre la sexualidad. Perciben cómo se comportan hombres y mujeres, qué se espera de ellos(as), que algunas partes del cuerpo son privadas; hay temas de los que no se habla ni se pregunta. Esto es la educación “informal” que se recibe de los padres y madres, de los(as) docentes además de los medios de comunicación.

En el momento que se anuncia el sexo del bebé, es decir se dice es “un niño” o es “una niña”, se inicia la educación de la sexualidad a partir de una observación del cuerpo humano.

Se trata de una manera a los hombres y de otra a las mujeres, y se empiezan a marcar diferencias sustanciales entre ambos géneros, aunque en realidad no sean inherentes ni a uno ni a otro.

Comunicamos muchas cosas aun sin darnos cuenta. Cuando un niño(a) pequeño(a) pregunta a su padre o madre, de dónde vienen los bebés y recibe por respuesta un largo silencio, una mirada nerviosa, el mensaje que capta es que no debe hablar sobre esos temas. La idea implícita es que el origen del ser humano, incluido el suyo, es algo “malo”.

El niño(a) también aprende de su entorno a tener vergüenza de su cuerpo, que hay partes de éste que supuestamente son “sucias”. Incluso si se evita directamente el tema de la sexualidad los(as) niños(as) perciben en la comunicación no verbal, actitudes de tensión, e incomodidad de los padres y madres o por el contrario, de naturalidad o aceptación. A veces, sin percatarnos, desde nuestra perspectiva de adultos, forzamos a los(as) niños(as) a tener ciertas actitudes o les atribuimos motivaciones sexuales, lo cual interfiere en su desarrollo normal y natural. En otras ocasiones es el miedo de los adultos a aceptar su propia vida sexual lo que los lleva a reprimir

y evadir la existencia de una sexualidad infantil que merece atención (Prieto-López, 1999:43-46).

En la adolescencia, la educación informal es el medio principal de aprendizaje sobre la sexualidad. La mayor parte de la información que reciben los jóvenes acerca de los cambios corporales que están viviendo, así como de la respuesta sexual, de las relaciones interpersonales y sexuales; provienen de sus compañeros(as) o de su grupo de amigos(as).

Los padres y madres, quienes serían la fuente idónea para dar respuestas a sus dudas, no siempre están dispuestos a hablar del tema con sus hijos(as).

Los(as) niños(as); adolescentes y jóvenes demandan respuestas y los adultos no queremos, o no podemos responder, algunas veces por ignorancia, otras por el temor de que ellos(as) asuman su sexualidad y la vivan con autodeterminación y libertad, otras por falta de tiempo, o de información.

La educación de la sexualidad impartida por los padres y madres tiende a ser restringida. El padre habla poco con sus hijas porque cree que esa labor le corresponde a la madre; ésta a su vez, espera que el padre hable con los hijos, pero, finalmente ninguno de los dos habla realmente a fondo con

ellos(as). En general, la comunicación de los hijos(as) suele ser más amplia con la madre que con el padre.

Es una realidad que los(as) niños(as) y los y las adolescentes obtienen información en casa y son los padres, madres quienes están educando sexualmente a sus hijos e hijas, lo acepten o no. Aunque esta información muchas veces es inadecuada, con dobles mensajes, prejuicios y culpa y en pocas ocasiones se transmite en forma clara y abierta.

Los(as) docentes, por su parte, suelen pensar que la tarea de orientar a los(as) alumnos(as) en cuestiones sexuales, no es responsabilidad de ellos(as), por tratarse de cosas íntimas; por esta razón las dejan de lado y no hablan de estas con los(as) adolescentes.

El docente a veces se pregunta si realmente es su labor orientar en ese aspecto o si se estará metiendo en un terreno que no le corresponde. Los padres y madres, esperan que en la escuela se les dé orientación a sus hijos(as), y son los docentes quienes dan por sentado que esa tarea corresponde a los progenitores; el resultado final es simplemente la ausencia de educación de la sexualidad.

La situación descrita provoca que el recurso más socorrido, sean las charlas entre amigos(as) y la experiencia personal directa; opciones que

propician la difusión de mitos, tabúes e información poco confiable (Hiriart, 1999: 37-40).

2.1.2 Educación formal

La educación formal implica información objetiva, libre de mitos y tabúes, Tiene objetivos específicos, como de reflexión crítica y es ampliamente valorativa.

Generalmente, en la escuela se intenta dar este tipo de educación; se trata de que ciertos conocimientos sean útiles para la vida presente y futura de los individuos.

Cuando se proporciona educación de la sexualidad es necesario abarcarla en su totalidad, ya que si se aborda como un aspecto segmentado del individuo, será más difícil que éste lo asimile, lo entienda, lo integre a sus experiencias y esquemas anteriores.

Lo formal refiere, a tener metas específicas, cierta estructura y ser lo más neutra y objetiva posible. Su estilo de formación debe dar lugar a la reflexión, a la discusión, al intercambio de ideas, a comentar los aspectos psicológicos, los intereses y las dudas que surgen con cada tema, a formar un criterio, así como implementar estrategias metodológicas, las cuales facilitan la participación,

comunicación y la reflexión personal (sensibilización) de las cuales se dan unos ejemplos (Pick, 1992).

a) Integración.

Objetivos:

- Crear, un clima de confianza y camaradería para que el trabajo tenga efectividad.
- Mejorar el conocimiento entre los integrantes del grupo es de mucha utilidad porque, al fortalecer los lazos de interacción, los participantes aportan sus opiniones libremente y enriquecen las reflexiones sobre cada uno de los temas que se han de tratar durante el taller además va marcando desde el inicio la metodología y las normas de trabajo grupal.

b) Concepto básico de sexualidad.

Objetivo:

- Diferenciar los conceptos básicos de sexualidad, ya que en nuestra cultura “sexo” y “sexualidad” se han reducido a sólo coito, o relación sexual.

c) Enriqueciendo la diversidad

Objetivos:

- Generar confianza en los integrantes, estimular el respeto y aclarar que no existe normalidad al hablar de sexualidad.
- Fomentar el respeto a las opiniones y educación diferentes.

d) Sexualidad en la pareja.

Objetivo:

- Reflexionar sobre la manera como la percepción subjetiva de un individuo influye en su elección de pareja.

e) Mitos relacionados con la sexualidad

Objetivos:

- Analizar falsos conceptos que se han estereotipado como actitudes sexuales “normales”.
- Desmitificar ideas erróneas, tabúes y prejuicios con respecto a la sexualidad.

f) Comunicación.

Objetivo:

- Reconocer y valorar la propia imagen corporal y hacer consciente la importancia de la comunicación no verbal en las relaciones interpersonales y con los(as) adolescentes.

g) Asertividad.

Objetivos:

- Asumir la responsabilidad de nuestros actos.
- Aprender a ser asertivo, expresando deseos, sentimientos y pensamientos.

Es importante que la educación de la sexualidad, formal y estructurada, tenga un espacio además de un tiempo específico, que se deje a cargo de una persona que posea los conocimientos necesarios, el perfil idóneo para hacerlo. Esto incluye, el cambio de actitudes hacia su propia sexualidad, el respeto y tolerancia hacia la de los demás.

2.1.3 Programas escolares en los niveles educativos en México y materias que abordan temas relacionados a la sexualidad

La educación de la sexualidad se imparte de manera formal en los planes de estudio en: primaria, secundaria, preparatoria e incluso en la educación superior como se presentan a continuación.

En el siguiente cuadro vemos que la información sobre sexualidad sólo abarca el aspecto biológico, carece de aspectos psicológicos y sociales, además esta información aparece en el quinto grado, quedando los primeros años descubiertos sin documentar algún tema sobre el objeto de estudio que interesa.

PRIMARIA

GRADO	MATERIA	TEMAS
Quinto año	1 Ciencias naturales	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las mujeres son distintas a los hombres. ◆ Los hombres son distintos a las mujeres.
Sexto año	1. Ciencias naturales y desarrollo humano	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cómo somos. ◆ Cómo crecemos y nos desarrollamos. ◆ Los cambios del cuerpo en la adolescencia. ◆ El camino hacia la edad adulta. ◆ La reproducción humana. ◆ La herencia biológica. ◆ La cultura de la prevención.

(Fuente Reforma educativa SEP, Méx. 1989)

En el caso de educación secundaria se pueden anexar otros temas que no están contemplados y que tratan de respuesta sexual humana, higiene sexual, fecundación, embarazo y parto; incluir valores como libertad, autonomía, reciprocidad, asertividad, destrezas, solución a problemas, preferencia genérica, expresiones comportamentales de la sexualidad, otros materiales que sería importante conversar con docentes y especialistas como son: material explícito (pornografía), roles sexuales, femineidad, masculinidad, relaciones entre padres, madres e hijos(as), sexualidad infantil, aspectos legales de la sexualidad, disfunción sexual, fantasía sexual, sexualidad en la pareja y comunicación familiar. (Ayala-Mejía, 2000:10-13).

SECUNDARIA

GRADO	MATERIA	TEMAS
Primer año	1. Formación cívica y ética	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adolescencia, aspectos sociales. ◆ Juventud. ◆ Características de ser un hombre y una mujer. ◆ Problemas relacionados a la sexualidad. ◆ Pubertad. ◆ Valores.
Segundo año	1. Formación cívica y ética 2. Biología	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Familia. ◆ Autoestima. ◆ Autorespeto. ◆ Amor. ◆ Atracción sexual. ◆ Embarazo. ◆ Enfermedades de transmisión sexual. ◆ Métodos anticonceptivos. ◆ Amor. ◆ Amistad. ◆ Valores. ◆ Concepto de sexualidad. ◆ Aparato reproductor femenino y masculino. ◆ Enfermedades de transmisión sexual. ◆ Métodos anticonceptivos. ◆ Tabaquismo y alcoholismo. ◆ SIDA.
Tercer año	1. Formación cívica y ética	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adolescencia. ◆ Pubertad. ◆ Aborto. ◆ Embarazo. ◆ Valores. ◆ Salud sexual y sus consecuencias. ◆ Familia y sociedad.

(Fuente Reforma educativa SEP, Méx. 1989)

PREPARATORIA

GRADO	MATERIA	TEMAS
Cuarto año	1. Orientación educativa.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adolescencia. ◆ Pubertad. ◆ Conceptos (sexo, sexualidad). ◆ Autoconcepto. ◆ Figura corporal. ◆ Género. ◆ Anorexia y bulimia.
Quinto año	1. Biología 2. Ciencias de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Reproducción. ◆ Fecundación. ◆ Desarrollo embrionario. ◆ Aparato reproductor femenino y masculino. ◆ Embarazo. ◆ Métodos anticonceptivos. ◆ Enfermedades de transmisión sexual.

(Planes de estudio para CCH y Preparatorias. UNAM, 1996).

Al observar el cuadro anterior, se aprecia en los temas sobre sexualidad que se imparten en algunas de materias en preparatoria, son aún más incompletas, pues presenta temas muy vagos y sin relación alguna.

Se debe tener en cuenta que la educación de la sexualidad es parte de la educación integral, y que no debe ser “un área especial aislada”. Se olvida que en otras áreas como ciencias sociales, naturales, literatura, el arte y otras, también son espacios desde los cuales se puede formar la sexualidad, es decir, se debe tener una perspectiva multidisciplinaria.

Caso especial de mencionar, son las universidades, en las cuales desde luego tampoco aparece en sus planes y programas curriculares este tema, inclusive en las escuelas de psicología los estudios específicamente orientados a la sexualidad humana, su comprensión, su educación o su terapéutica, son asuntos que generalmente se abordan en programas extracurriculares ofrecidos en eventos académicos, como congresos, cursos, talleres y seminarios (Esparza-Cárdenas, 2001:1-2).

2.2 CONCEPTO DE SEXUALIDAD

Cualquier concepción que se tenga de éste se reflejará indudablemente en el tipo de educación, que se imparte en la familia y en la escuela; recordemos que es necesario no dar por hecho que todos tenemos el mismo significado sobre sexualidad.

Es importante considerar que no existe una única definición de lo que es la sexualidad. A partir de la historia personal y del aprendizaje social se construye una concepción de lo que es sexual y de lo que es sexualidad. Éste es el producto de una construcción social e históricamente determinada. Se aprende alguna atribución, o significado para las vivencias, prácticas y experiencias. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares sobre el tema, su sentido, su valor y su papel en la existencia humana.

Cada uno de nosotros ha estructurado un concepto acerca de la sexualidad (amplio o reduccionista, integrado o sesgado). La concepción es diferente si la plantea un biólogo(a), un sacerdote, un sociólogo(a), un psicólogo(a), un docente, un padre o madre de familia, un médico o un psiquiatra.

La palabra sexo o sexualidad genera conceptos e ideas diferentes, algunos piensan en una relación más íntima, otros en las características del género, otros imaginan órganos sexuales y reproducción, otros piensan en el amor de una pareja, los menos en la atracción sexual; cada cual hace énfasis en algún aspecto, todos tienen que ver con la sexualidad, pero es importante reconocer algo más.

Conforme sea el concepto que se tenga será el tipo de educación de la sexualidad que se imparta. Una concepción determinada sobre la sexualidad es consecuente con una forma de educación para la misma. Si se supone la sexualidad como todo lo relacionado con el coito, la función reproductora y los órganos sexuales es muy probable que se desarrolle una educación de la sexualidad centrada en la anatomía y fisiología de los órganos sexuales, sus funciones coitales y reproductivas; que vienen siendo sólo los aspectos biológicos de la sexualidad, como ya se analizó en los contenidos que abordan temas de sexualidad en los programas escolares.

La sexualidad humana es el resultado de la interacción de tres dimensiones fundamentales: la biológica, la psicológica y la sociológica (Romero, 1998:13-5).

2.2.1 Dimensión biológica

La dimensión biológica se refiere a todos los factores anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, genéticos que subyacen a los diferentes componentes de la sexualidad como lo son la reproductividad, el erotismo, el género y las vinculaciones erotico-afectivo-amorosas. Todos estos componentes tienen correlaciones biológicas “sistema nervioso, endocrino, reproductivo y los condicionantes genéticos” (Idem, 1998:20).

2.2.2 Dimensión psicológica

La dimensión psicológica se relaciona con los procesos emocionales, motivacionales, de aprendizaje, afectivos, comportamientos, cognitivos, de personalidad, implicados en la estructuración de la vivencia sexual. La mayor parte de los procesos psicológicos, están muy relacionados y en interacción con la dimensión sociológica. Por ejemplo la estructuración de la identidad sexual implica factores perceptivos, de aprendizaje, emocionales, cognitivos; así como, también patrones culturales y sociales como las normas, las expectativas sociales y el género. (Idem, 1998:20).

2.2.3 Dimensión sociológica

La dimensión sociológica se relaciona con los procesos y fenómenos que hacen parte del ser humano como ser fundamentalmente social y político y que contribuyen al aprendizaje social de una determinada forma de vivir la sexualidad, son el producto de una construcción social y colectiva, por lo tanto arbitraria. Hacen parte de esta dimensión los guiones sexuales, los ritos, los mitos, los imaginarios sociales, las normas, los valores, la legislación alrededor de la sexualidad, los roles, la educación de la sexualidad y los patrones culturales.

Desde este punto de vista la sexualidad sería la integración y resultado de la acción de estas tres dimensiones, interrelacionadas la una con la otra. Esta visión integradora de las dimensiones de la sexualidad tiene implicaciones importantes para la educación de la sexualidad. Es así que la misma integración se toma como propuesta al final de este trabajo.

Indudablemente implicaría un abordaje interdisciplinario de la sexualidad alimentando a la misma desde los diferentes saberes y disciplinas del conocimiento humano “psicología, antropología, medicina, bioquímica, sociología, economía, derecho, historia, entre otras” (Idem, 1998:20).

En el siguiente recuadro se desglosa bibliografía básica de libros que abordan conceptos y temas de sexualidad, recomendados para docentes que

enseñan en diferentes niveles educativos que abarcan los tres niveles de la sexualidad:

NIVEL EDUCATIVO	LIBROS RECOMENDADOS	PELÍCULA RECOMENDADA
1. Primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déjame responderte. (Escrito por Guillermo Solano, Susan Pick, y Silvia Pick, publicado por Ed. Ideame, 4ª. Ed. Enero 1999). 2. Estoy cambiando Vol. I y II. (Escrito por Susan Pick, Martha Givaudan, publicado por Ed. Ideame. 2ª. Ed. Feb, 1999). 3. Yo papá yo mamá (Escrito por Martha Givaudan y Susan Pick. Publicado por Ed. Ideame. 2ª. Ed. 1997). 4. Yo quiero yo puedo. (Escrito por Susan Pick y Martha Givaudan. Publicado por Ed. Ideame. 1ª. Ed. 1997. Serie que consta de once ejemplares uno para cada grado escolar y tres guías para docentes). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo quiero yo puedo. (Tres videos que forman parte del programa de Educación para la vida).
2. Secundaria y preparatoria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planeando tu vida. (Escrito por Susan Pick y Janette Reyes, publicada por ed. Ariel Escolar. 9ª. Reimpresión. Jul, 1999). 2. Juventud más allá del éxtasis. (Escrito por Susan Pick, Martha Givaudan. Publicado por Ed. Planeta. 6ª. Reimpresión. Julio 1999). 3. Yo adolescente (Escrito por Susan Pick y Elvia Vargas. Publicado por Ed. Ariel Escolar. 13ª. Reimpresión. Mayo 1999). 4. 101 Cuentos chinos sobre sexualidad y otras cositas (Escrito por Susan Pick y Jessica Ramón. Publicado por Ed. Ideame. 2ª. Reimpresión. Junio 1997). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plátame de eso (Realizado por IMIFAP). 2. Tres historias de la misma historia (Realizado por IMIFAP).

2.3 FUNCIÓN DE LA SEXUALIDAD

La función sexual se ejerce fundamentalmente mediante los órganos sexuales y reproductores, pero no exclusivamente.

Los órganos sexuales son mediadores fundamentales de la función sexual, pero no es lo único a través del cual los seres humanos pueden ejercer su sexualidad. El ser humano tiene un cuerpo inmensamente rico con un potencial maravilloso para sentir, gozar y experimentar emociones, vivencias y sentimientos eróticos, los órganos sexuales hacen parte de esta riqueza y de este conjunto.

La vida erótica no se tendría que reducir al ejercicio de los órganos sexuales, aunque tradicionalmente hombres y mujeres hemos aprendido a limitar la vida sexual a relaciones coitales penetrativas y genitalizadas, relegando el potencial erótico y sensual que poseemos como seres humanos. Parte de esta vida erótica tiene grandes repercusiones en la etapa adulta en lo relacionado a la disfunción sexual, la cual se abordará más adelante.

Esta concepción propone que existen otras dimensiones importantes que se relacionan con el ejercicio de la sexualidad y que pueden potencializar o limitar esta función dependiendo de cómo sean educadas(os). Por ende formar estas dimensiones debe analizarse más detenidamente.

La afectividad, la comunicación, lo corporal, los valores, son dimensiones que interactúan entre sí y que pueden potencializar o limitar el ejercicio de la función sexual, todo esto enmarcado en un determinado contexto sociocultural y geográfico.

En la medida que se eduque para comprender el propio cuerpo, para enriquecer la capacidad de sentir táctil y corporalmente, modificar las concepciones de género así como los roles sexuales, para desarrollar una adecuada autoestima, en esta forma se estará contribuyendo con la formación de una mejor sexualidad.

Indudablemente que el desarrollo psicosexual será muy diferente en una persona que desconoce el propio cuerpo y sus funciones, que tienen una pobre comunicación corporal, poco contacto con sus emociones y sentires, que tiene actitudes y prácticas sexistas.

Nuestra sexualidad cumple funciones, con sentido en la existencia de cada persona. No somos seres sexuales porque sí. Nacemos sexuados y somos sexuales con todo nuestro ser. Los humanos tenemos variadas formas para expresar y vivir la sexualidad. Hacemos muchas cosas que catalogamos como sexuales y que hacen parte de nuestra forma de existir. Por ejemplo: besar, tocar, bailar, fantasear, abrazar, masturbarse, seducirnos, mirar, ver imágenes eróticas, tener coito, establecer pareja, entre otras (Idem, 1998:17).

2.3.1 Función erótica

Somos sexuales para disfrutar el placer, el goce sexual y erótico. El ser humano trasciende la función biológica-reproductiva, buscamos conscientemente sentir placer, compartir e intercambiar erotismo con otros o consigo mismo(a). Los seres humanos tenemos capacidad de experimentar un placer que es único y particular: el placer sexual. Sabemos cuando estamos excitados, cuando tenemos deseos eróticos; además reconocemos la diferencia que existe entre emociones y sensaciones.

La satisfacción de los deseos sexuales es importante en la realización sexual de las personas, de hecho se experimenta frustración cuando no es posible disfrutar de la sexualidad. Esto se verá claramente en la disfunción sexual al advertir eyaculación precoz e incompetencia eréctil aspectos que se retomarán mas adelante.

La educación de la sexualidad tradicional se ha basado en la represión de las emociones y el placer sexual, por lo tanto ha contribuido a empobrecer y limitar el desarrollo del gran potencial erótico que tenemos como seres sexuales. Una buena parte de los adultos desconoce las propias posibilidades eróticas debido a que han sido educados para no sentir, para negarse al placer y temerle. No es posible vivir intensa y satisfactoriamente la vida sexual, si se

ha sido educado en contra del placer, dimensión que le es propia a la sexualidad (Idem, 1998:17).

2.3.2 Función reproductiva

La función biológica reproductiva es perpetuar la especie humana, pero procrear también tiene la función social, psicológica y trascendental. La opción de procrear satisface la necesidad de crear juntos un nuevo ser, una nueva vida, de perpetuarnos en el sentido trascendental, para ser mejor como especie y como seres.

Desdichadamente la educación de la sexualidad tradicional se ha centrado en la entrega de información relacionada con la fisiología, la anatomía de la fecundación, el embarazo, el parto; descuidando la formación de actitudes, valores básicos para el desarrollo, la estructuración de una maternidad, paternidad responsable realizante. Tener un coito para que un espermatozoide fecunde un óvulo es una cosa, criar positiva responsablemente es otra. Estructurar una familia, optar por la maternidad, paternidad requiere de unas condiciones personales, emocionales y sociales que muchas veces no están presentes.

Desde siglos atrás se le atribuyó a la sexualidad una función predominantemente reproductiva, como si ésta fuese la única función de la

sexualidad humana. El sexo para la pareja tuvo un sentido reproductivo, lúdico, recreativo, comunicativo y placentero. El ejercicio sexual tenía en las parejas una función secundaria, como relegada a un segundo plano, en muchas ocasiones se le negaba su legitimidad.

Culturalmente se espera que hombres y mujeres se unan en pareja y tengan hijos(as), la sociedad presiona de muchas maneras a las parejas recién unidas para que tengan familia, independientemente de si están o no preparados y deseosos de ello. Algunas parejas infértiles llegan a perder de vista su sexualidad en la dimensión erótica, de encuentro y comunicación en razón de que centralizan su vida sexual coital exclusivamente sobre la función reproductiva.

El desarrollo de las prácticas de regulación de la fecundidad han posibilitado disfrutar de lo hermoso y maravilloso de la ternura, el placer, el amor y la comunicación mientras que la pareja logra las condiciones emocionales y sociales para tener hijos(as) si ésta es su decisión.

Las parejas modernas cuentan con mayores alternativas para regular la posibilidad de embarazo, lo cual ha llevado a que la formación de una familia con hijos(as) pueda ser una opción responsable y madura. En este sentido aún es mucho lo que hay por hacer desde la educación de la sexualidad y (Idem, 1998:18).

2.3.3 Función comunicativa

Ser sexuales nos permite vincularnos y establecer contacto con otras personas. Nos sentimos atraídos y nos relacionamos, satisfacemos necesidades afectivas, de compañía, de valía, nos sentimos importantes para otros. El enamoramiento y la formación de relaciones eróticas y amorosas juegan un papel importante en la vida de los seres humanos.

No somos sexuales para reproducir la especie, la sexualidad también tiene una función lúdica, recreativa y comunicativa. Somos sexuales para comunicar y compartir placer y afecto en comunión con otro ser humano.

Los seres humanos tienen necesidad de establecer vínculos afectivos y amorosos. La pareja juega un papel importante en la satisfacción de estas necesidades. Cada cultura regula y establece normas y guiones sobre el emparejamiento (Idem, 1998:17-18).

En el siguiente recuadro, se mencionan algunas sugerencias para los docentes cuyos propósitos son: indagar, responder y orientar adecuadamente las inquietudes de los infantes y adolescentes, así como adquirir habilidades para poder contestarles de manera honesta, sincera y veraz; tomando en cuenta la función de la sexualidad (erótica, reproductiva y comunicativa).

1. Trate de explorar y conocer exactamente lo que pregunta el infante o el adolescente, para que su respuesta se ajuste a sus requerimientos.
2. Indague para qué hace las preguntas: Para pedir información, calmar temores, buscar seguridad, aclarar dudas y fantasías.
3. Responda con la verdad, en forma concreta, sencilla y de manera comprensible.
4. Responda tratando de entablar un diálogo, explore lo que el infante o adolescente conoce acerca de su pregunta y la información errónea que pueda tener al respecto. Despeje y aclare cualquier confusión o desinformación.
5. Estimule con su respuesta el desarrollo de aptitudes, valores y sentimientos positivos hacia la sexualidad. Aproveche la oportunidad de compartir, transmitir y expresar las propias emociones, actitudes, vivencias y experiencias positivas en relación con el tema tratado.

En síntesis los infantes y los adolescentes necesitan que los docentes satisfagan sus inquietudes: con la verdad, a través de un diálogo y en un clima de confianza.

De esta forma logrará que vivan la sexualidad como algo gratificante, hermoso, saludable y maravilloso; como se menciona en el capítulo tres.

2.4 CONSECUENCIAS DE UNA FALTA DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

La carencia de la educación de la sexualidad generalizada en México, propicia y a perpetuado grandes y serios problemas tanto a nivel de la salud personal como a nivel social, entonces resulta pertinente revisar algunas de las consecuencias de esta falta de educación.

En México, hay una importante población de adolescentes, en donde existe una gran cantidad de embarazos en mujeres jóvenes, lo que conlleva a serios inconvenientes para la salud personal y consecuencias sociales, como embarazos no deseados, madres muy jóvenes, matrimonios o parejas a edades muy tempranas y una elevada tasa de abortos.

El aborto motiva una mención especial, sobre todo en nuestro país y seguramente en muchos otros en condiciones similares, dado que siendo ilegal, se realiza en un número difícil de precisar la que conlleva a una muy alta morbi-mortalidad, sobre todo para las mujeres de pocos recursos y educación. Las condiciones de clandestinidad en que se producen en general los abortos, los convierten en intervenciones de alto riesgo para las mujeres que recurren a ello (Álvarez-Gayou, 1998).

La violación, si bien es un problema social se incluye aquí por las graves implicaciones sobre la salud mental que este fenómeno produce en sus víctimas. Es un hecho que si bien también existen violaciones en hombres, la mayor parte son mujeres.

Conviene situarnos ante este fenómeno y lo primero será clarificar que, contrariamente a lo que se cree, incluso en medios profesionales, la violación no es un acto en el que predomine motivos erótico o sexual; se trata de un acto pseudosexual en el que las dos motivaciones predominantes son el ejercicio del poder, y/o la expresión de ira (Groth, 1977).

La sexualidad erótica y sus órganos únicamente son el instrumento para ejercer poder o expresar ira, sólo que las personas que preferentemente son víctimas de este acto son las mujeres de cualquier edad (Metzger, 1976).

Este último hecho nos habla indiscutiblemente del papel de objeto que se le da a la mujer en nuestras sociedades y ello necesariamente tiene que ver con la educación de la sexualidad y con los roles distorsionados que se dan en la familia mexicana.

El hombre también sufre consecuencias de una educación deficiente de la sexualidad, por los roles estereotipados, tanto para la masculinidad como la femineidad.

El rol de ser hombre en nuestra sociedad provoca que la agresividad y competitividad coloque al hombre en situaciones de peligro, el no expresar sus sentimientos causa problemas psicosomáticos, son ellos quienes se someten a mayores riesgos en la vida cotidiana; los trabajos masculinos los expone a peligros físicos y a estrés psicológico; el rol masculino estimula a ciertos comportamientos que ponen en peligro su salud. (Álvarez-Gayou, 1997)

La ausencia de una educación de la sexualidad puede aumentar el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA, que son un problema de salud en nuestro país como a un nivel mundial. El tratamiento de las mismas ha demostrado que es imposible detenerlo, si no se fomenta un cambio de actitud y conocimientos acerca de la sexualidad.

La falta de conocimientos y la escasa información acerca de las distintas formas en que ésta se expresa, hacen repetir comportamientos que van en detrimento de la salud, como la homofobia y el poco respeto hacia otras formas de sexualidad que obstaculizan la realización de campañas de prevención adecuadas, además de provocar que no se atienda adecuadamente a los pacientes afectados, causándoles graves daños psicológicos que deterioran su sistema inmunológico y atentan contra sus derechos humanos.

En el hombre y la mujer la disfunción sexual como anorgasmia, lubricación deficiente o ausente, dolor durante el coito, tienen una elevada prevalencia; es una minoría los casos con una causa física o por enfermedad orgánica y predominan aquéllos en los que el origen se encuentra en una educación negadora y represiva de la sexualidad como la que prevalece en nuestro país y como se comprobará en este estudio.

Es importante que el docente reconozca que tiene limitaciones en este campo. Debe tener presente que existen instituciones y profesionales especialistas en educación de la sexualidad, quienes podrían aclarar muchas dudas tanto a docentes, alumnos(as) e inclusive padres y madres

CAPÍTULO III

SUSTENTO TEÓRICO

3.1 SEXUALIDAD EN LA INFANCIA

Generalmente los adultos interpretan, perciben la sexualidad infantil desde una perspectiva adulta, lo cual conduce a cometer errores en el manejo de las manifestaciones sexuales infantiles. Este interés infantil es generalizado, no busca establecer una pareja y no es coital. Básicamente tratan de conocer su cuerpo, sus sensaciones, sus funciones corporales, entre otras.

No hay duda de que los niños y las niñas tienen sus propios intereses sexuales y que son muy diferentes del interés sexual del adulto. Estos intereses están casi siempre motivados por la curiosidad, el deseo de conocer y explorar.

Generalmente las niñas y los niños expresan su interés sexual por medio de:

- Curiosidad.
- Exploración y observación de su propio cuerpo y el de otros niños.

- Observación de conductas en animales referidos a nuestro objeto de estudio.
- Juego: doctor, papá, mamá, la enfermera, el hospital, baño en común, entre otros. (Prieto-López, 1998:51-54).

Ante estas expresiones y manifestaciones sexuales, los adultos tienden a “asustarse”, es esta actitud ansiosa, la que hace que aborden inadecuadamente estas conductas, como se verá más adelante en las causas psicológicas y socio educativas que provocan alguna disfunción sexual.

Los padres y madres al castigar o reprender a los niños(as) por la exploración que hacen de sus órganos sexuales, les están enseñando que no es correcta esta clase de exploración, y que el niño(a) es malo, por entretenerse de esta manera. Este mensaje puede obstruir la capacidad de dar y recibir placer erótico cuando sea adulto e interferir en la capacidad de establecer una relación amorosa e íntima, como se planteará más adelante.

La manera de expresar el afecto de los padres frente a sus hijos(as), es el lenguaje que usan para describir la anatomía sexual, el modo en que asean los órganos sexuales de sus hijos(as), sus reacciones a la exploración sexual del bebé, la explicación de funciones del organismo, la menstruación, las micciones nocturnas, las expresiones faciales y el lenguaje corporal que les

acompañan; le dicen al niño(a) como se siente usted y por lo tanto, cómo espera usted, que ellos(as) se sientan acerca de su sexualidad.

Es importante brindar a los hijos una información exacta sobre la sexualidad conforme van creciendo, antes de que incorporen datos erróneos o inventados, que si no se conocen, investigar para proporcionar una mejor información.

Por ello, es adecuado que los niños(as) conciban a la salud como un valor social y cultural. Identificar y conocer cada una de las partes de su cuerpo, su funcionamiento, sus posibilidades y sus límites de acción. La familia y los docentes, enfatizan en el cuidado cotidiano que requiere el cuerpo para mantenerlo en adecuado estado de salud.

Para evitar que vean o sientan sus órganos sexuales como algo ajeno a su persona: así también, puedan identificar que son una parte importante más de su cuerpo.

La educación de la sexualidad en la infancia es quizás la mejor inversión para que una sociedad pueda resolver diversos problemas de salud.

El docente deberá respetar las necesidades, intereses, características y valores del niño(a) y su familia, dando información científica, objetiva y descriptiva (Idem, 1998:55-60).

3.2 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La pubertad y la adolescencia no sólo tienen necesidades particulares, que difieren de las otras etapas de la vida, sino que dependiendo de la edad pueden surgir inquietudes muy diferentes. Si bien la sexualidad no se inicia en la pubertad, en esta etapa de la vida adquiere un significado distinto. El púber experimenta cambios emocionales y sociales que se dan con mucha rapidez e intensidad. Además, el individuo se enfrenta a un impulso biológico nuevo, un cambio que debe aprender a regular.

Esta etapa requiere un ajuste sexual para que la persona alcance la maduración y logre una adaptación satisfactoria; una educación de la sexualidad adecuada, global y congruente.

Se suele confundir la pubertad con la adolescencia, existen diferencias importantes entre ambas. El periodo de la pubertad transcurre entre los nueve y los trece años de edad y es la etapa en la que el individuo alcanza la madurez sexual, es decir, sus órganos sexuales sufren varios cambios. Estos

cambios físicos se presentan de manera general e invariable y acompañados de alteraciones psicológicas, emocionales y temperamentales.

La pubertad se refiere específicamente a los cambios físicos y fisiológicos relacionados con la madurez sexual.

La adolescencia como periodo de transición a la edad adulta es un fenómeno sumamente complejo, matizado por factores biológicos y psicológicos que son propios de la edad del individuo; factores sociales y culturales que en el contexto comunitario el individuo habrá de encontrarse a sí mismo(a).

La adolescencia ha variado y varía según la época, las circunstancias y la cultura. Hace algunos años, este periodo del desarrollo era muy corto y las responsabilidades de la vida adulta se asumían antes.

La adolescencia es un periodo durante el cual el individuo busca la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional, así como, la independencia hacia los padres y madres. El final de la etapa tiene que ver con el grado de adaptación y madurez alcanzado.

Aun desde antes de que los órganos sexuales alcancen su madurez total, empiezan a manifestarse transiciones emocionales y de intereses.

En la adolescencia existe mucha curiosidad acerca de la concepción, del embarazo y de las relaciones coitales, esta última es una inquietud, cómo puede la gente saber cómo tener una relación coital y los efectos de esta en diferentes momentos de la vida.

Una vez pasada la pubertad, la atención suele centrarse más en el grupo de compañeros(as) y en las relaciones que se establecen con ellos(as) o a través del grupo, sin hacer a un lado, por supuesto, los aspectos del desarrollo físico y la imagen corporal que siguen en proceso.

La sexualidad y las actitudes hacia ella también son algo que se moldea en la socialización, la pubertad y la adolescencia son momentos decisivos para ello.

Las actitudes hacia la sexualidad son particularmente vulnerables a los mensajes que se envían en los medios masivos de comunicación y tienden a cumplir con estereotipos que, a juicio de los(as) adolescentes, les darán mayor estatus dentro del grupo de amigos(as) y en el entorno de la vida (Hiriart, 1998:88-95).

Los(as) adolescentes suelen atribuir mucho valor a la atracción sexual, que les funciona como un buen medio para ganar reconocimiento de los demás y sentirse así, más seguros(as). Según los mensajes que reciben, el

hombre alcanza el éxito y la aceptación por su capacidad de seducción, cuando mayor sea el número de mujeres que logre conquistar, mayor será su valor como hombre entre sus semejantes y también para algunas personas mayores que lo rodean.

Por el otro lado, la mujer cree que adquiere más valor si es sexualmente atractiva y si sus compañeras, a veces su propia madre, la admiran por su capacidad de seducción. Al mismo tiempo se espera que sepa detener la conquista en el momento oportuno y que no tenga conductas sexuales que puedan dañar su reputación, haciéndola quedar como chica "fácil".

Desde la infancia se aprende que la apariencia física es un medio eficaz para que las mujeres sean reconocidas, mientras que los hombres destacan más por las actividades que realizan por sus habilidades corporales. Esta idea se acentúa en la adolescencia, a veces perdura toda la vida. Como se verá en las consecuencias relacionadas a la pareja con respecto a la disfunción sexual.

La adopción de estas ideas está estrechamente relacionada con la socialización de la sexualidad y con los resultados que se obtienen al presentar ciertas conductas (Idem, 1998:95-102).

3.3 SEXUALIDAD EN EL ADULTO

Recae toda esta falta de información en el adulto, que no sólo es tener derecho a fumar, tomar, manejar o hacer el amor, ser adulto obliga a “ser maduro”, a cumplir con una serie de requisitos psicológicos y sociales como son: la autoestima, la identidad definida, el juicio de realidad, la autonomía económica, la pareja estable, el estatus social, un trabajo, un espacio propio y el logro de la confianza y la seguridad anhelada desde la infancia y la adolescencia.

Pero ser adulto también significa enfrentarse a diversos temores: a envejecer, a enfrentar la disminución de la potencia sexual, la menopausia, las enfermedades, el matrimonio, la separación, el divorcio, los compromisos sociales, la falta de pareja, la soledad, el crecimiento, la educación de los hijos(as), el miedo al fracaso, al éxito y a la muerte.

Para parejas recién formadas, padres, madres, ya sea a través de la formalización legal de su vínculo o no (cohabitación), constituyen otro grupo poblacional para el que la educación de la sexualidad es particularmente importante por lo que necesitan contar con esta información, de manera clara, objetiva, suficiente, oportuna y anticipada.

El primer ciclo de la edad adulta comprende desde los veinte a los cuarenta años, es un período en que los individuos toman importantes decisiones en su vida, (matrimonio, trabajo, modelo de vida) y pasan de las ambiciones no verificadas de la adolescencia a una madurez personal decantada por la realidad del mundo en que viven.

Para la mayoría de las personas es una época de creciente responsabilidad sobre las relaciones interpersonales y la vida de familia.

Los primeros años del estado adulto son una época de incertidumbre sexual para unos y de satisfacción plena para otros. A veces, la sexualidad se “tuerce” debido a sentimientos de culpa o de inmoralidad que el individuo, hombre o mujer, arrastra de antiguo.

El joven adulto continúa preocupándose también de su prestancia física, dotes sexuales y destreza personal en el amor. Es posible que aún no se hayan resuelto los conflictos en torno a su identidad sexual, e incluso para los que han logrado aceptar y asumir su condición de homosexuales o bisexuales, las presiones y prejuicios sociales pueden suponer obstáculos y dificultades.

Aunque la gente suele pensar que el hecho de ser joven y célibe supone automáticamente el goce pleno del sexo, la realidad es otra, como se podrá

comprobar el elevado índice de la disfunción sexual en los casos de jóvenes adultos (Masters, 1995:276).

En contraste con la vida de soltero, el matrimonio se rige por otros modos de expresión sexual. Para bien o para mal, lo cierto es que la mayoría de los jóvenes adultos terminan contrayendo matrimonio, lo que en sí mismo puede dar origen a dificultades de orden sexual. Al principio es la novedad de la felicidad, después la relación sexual tiende a ser menos incitante y a veces, menos gratificante para uno o para ambos miembros. Como reflejo de este hecho, en los primeros años de matrimonio se aprecia un declive gradual en la frecuencia de la actividad sexual.

Para la gran mayoría de jóvenes adultos que han contraído matrimonio el sexo ya no es la secreta y delirante actividad de la adolescencia, ni comporta las exhibiciones estilísticas de la soltería en el mundo moderno. Aunque no se pierda ni se sacrifique el goce sexual, éste debe soportar el contrapeso de otras necesidades y responsabilidades, lo cual constituye un hito experimental de primer orden en esta fase de ciclo vital. Los que no consiguen culminar con éxito este proceso de integración, es probable que se sienten menos satisfechos en el plano sexual, lo que puede inducirles a buscar aventuras con otras mujeres (hombres), consultar un psicólogo(a) o recurrir al divorcio.

Hay parejas que dan cima al sueño de hallar la dicha conyugal, lo que consiguen mediante una convivencia armoniosa, educando a sus hijos(as),

guardándose fidelidad mutua y profesándose un cariño sin fisuras. Otros matrimonios se atienen a una versión corregida de esta pauta: desaparece el amor, pero subsisten los elementos restantes. En fin, los hay que experimentan con nuevas variantes el modelo ideal, bien sea renunciando a tener hijos(as), no observando la fidelidad mutua o relegando la dicha matrimonial a un segundo plano.

Para la persona que acaba de obtener el divorcio es posible que se complazca en una libertad sexual que al principio tiene el valor de la novedad, lo más seguro es que el júbilo inicial se vea empañado por dificultades de diverso orden. Puede ocurrir que el retorno al ceremonial de las citas y el cortejo resulte molesto o embarazoso, sobre todo para los que llevan diez años o más apartados de estos trámites. Otro factor que produce malestar es la timidez excesiva con otra persona que resulta casi un extraño. A las dudas sobre el adecuado desempeño sexual y el atractivo personal se suman a veces los escrúpulos o un sentimiento de culpa por relacionarse sexualmente sin que exista una verdadera entrega, o por cuestiones de moralidad.

Si bien se reconocen dificultades que suelen presentarse en los segundos enlaces son por lo general bastante complejas: relación con los hijos(as) de anteriores matrimonios, a veces gravamen económico del pago de una pensión de divorcio, en esta segunda unión tienden a rebrotar los mismos problemas que asediaron al primer enlace: egoísmo.

Una encuesta científica llevada a cabo sobre una muestra de parejas casadas por segunda vez, indica que también suelen reaparecer los mismos problemas sexuales (Kolodny, 1983:357-360).

Se tratan problemáticas que muchas veces no se manifiestan antes del nuevo matrimonio, ya que los trastornos sexuales, como el mismo deseo sexual inhibido, quedan compensado de algún modo por la ilusión temporal de un nuevo romance y por las especiales atenciones que los miembros de la pareja se tienen mutuamente. Por otra parte, hay personas que deciden casarse aun sabiendas de que existe una disfunción sexual. Quizá confían en que la dificultad desaparecerá con el paso del tiempo, cosa que normalmente no ocurre y adoptan una actitud de despreocupación que resta importancia, con toda intención al papel del sexo, antes incluso de que se consume el enlace.

Hacia los cuarenta años, el individuo entra en un periodo de transición de la juventud al estadio de la madurez, es decir, a lo que desde tiempo antiguo viene llamándose la madurez.

Corresponde a una etapa de la vida en que las quimeras y la energía de la juventud empiezan a dar paso a duras realidades, aquí el sujeto se encara por vez primera con el dilema de la muerte y la sensación de que el tiempo “vuelva”. Los hay que se sienten alarmados al ver que empiezan a aparecer

las arrugas, la juventud se ha ido para no volver (a pesar de la dieta alimenticia, el ejercicio físico, el teñido del cabello y las operaciones estéticas).

Desde la perspectiva sexual, el varón parece ser especialmente vulnerable a esa crisis de los cuarenta. Dado que se ha popularizado la idea de que poco más o menos a esa edad el varón adulto está ya en su ocaso sexual, muchos hombres tratan de verificar la calidad o el nivel de su desempeño sexual.

Algunos hombres vuelven los ojos hacia compañeras sexuales más jóvenes con objeto de avivar su pasión y otros logran, al menos en cierta medida, imputar la culpa de sus dificultades a la esposa.

La crisis de la madurez en la mujer no provoca tantas preocupaciones en cuanto a su capacidad sexual. Para las que se han dedicado a ejercer su función de madre, es ésta una fase en que emerge su identidad, una liberación del yo interno conforme los hijos(as) alcanzan un estadio de mayor independencia.

A medida que los hijos(as) abandonan el hogar sobreviene a veces el síndrome del hogar vacío, con su secuela de abatimiento y apatía, puesto que la mujer tiene que encararse con una larga jornada no muy estructurada, con escasos recursos para realizar tareas interesantes que la compensen. Dado

que tan vulnerables sentimientos pueden ir seguidos de la menopausia o ser concomitantes con ella, resulta una etapa difícil para las mujeres que se hallan en este caso. Por supuesto, el hecho de que los hijos(as) se vayan de casa tiene también sus ventajas, como dar a la pareja la oportunidad de concentrarse en su relación convivencial y de pasada, puede crear el clima propicio para una sexualidad más libre y menos tensa.

La desgana de la sexualidad es el resultado del tedio y de la saturación que produce el apego a una misma rutina sexual. Atrapado en las angustias de la desgana sexual los adultos experimentan una sensación de inutilidad, desesperanza, como si nada pudiera reavivar ya la pasión o el placer erótico. Este desgano se da no solamente en las parejas casadas, sino también en personas solteras que en otros tiempos eran sexualmente muy activas (Idem, 1983:371-376).

3.4 COMPORTAMIENTOS DE LOS JÓVENES ADULTOS SEXUALMENTE SALUDABLES

Para estar más consciente de este factor es importante que se reflexione, el objetivo de la educación de la sexualidad integral, es la de facilitar la salud sexual. Los jóvenes adultos con base a la información recibida en toda su vida mostrarán las siguientes conductas (SIECUS, 1995:4-5).

DESARROLLO HUMANO

- Apreciará su propio cuerpo.
- Buscará mayor información sobre la reproducción en la medida que lo necesite.
- Afirmará que el desarrollo humano incluye el desarrollo sexual, el que puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual.
- Interactuará con ambos géneros de manera respetuosa y apropiada.
- Afirmará su preferencia genérica y respetará la preferencia genérica de los otros(as).

RELACIONES HUMANAS

- Reconocerá a la familia como una fuente poderosa de apoyo.
- Expresará amor e intimidad de manera apropiada.
- Desarrollará y mantendrá relaciones significativas.
- Evitará las relaciones de explotación y manipulación.
- Hará decisiones informadas sobre opciones de familia y estilos de vida.
- Exhibirá habilidades que realcen las relaciones personales.
- Comprenderá cómo la herencia cultural afecta las ideas sobre la familia, las relaciones interpersonales y la ética.

HABILIDADES PERSONALES

- Identificará y vivirá de acuerdo a sus valores.
- Se hará responsable de su propio comportamiento.
- Practicará la toma de decisiones efectivas.
- Se comunicará efectivamente con la familia, sus pares y parejas.

COMPORTAMIENTO SEXUAL

- Disfrutará y expresará su sexualidad a lo largo de su vida.
- Expresará su sexualidad de manera congruente con sus valores.
- Disfrutará de los sentimientos sexuales sin necesariamente llevarlos a cabo.
- Discriminará entre los comportamientos sexuales que realcen su vida y aquellos que son dañinos para sí mismo y/o para otros.
- Expresará su sexualidad mientras respeta los derechos de los demás.
- Buscará información para realzar su propia sexualidad.
- Entablará relaciones sexuales que se caractericen por su honestidad, equidad y responsabilidad.

SALUD SEXUAL

- Usará anticonceptivos de manera efectiva para evitar embarazos no deseados.
- Prevendrá el abuso sexual.
- Actuará de manera consistente con sus propios valores cuando tenga que lidiar con un embarazo no deseado.
- Buscará cuidado prenatal al principio del embarazo.
- Evitará contraer y transmitir enfermedades de transmisión sexual.
- Practicará comportamientos de promoción de la salud tal como exámenes médicos regulares, auto-exámenes de los senos y testículos, e identificación temprana de posibles problemas.

SOCIEDAD Y CULTURA

- Demostrará respeto por las personas con diferentes valores sexuales y estilos de vida.
- Reconocerá que el habitual estrés intergeneracional y los conflictos de valor entre los miembros de la familia son acrecentados por los diferentes grados de aculturación.
- Ejercitará su responsabilidad democrática para influir en la legislación sobre temas sexuales.
- Evaluará el impacto de la familia, cultura, religión, medios de comunicación y mensajes sociales, sobre sus propios pensamientos, sentimientos, valores y conductas relacionadas con la sexualidad.
- Promoverá el derecho de todas las personas a recibir información sobre la sexualidad.
- Evitará conductas que exhiban prejuicio e intolerancia.
- Rechazará estereotipos sobre la expresión sexual de diversos grupos culturales.
- Educará a otros sobre sexualidad.

CAPÍTULO IV

ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Es evidente que la etiología de la disfunción sexual tendrá que considerarse multifactorial, partiendo de que este tema es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo. Así que se empezará a definir qué es la disfunción sexual.

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Al revisar algunas definiciones acerca de la disfunción sexual se podrá encontrar que algunas enciclopedias de lectura cotidiana mencionan que es una alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica. Sin embargo cuando se refiriere a una disfunción sexual no se puede atener sin más, de una definición como ésta, pues puede existir una disfunción sexual sin que exista una alteración en los órganos involucrados y su funcionamiento.

Por otra parte algunos investigadores de la respuesta sexual humana hacen mención como: los mecanismos fisiológicos de la actividad sexual

normal pueden verse deteriorados por diversos factores, tanto de origen orgánico como psicológico (Kolodny,1983:87).

Otra se refiere a la disfunción sexual como: situaciones que menoscaban las respuestas físicas ordinarias (Masters y Johnson, 1978:617).

4.2 CAUSAS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

A pesar de que las definiciones antes citadas tienden a referir alguna alteración en su contenido por ser de algún modo definiciones un poco valorativas así como en uso de las palabras como “normal” o como lo “ordinario”, donde se puede destacar como sinónimo de fluctuación que puede quedarse de cierta manera fuera de una definición adecuada; se hace la siguiente definición: “la disfunción sexual se refiere a las alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas o molestias al individuo y/o a la pareja, quien opina que para un diagnóstico acertado, son muy importantes la comprensión de la fisiología de la disfunción, los factores etiológicos en los niveles orgánico, psicológico y social, por lo que propone clasificarla tomando como base la curva de la respuesta sexual humana en sus seis fases: estímulo sexual efectivo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y periodo refractario (Álvarez-Gayou,1986:64).

Así, tenemos que los cuatro tipos principales de causas le constituyen los aspectos socio–educativos, psicológicos, problemas en la relación de pareja y biológicos.

4.2.1 Socio-educativos

Los aspectos socio-educativos, son factores que provocan disfunción sexual, éstos se clasifican en aspectos educativos y económicos.

La educación que se recibe, primero en el hogar, después en la escuela, en la calle y en todas las circunstancias sociales, conforma la personalidad y todas las creencias, actitudes y conocimientos tendrán profunda influencia en el comportamiento, como se menciona en el capítulo dos.

En nuestro medio, desde pequeños se nos enseña que los órganos sexuales son “sucios”, que no se deben de tocar, se deben ocultar, evitar nombrarlos.

Las situaciones antes mencionadas dan por resultado hombres y mujeres ignorantes en materia de sexualidad, que piensan que el disfrute sexual de la mujer es indebido; no existe o no debe existir mujeres, que no han visto o tocado sus genitales; en resumen, individuos que valoran la sexualidad como

algo negativo y no lo toman en cuenta con naturalidad, como fuente de placer, desarrollo personal y medio de reproducción.

Esta educación restrictiva y negadora de la sexualidad aparece con frecuencia en historias clínicas de consultantes con disfunción. En algunos se presenta como el principal factor etiológico, en tanto que en otros viene a ser coadyuvante importante al establecimiento de la disfunción.

Al igual que con los temas ya mencionados, existen múltiples mitos y falsas opiniones respecto; a la menstruación, masturbación, eyaculación y otros aspectos de sexualidad en general que con frecuencia originan disfunción importante.

Aunque parezca extraño el aspecto económico influye en el comportamiento sexual de las personas, por ejemplo, en México, donde las familias son de más de cinco miembros, los cuales deben de vivir en una sola habitación, no es fácil tener intimidad y privacidad.

Si a esto se le agrega la educación represiva hacia la mujer, en la que ella sólo es útil para proporcionar placer y servicio al hombre; al estar embarazada, se tiene como resultado un gran número de mujeres anorgásmicas. Aunque la situación planteada se refiere a la población de menores ingresos, entre la clase media también se da esta falta de privacidad, ya

sea porque las delgadas paredes de su vivienda permiten que los vecinos escuchen todo lo que la pareja diga o haga y lo mismo sucede cuando los hijos(as) se encuentran en habitaciones contiguas lo que ocasiona que la respuesta sexual se inhiba.

Experiencias sexuales negativas o traumáticas, por ejemplo en personas que son atacadas sexualmente en su infancia en ocasiones por miembros de su propia familia o como en el caso de los adolescentes que son sorprendidos en algún momento de su desarrollo, practicando la masturbación en donde se les castiga enérgicamente o se les hacen amenazas sobre el daño que este acto puede ocasionarles, ya que mencionan sus familiares que es peligrosa para su salud o que es indebida desde un punto de vista religioso.

Una situación que es importante por su frecuencia es nuestro medio es la de una primera experiencia sexual mala, frustrante o incluso dolorosa, como factor etiológico de la disfunción (Idem, 1986:107-116).

4.2.2 Aspectos biológicos

Cualquier modificación anatómica y fisiológica en el organismo puede provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de una actividad sexual satisfactoria. Cuando se producen directamente en los órganos sexuales o en su fisiología, los efectos serán claros; sin embargo son

de gran importancia los que no estando en relación directa con los órganos sexuales, afectando tanto el desempeño sexual, como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma.

Los aspectos biológicos que contribuyen a la disfunción sexual quedan clasificados en tres grupos naturales, patológicos y yatrogénicos:

4.2.2.1 Naturales

En éstos se encuentran las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se dan como resultado de la evolución biológica de los individuos. Éstos, aun siendo naturales, pueden producir insatisfacción y alteración en la respuesta sexual, por lo que se convierte en una disfunción; como ejemplo se tiene los cambios en la respuesta sexual a consecuencia de la edad avanzada, ya que en el caso de la mujer puede haber hipolubricación a partir de la menopausia y el hombre al envejecer puede tener erecciones menos firmes.

Otro ejemplo podría ser el de los cambios en la sexualidad durante el embarazo, ya que aunque existen pocos estudios al respecto, algunos de ellos indican que durante el primer trimestre se pueden dar todos los tipos de respuesta, desde la permanencia o el deseo a los niveles previos al embarazo que al tener serias molestias como náuseas y vómito, se pierde el interés en la actividad sexual.

4.2.2.2 Patológicas

Dentro de estas se encuentran diversas enfermedades, que pueden provocar alteraciones en la respuesta sexual de las personas o en la capacidad subjetiva del placer. Aquí se tiene a padecimientos locales de los órganos sexuales pélvicos externos o internos, que son: de origen genético, congénito, degenerativos, traumático o infeccioso; así como, de enfermedades urológicas y ginecológicas.

Hay otro tipo de enfermedades como la *Diabetes mellitus* que puede causar fallas en la erección del hombre o bloquear la respuesta orgásmica femenina. Cualquier enfermedad que debilite, incapacite, provoque dolor o molestias a una persona puede causar apatía o falta de interés.

4.2.2.3 Yatrogénicas

La disfunción originada por errores cometidos por los médicos, ya sea por prescripción y utilización de distintas drogas o fármacos o en las cirugías (lesión del nervio pudendo o de alguna arteria o vena al realizar el acto quirúrgico), están dentro de este grupo.

En cuanto a los fármacos y drogas, se ha informado que algunos tranquilizantes potentes de tipo de las *fenotiacinas* y *butirofenonas*, los

barbitúricos, los antihipertensivos, los estrógenos usados en hombres, los diuréticos, los anticolinérgicos, el alcohol, entre otros, provocan diversos problemas secundarios sobre la sexualidad, los cuales pueden provocar un descenso en el deseo sexual.

Diversos procedimientos quirúrgicos pueden modificar la respuesta sexual humana; se ha informado apatía sexual como secuela postoperatoria en personas de ambos géneros.

En la mujer suele ocurrir apatía sexual después de mastectomía (amputación de una mama) e hysterectomía (escisión quirúrgica total o parcial del útero). Quizá esto se deba a factores psicológicos como respuesta a la mutilación, daño a la imagen corporal y autoestima.

En el hombre se ha informado con frecuencia la pérdida del deseo sexual como secuela de prostatectomía (intervención quirúrgica para corregir un cáncer de próstata).

La incompetencia eréctil y la hipolubricación suelen presentarse como secuelas postoperatorias. Como son la prostatectomía por vía perineal, simpatectomía lumbar (extracción de una parte del sistema nervioso autónomo y simpático de la región lumbar), cistectomía (extracción de una parte de la vejiga urinaria), ileostomía (extirpación del colón).

La incompetencia eyaculatoria parcial o total y quizá la preorgásmica, pueden ser secuelas de cirugía como: simpatectomía lumbar, cirugía de fusión espinal y cirugía correctiva de aneurisma de la aorta abdominal.

La dispareunia (dolor durante el coito) es secuela frecuente en el posparto por la sutura de la episiotomía (incisión lateral o medial de la vulva durante el parto). Esto se repite por la cirugía por vía vaginal, pues toda situación que provoque dispareunia puede desencadenar vaginismo (espasmo doloroso de la vagina) por acción refleja de contracción muscular ante el estímulo doloroso. (Álvarez-Gayou, 1986:81).

4.2.3 Psicológicas

Después de descartar la etiología biológica de una disfunción sexual se procederá a analizar si su origen es psicológico o psíquico, el que tiene que ver con la falta de educación de la sexualidad.

En el campo de las ciencias de la conducta es frecuente la polémica por las diversas teorías y enfoques, con las que se busca explicar sistemáticamente el comportamiento de los humanos.

Es importante tomar en cuenta en primer lugar los rasgos de carácter y su influencia en el desempeño sexual y cómo intervienen estos en la disfunción.

Conviene también analizar si la tensión es un elemento de la disfunción. Por ejemplo, hay distintos miedos que inhiben la respuesta sexual como son: el miedo en el embarazo, al dolor, a la intimidad, el miedo anticipado para realizar el coito, la ansiedad, la culpa, depresión y la baja autoestima acompañan también a la disfunción sexual; sin embargo no es fácil establecer si se presentó primero el sentimiento o la disfunción. Es decir, una persona que padezca una disfunción sexual puede sentirse deprimida o disminuir el buen concepto que tenga de sí misma.

La ansiedad es una experiencia subjetiva que distintos individuos, refieren en formas diferentes y se presenta cuando el individuo está sometido a situaciones frustrantes, amenazantes o que implican conflicto o peligro; esta última no sólo es física sino al nivel de otras condiciones como prestigio, afecto y otras. La ansiedad produce frustración cuando se desea algo sin poder conseguirlo. Tal es el caso del hombre incompetente eréctil que intenta una relación sexual, o el de la mujer excitada que no logra tener un orgasmo.

La sexualidad puede ser amenazante y producir ansiedad cuando se prevé que su ejercicio representa un daño. El conflicto como fuente de

ansiedad en el terreno sexual surge cuando la persona desea lograr dos o más metas, pero las acciones que permiten lograr, una incapacitan o evitan lograr la otra. Tal es el caso del individuo que está atraído y excitado en una relación extrapareja o extramarital, pero que a la vez desea seguir siendo fiel a la suya.

Una disfunción sexual de alguna fase en la respuesta sexual humana puede producirse por condiciones de ansiedad ante cualquier circunstancia. Así un hombre o una mujer, ambos ansiosos por conflictos, frustraciones o amenazas laborales, familiares o económicas, pueden tener disfunción sexual.

La culpa es quizá uno de los elementos más comunes de la ansiedad en materia sexual. Esto se debe a connotaciones pecaminosas indebidamente y sucias que se dan culturalmente y que provoca a que algunas personas consideren que obtener placer o satisfacción en la relación sexual no reproductora contraviene sus principios, normas morales o se opone a normas sociales.

La transgresión de normas morales o sociales es una fuente de ansiedad que puede producir disfunción sexual. Éstas tienen especial significado en países donde la educación y las normas son muy rígidas en materia de sexualidad. (Idem,1986:90-104).

4.2.4 Relacionados con la pareja

Cuando dos individuos deciden constituir una pareja se han cumplido varios niveles de atracción y cada uno siente que recibe satisfacción a diversas necesidades. Llegan con sus propias necesidades, frustraciones, personalidad, conflictos y mecanismos de defensa que interactúan consciente o inconscientemente sobre la relación. A todo esto es necesario agregar los conflictos, tensiones y ajustes que deben surgir de una relación de convivencia.

Dentro de las causas de problemas con la pareja, existen los conflictos interpersonales que surgen en esta relación y son también causa de disfunción sexual en los hombres. El problema más común que se ha encontrado en esta causa es la falta de comunicación o una comunicación deficiente, tanto en el aspecto sexual como en algún otro aspecto de la relación.

Se podrían considerar algunos otros problemas que puede presentar la pareja y llegar a ocasionar disfunción sexual en el hombre, como son: la pugna por el poder, la desconfianza, la falta de atracción física, las diferencias en cuanto al tipo, las circunstancias o la frecuencia de la actividad sexual.

Otra situación problemática en la pareja que puede provocar disfunción sexual, es que una de las partes, habiendo recibido poco amor en su vida, se

fija en una actitud pasivo-receptiva y espera o demanda cuidado, apoyo y amor por encima de cualquier necesidad del compañero.

Otro factor que puede alterar la respuesta sexual en una pareja es el enojo o disgusto. Este puede provenir de diversas causas, entre otras, que se frustren diversas expectativas. En este caso puede presentarse una disfunción por la dificultad para responder a una persona hacia la cual se tiene disgusto o resentimiento. También puede suscitarse el disgusto o enojo ante la disfunción, primero, enojo de uno y la reacción de ansiedad por rechazo en el otro; con lo que se reafirma la disfunción.

El rechazo al compañero también es un conflicto que puede provocar disfunciones. Tal es el caso en que, él o la compañera no son lo suficientemente atractivos para ser un estímulo sexual efectivo, esto puede motivar desinterés en la pareja e incluso el deseo de romper la relación, situación que a su vez constituye una fuente de presión y ansiedad para el otro componente de la pareja (Idem, 1986:117-124).

CAPÍTULO V

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y SU DISFUNCIÓN

La respuesta sexual humana es una serie de reacciones que se producen en el cuerpo. Estas reacciones se han clasificado en diferentes fases y se deben a la acción hormonal, a la intervención de estructuras cerebrales y neurotransmisoras, además de aspectos psicológicos, personales y sociales.

Tal vez debido a esto, pese a que la sexualidad está presente en todas las áreas del ser humano, no es sino hasta el siglo pasado que su estudio empieza a considerarse como disciplina científica.

Son muchas las personas que directa o indirectamente han contribuido a formar una cultura sexual, lo cual ha hecho posible abrir las puertas a la investigación de la sexualidad, en el presente trabajo se utilizó el modelo de la respuesta sexual humana del Dr. Álvarez-Gayou.

Este incluye dos fases más en cuanto al modelo de Masters y Johnson. Uno al iniciar, que es el estímulo sexual efectivo (ESE) y otro al final llamado el periodo refractario, quedando el presente modelo como sigue:

1. Estímulo Sexual Efectivo.
2. Excitación.
3. Meseta.
4. Orgasmo.
5. Resolución.
6. Periodo refractario.

A cualquier situación que provoque una respuesta sexual se le denomina *Estímulo Sexual Efectivo*; este tipo de estímulo inicia en el organismo como una serie de respuestas y cambios al nivel de órganos sexuales y sistémico que, acompañados de percepciones subjetivas, permiten un análisis racional y fisiológico de la disfunción, diagnóstico y estrategias terapéuticas en su caso (Álvarez-Gayou, 1986:55-57).

En cuanto a la última fase, se puede decir que en ambos géneros después de la fase de resolución se requiere un tiempo para que un estímulo sexual de por resultado la excitación. Esta fase es variable y se le denomina *periodo refractario*.

Con el anterior modelo y clasificación de la respuesta sexual humana se pretende proporcionar una guía esquemática para la evaluación y la comprensión integral de la clasificación de la disfunción (Figura 1).

5.1 CAMBIOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

El sistema nervioso es el sistema de percepción, pensamiento y control de nuestro organismo. Para realizar estas funciones recoge información de todo el cuerpo a partir de innumerables terminaciones nerviosas sensitivas especiales en la piel, en los tejidos profundos que van desde los ojos, los oídos, el aparato del equilibrio y otros sensores, los cuales transmiten esta información a través de nervios hacia la médula espinal y encéfalo.

Éstos pueden reaccionar inmediatamente ante esta información y enviar señales hacia los músculos u órganos internos del cuerpo para provocar alguna respuesta denominada respuesta motora o bajo otras condiciones, también podría no producirse en lo absoluto una reacción inmediata y en lugar de eso, la información es almacenada en uno de los bancos de memoria cerebrales. Allí, esta información se compara con otros recuerdos ya almacenados, se combina con otra información, y a partir de las diversas combinaciones se obtienen ideas nuevas (Figura 2).

Con esto podemos concluir que el sistema nervioso está al servicio de tres funciones principales:

1. Función sensitiva.
2. Función integradora (memoria y proceso del pensamiento).
3. Función motora.

La neurona es la unidad básica del sistema nervioso. Estas células altamente especializadas poseen un gran número de terminales que se adaptan a la función de suministrar conexiones anatómicas complejas, que explican las complicadas relaciones funcionales. Las neuronas engendran, reciben y transmiten a otras conexiones o sinapsis mediante microemisiones de sustancias denominadas neurotransmisoras.

Las células nerviosas establecen relaciones entre sí por contigüidad. La zona en que dos neuronas entran en contacto se llama sinapsis, quedando separadas por un espacio. La neurona generalmente recibe los impulsos por su polo aferente que comprende; el soma y las dendritas para descargarlo por su polo eferente constituido por el axón.

La médula espinal está al servicio de dos funciones: primero, sirve como conductor para vías nerviosas hacia el cerebro segundo, sirve como área integradora para la coordinación de actividades nerviosas subconscientes tales como: la reacción que refleja de una parte del cuerpo ante un estímulo.

El sistema nervioso periférico es una cadena de nervios que se ramifica en forma tan extensa que difícilmente existe un solo milímetro cúbico de tejido en cualquier parte del cuerpo carente de fibras nerviosas.

El sistema límbico comprende las estructuras del límite del cerebro y el diencéfalo que rodea principalmente al hipotálamo. El sistema límbico funciona especialmente para controlar nuestras actividades y nuestro comportamiento.

Se denomina sistema nervioso autónomo a la porción que controla las funciones viscerales. Este sistema es activado principalmente por centros localizados en la médula espinal, tronco encefálico e hipotálamo. Así mismo, porciones de la corteza cerebral, especialmente del sistema límbico pueden transmitir impulsos hacia los centros inferiores y ejercer influencia en esta forma sobre el control autonómico. A menudo el sistema nervioso autónomo opera también por medio de reflejos viscerales.

Las señales autonómicas son transmitidas hacia el cuerpo a través de dos subdivisiones principales denominadas Sistema Simpático y Sistema Parasimpático, cuyas características y funciones se especifican a continuación.

Los nervios simpáticos se originan en la médula espinal entre los segmentos T1 y L2 y se dirigen desde aquí primero hacia la cadena simpática y a partir de ahí hacia los tejidos y órganos que son estimulados por los nervios simpáticos.

Las fibras del sistema nervioso parasimpático abandonan el sistema nervioso central mediante varios de los nervios craneales, los nervios sacros segundo y tercero y ocasionalmente los nervios sacros primero y cuarto.

Las fibras parasimpáticas sacras se agrupan en la forma de los nervios erectores, también llamados nervios pelvianos que abandonan el plexo sacro de cada lado de la médula y distribuyen sus fibras periféricas por el colon descendente, recto, vejiga y porción inferior de los ureteres. Así mismo, este grupo sacro parasimpático proporciona fibras a los órganos sexuales pélvicos externos para provocar diversas reacciones sexuales.

Las terminaciones nerviosas simpáticas y parasimpáticas segregan una de las dos sustancias transmisoras sinápticas, acetilcolina y norepinefrina. La estimulación simpática provoca efectos excitatorios en algunos órganos pero efectos inhibitorios a otros. En forma similar, la estimulación parasimpática causa excitación en ciertos órganos pero inhibe en otros.

También son importantes los reflejos sexuales, que son iniciados tanto por estímulos psíquicos provenientes del cerebro como estímulos que proceden de los órganos sexuales.

Estos llegan de fuentes que convergen en la médula sacra y dan como resultado en el hombre la erección del pene y en la mujer la erección del

clítoris; como una función parasimpática y luego la eyaculación en el hombre y en la mujer la vasocongestión de los labios mayores, menores y la lubricación vaginal son una función simpática (Idem, 1986:57).

A continuación se presenta lo que sucede a nivel neurofisiológico en las fases de la respuesta sexual humana y así poder entender la disfunción que pueden presentarse en cada fase.

5.1.1 Estímulo sexual efectivo

Para que inicie la respuesta sexual humana, se necesita la presencia de un estímulo sexual efectivo, que puede ser una persona, algún contacto físico, una fantasía, o algo que provoque excitación sexual.

En sexología se le llama estímulo sexual efectivo a aquel que es capaz de iniciar una respuesta sexual en el ser humano. Los estímulos pueden provenir del propio organismo o del exterior, a los que se originan en el propio organismo se les llama interoceptivos y si estos provienen del exterior se les denomina exteroceptivos (Idem, 1986:57).

A su vez los estímulos, ya sean interoceptivos o exteroceptivos, pueden provenir de reflejos del organismo en cuyo caso se les denomina

reflexogénicos, por tener su origen en los centros cerebrales del área del pensamiento y en tal caso se les llama psicogénicos.

RESPUESTA DE LA FASE DEL ESTÍMULO SEXUAL EFECTIVO

	REFLEXOGÉNICOS	PSICOGÉNICOS
EXTEROCEPTIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estímulo a órganos sexuales pélvico. 2. Tocamientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Olfatorio. 2. Vista. 3. Gusto. 4. Oído.
INTEROCEPTIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estímulo a nervios pudendos. 2. Llenado de la vejiga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fantasías. 2. Recuerdos. 3. Sueños.

En los estímulos reflexogénicos participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S-2, S-3 y S-4. La vía aferente está compuesta por los nervios pudendos y las eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen de estos sectores y se denominan nervios erigentes o erectores.

Los estímulos reflexogénicos exteroceptivos son una fuente importante de impulsos de este tipo en el hombre, se ven reflejados en el glande

peneano, ya que es una fuente importante de impulsos por la gran cantidad de terminaciones nerviosas que este órgano mantiene, son altamente organizadas y transmite hacia el sistema nervioso central una modalidad de sensación denominada sensaciones sexuales.

Estas sensaciones sexuales pasan por el nervio pudendo, desde allí a través del plexo sacro hacia la porción sacra de la médula espinal y finalmente hacia arriba hasta las áreas de los impulsos sexuales del cerebro.

La estimulación sexual local en mujeres se produce más o menos de la misma manera que en los hombres. El clítoris es especialmente sensible en la iniciación de las sensaciones sexuales. Las señales sensitivas sexuales son mediadas hacia los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y el plexo sacro. Una vez que estas señales han penetrado en la médula espinal, son transmitidas desde allí hasta el cerebro.

En los estímulos reflexogénicos interoceptivos, las sensaciones sexuales pueden originarse en estructuras internas; en el hombre pueden deberse a áreas irritadas de la uretra, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el conducto deferente. Por cierto, una de las causas es probablemente el llenado excesivo de los órganos con secreciones.

La infección o inflamación de estos órganos sexuales, a veces provoca un deseo sexual prácticamente continuo; otro ejemplo de este tipo de reflejos puede ser la erección matutina que casi todos los hombres presentan al despertar y que se originan por el estímulo que provoca la vejiga urinaria llena sobre los nervios pudendos.

Igualmente, reflejos locales integrados en la médula espinal sacra y lumbar son al menos parcialmente responsables de las reacciones sexuales femeninas.

Por otra parte los estímulos psicogénicos exteroceptivos provienen del exterior y se perciben por los órganos de los sentidos. En este grupo los estímulos visuales, auditivos, olfatorios, gustativos y táctiles, no provocan respuestas reflejas específicas como las analizadas con anterioridad; es decir, opera en sentido inverso: primero es recibido el estímulo en el cerebro y este envía la señal a través de la médula espinal hasta el plexo sacro y el nervio pudendo.

Así mismo, dentro de los estímulos psicogénicos interoceptivos son los que se originan en los centros superiores del pensamiento, como son los recuerdos, sueños o el amplísimo campo de las fantasías.

El que se hable de los estímulos sexuales efectivos, como provocadores de erección denominados erigentes o erectores se debe a que la mayor parte de las investigaciones que se han llevado a cabo son sobre los mecanismos neurofisiológicos del hombre, pero hay razones para pensar que serían los mismos para la mujer, aunque la respuesta que provocan es sobre todo de lubricación vaginal (Idem, 1986:58-59).

Es importante destacar que los estímulos efectivos varían de una persona a otra, e incluso cambian en diferentes momentos y épocas de su vida. De ahí que sea un error y un mito hablar de las “zonas erógenas” como un hecho universal. Hay mujeres que se excitan y experimentan mucho placer por caricias en los pechos, mientras que para otras esto en ocasiones no sólo es desagradable, sino repulsivo. Lo mismo sucede en el hombre en diversas áreas de su cuerpo.

Por tanto, en primer lugar debemos tratar de conocer precisamente los sitios y las situaciones que sean estimulantes, placenteras y excitantes para nuestra pareja, a la vez que nos permita saber aquello que le disgusta y por ende, que no le permita excitarse y sentir placer.

Lo anterior podemos compararlo con lo que sucede cuando vemos un dibujo o una pintura, habrá ciertas personas a quienes les guste y a otras no, lo mismo sucede en cuanto a los estímulos sexuales.

En cuanto a los estímulos provenientes del interior, mencionamos los recuerdos y fantasías. Ambos hechos, esencialmente internos, consisten en los procesos mentales del individuo y desempeñan un papel muy importante en la excitación y estimulación sexual. Recordar situaciones o personas coadyuva para la excitación, pero la fuente más rica y que no tiene límites es la fantasía.

Con ella se puede realizar todos los actos y transportarnos a cualquier situación, por extraño o complicada que parezca. En este caso el gusto y la capacidad para utilizar este medio de estimulación varía mucho de un individuo a otro. De ahí la importancia de dar información libre de mitos y prejuicios.

Cuando se produce un decremento de la fase de estímulo sexual efectivo, es decir aumento del umbral de respuesta en cualquiera de los miembros de la pareja, se tendrá la disfunción denominada **apatía sexual**. Esta se caracteriza por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.

No es fácil el diagnóstico de la **apatía sexual**, ya que no existe una sola norma para todos los tipos de población y los diferentes grupos de edad que permita establecer un criterio para determinar si el deseo sexual es poco o es demasiado (Álvarez-Gayou, 1996:19).

Cuando la disfunción consiste en incremento de unos de los miembros de la pareja, se le denomina **disritmia sexual**, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.

5.1.2 Excitación

Cuando se establece el estímulo sexual efectivo la respuesta predominante en mujeres y hombres es la vasodilatación perineal por el parasimpático, que junto con la vasocongestión, constituye el fenómeno fisiológico fundamental de la fase de excitación.

La vasocongestión origina los dos fenómenos característicos de la excitación fisiológica, en el hombre la erección del pene sanguínea en los dos y en la mujer la lubricación vaginal.

Otros cambios genitales que ocurren en la mujer durante la fase de excitación son: aumento del volumen y separación de los labios mayores por congestión, aumento de volumen de los labios menores, el útero se verticaliza y provoca un desplazamiento anterior del cuello que a su vez origina una expansión bulbosa del fondo vaginal. El clítoris se agranda, más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo como se piensa con frecuencia y tampoco equivale a la erección masculina.

A nivel generalizado la mujer tiene, durante la excitación, erección de los pezones, aumento del volumen mamario y en la fase final puede notarse la red venosa superficial de las mamas.

En el hombre a la vez que ocurre la erección, se produce tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo al engrosar el tegumento interno. Los testículos se elevan al acortarse los cordones espermáticos por la contracción involuntaria de los músculos cremasterianos, también hay erección de los pezones.

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias y estímulos.

Un incremento en esta fase no producirá propiamente una disfunción, ya que no es frecuente la consulta por exceso de lubricación o erecciones demasiado firmes.

El decremento de esta fase producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir **hipolubricación** y erecciones incompletas o ausentes es decir **incompetencia eréctil**, que es la incapacidad parcial o total para realizar o mantener una erección bastante firme para que puedan realizar el coito (Idem, 1996:18-19).

5.1.3 Meseta

Si el estímulo sexual continúa siendo efectivo, se llega al punto máximo de la excitación, y pasa entonces a la fase de meseta. Ésta es una fase de transición hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo.

Hay ciertos cambios importantes, que de no conocerse pueden dar la impresión de que se ha perdido la excitación; tal es el caso de retraimiento del clítoris, es decir, parece que desaparece y deja de ser visible.

Es importante mencionar que las areolas (zonas oscuras que rodean a los pezones) se congestionan y al observarlas parecería que los pezones hubieran perdido su erección. La tensión muscular es todavía mayor en especial los músculos de la cara, lo que da lugar a una expresión facial tensa que indica un estado avanzado de excitación.

En la mujer el cambio principal de esta fase, es el aumento de la vasocongestión en el tercio externo de la vagina lo que disminuye la “luz vaginal” (Álvarez-Gayou, 1996:12).

En el hombre los cambios son mínimos durante esta fase, existe un pequeño incremento del diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y en algunos, salida por el meato de una gota de líquido que

proviene de las glándulas bulbouretrales. En esta emisión puede haber espermatozoides vivos; tanto en el hombre como en la mujer, en esta fase se caracteriza por: contracciones generalizadas, taquicardia que varia de 100 a 175 latidos por minuto, hipertensión arterial, aumento de la presión sistólica entre 20 y 80 mm Hg. y diastólica de 10 y 40 mm Hg, hiperventilación.

En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado (Álvarez-Gayou, 1986:60).

En la fase de meseta, el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase) más que por la intensidad de la misma. El incremento provoca en el hombre **incompetencia eyaculatoria** y en la mujer **preorgasmia** (Idem, 1986:61).

El decremento en la duración de la fase de meseta provoca disfunción en el hombre y no en la mujer. En el hombre, la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de ésta.

La **eyaculación precoz** rara vez tiene como factor etiológico una enfermedad y hasta la fecha no existe datos que indiquen que algún fármaco la provoque. La mayor parte de las veces se relaciona con un proceso de

aprendizaje en el que el hombre se ha entrenado a sí mismo para eyacular rápidamente.

5.1.4 Orgasmo

Al igual que en la fase de excitación y meseta, en el orgasmo los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. Ocurren de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 segundos que disminuyen de intensidad y frecuencia.

En el hombre las contracciones expulsan el semen. Esto hace que la eyaculación tenga características especiales. Al iniciarse, el semen (constituido principalmente por las secreciones de las vesículas seminales, el conducto deferente y la próstata) es impulsado hasta la porción peneana de la uretra y provoca la sensación eyaculatoria inminente; hay, sin embargo, retardo de unos segundos hasta su aparición en el meato urinario. Ese retardo origina la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

En el hombre el orgasmo está compuesto por dos fenómenos diferentes que generalmente se dan al mismo tiempo, a saber: la eyaculación y la sensación subjetiva del placer.

Hace todavía unos años se pensaba que en el hombre eyaculación y orgasmo eran sinónimos. En realidad pueden ser fenómenos separados, aunque casi siempre son simultáneos. Robbins y Jensen demostraron la existencia de individuos que ejercen control voluntario sobre la eyaculación y son capaces de tener de 3 a 10 orgasmos en un coito, antes de eyacular.

Por otro lado, datos clínicos muestran que puede haber eyaculación sin orgasmo incluso sin erección. Este dato plantea una semejanza entre las respuestas sexuales masculina y femenina, puesto que pone en duda la creencia de que sólo la mujer es capaz de ser multiorgásmica. Es claro que las diferencias entre las respuestas sexuales de hombres y mujeres son de origen socioculturales.

En la mujer las contracciones musculares características de esta fase son similares a las del hombre.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía y más. A un nivel simple es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión a través de un máximo de la misma, después de la cual queda una lasitud y tranquilidad (Idem, 1989:61).

En la fase de orgasmo un incremento producirá el fenómeno denominado **multiorgasmia** en ambos géneros y no es una disfunción. En cambio, el decremento constituye la **anorgasmia** (Idem, 1986:62).

Esto probablemente se debe a que muchos autores equiparan la eyaculación con el orgasmo, por lo tanto, la disfunción que se menciona es la **incompetencia eyaculatoria**. Sin embargo hay investigadores que han reportado un porcentaje de hombres que no tenían orgasmos.

En cambio la anorgasmia por falta o incapacidad de contracciones, se compara con la incompetencia eyaculatoria, siendo esta última una disfunción mixta de las fases de meseta y orgasmo.

Por otro lado, el retardo eyaculatorio sería una disfunción pura de la fase de meseta.

Se debe considerar a la **anorgasmia** como subjetiva, en la que hay contracciones con o sin eyaculación.

5.1.5 Resolución

Cuando los eventos orgásmicos han sucedido una o varias veces sobreviene la fase de resolución que consiste en la involución de los fenómenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno de las condiciones basales.

En la mujer la plataforma orgásmica desaparece debido a que las contracciones orgásmicas drenan la vasocongestión, el útero vuelve a la posición de antroversión, la vagina y el clítoris disminuyen de tamaño y los labios menores y mayores vuelven a su situación original.

En el hombre se pierde la erección en dos fases, una inicial rápida parcial y una final lenta, que llega a la flaccidez total hasta que los testículos descienden al escroto.

Tanto en el hombre como en la mujer, los cambios generalizados retornan a las condiciones basales y puede aparecer una fina capa de sudación en todo el cuerpo

El aumento en la fase de resolución no provoca disfunción por ser muy rápida. En cambio cuando es más lenta puede provocar **dispareunia** en

ambos sexos porque persiste la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perianales.

Esta situación casi siempre es consecutiva a una anorgasmia que impide que las contracciones liberen la congestión. Otra situación que puede presentarse es la hipersensibilidad del pene o el clítoris que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

5.1.6 Periodo refractario

En ambos géneros después de la resolución, se presenta una fase en la que el umbral de respuesta a un estímulo sexual es elevado y se denomina periodo refractario. Su duración es variable, más corta en jóvenes que en los individuos mayores. También se incrementa en el hombre después de la primera eyaculación en una sola sesión de relación sexual.

Hay cuatro diferencias entre las curvas de respuesta sexual masculina y femenina.

La masculina se considera más corta hasta el orgasmo, la mujer puede ser multiorgásmica, la resolución es más rápida en el hombre y la refractaria es característicamente masculina.

Sin embargo, el análisis cuidadoso de estas diferencias permite, en principio, negar que sean diferencias fisiológicas intrínsecas. La menor duración de la curva masculina hasta el orgasmo se debe al proceso educativo que condiciona al hombre a ser eyaculador rápido, educación que es responsable de un gran número de eyaculadores precoces.

Del mismo modo, la curva femenina es de mayor duración por la negación y represión de la sexualidad en la mujer, que las hace tener un proceso lento de excitación y una meseta más prolongada.

Como se ha visto, el hombre puede ser multiorgásmico en tanto no piense en la eyaculación como finalidad de la relación y aprenda a desarrollar su potencialidad (Idem, 1986:63).

5.2 QUÉ SE PUEDE HACER DESDE EL PUNTO DE VISTA EDUCATIVO

A continuación se proponen algunos temas que se deben impartir en los diferentes niveles escolares (primaria, secundaria y preparatoria), los cuales servirán como herramientas para ayudar a los niños(as) y adolescentes a desmitificar ideas erróneas, tabúes y prejuicios que pueden ser la causa en un futuro de alguna disfunción sexual.

PRIMARIA

- Anatomía, fisiología e Higiene sexual.
- Roles sexuales.
- Anticoncepción, fecundación y embarazo.
- Prevención del abuso sexual.
- Valores y sexualidad.
- Comunicación y asertividad.
- Autoestima.
- Familia.
- Pareja.

SECUNDARIA Y PREPARATORIA

- Conceptos básicos de la sexualidad.
- Anatomía y fisiología.
- Pubertad.
- Adolescencia.
- Roles sexuales y medios de comunicación.
- Relaciones padres e hijos.
- Autoestima.
- Manifestaciones sexuales durante la infancia y la adolescencia.
- Respuesta sexual humana.
- Sexualidad y aspectos legales de la sexualidad en la adolescencia.
- Salud sexual.
- Fecundación y anticoncepción.
- Valores y sexualidad.
- Disfunción sexual.
- Elementos que facilitan y entorpecen la comunicación con los padres y otros adultos.
- Expresiones comportamentales de la sexualidad.
- Fantasía sexual.
- Enfermedades sexualmente transmisibles.
- Relación de pareja.

Es importante conocer cómo se desarrolla la respuesta sexual humana, pues se pueden transmitir a la población los elementos educativos necesarios, previniendo así la disfunción sexual y facilitando mayor comprensión y comunicación entre las parejas y por tanto, un mayor disfrute sexual.

Es importante hablar de una relación sexual interpersonal y no genital; es básico hablar de los comportamientos de respeto mutuo, comunicación, sinceridad, afecto, responsabilidad para que sea una relación significativa y no meramente biológica y con consecuencias negativas.

Se debe hacer énfasis también en que el buen funcionamiento sexual tiene mucho que ver con las emociones, sentimientos, pensamientos, fantasías, temores, etc. Que el orgasmo no es la única gratificación que brinda una relación, sino que también son muy satisfactorios los factores afectivos y de comunicación entre la pareja.

Que ambos tienen derecho al placer sexual y emocional pero también son responsables de las consecuencias de su relación.

También se debe hablar de que la edad es un factor importante en la frecuencia de las relaciones sexuales y que a edades mayores no necesariamente se pierde la potencia sexual y que sí en cambio se tiene más experiencia y puede brindarse más calidad en la relación.

El docente ocupa un lugar de vital importancia en la educación de la sexualidad pues, junto con otras personas, puede guiar a los individuos desde la infancia, adolescencia y etapa adulta, a la reflexión. Con su actitud y habilidades este debe hacer del aprendizaje algo significativo y de aplicación factible en la vida real.

El aprendizaje significativo es aquel que la persona logra asimilar e integrar y no que se quede meramente en un plano intelectual. Lo aprehendido resulta útil en la práctica o en la vida emocional y personal.

Para empezar, se busca que la nueva información sea atractiva para la persona y que tenga para ella tanta “significatividad” lógica como psicológica; para lograr esto es importante que la persona la perciba como algo cercano a su realidad.

En el caso de la sexualidad, los obstáculos podrían estar relacionados con ciertos mitos, tabúes y con la vergüenza que suele causar el tratar estos temas en un grupo. Para que el proceso de aprendizaje tenga buenos resultados es necesario que se dé gradualmente, yendo de lo más simple a lo más complejo.

En la educación formal, el proceso de aprendizaje se puede guiar empleando una metodología participativa cuyo objetivo sea lograr que el

individuo exprese sus opiniones, las comparta con los demás y reflexione al respecto.

La sexualidad es un tema delicado, pues atañe a la intimidad, la identidad y los valores personales, de modo que tienen que ver directamente con la persona. Es importante que el docente, esté motivado e interesado por participar en procesos de esta educación, que asuma y acepte su propia sexualidad, que reconozca su valor y el papel que ésta tiene en la vida de las personas, que posea una madurez afectiva y emocional que lo lleve a tener una actitud positiva hacia su propia sexualidad, que se sienta cómodo(a) al tratar estos temas, que tenga una actitud de respeto hacia el grupo y hacia cada uno de los individuos que lo conforman, aceptándolos(as) sin juzgarlos(as). También es importante respetar las creencias religiosas y culturales, así como los valores personales de cada individuo.

Es conveniente que el docente reconozca sus límites personales en el conocimiento de la sexualidad, esto se relaciona con la honestidad del mismo(a); que sea capaz de decir “no sé”, que se preocupe por investigar.

Es necesario hacer una revisión sobre la propia actitud hacia la sexualidad y cómo la aceptamos en nuestra vida, pues esto se verá reflejado en los mensajes que enviamos y podría manifestarse en una actitud poco congruente y nada auténtica. Es indispensable que el docente sienta

verdadera disposición de orientar e informar, sobre una base de respeto y empatía.

Los hombres y mujeres con alguna disfunción sexual deberían ser alentados a buscar ayuda profesional en el campo de la sexualidad.

A continuación se da una propuesta para los docentes de contenidos básicos que abarcan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

ASPECTOS BIOLÓGICOS	ASPECTOS PSICOLÓGICOS	ASPECTOS SOCIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anatomía y fisiología. ◆ Respuesta sexual humana. ◆ Fecundación, embarazo y parto. ◆ Enfermedades de transmisión sexual. ◆ VIH-SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conceptos básicos de sexualidad. ◆ Pubertad y adolescencia. ◆ Sexualidad infantil ◆ Sexualidad en la pareja. ◆ Sexualidad en el añoso(a). ◆ Disfunción sexual. ◆ Expresiones comportamentales de la sexualidad. ◆ Preferencia genérica. ◆ Fantasía sexual. ◆ Erotismo. ◆ Masculinidad y femineidad 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comunicación familiar. ◆ Roles sexuales y medios de comunicación. ◆ Sexualidad y aspectos legales. ◆ Valores (respeto, responsabilidad, tolerancia, amor). ◆ Material explícito definido (pornografía). ◆ Prostitución. ◆ Violación. ◆ Abuso sexual infantil. ◆ Mitos y tabúes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Gil, J. A. y Mayén-Hernández, B. (1994:797-822). **Educación de la sexualidad en la adultez: Métodos y contenidos.** En. *Antología de la sexualidad.* CONAPO. Tomo III. México.
2. Aldana, A. (1997:6-12). Salud y educación sexual. **Básica.** Núm. 17.
3. Aller-Atucha, L. M. (1991). **Pedagogía de la sexualidad humana.** Ed. Galerna. 2ª. Ed. Buenos Aires.
4. Álvarez-Gayou, J. L. (1979). **Elementos de sexología.** Ed. Interamericana. México.
5. Álvarez-Gayou, J. L. (1986). **Sexoterapia Integral.** Ed. Manual Moderno. México.
6. Álvarez-Gayou, J. L. (1996). **Sexualidad en la pareja.** Ed. Manual Moderno. México.
7. Álvarez-Gayou, J. L. (1997:231-241). **Percepciones y opiniones sobre la masculinidad. Estudio cualitativo en 400 sujetos.** *Archivos Hispanoamericanos de Sexología.* Vol. III(2).
8. Álvarez-Gayou, J. L. (1998: 5-25). **La profesionalización de la Educación de la Sexualidad en México.** *Archivos Hispanoamericanos de Sexología.* Vol. IV (1).
9. Ayala-Mejía, M. G. (2000). **Actitudes que presentan los padres y madres de adolescentes acerca de que se les imparta educación de la sexualidad a sus hijos e hijas en la escuela.** Tesina. Universidad Pedagógica Nacional.
10. Barragán-Medero, F. (1994). **La educación sexual. Guía teórica y práctica.** Ed. Paidós. México.
11. Cobián, S. (1997). **Educación reproductiva.** *Básica.* Núm. 17:13-19.
12. Esparza-Cárdenas, R. **La educación sexual en México: los sustratos para su investigación y pedagogía.** Universidad Autónoma de Zacatecas. [Htt://copsa.cop.es/congresoiberboa/base/clínica/cr480.htm](http://copsa.cop.es/congresoiberboa/base/clínica/cr480.htm).

13. Ganong, W. (1970). **Manual de Fisiología Médica**. Ed. Manual Moderno. México.
14. Gotwald, W. & Holtz, G. (1983). **Sexualidad. La experiencia humana**. Ed. Manual Moderno. México.
15. Groth, A. N. et al (1977:1239-1244). **Rape: power, anger and sexuality**. *American Journal of Psychiatry*. V. 134.
16. Guyton, A. C. (1990). **Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso**. Ed. Médica Panamericana. México.
17. Hiriart, R. V. (1999). **Educación sexual en la escuela**. Ed. Paidós. México.
18. Kaplan, H. (1974). **La Nueva Terapia Sexual. 1, 2**. Ed. Alianza. Madrid. El libro de bolsillo.
19. Kaplan, H. (1979). **Trastornos del deseo sexual**. Ed. Grijalbo. México.
20. Kilmann, R. P. et. al. (1981: 177-205). **Sex education: A review of its effects**. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 10(2).
21. Kolodny, R. (1983). **Tratado de medicina sexual**. Ed. Salvat. México.
22. Leiblum and Rosen. (1988). **Sexual desire disorders**. The Guilford Press. New York.
23. Leiblum and Rosen. (1989). **Principles and practice of sexualidad therapy**. The Guilford Press. New York.
24. Masters, W. y Johnson, V. (1978). **La respuesta sexual humana**. Ed. Interamericana. México.
25. Masters, W. y Johnson, V. (1978). **Incompatibilidad sexual humana**. Ed. Interamericana. México.
26. Masters, W. et al. (1995). **La sexualidad Humana**. Vol. 3. Ed. Grijalbo. México.
27. Mc. Cary, J. L. et. al. (1996). **Sexualidad humana de Mc Cary**. Ed. Manual Moderno. México.
28. Metzger, D. (1976:405-408). **It is always the woman who is raped**. *American Journal of Psychiatry*. V.133.

29. Moglia, R. (1994:823-874). **La educación sexual del adulto joven: una perspectiva internacional.** En. *Antología de la sexualidad.* CONAPO. Tomo III. México.
30. Münch, L. y Angeles, E. (2003). **Métodos y técnicas de investigación.** Ed. Trillas. México.
31. Organización Mundial de la Salud OMS, (1976). **Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de profesionales de la Salud.** Ginebra.
32. Pick, S. et al. (1992). **Planeando tu vida.** Ed. Planeta. México.
33. PNUD. (1980). **Proyecto de apoyo al programa de educación sexual.** *Proyecto de las Naciones Unidas para actividades en materia de población.* México.
34. Prieto-López, M. I. (1998). **Sexualidad infantil.** Ed. Ducere. Benemérita Universidad de Puebla. México.
35. Prieto-López, M. I. (1999:17-41). **Sexualidad infantil.** *Archivos Hispanoamericanos de Sexología.* Vol. 1(1).
36. Reich, W. (1991). **La función del orgasmo.** Ed. Paidós. México.
37. Reinisch, J. M. (1990). **The Kinsey Institute New Report on Sex.** St. Martin Press. N.Y.
38. Rojas-Soriano, R. (1989). **Guía para realizar investigaciones sociales.** Ed. Plaza y Valdés. México.
39. Romero, L. (1998). **Elementos de sexualidad y educación sexual.** Centro de Asesoría y Consultoría. Barranquilla, Colombia.
40. SIECUS. (1995). **Guía para una educación sexual integral para la juventud hispana-latina: Kinder garden, grado 12.** U.S.A.
41. Urbina-Fuentes, M. y Pérez-Fernández, C. (1994:875-892). **Educación de la sexualidad y educación en población.** En. *Antología de la sexualidad.* CONAPO. Tomo III. México.

ANEXO

CLASIFICACIÓN FISIOLÓGICA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

(Álvarez-Gayou, 1986:65)

FIGURA 1

MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL

(Álvarez-Gayou, 1986:58)

FIGURA 2