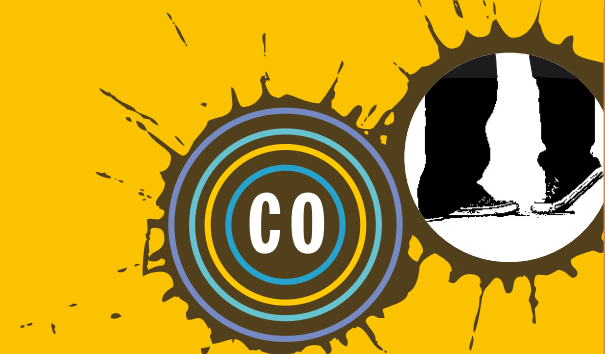


Cuadernos de Orientación Tu sexualidad



Asociación de Mujeres Jóvenes





Cuadernos de Orientación
Tu sexualidad





Tu sexualidad

Cuaderno de Orientación nº1

© del texto: Asociación de Mujeres Jóvenes
de la edición: Instituto Asturiano de la Juventud

Diseño de la colección: Provoca Comunicación
Ilustraciones páginas 18, 20, 25, 26 y 30: Federico Herrera Cuesta (Fiquín)
y M^a del Carmen García Castiñeiras (Badiquín)

Primera edición: 1990
Segunda edición: 1992
Tercera edición: 1996
Cuarta edición: 2000
Quinta edición: 2008

Edita: Instituto Asturiano de la Juventud
Promueve: Instituto Asturiano de la Juventud
Coordina la colección: Evaristo Baizán Rodríguez
D.L.: AS-0000-2008

Tu sexualidad

Hecho sexual humano	2
Proceso de sexuación	4
Otras variantes del comportamiento sexual	6
Concepto de sexualidad y actitudes	7
Mitos y tabúes	8
¿Cómo son nuestros cuerpos? Anatomía y fisiología	15
Desarrollo psicosexual. La sexualidad se desarrolla y cambia de edad	20
Desarrollo psicosexual en la adolescencia	22
Respuesta sexual humana	27
Disfunciones sexuales	29
Métodos anticonceptivos: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos	31
VIH/SIDA	37
Otras ETS	40
Ginecología, urología, andrología	43
Embarazo	46
Aborto	48
Abuso sexual	50
Violencia sexual	50
Drogas y sexualidad	51
Anexo	54
Diccionario de sexualidad	
Películas interesantes	
Libros interesantes	
Páginas web interesantes	



Salud sexual es la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Definición de «Salud Sexual» de la OMS (Organización Mundial de la Salud), Ginebra, febrero de 1974.

Hecho sexual humano

Hablar de educación sexual es fundamentalmente hablar del hecho sexual humano, es hablar de chicas y chicos, de hombres y mujeres que son sexuales, que se viven como sexuales y que se expresan y se relacionan como tales. Por eso, el objetivo de la educación sexual no es otro que el de contribuir a que esos chicos y chicas aprendan a conocerse, a aceptarse y a expresar su erótica de modo que se sientan felices. Desde este planteamiento, la educación sexual contribuye a evitar los embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades y otros acontecimientos desafortunados, pero el objetivo final de la educación sexual es que los chicos y chicas se sientan a gusto y se acepten.

El hecho sexual humano es múltiple y variado, por ello hay que hablar de *sexualidades* en plural, de la sexualidad de personas de edades, culturas, capacidades y realidades diferentes. Plantear la educación sexual desde el marco del hecho sexual humano requiere tener en cuenta sus tres realidades: la sexuación, la sexualidad y la erótica.

- La **sexuación**. La sexuación es el proceso de la construcción de las categorías biológicas de mujer y hombre desde la fecundación hasta la muerte. En este proceso se va concatenando una serie de niveles y estructuras que progresivamente van sexuando al individuo. Todos estos elementos estructurales y estructurantes del sexo llevan a uno de los dos resultados: hombre y mujer. Por supuesto, cada uno de los dos estará lleno de matices, pues estamos hablando de muchos factores que intervienen en el proceso, como los factores cromosómicos, hormonales, gonadales...
- La **sexualidad**. La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatómicos y fisiológicos. La referencia más clara de la sexualidad son las vivencias, la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado y la orientación del deseo homosexual o heterosexual.

Durante mucho tiempo la sexualidad se ha considerado sinónimo de sexo, o se utilizaba un término u otro indiferentemente. Esto era así porque la sexualidad ha estado reducida a la genitalidad, a las relaciones sexuales con penetración, a la procreación y al estado adulto. La sexualidad, sin embargo, es un concepto muchísimo más amplio, y más rico, que se manifiesta en múltiples niveles:

Se manifiesta biológicamente. En las hormonas, en los genes, en el cerebro, en cada órgano de nuestro cuerpo, en su forma, en la manera de funcionar. Es decir, en cada célula de nuestro cuerpo se manifiesta la sexualidad, y no sólo en los genitales.

Se manifiesta psicosocialmente. Desde el momento del nacimiento nos están atribuyendo unos colores específicos, unos juguetes diferentes, unos sentimientos, conductas, pensamientos diferentes si somos chicos o chicas. Estas asignaciones no se basan en diferencias biológicas, sino en costumbres que cada cultura regula de forma distinta.

Se manifiesta a lo largo de toda nuestra vida. Niñas y niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y ancianas tienen intereses y conductas sexuales, lo que cambia es la forma de expresarlas. En el estado adulto nunca se ha negado la sexualidad, sin embargo sí se ha negado en la infancia y en la vejez. No es difícil de comprender: si reducimos la sexualidad a la procreación y a las relaciones sexuales con penetración es normal que se niegue la sexualidad en la niñez y en la etapa de la vejez, ya que a estas edades no se tienen capacidades reproductoras y en muchos casos no pueden llevarse a cabo prácticas de penetración.

Pero los fines de la sexualidad son muy variados. Se manifiesta por distintos fines. Desde el punto de vista biológico el fin primordial de la sexualidad es la reproducción de la especie, pero en la especie humana existen otros fines: la obtención de placer, una forma de comunicación, de sentir el cuerpo propio, de expresar sentimientos, de manifestar amor y ternura, de compartir la intimidad...

- La **erótica** es la forma concreta de expresar lo anterior, que varía según la persona. Para el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores: valores, creencias, sentimientos y la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja. De todo esto, así como de otras influencias, acabará surgiendo un tipo de erótica propia.

El objetivo de la educación sexual es que cada cual sea feliz con su forma de expresar la sexualidad. Las formas de expresión tienen dos vías y las dos han de ser objeto de atención: una son los deseos y otra los gestos. También son expresiones de la erótica las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, los mordisquitos en el cuello... del mismo modo que lo son el coito vaginal o el resto de penetraciones. Además, también están las fantasías, que por supuesto forman parte de la erótica.

Según este modelo, intentaremos que, a partir de la vivencia de las propias sexualidades y de la expresión de la propia erótica, y a partir de las peculiaridades personales, los chicos y chicas puedan sentirse a gusto; y, desde este enfoque positivo, evitar situaciones que no desean, como embarazos, enfermedades o prácticas violentas.



Proceso de sexuación

Lejos de reducirla a los comportamientos sexuales, la sexualidad es todo lo relacionado con el hecho simple y básico de ser personas sexuadas; el proceso por el que nos convertimos en seres sexuados es la sexuación.

En realidad no somos ni mujeres ni hombres, nos vamos construyendo como tales a través de un proceso complejo de integración de los distintos niveles que conforman el hecho sexual. Lo que somos lo debemos a la herencia filogenética que recibimos en forma de programaciones o predisposiciones adaptativas, por ejemplo, la disposición a la búsqueda de placer o la tendencia a la búsqueda de seguridad en el contacto con el otro, que se viven como necesidades básicas. También lo debemos a lo adquirido en la inserción en un medio social determinado, donde la socialización a través de la familia, portadora de todo el acervo de la cultura es determinante. De todas formas, la síntesis de ambos factores se produce esencialmente a través de la propia biografía, de la historia y la experiencia personal.

En la vida intrauterina se producen momentos de indiferenciación, homólogos para ambos sexos; la presencia de inductores actúan en los momentos críticos, produciéndose así la diferenciación sexual en un desdoblamiento que no es simétrico, pues el desarrollo biológico muestra que en caso de duda la naturaleza tiende al desarrollo femenino. Paradójicamente los postulados biologicistas se han utilizado, de algún modo, para justificar la desigualdad entre mujeres y hombres. Sin embargo, observándolo desde otra perspectiva, es la propia biología la que explica la gran diversidad en los modos de sexuación. Se trata de un proceso tan sumamente dúctil y flexible, que de ello podemos deducir que cada persona desarrolla un modo individualizado de sexuación que es único e irrepetible.

El proceso de sexuación se relaciona con cuatro ámbitos que desarrollaremos a continuación:

- **La identidad sexual:** el hecho de ser hombre o mujer depende de la unión de los cromosomas X, Y por azar. Sin embargo este hecho no determina nuestra sexuación, tan sólo la orienta. La sociedad enfatiza qué es ser mujer u hombre y se presentan como polos antagónicos. Tal rigidez no permite otra alternativa que la consideración de la diferencia en oposición. De ese modo, todo aquello que no se ajuste a las polaridades es considerado como desviado y, por tanto, convertido en objeto de exclusión y estigmatización. La cultura occidental es altamente intransigente con la variabilidad sexual, cualquier desviación de lo esperado hace dudar inmediatamente de la integridad sexual de esa persona.
- **El deseo sexual:** el deseo sexual es una pulsión que heredamos filogenéticamente. Contamos un sistema sexual que nos permite responder a estímulos que poseen valor erótico y que nos impulsan a la búsqueda de satisfacción sexual. El deseo sexual se expresa como una tendencia de

Proceso de sexuación

El proceso de sexuación se relaciona con:

- Identidad sexual.
- Deseo sexual.
- Vinculación afectiva.
- Regulación social.

acción que da lugar a los comportamientos sexuales. La diferencia entre el comportamiento sexual animal y el humano estriba en la toma de conciencia de aquello que se experimenta y en la atribución de significados. En el ámbito de la educación afectivo-sexual el deseo erótico es un elemento esencial que forma parte de nuestras vidas. Es necesario otorgarle carta de naturaleza, hacerlo visible, tratarlo con naturalidad, destabuizarlo.

El deseo sexual puede tener varias orientaciones, es decir, varias formas en que puede satisfacerse.

Autoerotismo

Mujeres y hombres obtienen placer sexual estimulándose a sí mismos, con fantasías eróticas y/o acariciándose el cuerpo y los genitales, cada cual según sus deseos. A esto se llama también masturbación. Es una manifestación sexual muy común en los dos sexos y aparece muy temprano en las niñas y niños cuando se acarician sus genitales porque obtienen placer. Más tarde en la adolescencia se recurre a ella frecuentemente para satisfacer el deseo sexual, y continúa siendo algo muy gratificante en todas las edades. Como vemos, la masturbación es un hecho natural que puede manifestarse a lo largo de toda la vida. Todavía algunas personas no lo ven así, y dicen que si te masturbas te nacen granos, se seca el cerebro, se pierde energía física, que es sólo propia de varones jóvenes o personas sin pareja.

Con ello han logrado que a veces nos sintamos culpables cuando nos masturbamos, aunque lo cierto es que no tiene por que producir ningún problema.

Homosexualidad

La persona se siente atraída y obtiene placer sexual a través de las relaciones mantenidas con una persona de su mismo sexo. Aunque hay personas que no lo comprenden y piensan que es un tipo de perversión o una enfermedad, en realidad no es más que una de las formas en que puede expresarse la sexualidad. Existen diversas opciones y debemos respetarlas.

Heterosexualidad

El sujeto se siente atraído y obtiene placer sexual a través de las relaciones mantenidas con una persona del otro sexo.

Bisexualidad

La persona se siente atraída y obtiene placer sexual a través de las relaciones mantenidas indistintamente con personas de uno u otro sexo.

Estas diferentes orientaciones no conllevan necesariamente conductas sexuales. Refiriéndonos a la heterosexualidad debemos tener muy claro que la relación sexual no se reduce al coito (penetración del pene en la vagina), ésta es una caricia más, que a algunas personas puede resultarles muy excitante y a otras, sin embargo, no.

Los besos, las caricias globales, los abrazos, las caricias en genitales, forman parte de la relación sexual, y esto puede ser de por sí muy satisfactorio sin





necesidad de llegar al coito. Hay que tener en cuenta siempre las preferencias de cada persona. Ahora bien, si se tienen relaciones sexuales coitales, hay que tomar las medidas necesarias para que no se produzca un embarazo no deseado. Lo mejor es acudir a un centro para información y asesoramiento.

- **La vinculación afectiva:** desde que nacemos nos determina la vinculación, el contacto con otras personas. Poseemos comportamientos innatos que garantizan esta unión. En los primeros momentos del desarrollo, la seguridad individual depende de otras personas, de la figura de apego. Esta relación determinará el modelo interno que va a regir en el futuro las relaciones interpersonales. De la vinculación afectiva depende la confianza básica y la seguridad emocional. El amor y el enamoramiento son la expresión de la necesidad de vinculación afectiva en el tránsito evolutivo de las figuras de apego.
- **La regulación social:** las relaciones entre los sexos han sido siempre reguladas con fines evolutivos. En la cultura occidental, la regulación de los comportamientos sexuales se ha visto mediatizada por la tradición judeocristiana. En la actualidad nuestro contexto social parece más pluralista y la mayor parte de las personas expertas están de acuerdo en que todo comportamiento sexual es adecuado siempre y cuando no atente contra la libertad de otras personas, se dé en situación de igualdad y no sea perjudicial para nadie.

Otras variantes del comportamiento sexual

La conducta sexual, al igual que el comportamiento humano, es plural y compleja, y desafía los esquemas de clasificación demasiado sencillos. La mayor parte de las definiciones que nos dan los diccionarios de la palabra *normal* indican que es normal todo lo que se adecua a un patrón usual o característico. Pero lo insólito y lo atípico no sólo cambian según las culturas, sino que varían con el paso del tiempo.

Antiguamente, algunas de las formas de conducta sexual recibían el nombre de desviaciones, perversiones o aberraciones. Para evitar estos problemas en la medida de lo posible, preferimos hablar de variaciones sexuales y utilizar un término relativamente neutro como es el de *parafilia* –derivado del griego *pará*, «cerca de» y de *phílein*, «amar»– para aludir a lo que solía denominarse «desviaciones».

Parafilias

Las parafilias se caracterizan por ser impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona (pedofilia, necrofilia, gerontofilia, coprofilia...).

Concepto de sexualidad y actitudes

La actitud es una predisposición hacia el comportamiento. A lo largo del proceso de socialización las personas van desarrollando disposiciones para valorar favorable o desfavorablemente determinados eventos.

Las actitudes son más marcadas y firmes, cuanto mayor sea la implicación personal y cuanto más sometida a polémica esté la cuestión objeto de actitud. Es evidente que la sexualidad no deja indiferente a casi nadie: es un asunto en permanente polémica y tiene una clara implicación personal. La actitud hacia la sexualidad no es una cuestión baladí.

Nuestro concepto de sexualidad debería de partir de las siguientes ideas:

- La sexualidad es la manera de situarse en el mundo en tanto que mujer u hombre.
- Existen tantos modos de ser mujer u hombre como personas .
- La sexuación es un proceso de desdoblamiento en dos formas que va desde lo biológicamente más simple, hasta lo psicosocialmente más complejo, siendo este un argumento esencial para comprender la diversidad.
- Los modos de ser mujer u hombre están mediatizados por los roles de género y basados en relaciones asimétricas y desiguales.
- Es un proceso personal, único e irrepetible.
- La sexuación es un proceso dinámico en permanente construcción.
- La sexualidad es diferente en cada edad.

La sexualidad

- Algo sucio, malo, feo...
- Sólo o principalmente los genitales.
- Sólo para personas adultas casados.
- Sólo para tener descendencia.
- Sólo para hombres.



La sexualidad

- Algo que afecta a todo nuestro cuerpo.
- Una dimensión importante de la persona, pero no la única.
- Una realidad en todas las etapas: infancia, adolescencia, juventud, madurez y longevidad.
- Todo un mundo de posibilidades.
- Placer.
- Reproducción.
- Sentir deseos, emociones y amor hacia otras personas.
- Favorecer la salud física y mental.





Mitos y tabúes

Cuando carecemos de información objetiva solemos superar esa carencia creando teorías, supuestos que por ser la única información de la que disponemos acaban por consolidarse como creencias muy arraigadas. El tema de la sexualidad ha sido un tema muy tabuizado, negado, del que no se podía hablar. Ya cuando somos pequeños y hacemos preguntas totalmente inocentes relacionadas con el tema solemos encontrar con respuestas tales como «cuando seas mayor lo entenderás», «eres demasiado pequeña para estas cosas».

Es a la edad de 3-4 años cuando hacemos nuestras primeras preguntas relacionadas con la sexualidad. A los tres años son preguntas de tipo anatómico, a los cuatro sobre el origen de los niños, a los cinco sobre el lugar por dónde nacen los niños, a los seis sobre cómo se hacen los niños, etc. Lógicamente, en función de la respuesta que obtengamos de estas preguntas volveremos a preguntar o será un tema que quedará en la oscuridad de la duda. En la etapa de la niñez ya se formulan teorías sobre por dónde salen los niños y las niñas o sobre las relaciones sexuales de sus padres y madres.

Cuando llegamos a la adolescencia es cuando empezamos a hablar de estos temas con nuestras amistades, y normalmente a las dudas que tenemos tratamos de darle respuesta a través de la información que nos facilitan amigas y amigos que, por lo general saben más o menos lo mismo que quien plantea las dudas. Además, a veces esa información es obtenida de fuentes nada fiables, como revistas, películas o comentarios jocosos, que nos presentan una visión muy reduccionista e incluso dañina de la sexualidad.

En muchas ocasiones, antes de experimentar ciertas situaciones se fantasea sobre ellas, rodeándolas de una especie de misterio y convirtiendo algo que es lo más normal del mundo en otra cosa totalmente diferente e idealizada. Algo así ocurre en ocasiones con la sexualidad, nos imaginamos cosas basadas en lo que se oye por ahí, y que nos están condiciona a la hora de tener que expresar lo que sentimos o cómo vivimos. Así establecemos relaciones con el sexo de una forma que no tiene nada que ver con la realidad y se producen situaciones que crean ansiedades y miedos y que pueden acarrear consecuencias negativas para la salud física y mental.

Los errores que provienen de una mala información o de un desconocimiento total del tema se pueden arreglar de alguna manera proporcionando precisamente lo que falta: información.

Es muy importante ofrecer información objetiva, pues estos mitos, junto con la creencia de que «a mí no me va a pasar», muchas veces son los causantes de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, de matrimonios prematuros, de complejos, de baja autoestima, etc.

Mitos más frecuentes

Es muy probable que alguno de ellos te parezca absurdo, pero todos ellos han sido formulados por jóvenes.

Esperamos que la próxima vez que los leas o los oigas sepas que son ideas erróneas. Y ojalá sepas corregir a quien lo comente ofreciéndole argumentos de valor.

No es verdad que...

...El pene cuanto más grande, más placer producirá

El placer no está relacionado con el tamaño de los genitales por varias razones:

Las paredes de la vagina son lo suficientemente flexibles como para acomodarse al tamaño del pene.

Si dividimos la vagina en tres partes, sólo el tercio externo tiene las terminaciones nerviosas suficientes para hacerla una zona sensible; el resto, los dos tercios internos, son prácticamente insensibles.

Además la parte más excitable de la mujer, el clítoris, se halla en la vulva (órganos genitales externos), y para su estimulación no interviene el tamaño del pene.

Por otro lado, los penes presentan mucha variabilidad en color, tamaño y forma cuando están en reposo, pero cuando se ponen en erección las diferencias se minimizan.

...Todos los chicos tengan que operarse de fimosis

El pliegue de piel que recubre el glande (extremo del pene) se llama prepucio. A veces este prepucio es muy estrecho, de forma que cuando un chico intenta retraer el prepucio detrás del glande le resulta imposible o muy doloroso. Esto es lo que llamamos fimosis. En este caso es aconsejable acudir a la consulta médica para determinar si necesitamos intervención.

Por otro lado, el frenillo es una tirilla que une el glande con el prepucio por la parte inferior. A veces este frenillo es muy pequeño, de forma que hace doloroso el acto de echar hacia atrás el prepucio, aunque en este caso sí se puede retraer detrás del glande. Como en el caso anterior, es conveniente acudir a especialistas.

...Si la chica no llega al orgasmo, no hay probabilidad de embarazo

La probabilidad de que haya embarazo no depende de si la chica llega o no al orgasmo en una relación con penetración, sino de que un espermatozoide entre en contacto con el óvulo.

...Si la chica esta con la regla, no hay posibilidad de embarazo

Cuando la chica está menstruando (está con la regla) hay menos posibilidades de embarazo. Pero el ciclo menstrual está influenciado, entre otros, por factores emocionales que pueden variar el ciclo hormonal y producir una doble ovulación en un mismo mes.

Es decir, que siempre tenemos que hablar de mayor o menor probabilidad, pero no debemos hablar de que sea imposible.

...En la primera vez, no hay probabilidad de embarazo

La primera vez que se mantiene una relación con penetración existe la misma probabilidad que en el resto de las ocasiones. Todo depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la chica.

La primera vez no es menos peligrosa que otras.



...Si lo haces de pie, no hay posibilidad de embarazo

La probabilidad de embarazo no depende de la postura. Desde el momento que hay penetración, independientemente de la postura utilizada hay probabilidad de embarazo.

...Si la penetración no es muy profunda, no hay probabilidad de embarazo

No es necesario que la penetración sea profunda para que haya embarazo. Incluso puede haber embarazo sin que haya existido penetración. Si el chico eyacula (expulsar el semen) en la vulva (cerca de la entrada de la vagina), aunque no haya habido penetración, existe la posibilidad de que algún espermatozoide se introduzca en la vagina a través del flujo vaginal.

...Mientras la mujer está en el período de lactancia, no haya posibilidad de embarazo

Antes se creía que después de un parto, mientras la madre daba de mamar al bebé, no había posibilidad de embarazo. Algo de cierto hay, ya que parece ser que la lactancia demora el retorno de la menstruación, la ovulación y la concepción después del parto; pero no podemos determinar con seguridad la duración de dicho periodo, con lo cual no debemos considerar la lactancia como un método anticonceptivo.

...La marcha atrás sea un método anticonceptivo eficaz

La marcha atrás consiste en extraer el pene de la vagina antes de eyacular. Durante mucho tiempo se ha considerado método anticonceptivo.

Como método anticonceptivo no es eficaz, pues el hombre, antes de eyacular, puede segregar un par de gotas que pueden llevar espermatozoides y por lo tanto tener capacidad fecundante. El hombre no nota cuándo segrega este par de gotas, con lo cual no puede tener control como puede tenerlo con la eyaculación.

Además de no ser efectiva, la marcha atrás es un método incómodo, tanto para él como para ella.

...Un hombre que se hace la vasectomía pierde virilidad.

La vasectomía es la intervención quirúrgica mediante la cual se cortan los conductos deferentes, de forma que se evita que en la eyaculación aparezcan espermatozoides.

Tras la vasectomía el hombre sigue eyaculando, y la eyaculación tiene el mismo aspecto que antes, ya que lo único que no lleva el semen eyaculado son espermatozoides. Como estos son microscópicos, el aspecto externo del semen no cambia.

Como vemos, la vasectomía en ningún momento tiene que interferir en la respuesta de la erección, ni en la "virilidad". En aquellos casos que sí ha interferido es por causas psicológicas y de autosugestión.

...Un hombre que es impotente no puede tener hijos

A las personas que no pueden tener hijos se las denomina estériles. La impotencia es la incapacidad para obtener o mantener una erección. Como

vemos son dos términos que comúnmente se suelen confundir

...Los preservativos son un mal método anticonceptivo porque se rompen frecuentemente

Los preservativos son los únicos métodos que, además de prevenir un embarazo no deseado, nos pueden prevenir de enfermedades de transmisión sexual.

Para evitar su rotura debemos primero asegurarnos de que están homologados, y no caducados, y segundo, de guardarlos y colocarlos correctamente. La mayoría de las roturas de los preservativos se deben al uso incorrecto que hacemos de ellos.

El preservativo utilizado correctamente es un método preventivo muy eficaz.

...La píldora anticonceptiva se tome solo el día que vayas a mantener una relación

Una creencia errónea muy extendida entre la gente joven es que la píldora anticonceptiva sólo hay que tomarla el día que vayas a mantener una relación.

La píldora ha de tomarse todos los días, mantengas o no relaciones. Para ello es imprescindible que vayas al ginecólogo/a.

...La píldora anticonceptiva prevenga de enfermedades de transmisión sexual

La píldora anticonceptiva es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces, pero no previene de enfermedades de transmisión sexual, sólo nos previene de un embarazo no deseado.

...Que sólo puedes contagiarte de una enfermedad de transmisión sexual si mantienes muchas relaciones sexuales en poco tiempo y con personas que no conoces

Con una sola relación, con una persona que esté infectada de alguna enfermedad de transmisión sexual (E.T.S.), es posible el contagio.

Las ETS se llaman así porque su principal vía de contagio es la sexual. Los principales síntomas son picores en la zona genital, ulceraciones, irritaciones... Si te encuentras con alguno de estos síntomas, acude a la consulta médica.

...A una persona que es seropositiva del VIH se le note

A una persona seropositiva del VIH no se le nota nada, ya que puede que todavía no haya empezado a desarrollar la enfermedad o incluso que no se le desarrolle nunca. Esa persona puede incluso ignorar su estado si no se ha hecho análisis especiales.

...El sida sea una enfermedad que sólo afecte a homosexuales, heroinómanos y hemofílicos, y que los heterosexuales no tengan de qué preocuparse

Los primeros casos de SIDA se encontraron en hombres que cumplían algu-



na de esas características: homosexual, heroinómano o hemofílico. Esto era lo que se llamaban grupos de riesgo.

Hoy hablamos de prácticas de riesgo, ya que el VIH no entiende de lo que somos, sino de lo que hacemos.

...La desaparición de los síntomas de una enfermedad de transmisión sexual implique que ésta está curada

Si sentimos algunos de los síntomas característicos de una ETS debemos acudir a la consulta médica lo antes posible.

Puede darse el caso de que, sin ir a la consulta, los síntomas remitan en pocos días. Sería un error pasarlo por alto, pues los síntomas volverán a reincidir con más fuerza y con efectos secundarios más severos.

...Sea poco saludable que la chica se bañe o se lave la cabeza cuando está con la menstruación

Durante mucho tiempo han existido muchos mitos en torno a la menstruación. Por ejemplo, que la mujeres con regla no podían hacer chorizos, que la mayonesa se cortaba, que las plantas se ponían mustias, que no era conveniente lavarse la cabeza...

No existe ningún estudio científico que pueda sostener las creencias anteriores.

Cuando una chica está con la menstruación, no sólo no es malo, sino que es aconsejable que en estos días aumente la higiene.

...El control de la natalidad sea cosa de mujeres

Ciertamente la que desarrolla el embarazo es la mujer, pero la situación embarazosa es del hombre y la mujer. Por lo tanto, el control de la natalidad es una decisión que implica a los dos miembros de la pareja, así como la elección del método anticonceptivo.

...La homosexualidad sea una enfermedad

Homosexual es aquella persona que orienta su deseo sexual hacia personas de su mismo sexo.

Hasta hace no mucho tiempo la homosexualidad se consideraba como una enfermedad, por eso es posible que todavía se mantenga esta idea, fruto de la cual, se han creado muchos términos para denominar a estas personas: marimacho, tortillera, maricón, marica, afeminado..., todos ellos términos peyorativos que denotan ignorancia y falta de respeto.

Son muchas las teorías que han intentado explicar el origen de la homosexualidad, desde factores genéticos, hormonales, de aprendizaje social, relación paterno-filial, etc. No existe acuerdo unánime sobre las causas que determinan que la orientación del deseo sea homosexual o heterosexual.

Hoy en día no se considera como una enfermedad, ni como una alteración. Es simplemente una alternativa más de vivir la sexualidad. Una alternativa tan respetable como cualquier otra.

...Las lesbianas sean masculinas y los gays sean afeminados y se les note a simple vista.

Una lesbiana no necesariamente será "marimacho", y un gay no necesariamente será afeminado.

A una persona homosexual, sea chico o chica, no hay nada que se le tenga que notar.

...La masturbación sea una enfermedad

Entendemos por masturbación la autoestimulación como búsqueda de placer.

La masturbación no es una enfermedad, ni tampoco crea enfermedades. Por otro lado, también hay que ser conscientes de que la masturbación es una forma de autoexplorar y conocer tu cuerpo, así como una forma de disfrutar con él.

La masturbación ni es buena ni mala, todo depende de cómo tú la vivas.

...La masturbación sea una conducta exclusiva de adolescentes

La masturbación no es una conducta exclusiva de adolescentes. Las personas maduras, con o sin pareja, también se masturban. Esto no significa en ningún momento que sus relaciones sexuales no sean satisfactorias.

...Si una mujer no llega al orgasmo a través de conductas con penetración, es una frígida

La parte más excitable de la mujer está en la vulva, es el clítoris. A través de las conductas con penetración el clítoris se estimula indirectamente, pero a veces esta estimulación no es suficiente para que la mujer llegue al orgasmo.

Por eso no podemos concluir que la mujer sea frígida, si no más bien que está siendo estimulada deficientemente.

Además, el término frígida está en desuso por ser muy inespecífico.

...El alcohol mejore la actividad sexual.

El alcohol produce desinhibición, pero dificulta el desempeño de la actividad sexual, sobre todo en el hombre, pues le puede producir impotencia.

...Para que la relación sexual sea totalmente gratificante han de llegar las dos personas a la vez al orgasmo

Cuando estamos manteniendo una relación sexual estamos juntando dos cuerpos totalmente diferentes, con apetencias diferentes y ritmos diferentes. Hacer coincidir ese ritmo puede ser muy difícil y absurdo si llega a obsesionarnos.

Puede ser mucho más gratificante el establecer turnos, y actuar como persona pasiva, centrándonos en la estimulación que nos produce la otra persona, y posteriormente como persona activa, centrándonos en la estimulación que producimos en nuestra pareja.



...La primera vez que se mantiene una relación sexual con penetración tenga que ser necesariamente dolorosa.

En la entrada vaginal hay una telilla que se llama himen. Esta telilla normalmente se rompe con la primera relación coital. Pero no tiene porqué ser así, pues también puede romperse haciendo un ejercicio físico brusco. Puede ser que al romperse haga un poco de daño y se sangre, pero hay hímenes que son lo suficientemente flexibles como para permitir el paso del pene sin romperse, con lo cual a esta chica no tiene porque dolerle, ni tiene porqué sangrar. A veces el dolor que se produce en la primera vez es probablemente debido a que al enfrentarnos a una situación novedosa, nos encontremos un poco nerviosas, y eso hace que contraigamos involuntariamente los músculos de la vagina dificultando la penetración.

...Las verdaderas y únicas relaciones sexuales placenteras sean las que implican penetración

Las relaciones sexuales sin penetración pueden ser igual, o incluso más placenteras que las relaciones que implican penetración, debido a que las zonas más excitables se hallan en los órganos genitales externos y, por lo tanto, para su estimulación no es necesaria la penetración.

Además, para que las conductas con penetración sean satisfactorias es conveniente un mayor conocimiento de nuestro cuerpo y del de nuestra pareja.

Otra de las grandes ventajas de las conductas sin penetración es que evitan embarazos no deseados y muchas enfermedades de transmisión sexual.

...Las fantasías sexuales sean peligrosas

Las fantasías no necesariamente son perjudiciales. Pueden servir para aumentar la excitabilidad del momento. Por otro lado la fantasía no es realidad, y el fantasear con alguna situación no implica que deseemos llevarla a cabo.

...Los ancianos y ancianas que tienen intereses sexuales sean unas personas pervertidas

Las personas de edad avanzada también tienen intereses sexuales y sienten atracción. Lo único que cambia es la forma en que se manifiesta la sexualidad.

¿Cómo son nuestros cuerpos? Anatomía y fisiología

Desde la infancia recibimos mensajes que van generando la actitud ante nuestro cuerpo. Nos enseñan a realzar algunas zonas como los ojos o el cabello y, sin embargo, otras parecen ser intocables, invisibles e inenabables:

- **Intocables:** es muy probable que recordemos la frase típica de «no te toques éso».
- **Invisibles:** es la única parte del cuerpo que no se enseña (por ejemplo en una piscina), y cuando se muestra va acompañada de un halo de morbo o de escándalo.
- **Inenabable:** aprendemos una gran cantidad de sinónimos referidos a los órganos genitales. Ninguna parte de nuestro cuerpo tiene un vocabulario tan rico como las «partes íntimas».

Por estos motivos también en este tema existe un gran desconocimiento entre la gente joven y es fundamental que sepamos cómo es y cómo funciona nuestro cuerpo, si queremos llegar a entenderlo, y, sobre todo, a quererlo, pues de difícil manera vamos a querer algo que no conocemos.

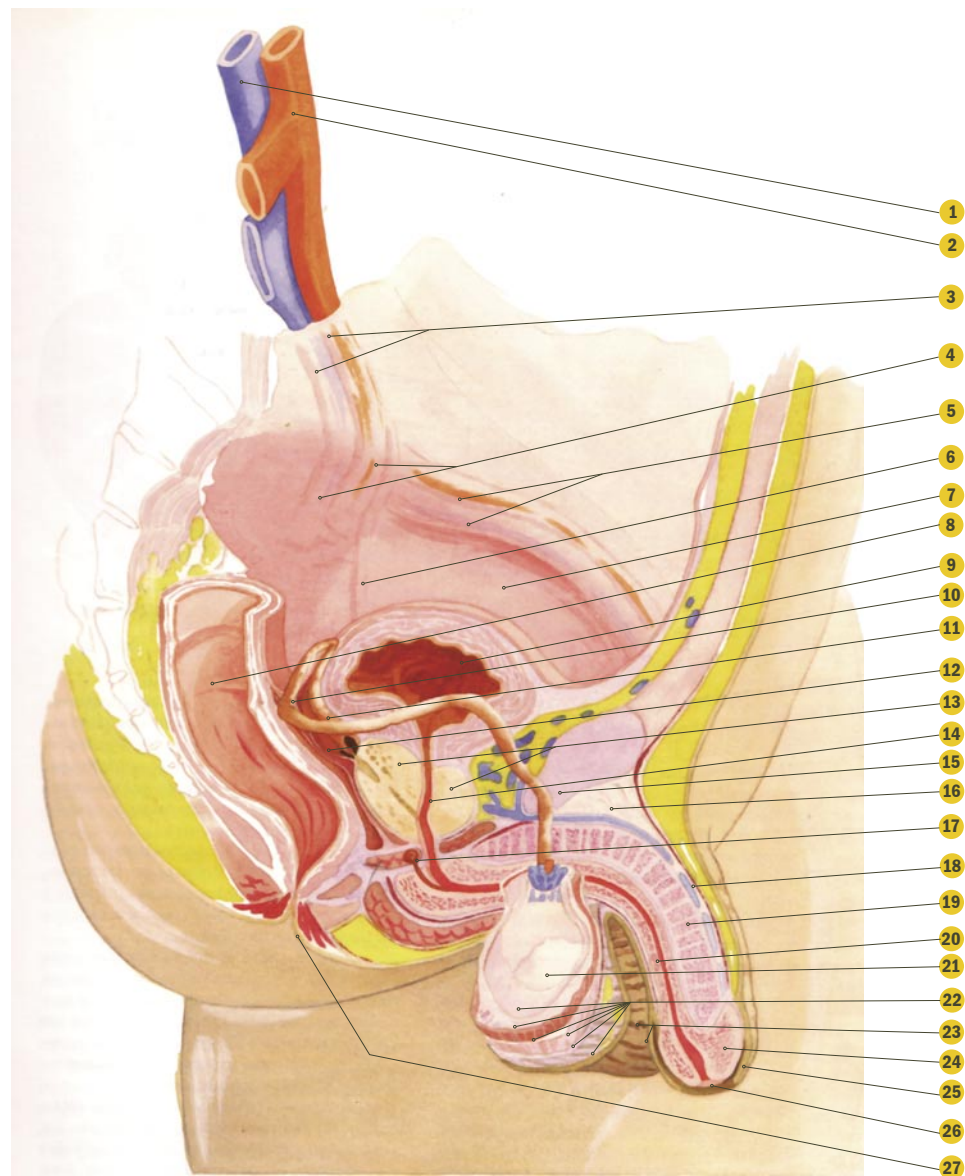
Los órganos genitales:

Masculinos:

Internos

- **Testículos:** situados en la parte baja del abdomen, entre las piernas. Tienen forma aovada y se sitúan en la bolsa escrotal. La función es la de reproducir los espermatozoides y las hormonas sexuales responsables del desarrollo. En el embrión se encuentran situados a la altura de los riñones, y poco a poco se van descolgando hasta llegar a las bolsas escrotales. Para una correcta producción de espermatozoides, los testículos deben estar a dos grados por debajo de la temperatura corporal, por eso se encuentran fuera del abdomen. Los testículos tienen unos lobulillos que no empiezan a funcionar hasta la pubertad, que es cuando se inicia la formación de espermatozoides.
- **Epidídimo:** se encuentra en la parte posterior del testículo y tiene una cabeza, pegada al testículo, que recoge el contenido del testículo para transportarlo al exterior. Desemboca en el conducto deferente. Es muy importante en la maduración de los espermatozoides.
- **Conductos deferentes:** son unos conductos, a continuación del epidídimo, que terminan en las vesículas seminales y sirven para transportar los espermatozoides hacia la uretra.
- **Vesículas seminales:** están situadas debajo de la vejiga y tienen la función de producir un líquido viscoso que facilita los movimientos de los espermatozoides.
- **Conductos eyaculatorios:** es la parte en la que confluyen los conductos deferentes y las vesículas seminales.

- **Próstata:** está situada a la salida de la vejiga y es del tamaño de una castaña. En la próstata coinciden los conductos eyaculatorios. A partir de aquí, el camino que siguen los espermatozoides para salir al exterior es el mismo que sigue la orina. Dentro de la próstata hay una especie de anillo muscular, en la zona de la vejiga que desemboca en la uretra. Si se desea hacer pis el anillo se abre; sin embargo, durante la excitación sexual se cierra para que sólo pueda salir el semen.



-1- vena cava inferior -2- arteria aorta -3- arteria y vena iliaca común (izda.) -4- arteria y vena hipogástrica (izda.) -5- arteria y vena iliaca externa (izda.) -6- uréter -7- peritoneo -8- recto -9- vejiga -10- vaso deferente -11- ampolla del v. deferente -12- vesícula seminal -13- próstata -14- uretra -15- sínfisis púbica -16- ligamento suspensor del pene -17- glándula de Mery-Cowper -18- vena dorsal del pene -19- cuerpo cavernoso -20- cuerpo esponjoso -21- testículo -22- bolsas escrotales -23- escroto -24- glande del pene -25- prepucio -26- orificio exterior de la uretra -27- ano.

- **Glándulas de Cowper:** están situadas debajo de la próstata, junto a la uretra. Su misión es la de producir un líquido que sale por el pene para facilitar la penetración. Este líquido por sí solo no contiene espermatozoides, pero al recorrer su camino para salir al exterior puede arrastrar espermatozoides y producir un embarazo.

Externos:

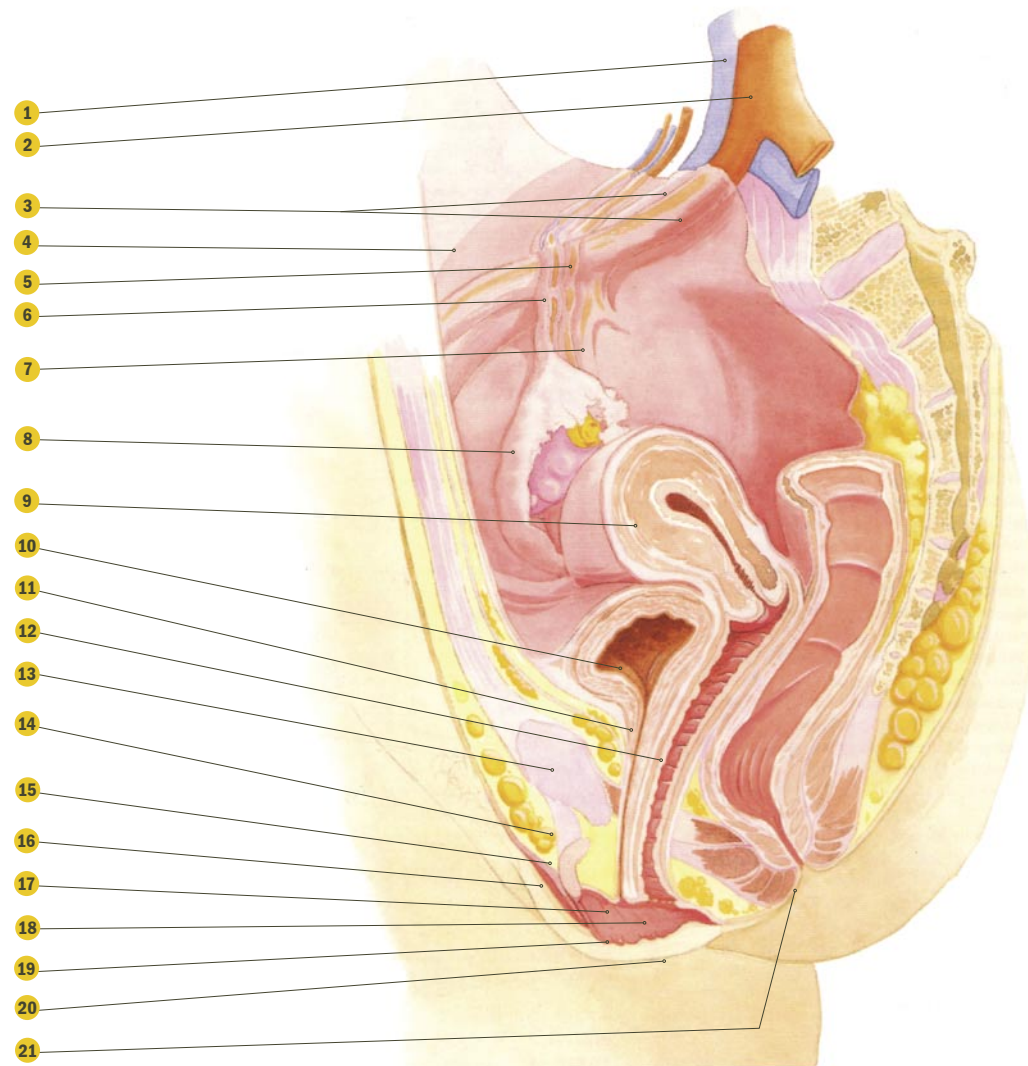
- **Pene:** su forma alargada y cilíndrica le capacita para la copulación. En su extremo se encuentra el glande y atraviesa su interior la uretra, conducto por el que pasan la orina y el semen para salir al exterior. Mediante la erección el pene se puede introducir en la vagina y depositar el semen en su fondo. Dentro del pene podríamos decir que hay una estructura que es como una esponja: al llegar más sangre a los genitales esta especie de esponja empieza a llenarse, proporcionando al pene la dureza necesaria para la penetración. También tiene dos conductos, uno a cada lado del canal central, que se llaman cuerpos cavernosos.
- **Prepucio:** es la piel que recubre el pene. Tiene cierta movilidad y cuando se produce una erección deja el glande al descubierto. Cuando la abertura final del prepucio no permite la salida del glande hablamos de fimosis. Es el médico/a quien debe decirnos en este caso si necesitamos una intervención quirúrgica, que consiste en hacer un pequeño corte en el prepucio. Es una intervención muy simple, con anestesia local, y que no necesita hospitalización.
- **Frenillo:** es un trozo de piel flexible que une el glande con el prepucio por la base del pene. A veces esta tirilla también puede producir molestias si es muy corta. Como en el caso anterior también se trata de una operación muy simple.
- **Glande:** es la cabeza del pene. Tiene gran número de terminaciones nerviosas, lo que le convierte en una de las zonas más sensibles del pene, especialmente en la zona de la corona. La estimulación de esta zona, junto con el frenillo, es una de las fuentes fundamentales de placer en el hombre.
- **Uretra:** Conducto que discurre por el centro del cuerpo esponjoso, uniendo la vejiga con la punta del pene a través del cual se expulsa la orina y el semen.
- **Escroto:** es una bolsa de piel muy fina que cuelga por delante de los muslos y que aloja a los testículos. Su función es la de controlar la temperatura del testículo, de tal forma que cuando hace frío el escroto se arruga y acerca los testículos hacia el abdomen, para que guarden su temperatura. Fundamental para la producción de espermatozoides

Femeninos:

Internos:

- **Himen:** es la membrana que se encuentra en la entrada de la vagina y está perforada parcialmente, dependiendo de la mujer. La rotura del himen puede producir un pequeño sangrado sin importancia.

- **Vagina:** es un conducto músculo-membranoso, que mide aproximadamente 12 cm., y que se extiende desde el útero hasta la vulva. Es muy elástica, por tanto se puede adaptar a cualquier tamaño de pene. En su interior se encuentran los bacilos del Döderlein, que se encargan de mantener ácida la vagina para defenderla de posibles infecciones. Es como si la vagina tuviera su propio sistema de lavado. Aparte de las glándulas de Bartolino, encargadas de lubricar la vulva en la respuesta sexual, la vagina también segrega un fluido que se encarga de lubricarla cuando se produce la excitación.



-1. cava inferior -2. aorta -3. arteria y vena iliaca común (dcha.) -4. peritoneo -5. uréter -6. vasos del ovario -7. arteria hipogástrica (dcha.) -8. trompa de Falopio -9. útero -10. vejiga de la orina -11. conducto de la uretra -12. conducto vaginal -13. sínfisis púbica -14. ligamento suspensor del clítoris -15. clítoris -16. capuchón del clítoris -17. orificio de la uretra -18. orificio vaginal -19. labio menor -20. labio mayor -21. ano.

- **Punto G:** recibe este nombre por su descubridor, Gräfenberg (1940) que aseguró su existencia en la pared superior de la vagina, a unos cinco centímetros de la entrada de esta. Para localizarlo, la mujer puede colocarse en cuclillas o tumbada boca arriba con las rodillas flexionadas, e introducir un dedo doblado hacia arriba, haciendo un movimiento de vaivén. Muchas personas expertas no reconocen su existencia, o al menos no en todas las mujeres. Se ha comprobado que algunas mujeres llegan a emitir un líquido, comparable a la eyaculación masculina, cuando son estimuladas en este punto, y dicen experimentar orgasmos más intensos. La otra cara de la moneda está en aquellas mujeres que, al ser estimuladas en esta zona, sienten incluso molestias.
- **Cuello del útero (cervix):** Se sitúa en el fondo de la vagina, y une ésta con el útero. Produce un líquido viscoso llamado moco cervical que cambia su aspecto en función del momento del ciclo menstrual.
- **Útero (o matriz):** Es un órgano muscular hueco, compuesto de varias capas. Una de ellas es el endometrio, que cambia dependiendo del momento del ciclo menstrual, y es ahí donde se implantará el óvulo fecundado en el supuesto caso de que haya habido fecundación. En estado normal su capacidad es equivalente a una cucharada sopera, pero no debemos olvidar que tiene la capacidad de albergar al feto hasta el parto.
- **Trompas de Falopio:** Son dos conductos que unen el fondo del útero con cada uno de los ovarios. Se encargan de recoger a los óvulos que salen de los ovarios y en ellas se produce la fecundación. Así mismo, se encargan de transportar el óvulo hasta el útero. Tienen unos 10 cm de largo.
- **Ovarios:** Son las gónadas femeninas. Tienen dos funciones: producir hormonas (estrógenos y progesterona) y expulsar el óvulo madurado. Tienen el tamaño de una almendra.

Externos:

La vulva es el órgano más externo de los genitales femeninos. Está formada por:

- **Monte de Venus:** Zona almohadillada, situada sobre el hueso púbico. Al llegar a la pubertad se recubre de vello.
- **Labios Mayores:** Dos pliegues de piel que, en condiciones de no excitación, normalmente están cubriendo al resto de la vulva. Están cubiertos de vello.
- **Labios Menores:** Dos pliegues de piel, con muchas terminaciones nerviosas y pequeños vasos sanguíneos, lo que les hace ser una zona muy sensible. No están cubiertos de vello. En su parte superior se unen formando lo que se llama el prepucio del clítoris
- **Meato Urinario:** Orificio por donde la chica expulsa la orina.
- **Abertura Vaginal:** Es la entrada a la vagina. Aquí podemos distinguir el himen, que es una membranita que se le supone un papel protector. Hay diferentes tipos de himen. Normalmente se ha relacionado la presencia de esta membrana con la virginidad, aspecto que hemos de tratar con



cautela.

- **Clítoris:** Es un órgano eréctil. Tiene un gran número de terminaciones nerviosas, lo que hace que sea una zona muy sensible al tacto, a la presión y a la temperatura. Es un órgano esencial en el placer femenino. Se encuentra en la unión de los labios menores, tiene el tamaño de un guisante y está recubierto por un capuchón que le protege.
- **Perineo:** Zona que se extiende desde la parte inferior de los labios hasta el ano.

Desarrollo psicosexual. La sexualidad se desarrolla y cambia con la edad

La educación sexual comienza de un modo imperceptible y no intencional desde los primeros días de la vida. Hágase lo que se haga y sean cuales sean las ideologías al respecto, la familia educa sexualmente, principalmente a través de los modelos de identificación y del contacto corporal, del lenguaje del cuerpo.

La forma en que un padre o una madre sostiene a su hija o hijo, el modo de acariciarle, alimentarle, hablarle, la actitud ante sus funciones de eliminación y hábitos de higiene, ante los goces autoeróticos y la exploración de su propio cuerpo, ya implica una educación sexual, pues expresa la concepción que se tiene de la sexualidad y del placer en general.

Hay toda una educación sexual derivada del clima familiar que respira el niño y la niña: según la armonía, las expresiones de deseo, las manifestaciones de afecto y de placer entre los padres, los niños y las niñas recibirán una educación sexual diferente, un concepto diferente de lo que es la sexualidad y lo que significa ser pareja.

La educación sexual pasa necesariamente por actitudes y comportamientos maternos y paternos. La educación sexual se inscribe, pues, en una relación entre madres-padres e hijas-hijos, y se transmite más a través del ejemplo, la actitud y los comportamientos que de los principios impuestos y no siempre respetados. Bajo esta perspectiva, la educación sexual es un aspecto más de la educación de la afectividad total de la etapa infantil.

A partir de los dos años y medio, la niña/o que ya ha descubierto que sus manos, sus pies, su cara le pertenecen, empieza a interesarse por sus órganos sexuales, a querer compararlos y saber de ellos. Hace preguntas: es una nueva etapa, la de la información sexual.

Es muy importante que tanto la madre como el padre puedan contestar a los interrogantes de sus hijas e hijos, porque necesitan muy pronto saber sobre el nacimiento, la reproducción y las relaciones sexuales. Muy pronto quiere decir desde que lo pregunten, no que se intente acelerar su madurez o sensibilidad a estas preguntas. Pero, cuando las hagan, tampoco hay que escamotearlas u ocultarlas.

Niñas y niños emprenderán el diálogo en función de sus necesidades, y esto es signo de un progreso general afectivo e intelectual. La posibilidad de establecer un diálogo sexual en un clima de confianza es más importante que la calidad de las respuestas.

La información sexual no es lo único importante, sino la posibilidad de establecer un diálogo que permita a la niña, al niño y a adolescentes expresar sus dudas y vivir una sexualidad gozosa, que respete los gustos y diferencias del resto y esté basada en la no manipulación.

La adolescencia es un período de grandes cambios y transformaciones: el cuerpo comienza a madurar, a convertirse en adulto; la mente se llena de nuevas ideas y pensamientos, aparecen nuevos gustos e intereses. Es la época del deseo de independencia familiar, del inconformismo y de las teorías que pretenden cambiar el mundo. En este momento nacen las grandes amistades y los primeros amores que suelen dejar huella.

La adolescencia comienza por la pubertad. En la pubertad (12 a 16 años según los casos) se producen grandes cambios físicos: se «pega el estirón», salen granos en la cara y espalda, aparece el vello en las axilas y pubis, crecen los pechos en las chicas, cambia la voz en los chicos y empieza a perfilarse el bigote. En ambos sexos se desarrollan los órganos genitales. Aparecen las primeras menstruaciones en las chicas y las primeras eyaculaciones en los chicos. En la adolescencia se viven muy confusamente estas transformaciones, que se dan de forma tan brusca. No se controlan los movimientos y no se acepta la propia imagen corporal, sobre todo si no coincide con los ideales de belleza que imponen los cánones sociales.

Hacia la madurez sexual... siempre estamos aprendiendo

Entendiendo que la capacidad sexual es mucho más amplia que la posibilidad de tener hijos, la madurez sexual en este sentido es algo que no se adquiere de la noche a la mañana, por un mero cambio fisiológico, sino que se va moldeando a lo largo de toda la vida. Siempre nos queda algo que aprender o una nueva sensación que experimentar. Podemos ir viendo cómo la relación sexual puede ir pareja a un profundo sentimiento de cercanía o ternura, y cómo entonces nos deja más satisfechos.

El objetivo es aprender siempre, ya que una relación sexual pierde su atractivo cuando se convierte en rutina (algo meramente mecánico que se sabe cómo empieza y cómo termina).

Madurar no es solamente aprender «técnicas» o posturas, como quien aprende recetas de cocina, sino quitarnos tabúes, miedos, vergüenzas, saber que no hay nada de perverso ni anormal siempre que sea una forma de expresión sincera, agradable y deseado por los dos miembros de la pareja.

Madurar es también quitar de nuestra vida los mitos y los tópicos, la idea de que lo mejor es esto o lo otro, y funcionar con lo que sea bueno para las dos personas. Por ejemplo, la obsesión por el orgasmo simultáneo puede hacer que una pareja no disfrute y se frustre si, como es normal, las dos personas tienen ritmos distintos. Se trataría, más bien, de disfrutar espontáneamente en este proceso de recibir y proporcionar sensaciones.



Madurar sexualmente es también, sobre todo en el caso de los hombres, olvidarse de la preocupación por su potencia sexual y empezar a pensar que lo más satisfactorio para la pareja es probablemente que se manifiesten como son, que sean capaces de valorar la importancia del cariño y la ternura en la relación, mucho más que «sean muy machos» o que «tengan siempre ganas», que son cosas que no sólo no tienen importancia, sino que pueden llegar a resultar un agobio para la mujer.

Madurar es descubrir que la piel es el principal órgano sexual, y que todo el cuerpo es capaz de sentir, expresarse y gozar. Cada persona puede tener una sensibilidad sorprendente en cualquier parte de su cuerpo. Por eso es muy importante que la persona se sienta lo suficientemente libre para explorar su propio cuerpo y el de la otra persona, para acariciar sin límites y experimentar nuevas sensaciones e inventar la relación cada día. La caricia no es sólo una realidad física, sino psíquica y emocional. Se trata de que la caricia exprese la emoción y el sentimiento que en ese momento vivimos.

Para madurar, pues, es imprescindible que hombres y mujeres nos conozcamos bien a nosotros mismos, que sepamos cuáles son nuestras preferencias y seamos capaces de hablar de ellas con nuestras parejas, si las tenemos.

Madurar es ir aprendiendo y descubriendo nuevas facetas cada día.

Y las personas mayores, ¿qué?

La vida sexual no termina nunca, porque seguimos siendo sexuados durante toda la vida.

La sexualidad tiene diferentes manifestaciones: no se expresa igual en la infancia, en la adolescencia, en la edad adulta o en la vejez. En este período suele disminuir la frecuencia de las relaciones coitales (esto no ocurre de repente, sino gradualmente). Sin embargo, aparece cierta dificultad en la consecución del orgasmo, y posibles molestias vaginales durante el coito. Se deberá dar más importancia al afecto, la ternura, la comunicación, que también son aspectos de la sexualidad.

Por ello no puede decirse que se termina o disminuye la vida sexual, sino, en todo caso, que cambia. El contacto piel a piel, las caricias... y, en algunos casos, las relaciones coitales, siguen teniendo gran importancia en la vejez. Incluso puede haber nuevos enamoramientos y grandes deseos de mantener o reencontrar a la pareja sexual.

Desarrollo psicosexual en la adolescencia

La adolescencia es el período de la vida humana durante el cual el niño y la niña experimentan los cambios biológicos (pubertad) y los cambios psicológicos que les van a transformar en jóvenes adultos.

La edad en la que se inician los cambios biológicos es muy variable. Está determinada por factores genéticos y por factores exógenos, tales como cli-

ma, temperatura, luz ambiental, estado nutricional...

En general, los niños y niñas empiezan la pubertad a los 11 ó 12 años, como término medio, y la concluyen en torno a los 16 años, las chicas, y a los 18, los chicos.

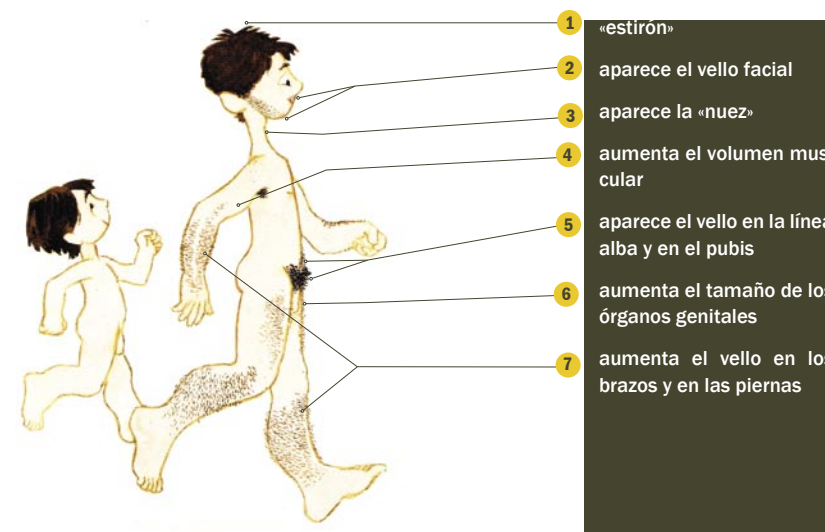
Cambios puberales masculinos

Desde un punto de vista funcional, el factor clave que inicia la pubertad es una modificación en los mecanismos neuroendocrinos del hipotálamo, por la cual esta región del cerebro incrementa progresivamente las tasas de secreción a la sangre de la hormona denominada hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

Los efectos biológicos de la llegada a los testículos de cantidades crecientes de gonadotropinas son principalmente: el desarrollo de las células del Leydig, el desarrollo de las células de Sertolí y la síntesis y liberación de testosterona.

El desarrollo completo de la espermatogénesis (producción de espermatozoides) no suele producirse hasta, por término medio, los 13-14 años de edad del niño. Pero antes de este momento, las tasas crecientes de testosterona, si bien no son lo suficientemente altas para posibilitar la espermatogénesis, sí lo son para estimular el desarrollo de los órganos genitales del chico. Así, el chico puede experimentar sus primeras eyaculaciones antes de que su semen contenga espermatozoides maduros o contenga los suficientes.

Además de adquirir la capacidad de procrear, durante la pubertad el chico experimenta una serie de cambios anatómico-fisiológicos que afectan fundamentalmente a los denominados genéricamente «caracteres sexuales primarios» (testículos, epidídimos, conductos y vasos deferentes, vesículas seminales, próstata, pene y escroto) y a los «caracteres sexuales secundarios» (esqueleto, musculatura, piel, distribución del pelo y laringe).





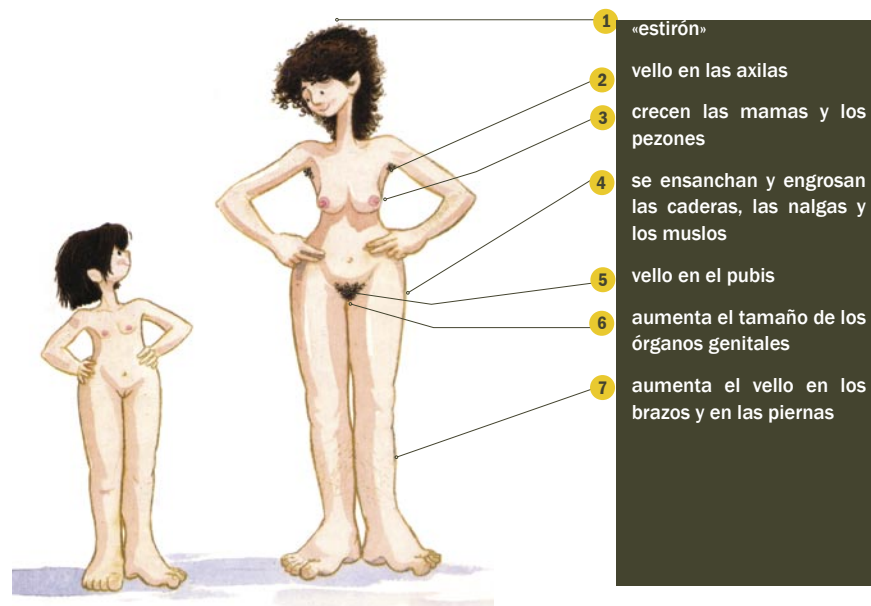
Estos cambios se deben fundamentalmente a la acción de la testosterona en las células que constituyen los órganos, conductos y tejidos citados, la cual parece promover un aumento considerable de la producción celular de proteínas y, en consecuencia, un incremento de la actividad biológica de la célula, acelerándose, muy especialmente, los procesos propios de su crecimiento y reproducción.

Los efectos más evidentes de esta acción de la testosterona son el crecimiento gradual del tamaño de todos los órganos y conductos del aparato genital masculino (pene, testículos, bolsas escrotales, etc.), el aumento considerable del volumen muscular y del espesor de la piel, cambios en las características del cabello y el crecimiento de los huesos, muy especialmente de los huesos largos.

Otros cambios puberales, también resultado de la acción de la testosterona, son la estimulación de la secreción de las vesículas seminales y de sus líquidos seminales respectivos, el agrandamiento de la laringe, lo que produce un agravamiento de la voz, la estimulación de los folículos pilosos de todo el cuerpo, la estimulación de las glándulas sebáceas que aumentan su producción de sebo provocando el “acné juvenil”, un leve engrosamiento de los pezones y las mamas y la estimulación de las glándulas sudoríparas, incrementándose la propensión a la transpiración corporal.

Cambios puberales femeninos

Un acontecimiento evidente caracteriza la pubertad de la mujer: la aparición de la primera menstruación o «menarquía». Pero los cambios puberales ya empiezan a producirse uno o dos años antes de este acontecimiento, por ello se suele dividir la pubertad en dos subperíodos: la premenarquía y la postmenarquía.



Los efectos biológicos de la llegada a los ovarios de cantidades crecientes de gonadotropinas son el crecimiento y la proliferación de las células que, junto a los ovocitos, conforman los folículos primitivos; y la síntesis y secreción por dichas células de cantidades crecientes de estrógenos.

Mucho tiempo antes de que las tasas de gonadotropinas lleguen a ser lo suficientemente elevadas para posibilitar el desarrollo completo del folículo primordial y la ovulación, las cantidades crecientes de estrógenos segregadas por los folículos en desarrollo llegan a los demás órganos genitales internos, desencadenando en ellos las modificaciones propias del ciclo genital femenino. En consecuencia, las chicas experimentan las primeras menstruaciones antes de que hayan adquirido la capacidad de procrear. Estas menstruaciones que no están precedidas de la ovulación reciben el nombre de menstruaciones anovulatorias.

La edad de aparición de la menarquía es variable y depende de numerosos factores de tipo genético y ambiental. En nuestro país la edad media se sitúa entre los 11 y los 13 años.

Prácticamente, todo el conjunto de cambios anatómicos y fisiológicos que se producen durante la pubertad en los órganos genitales y en los caracteres sexuales secundarios de las chicas se deben a la acción de los estrógenos, la cual podría definirse en líneas generales como de estimulación del crecimiento y proliferación celular, muy especialmente de las células de los diversos tejidos que componen los órganos genitales, incluidos los epiteliales, y también de los que constituyen los tejidos adiposo y óseo.

La acción de la progesterona se relaciona casi exclusivamente con la preparación del útero para el embarazo y de las mamas para la lactancia.

A la estimulación por los estrógenos se debe fundamentalmente el crecimiento del tejido adiposo subcutáneo en general, y muy particularmente del de los labios menores, labios mayores, las regiones glúteas y los muslos, con el consiguiente crecimiento de estas regiones, que conforma la morfología peculiar de las chicas. Otros efectos provocados por los estrógenos son la aceleración del crecimiento y el ensanchamiento de la pelvis.

Además, todos los tejidos que constituyen los órganos genitales femeninos se verán también afectados aumentando el tamaño (labios mayores y menores, clítoris, vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios). Algunos de estos tejidos experimentan cambios importantes para el cumplimiento de su función en la reproducción.

La aparición del vello y la entrada en funcionamiento de las glándulas sebáceas y sudoríparas son consecuencia de la acción de los andrógenos secretados por las glándulas suprarrenales. El hecho de que el organismo de los chicos produzca mayor cantidad de andrógenos (testosterona) explica que estos cambios sean en ellos más intensos.

Los cambios psicológicos en la adolescencia

Los cambios puberales alteran repentinamente las vidas de los chicos y las chicas. En poco tiempo, han de adaptarse a sus «nuevos» cuerpos, a sus respectivas modificaciones fisiológicas y a sus nuevas experiencias afectivas,



muy especialmente a la emoción sexual y el enamoramiento. Ello les obligará a reconstruir su autoconcepto y sus conceptos del mundo y de sí mismos, y a reconstruir una personalidad propia que, adaptada a sus nuevos deseos y necesidades, les permita continuar relacionándose positivamente con los demás y, además, les caracterice en el mundo adulto.

Y, por si esto fuera poco, han de adaptarse también a los cambios de actitud de los adultos, ampliar sus márgenes de libertad e independencia en la familia, asumir nuevas responsabilidades, planificar su vida futura y adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para dicha planificación.

Las dificultades que las y los adolescentes encuentren en esta etapa van a depender de la confianza adquirida de las relaciones interiorizadas y de su situación personal con relación al sistema de valores de la sociedad a la que pertenecen.

La sexualidad en la adolescencia

Desde una perspectiva evolutiva, el deseo sexual es instintivo. Pero en la especie humana una actividad instintiva pura sólo se produce durante los primeros días de la vida. Después, a medida que se va desarrollando, la corteza cerebral va integrando y controlando todas las funciones del sistema nervioso.

Desde una perspectiva individual, la conducta sexual requiere unas diferentes etapas de maduración anatomofuncional del sistema nervioso, de forma que su aprendizaje requiere alcanzar unas determinadas etapas evolutivas.

Durante la infancia, los aparatos genitales no están desarrollados, la sensualidad no está aún focalizada en los genitales externos, no existe una orientación específica del deseo, las zonas erógenas son muy difusas y las sensaciones del placer sexual son poco intensas.

Durante la pubertad, la modificación de los mecanismo neuroendocrinos y el desarrollo de los aparatos genitales hacen que la sensualidad se focalice en los genitales externos y puedan producirse los altos niveles de excitación, las modificaciones fisiológicas y las sensaciones intensamente voluptuosas que caracterizan la respuesta sexual humana. Ello incrementa extraordinariamente la eficacia erógena de la piel, por lo que el placer sexual inunda las vidas de los adolescentes.

La orientación del deseo vendrá determinada principalmente por la particular experiencia afectiva de la persona y por los contenidos de su particular significado de la sexualidad. No existe base científica para pensar que el deseo sexual del ser humano esté biológicamente determinado exclusivamente hacia la heterosexualidad o hacia la homosexualidad. Todos nuestros conocimientos nos lo definen claramente como un ser potencialmente ambisexual.

La elaboración del significado del placer sexual y del deseo sexual es fundamentalmente un proceso de aprendizaje-socialización donde los principales agentes son la familia, la escuela, el grupo de iguales y los medios de comunicación. A través de ellos, el adolescente aprende el significado de la

sexualidad y los hábitos de conducta sexual propios de la cultura de la sociedad a la que pertenece.

Respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana es la manera de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto de una manera física como desde el punto de vista más puramente emocional. En el plano de lo físico se producen dos cambios fundamentales en el cuerpo:

- Gracias a la afluencia de sangre en la zona pélvica se produce un fenómeno que se denomina vasocongestión
- Se produce un aumento de la tensión muscular (miotonia)

Según Masters y Jhonson, la respuesta sexual humana, en función de los cambios que se producen en el cuerpo, pasa por las siguientes fases:

Fase de deseo

Hace referencia a la apetencia de iniciar o mantener una relación o conducta sexual. El deseo debe estar presente a lo largo de todo el ciclo.

Fase de excitación

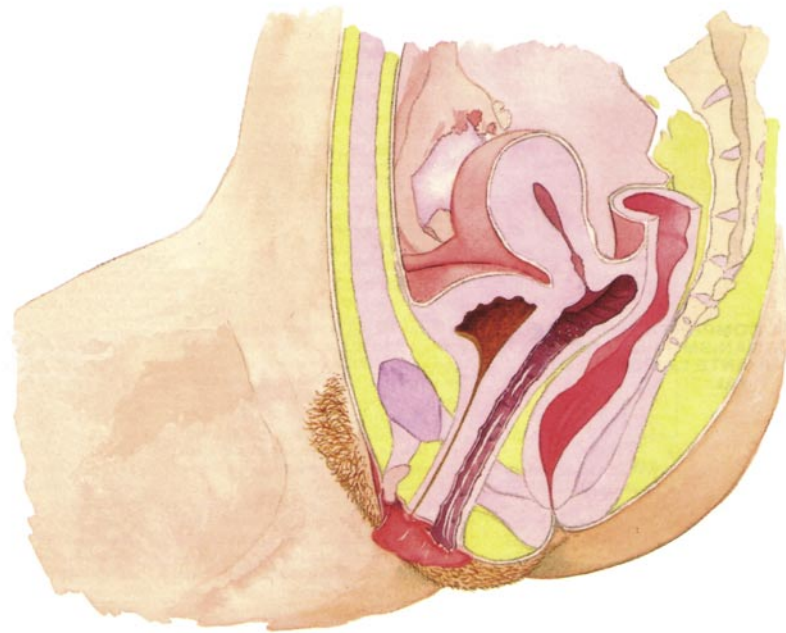
- **En el hombre.** Se produce la erección del pene, aumenta el tamaño de los testículos, que se elevan y quedan pegados al abdomen. Debido a la afluencia de sangre, el color de los genitales se oscurece y también se produce una erección en los pezones. En estos momentos aumentará la tasa cardíaca y también la respiración, y se tensarán los músculos de todo el cuerpo.
- **En la mujer.** El clítoris se pone erecto y sale de su capuchón para facilitar su estimulación. Además, gracias a las glándulas de Bartolino, segrega un fluido que humedece la vulva para facilitar el coito. Aumenta el tamaño de los labios menores, el útero se eleva y la vagina se alarga. Los pezones se endurecen y los pechos aumentan ligeramente de tamaño. Al igual que en el hombre, la respiración se acelera, la tasa cardíaca aumenta y se produce la tensión muscular.

Fase de meseta

- **En la mujer,** el clítoris vuelve a esconderse bajo la piel.
- **En el hombre,** se produce la emisión de líquido preseminal o preeyaculatorio, que proviene de las glándulas de Cowper.

Fase de orgasmo

- **En el hombre** se expulsa el semen al exterior gracias a las contracciones de los genitales internos. El semen sale disparado en forma de espasmos rítmicos. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación



Esquema de respuesta sexual femenina

- 1 Lubricación de las paredes vaginales.
- 2 Distensión del túnel y del orificio vaginal.
- 3 Adelgazamiento y desplazamiento lateral de los labios mayores.
- 4 Tumefacción (hinchazón) de los labios menores.
- 5 Aumento del tamaño del clítoris.
- 6 Erección de uno o de los dos pezones y aumento del volumen de las mamas.
- 7 El cuerpo del útero se eleva ligeramente y se desplaza hacia atrás.
- 8 Enrojecimiento de áreas dispersas de la piel.
- 9 Pensamientos lógicos y deseos inconscientes.

- **En la mujer** también se producen contracciones y espasmos en la plataforma orgásmica (el tercio externo de la vagina), el esfínter anal y en el útero. Dependiendo del número de contracciones y de la intensidad de éstas, variará también la intensidad del orgasmo.

Fase de resolución

Aparece la relajación en el cuerpo.

- **En el hombre** baja la erección y sobreviene el período refractario, durante el cual no puede tener otro orgasmo. Este período varía en función de diversos factores, como la edad.
- **En la mujer** el cuerpo vuelve también a su estado de relajación, aunque, a diferencia del hombre, después del orgasmo puede alcanzar más, (con una estimulación adecuada, por supuesto).

Es importante destacar que tanto variables de tipo físico como psicológico o ambiental pueden influir para que este ciclo se vea alterado. Así mismo, debe quedar claro que existe mucha variabilidad entre unas personas y otras, e incluso en una misma persona en situaciones diferentes.

Disfunciones sexuales

Llamamos disfunción sexual a la dificultad para completar el Ciclo de Respuesta Sexual (CRS), entendiendo como tal la secuencia ordenada de cambios que se producen en nuestro organismo cuando estamos ante un estímulo sexual. Las causas las podemos englobar en dos categorías: orgánicas y psicosociales

Entre las causas orgánicas que pueden influir en el ciclo de la respuesta sexual están aquellas que afectan a los mecanismos vasculares de la zona genital, factores endocrinos, enfermedades, fatiga, dolor, ciertos medicamentos, drogas, etc.

Entre las causas de tipo psicológico podemos distinguir la falta de información que contribuye a la formación de unas expectativas erróneas en torno al funcionamiento sexual; la educación recibida que fomentará una actitud positiva o negativa y, por lo tanto, la forma en cómo vamos a vivenciarlos como seres sexuados; experiencias sexuales traumáticas como violación o abusos; la falta de autoestima y la no aceptación de nuestra imagen corporal; la ansiedad generada por la aparición de una disfunción sexual, etc.

En términos generales, cuando se presenta uno de estos problemas por primera vez, no hay que desesperar, sino tratar de solucionarlo con la pareja lo antes posible. Lo que hace que algunos de ellos se agraven considerablemente es la falta de comunicación y el darle excesiva importancia. Con una buena educación sexual y unas pautas básicas, la mayoría de ellos tienen solución.

Pero, si la situación se mantiene en el tiempo, es muy probable que la comprensión deje paso a la exigencia, o a la inapetencia, contaminando de esta manera otros aspectos de la relación como la comunicación, las muestras de afecto, la intimidad, etc. No siempre es fácil discernir cuál es la causa y cuál el efecto, ya que el deterioro de estos aspectos también pueden ser el origen de una disfunción sexual.

Algunos de estos problemas son:

Vaginismo: es una contracción instintiva de los músculos de la zona de la vagina que cierra el orificio vaginal impidiendo la penetración. A veces es fruto del miedo al coito o al embarazo, o simplemente se presenta en las primeras relaciones coitales por puro desconocimiento de lo que va a ocurrir. Casi siempre tiene un origen psicológico y en general se suele solucionar con éxito.

Anorgasmia: es la dificultad para obtener orgasmos. Es uno de los trastornos más frecuentes en la mujer. Las causas pueden ser varias:



- Insuficiente estimulación sexual.
- Miedo a que se produzca un embarazo.
- No disponer de un sitio adecuado para hacer el amor.
- El estado de ánimo.
- Estar demasiado pendiente de alcanzar el orgasmo.
- Problemas orgánicos.

Impotencia: incapacidad para obtener y mantener una erección del pene el tiempo suficiente para tener una relación sexual satisfactoria. Con mucha frecuencia, las causas de este tipo de trastornos son de origen psicológico:

- Cansancio o bajo estado de ánimo.
- Problemas en la relación de pareja.
- Miedo al fracaso e inseguridad con respecto a la pareja.
- Pensamientos negativos acerca de la sexualidad.

Entre las causas físicas se encuentran: diabetes, hipertensión, obesidad y uso de tabaco.

Eyaculación precoz: es un trastorno muy frecuente en los hombres, sobre todo en jóvenes (entre un 20 y un 40% de los hombres lo sufren). Para considerarla una disfunción tiene que ocurrir al menos en un 25% de las relaciones sexuales. La mayoría de las veces las causas son psíquicas:

- Realizar el coito en lugares incómodos o poco íntimos.
- Que la pareja tenga prisa por acabar.
- Situaciones de estrés.
- Eyaculación muy rápida durante la masturbación.

Disminución del deseo sexual: también denominado deseo sexual inhibido (DSI): es más habitual en mujeres que en hombres, y generalmente tiene que ver con estados depresivos, una mala relación de pareja, baja autoestima o experiencias desagradables con respecto al sexo.

Dispareunia: dolor en los genitales durante o inmediatamente después de la actividad sexual.

Aversión sexual: miedo irracional a la actividad sexual.

Para poder hablar de disfunción sexual, el síntoma se ha de presentar de una manera persistente o recurrente, es decir, que se mantenga en el tiempo. Así mismo, el síntoma se presenta a pesar de tener una estimulación adecuada.

Tratamiento

Antes de comenzar una terapia psicológica, se ha de descartar cualquier posible causa fisiológica. Para ello deberá acudir al especialista para que realice un chequeo relacionado con el motivo de consulta. Toda disfunción sexual es susceptible de tratamiento. A las sesiones terapéuticas han de acudir los dos miembros de la pareja, ya que la disfunción sexual se da en el ámbito de la relación, aunque sea una persona quien presente el síntoma. Dependiendo de qué disfunción se trate y de su etiología, sí puede hacerse un abordaje individualizado en las primeras entrevistas.

Es muy probable que antes de acudir a un especialista hayamos intentado todo para poner fin al problema, sin obtener los resultados esperados, máxi-

me cuando el hecho de plantearnos acudir a terapia para hablar de «estos temas» es una decisión incómoda. Esto hace que se tome esta decisión cuando la relación ya se torna insoportable, lo que empeora el problema inicial.

El tratamiento está dirigido a ofrecer información, a disminuir la ansiedad generada por la disfunción y de esta manera llegar a completar el ciclo de respuesta sexual, así como a potenciar y enriquecer la vida afectiva de la pareja.

Métodos anticonceptivos: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos

Los métodos anticonceptivos se han convertido hoy por hoy en un recurso fundamental para disfrutar de la sexualidad sin temores tanto a embarazos no deseados como a enfermedades de transmisión sexual. No existe un método ideal para todo el mundo, cada pareja o persona ha de decidir cuál prefiere.

Métodos naturales

Son aquellos en los que se evitan las relaciones sexuales en los días en los que la mujer ovula. Para ello es necesario aprender a controlar con exactitud estos días. Estos métodos no previenen en absoluto la transmisión de enfermedades y condicionan en gran medida la vida sexual de la pareja, que se ve limitada a mantener relaciones sexuales en unos días determinados.

En general son muy poco fiables, ya que el ciclo menstrual puede variar y producirse ovulaciones inesperadas.

- **Método Ogino:** consiste en abstenerse de realizar el coito en los días que preceden y siguen la ovulación. El periodo fértil, según Ogino (médico japonés), está comprendido entre los días 16 y 12 anteriores a la regla.
- **Billings:** consiste en controlar durante todo el mes la consistencia del flujo que sale por la vagina para determinar los días fértiles. Cuando se aproxima la ovulación es más transparente y viscoso, mientras que cuando la mujer no ovula es más pegajoso y oscuro.
- **Temperatura basal:** consiste en tomarse la temperatura cada mañana, antes de levantarse, en el recto de la vagina. En los días que se produce la ovulación la temperatura sube.
- **Lavados vaginales:** no son eficaces, consiste en irrigar la vagina con una serie de sustancias que aumentan la acidez de ésta. El problema está en que, en el momento de la eyaculación, los espermatozoides pueden alcanzar el útero rápidamente, por lo que la ducha llega demasiado tarde e incluso puede ayudar a los espermatozoides a entrar en el útero.
- **Marcha atrás o coitus interruptus:** consiste en eyacular fuera, no se puede considerar un método por su alto riesgo de embarazo.
- **Petting:** cualquier actividad que incluya el juego sexual: besos, caricias, abrazos, masturbación... que pueden ser tan placenteras como el coito.



Métodos de barrera

Son aquellos con los que se evita el contacto entre espermatozoide y óvulo.

- **Preservativo masculino:** de momento es el único método, junto con el preservativo femenino, que previene enfermedades de transmisión sexual y embarazos.

Es una goma fina, generalmente de látex, que se adapta al pene. Se coloca cuando el pene está en erección, antes de introducirlo en la vagina o el ano, y se retira cuando el chico ya ha eyaculado y saca su pene. El semen queda atrapado dentro del condón, impidiendo la fecundación.

Es de un solo uso, debe estar homologado por la Unión Europea y llevar fecha de caducidad. Debe conservarse en un lugar fresco y seco. A la hora de comprarlos hay que tener en cuenta dónde están expuestos.

Cuando se tiene alergia al látex se pueden utilizar preservativos de poliuretano que se venden en *sex-shops*.

Los hay de colores, sabores, formas... Hay que tener en cuenta que algunos preservativos de sabores no son fiables para el coito. Para la penetración anal existen preservativos especiales, más resistentes. Si se van a utilizar lubricantes deben ser compatibles con la goma.

El precio suele rondar los 5 euros una caja de 6 unidades.

Importante

- 1 Consérvalos en lugar seco y fresco, fuera de la luz del sol (la guantera del coche es un mal sitio).
- 2 Manipúlalos con cuidado para que no se rompan, y a la hora de abrirlos ten cuidado de no dañarlos con la uña.
- 3 Si utilizas lubricantes, usa uno cuya base sea el agua. No uses lubricantes cuya base sea aceite (vaselinas, tampoco mantequilla), pues pueden dañar el preservativo.
- 4 El preservativo sólo ha de usarse una vez, aunque no haya habido penetración o eyaculación.
- 5 No uses dos condones a la vez, eso aumentaría el riesgo de que se rompieran.
- 6 Fíjate en la fecha de caducidad, que no debe ser superior a 5 años.
- 7 En el envase ha de figurar: «Homologado por la D.G.F.S. número... CC», o «Cumple las exigencias de la Norma Española UNE 53-625...»
- 8 La eficacia aumenta si lo utilizas conjuntamente con crema espermicida.
- 9 Lee detenidamente las instrucciones de uso.

Modelos comercializados

- Anatómico
- Anatómico y estimulante
- Aromatizado
- Aromatizado y saborizado
- Bicolor
- Coloreado
- Coloreado, saborizado y aromatizado
- Coloreado y aromatizado
- Coloreado y saborizado
- Espermicida
- Estriado
- Estriado y granulado
- Extra grueso
- Extra lubricado
- Extrafino
- Fino
- Forma espiral
- Granulado
- Mix
- Más ancho
- Más pequeño
- Natural
- Poliuretano (alergia al látex)
- Resina sintética
- Resina sintética (alergia al látex)
- Retardante
- Sin lubricar
- XL
- XXL

- **Preservativo femenino:** es de poliuretano y se introduce en la vagina. Está muy lubricado para facilitar su introducción.

Tiene dos aros, uno de los cuales se introduce estrechándolo con los dedos, en la vagina. El otro se queda en el exterior y a través de él se introduce el pene.

No ha tenido mucho éxito porque parece bastante aparatoso, resta sensibilidad y su coste es alto.

- **Diafragma:** no sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual, es una especie de caparazón, una circunferencia de goma con un contorno elástico alrededor. Se introduce en la vagina y se coloca de tal forma que taponan el cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides.

Es imprescindible utilizarlo junto una **crema espermicida**, cuya función es la de matar los espermatozoides y lubricar la zona para introducir el diafragma con más facilidad.

Marcas Homologadas por el Ministerio

DUREX Laboratorios Hispano ICO	PRIME Ortopedia Mogar	Laboratorios Prophyl Center
CONTROL Tecnilatex	HARMONY Beiersdorf ANDROTEX	LINEAFARM Plus Laboratorios Lineafarm



Existen diafragmas de diferentes tamaños, por tanto el ginecólogo o ginecóloga tendrá que medir el cuello del útero y enseñar a la mujer a ponerlo y quitarlo.

Se debe colocar, como mucho, dos horas antes de la relación sexual. Antes de introducirlo se impregna de crema espermicida y se ciñe entre los dedos para introducirlo en la vagina. Tras la relación sexual tiene que permanecer en la vagina entre seis y ocho horas, tras las cuales se retira y se lava para su posterior uso.

Reutilizable, bien cuidado puede durar en torno a un año. Se lava con agua y jabón. El precio está en torno a los 60 euros.

- **Espermicidas:** existen en el mercado en forma de cremas, geles y óvulos vaginales. Tienen una doble acción, por un lado el ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza o mata a los espermatozoides, y por el otro, la emulsión que contiene la sustancia activa forma una barrera que bloquea la apertura del cervix. Deben ser siempre utilizados en combinación con otros métodos anticonceptivos, ya que por sí solos tienen muy poca eficacia. Se introduce en la vagina, aproximadamente, diez minutos antes de la penetración. Si se mantiene una segunda relación, ha de repetirse su aplicación. Se venden en farmacias sin receta médica. Su precio: 5€ 10 minióvulos.
- **Esponja vaginal:** es una pequeña esponja de talla única, cuya utilización y mecanismo de acción es similar al diafragma. Algunas llevan incorporada crema espermicida. De no ser así, se le ha de añadir. Son de un sólo uso. Se compran en farmacias y no necesitan instrucción ginecológica.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** se llama así porque se coloca dentro del útero. Es un objeto de plástico, en forma de T, de unos 4cm de largo, con un hilo en uno de los extremos para su control.

Existen muchos tipos de dispositivos, la ginecóloga o el ginecólogo explicarán con detalle cuál es el más apropiado y lo colocarán. Dependiendo del tipo, se puede llevar puesto de 2 a 5 años. Hay que hacer controles y revisiones ante el riesgo de infecciones.

Métodos Hormonales

Los anticonceptivos hormonales pueden ser combinados o gestagénicos. Los primeros contienen un estrógeno combinado con diferentes gestágenos y su principal acción anticonceptiva es que inhiben la ovulación. Se pueden administrar en forma de píldora, pero también mediante un anillo vaginal o un parche que se coloca sobre la piel.

Por su parte, los anticonceptivos gestagénicos son la minipíldora, el DIU que libera hormonas y el implante subdérmico (bajo la piel). Este tipo de contracepción actúa frenando la ovulación, pero también haciendo el moco cervical hostil al paso de los espermatozoides y evitando la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

Están recomendados para las mujeres para las que están contraindicados los contraceptivos hormonales combinados porque son fumadoras, están en periodo de lactancia o tienen problemas cardiovasculares o de coagulación.

- **Píldora anticonceptiva:** es un método muy eficaz que se basa en la administración de hormonas femeninas. Cada pastilla contiene las dos hormonas que se producen en el ovario, estrógenos y progesterona, y al pasar a la sangre, la hipófisis no le envía órdenes para que se las produzca. Gracias a esto no se produce la ovulación, sin la cual es imposible la fecundación

Previene embarazos, pero no enfermedades, y han de recetártela en la consulta ginecológica después de hacerte una exploración. No es necesario cumplir los 18 años para tomarla.

Cada tableta contiene 21 pastillas con los días de la semana al dorso. La primera toma ha de coincidir con el primer día de regla, y se debe tomar todos los días a la misma hora aproximadamente. Después de haber tomado las 21 pastillas se hace un descanso de siete días, en cuyo período bajará la regla. Durante el primer mes de toma puedes estar manchando un poco de forma intermitente, pero es normal.

La píldora es efectiva desde el primer día que se toma, pero para estar totalmente segura es aconsejable esperar el primer mes completo.

En los días de descanso la píldora sigue haciendo su efecto.

La píldora por sí misma no engorda, pero sí es verdad que abre el apetito y, además, el cuerpo tiende a retener líquidos, así que es recomendable vigilar las comidas y beber dos litros de agua al día.

Si se te olvida tomar la píldora, hasta un margen de 12 horas, no pasa nada. Si el olvido es mayor a este tiempo debes tomar la píldora olvidada más la que te tocaba, y durante ese mes utilizar otro método anticonceptivo.

- **Minipíldora:** su hormona anticonceptiva impide la ovulación, por eso es tan eficaz como la píldora combinada. Se toma diariamente, sin semana de descanso. Al no contener estrógenos está indicada para mujeres en periodo de lactancia o mujeres con intolerancia o contraindicaciones a los estrógenos. Su principal inconveniente es que el sangrado es variable e impredecible (la tendencia es la de disminuir la frecuencia y número de días de sangrado).
- **Píldora masculina:** El principio activo nifedipin, medicamento utilizado para combatir la hipertensión, ha demostrado ser también un principio activo que evita que los espermatozoides atraviesen la pared del óvulo, lo que impide la ovulación. Todavía en fase de experimentación.
- **Anillo vaginal:** es un anillo de plástico flexible que la mujer coloca en la vagina como si fuera un tampón higiénico. Libera en la vagina las hormonas anticonceptivas en una dosis muy baja y constante, sin picos de hormonas, que pasan a la sangre e impiden la ovulación, por eso es eficaz. Hay que usar el anillo durante 3 semanas seguidas y luego retirarlo para descansar una semana, en la que tendrás la regla. Su eficacia no depende de la posición que adopte en la vagina, durante su uso no se nota y no se cae. Sus principales ventajas son su comodidad y discreción, y que hay menor posibilidad de olvidos. Su eficacia es igual a la de la píldora
- **Parche anticonceptivo:** similar a una tirita de forma cuadrada, el parche se aplica sobre la piel limpia y seca (exenta de cremas, lociones y vello), presionando durante 10 segundos para asegurarse de que queda bien





adherido. A través de la piel el parche libera hormonas anticonceptivas que impiden la ovulación, por eso es eficaz. Se puede aplicar en las nalgas, la parte baja del vientre, el hombro o el omóplato, nunca cerca de los pechos. El parche se debe utilizar durante una semana y luego aplicar otro nuevo, repetir durante tres semanas y descansar la cuarta semana para que baje la regla. Sus principales ventajas: es fácil de usar, hay menos posibilidades de olvidos y su eficacia es igual a la píldora. Sus inconvenientes: es poco discreto y puede despegarse, por lo que hay que vigilar cada día que esté bien pegado.

- **Inyección hormonal:** la frecuencia de administración puede ser cada cuatro, ocho o doce semanas. Su eficacia es muy alta, pero se utilizan con mucha menos frecuencia que la píldora puesto que pueden tener algunos efectos secundarios indeseables.

En general este método anticonceptivo es administrado a mujeres que por diversas circunstancias no pueden acordarse de tomar una píldora diaria.

- **Implante hormonal:** es un método anticonceptivo a largo plazo (3 años) muy cómodo y fácil de usar. El implante está formado por 6 pequeños tubos del tamaño de una cerilla que se insertan bajo la piel del brazo de la mujer y que van liberando lentamente hormonas sintéticas (progestágeno, similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer) en el organismo en una dosis constante y muy baja. Estas hormonas evitan que los ovarios expulsen los óvulos además de causar cambios en la pared uterina y en el moco cervical. Su ventaja: la comodidad, no existe riesgo de olvido. Sus inconvenientes: un patrón de sangrado variable y que la extracción e inserción debe realizarla personal especializado.
- **DIU hormonal:** tiene forma de 'T', igual que cualquier otro pequeño dispositivo intrauterino, pero además contiene una hormona, el levonorgestrel. Su capacidad anticonceptiva es de cinco años. Es una opción terapéutica muy interesante para las mujeres que tienen sangrados menstruales abundantes, pero no padecen una patología orgánica que los cause. Este problema que padecen muchas mujeres tiene efectos muy negativos en su calidad de vida y puede requerir actuaciones más agresivas, como legrados o extirpación del útero.

Estos anticonceptivos reducen el dolor menstrual y producen un menor sangrado, por lo que son útiles en mujeres con sangrados abundantes o con problemas de anemia por carencia de hierro. Además ayudan a que los ciclos sean regulares y alivian los síntomas premenstruales.

Algunas mujeres los utilizan para contrarrestar el acné y el aumento del vello corporal. Eso sí, hay que tener cuidado, ya que pueden producir náuseas y vómitos, así como retención de líquidos y aumento de peso. En algunas mujeres se han presentado casos de depresión, disminución de la libido y manchas faciales. También es frecuente el dolor de cabeza.

Deberían abstenerse de utilizar estos métodos las mujeres fumadoras, las mayores de 35 años de edad, así como aquellas con factores de riesgo cardiovascular, problemas circulatorios o de coagulación y hepáticos.

Métodos Hormonales de Emergencia

- **Píldora postcoital o píldora del día después:** es un preparado hormonal compuesto de una dosis concreta de hormonas y que se debe tomar en un plazo máximo de tres días, es decir, 72 horas después de un coito de riesgo. Su función es alterar el ciclo reproductor femenino, impidiendo que, si se ha producido un embarazo, éste se lleve a término, alterando el endometrio para que se produzca la regla. La «píldora del día después» actúa inhibiendo la ovulación e impidiendo la fertilización. Su eficacia es casi del 100% cuando se toma en las 24 horas posteriores al coito de riesgo. No se considera un método anticonceptivo, sino una solución de urgencia para un momento determinado, por lo tanto no debe utilizarse con frecuencia. Sólo se puede administrar con receta médica. Cuando se necesite, hay que acudir con premura a la consulta médica, a un centro de planificación familiar o a la consulta ginecológica. Se vende en las farmacias, pero es necesaria una receta médica.
- **DIU postcoital:** se utiliza tras un coito desprotegido, en el que no se ha utilizado método anticonceptivo o el preservativo se ha roto. Se inserta un DIU en el útero, por supuesto por un médico cualificado, en un plazo máximo de cinco días. Al igual que la píldora postcoital, su labor es evitar un embarazo no deseado.

Métodos Quirúrgicos

Son métodos por lo general irreversibles. Esto quiere decir que la decisión de llevarlos a cabo tiene que estar muy pensada, porque hay que tener en cuenta que, en principio, son de carácter permanente.

- **Vasectomía:** es una técnica sencilla, mínimamente invasiva, que conlleva también mínimos riesgos. Consiste en la ligadura de los conductos deferentes para impedir que los espermatozoides salgan al exterior junto con el líquido seminal. Se realiza con anestesia local y dura unos 30 minutos. Tras la operación se eyacula igual, pero el semen no contiene espermatozoides. Actualmente puede ser reversible.
- **Ligadura de trompas:** consiste en ligar las trompas de tal manera que no pueden pasar ni los espermatozoides ni el óvulo. Se puede practicar mediante cirugía abierta y también por laparoscopia. El ciclo menstrual no se altera, la única diferencia es que el óvulo es absorbido por el abdomen y nunca llegará a encontrarse con el espermatozoide.

VIH | SIDA

Durante los últimos años, el panorama en torno a la infección por VIH y el SIDA ha cambiado considerablemente. Entre otras cosas, el avance en la

investigación ha permitido una considerable mejora en los tratamientos y, por tanto, en la calidad de vida, y además el ambiente social en torno a esta enfermedad ha cambiado hacia una mayor comprensión y ayuda, así como hacia una toma de conciencia de las fuentes de infección.

Pero esto no es suficiente. Además hay que luchar por los derechos de las personas infectadas y lograr su absoluta integración en la sociedad, y para ello es necesario incidir en la gente más joven, para educarla tanto en la prevención como en el respeto.

¿Qué es?

La palabra SIDA corresponde a las iniciales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Cuando el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) entra en nuestro organismo, ataca al sistema de defensas destruyendo progresivamente las células que se encargan de protegernos de las enfermedades y dejando al organismo expuesto a infecciones graves y ciertos cánceres.

Con el tiempo, al haberse debilitado el sistema inmunológico, la persona infectada empieza a sufrir una serie de enfermedades conocidas en su conjunto como SIDA.

Cuando una persona adquiere VIH se dice que es portadora del virus del SIDA o seropositiva. Aunque no ha desarrollado aún la enfermedad, sí puede transmitir el virus en otras personas.

¿Cómo se Transmite?

El virus del SIDA se encuentra en todos los fluidos del organismo de una persona portadora del VIH o seropositiva: sangre, saliva, semen, secreciones vaginales, lágrimas, orina... Sin embargo, los únicos capaces de transmitir el VIH en cantidad suficiente son: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. El resto de fluidos, aun cuando puedan contener VIH, llevan una cantidad mínima y por ello no podrán transmitir la infección.

La transmisión se produce cuando la sangre, el semen o flujo vaginal de una persona seropositiva o enferma de SIDA entra en el torrente sanguíneo de otra persona.

Por lo tanto, las **vías de transmisión** del VIH son:

- **sanguínea:** por uso compartido de agujas, objetos cortantes, jeringuillas.
- **madre-hijo/a:** una mujer seropositiva tiene de un 20% - 40% de posibilidades de tener descendencia afectada. En este caso, la mejor manera de evitar la transmisión es evitar el embarazo (es uno de los supuestos legales permitidos para el aborto) o, si no, la atención sanitaria adecuada desde los primeros momentos puede disminuir el riesgo. Es aconsejable la cesárea y es importante no dar de mamar.
- **sexual:** por penetración vaginal o anal sin protección, por relación buco-genital. Todas las prácticas sexuales que favorezcan las lesiones y las irritaciones conllevan un aumento del riesgo de transmisión.

¿Cómo Actúa?

Por sus características, el VIH se puede definir como un virus verdaderamente débil y poco resistente fuera del organismo humano. Se puede destruir con lejía, agua oxigenada, detergentes... Dentro de nuestro organismo no puede vivir de manera independiente, sólo puede vivir en el interior de una célula.

En el caso del VIH, éste ataca a los Linfocitos T4, se multiplica a expensas de éstos y finalmente los destruye. De esta forma se va produciendo una disminución de la capacidad defensiva.

Evolución de la Enfermedad

La infección por VIH es un proceso lento que se manifiesta de esta manera:

- **Periodo asintomático:** no hay signos externos de la infección por VIH. La persona seropositiva no nota nada, y se encuentra sana, aunque sea portadora del virus y pueda transmitirlo.
- **Inmunodepresión crónica:** el sistema inmunológico de la persona seropositiva ha sufrido un descenso importante de sus defensas.
- **SIDA:** con el tiempo, al haberse debilitado el sistema inmunológico, la persona infectada empieza a sufrir una serie de trastornos y enfermedades conocidas en su conjunto como SIDA (infecciones oportunistas, algunos cánceres, afecciones neurológicas...)

La Prueba del VIH

La presencia del virus del SIDA puede detectarse mediante un análisis de sangre. Existen dos formas básicas:

- **De forma directa:** detectando el virus mismo. Sólo está al alcance de laboratorios especializados y reservados generalmente para la investigación.
- **De forma indirecta:** detectando los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus. El *método ELISA* es una técnica rápida y es la que se usa de forma habitual.

Para realizarse la prueba hay que dejar pasar como mínimo de tres a seis meses desde que se produjera la situación de riesgo, ya que nuestro cuerpo tarda este tiempo, llamado «período ventana», en desarrollar los anticuerpos contra el VIH que se detectan en la prueba.

Hacerse la prueba es una decisión voluntaria. Cada persona debe decidir si se la quiere hacer, pero es importante saber que detectar cuanto antes la infección por VIH permite a la persona seropositiva beneficiarse precozmente de los tratamientos existentes, mejorar su calidad de vida y adoptar las medidas preventivas necesarias para no transmitir el virus.

Se puede realizar en los Centros de Atención Primaria, en los centros de Planificación Familiar y en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La prueba del VIH se realiza de forma voluntaria, confidencial, anónima y gratuita.

Un resultado positivo no significa que la persona seropositiva tenga el SIDA, sino que está infectada por el VIH, es portadora del virus y puede



transmitirlo a otras personas. Entre la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA pueden transcurrir muchos años. Así mismo, se puede hacer mucho para retrasar su aparición: evitando otras infecciones, tomando la medicación adecuada, con una dieta equilibrada, con horarios regulares de sueño, realizando ejercicio...

Tratamiento

Los nuevos tratamientos antirretrovirales están consiguiendo convertir el SIDA prácticamente en una enfermedad crónica, y podrán lograr alargar tanto el periodo asintomático que no se llegue a desarrollar el SIDA.

Uno de los factores más importantes para conseguir una mayor efectividad de los tratamientos antirretrovirales consiste en la adecuada adherencia a los mismos, es decir, la correcta toma de los medicamentos.

Por otro lado es importante una detección precoz de la infección por VIH para iniciar el tratamiento lo antes posible.

A pesar de los avances en los tratamientos y de las investigaciones para lograr una vacuna eficaz contra el SIDA, actualmente la prevención es la única forma de luchar contra la infección por el VIH.

Cómo Prevenir

El preservativo es el método más eficaz para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales con penetración.

Otras ETS

Es tan importante cuidar nuestros genitales como cuidar cualquier otra parte de nuestro cuerpo, y preservarlos de cualquier infección, ya sea transmitida a través de prácticas sexuales, en cuyo caso se denominan enfermedades de transmisión sexual, o por otros motivos, como puede ser el mero descuido de la higiene personal.

Las ETS son más frecuentes en jóvenes de 15-29 años, ya que en este periodo es cuando hay una mayor actividad sexual. En ocasiones el hecho de tener algún tipo de infección en los genitales produce vergüenza y a la vez sentimientos de culpa que hacen difícil que la persona reconozca su problema, tanto ante su pareja como ante sí misma.

Sea cual sea el origen que produce una infección es necesario acudir a especialistas para que traten el problema y se pueda solucionar. La mayoría, si son cogidas a tiempo, tienen fácil curación. El diagnóstico y tratamiento no suelen ser dolorosos ni costosos.

¿Cómo se Manifiestan?

Siempre y cuando algo vaya mal, notes algo diferente en los genitales, notes cansancio, debes acudir a la consulta médica. Ante los siguientes síntomas debes acudir inmediatamente:

- Secreción por el pene.
- Picores en la zona genital.
- Frecuentes ganas de orinar y escozor al orinar.
- Cualquier tipo de bulto, herida, verruga, llaga...
- Flujo amarillento o como requesón y maloliente.
- Sangre en la orina.
- Dolor en las relaciones sexuales.

¿Cómo se Transmiten?

Las vías de transmisión son diferentes en cada enfermedad y por lo tanto también su tratamiento y la forma de prevenirlas.

¿Dónde Conseguir Ayuda?

- Medicina general.
- Especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- Especialistas en Dermatología.
- Especialistas en Urología.
- Centros de Planificación Familiar.
- Centros especializados en Enfermedades de Transmisión Sexual.

Si Te Han Diagnosticado una Ets, es Conveniente

- Avisar a tu pareja o a las personas con quienes hayas tenido relaciones sexuales recientemente.
- Informarlas de la enfermedad que tienes y de la posibilidad que pueden tener de contagio, incluso si no presentan síntomas. Recomienda que acudan a la consulta médica.
- Seguir exactamente las instrucciones y prescripciones de tu médico o médica.

Prevenir es la Mejor Forma de Evitar las ETS

La protección es posible a través de:

- Anticonceptivos que protegen contra las ETS: los preservativos, femenino y masculino, son la barrera mecánica más efectiva a la infección.
- Las cremas y óvulos espermicidas y el diafragma son menos eficaces.
- Evitar cualquier contacto sexual con una persona que tiene ETS hasta que se cure.

Diferentes ETS

Sífilis: infección producida por un microorganismo. Los primeros síntomas aparecen de tres a seis semanas después de la infección y ésta evoluciona en tres fases:

- aparece una llaga cerca la vagina o pene y en ocasiones alrededor del ano o de la boca.
- en la segunda fase aparecen manchas en la piel y síntomas gripales.



- en la tercera fase dichos síntomas pueden desaparecer. Sin embargo, esto engaña, porque la enfermedad ataca a todos los órganos del cuerpo. El tratamiento se hace con penicilina. Si se trata a tiempo, tiene fácil curación.
- **Gonorrea o gonococia:** se transmite practicando sexo anal, vaginal u oral, y está producida por una bacteria llamada gonococo. El período de incubación es de unos seis a diez días. Los síntomas varían en hombres y mujeres. En la mujer es frecuente la ausencia de síntomas, mientras que en el hombre son más evidentes: secreción purulenta por el pene, dolor al orinar, irritación y secreciones anales. El tratamiento es a base de antibióticos.
- **Tricomoniasis:** afecta sobre todo a las mujeres. La infección se localiza en la uretra, en los hombres, y en la vagina, en las mujeres. Casi siempre se produce por transmisión sexual, pero también puede ser adquirida por otras vías. Los síntomas son: flujo amarillento, espumoso y con mal olor, escozor y picor al orinar. En ocasiones la orina puede tener sangre. En los hombres no suele dar ningún síntoma, si acaso se produce una inflamación en el glande después del coito, pero también tienen que seguir tratamiento, que suele ser con antibiótico, por vía oral y vaginal.
- **Condilomas:** son unas verrugas de unos cuatro o cinco centímetros de diámetro que aparecen en la zona de la vagina, el pene o el ano entre uno y tres meses después del contagio. Están causadas por el virus del papiloma humano, que se transmite mediante sexo anal o vaginal o bien de las manos a los genitales. Como tratamiento se suele aplicar un preparado especial y las verrugas más grandes pueden extirparse. También se puede eliminar el tejido enfermo mediante crioterapia (congelación) o láser.
- **Herpes:** infección ocasionada por un virus. Existen dos tipos de herpes: tipo 1, que afectan a la parte superior del cuerpo con llagas alrededor de la boca o la nariz, y el tipo 2, cuyas llagas aparecen alrededor de los genitales. Se puede transmitir por contacto sexual, incluso por sexo oral. Los síntomas son: escozor y dolor en las relaciones sexuales, fiebre y síntomas parecidos a los de la gripe. Primero aparecen las llagas, que se van convirtiendo en ampollas que van estallando poco a poco, ampliando la erupción. Todavía no existe un tratamiento efectivo, pero algunos medicamentos pueden ayudar. Es muy importante una exhaustiva higiene en la zona afectada.
- **Hongos:** se conoce como *Cándida albicans*. Es la clase de hongo que se encuentra con más frecuencia en la vagina, pero normalmente está controlado gracias al contenido ácido de las secreciones vaginales. Pueden transmitirse por vía sexual, pero también a través del agua y del uso compartido de toallas, ropa interior y de baño. La infección genital más frecuente es la candidiasis. Los síntomas son un flujo vaginal en grumos, picor y descamación de la piel. Como tratamiento, siempre a los dos miembros de la pareja, se suele recetar óvulos que se introducen en la vagina, y también una crema.

- **Clamidia:** es una enfermedad causada por una bacteria que afecta a la uretra en los hombres y al cuello del útero en la mujer. Sus síntomas son similares a los de la gonorrea. Si se descubre a tiempo, tiene fácil cura con antibióticos.
- **Ladillas:** también llamada pediculosis. Es una infección producida por unos parásitos (piojos) que viven en el vello del pubis. Estos bichitos chupan la sangre y ponen sus huevos (liendres). Sus picaduras provocan molestos picores. Se contagian a través del contacto físico, compartiendo ropa, toallas... Para su tratamiento existen lociones y jabones especiales.
- **Sarna:** la produce un ácaro que vive bajo la piel en zonas como los codos y muñecas, axilas, dedos, nalgas y los genitales. Se puede transmitir a través de la ropa, sábanas y toallas, y también mediante el contacto físico directo.
- **Cistitis:** es una enfermedad muy común en las mujeres. Se trata de una inflamación de la vejiga urinaria y de la uretra. Aparece con cierta frecuencia después de las primeras relaciones sexuales. Síntomas: continua necesidad de orinar, pero cuando se va al baño sólo se expulsan unas gotitas. Es muy doloroso y a veces la orina puede ir acompañada de sangre. El tratamiento suele ser con antibióticos.
- **Uretritis:** es una inflamación de la uretra del hombre. Síntomas: escozor y dolor al orinar. El tratamiento, con antibióticos.
- **Mononucleosis infecciosa o enfermedad del beso:** su contagio se produce fundamentalmente por la saliva. Se produce en personas jóvenes y los síntomas son parecidos a los de un resfriado. Se recomienda reposo.

Ginecología, Urología, Andrología

Si aprendemos a conocer nuestro cuerpo, con sus posibilidades y limitaciones, podremos reconocer sus cambios, advirtiendo rápidamente cualquier señal de alarma. De esta forma asumimos el protagonismo y la responsabilidad que nos corresponde en el cuidado de nuestra salud.

La higiene diaria, la comida saludable, el ejercicio, la autoexploración de los pechos y la consulta ginecológica son medidas preventivas en las que debemos participar.

La consulta ginecológica es un espacio donde la persona profesional y las pacientes asumen la responsabilidad sobre la salud. Si quieres puedes acudir acompañada. Puedes pedir cita por teléfono o pasar por el centro de salud para hacerlo con tu Cartilla de la Seguridad Social.

Cuando te pregunten qué te pasa, qué sientes, qué te duele, desde cuándo..., contesta de forma clara y natural, y exige también una respuesta que tú entiendas. Es tu derecho.

No temas preguntar todo lo necesario, todo lo que tú quieras saber sobre tu cuerpo, tu salud y sus cuidados. Insiste en lo que no te quede claro.



Debes acudir a la consulta ginecológica si:

- El flujo vaginal aumenta anormalmente, cambia de color u olor
- Notas picores o sensación de quemazón, sobre todo si se acompañan de flujo anormal, granitos, verrugas o heridas en la vulva o fiebre y dolor en los ovarios.
- Aparece algún bultos en los genitales externos
- Tienes reglas muy irregulares o muy abundantes o manchas en algunos ciclos entre regla y regla, o si sospechas que te falta la regla por un embarazo
- Tienes la regla muy oscura o con coágulos
- Si el dolor antes o durante la regla te impiden realizar tus tareas habituales.
- Notas bultos en el pecho
- Simplemente quieres hacerte una revisión.

¿En qué Consiste la Consulta Ginecológica?

Cuando acudas por primera vez a la consulta, el ginecólogo/a te hará una serie de preguntas para elaborar tu historia clínica. Te pedirá información sobre tu menstruación (primera regla, regularidad, cantidad, dolor...), antecedentes médicos nuestros y de nuestra familia (relacionados con cáncer, hipertensión, diabetes, intervenciones quirúrgicas, alergias a medicamentos...), anticoncepción (métodos utilizados), sexualidad (frecuencia de relaciones), embarazos y problemas ginecológicos. Con estos datos se hará una idea de dónde tiene que insistir, dónde puede estar el origen de los problemas, qué medicamentos están contraindicados...

Después te preguntará el motivo de la consulta. Debes explicar claramente lo que te pasa o si simplemente vienes a una revisión. Independientemente del motivo de consulta te pedirá que te desvistas, te pongas una bata y te sientes en el sillón de exploración, donde separas los muslos, los levantas y apoyas las piernas o los talones en unos soportes. La postura no es muy cómoda, pero es la única en la que los genitales externos están a la vista y se puede introducir el espejo para ver la vagina y el cuello del útero.

Es importante estar relajada y confiada. Mirará primero nuestro aparato genital externo (labios mayores y menores, entrada de la uretra y clítoris) y descartará determinadas enfermedades, infecciones...

La única forma de ver la vagina y el cuello del útero es introducir dentro un instrumento tubular que se parece al pico de un pato y que se llama espéculo. Se introduce cerrado en la vagina y cuando llega al útero se abre. Suele ser de plástico duro y desechable.

Si sentimos dolor debemos advertirlo para que se utilice uno más pequeño o lubricante.

Sería muy interesante colocar un espejo para poder ver nosotras mismas la vagina y el cuello del útero, ya que nos los imaginamos como algo extraño y oculto.

Hay mujeres que de forma regular se revisan ellas mismas con el espéculo.

En algunas consultas se aprovecha que el espéculo ya está introducido para hacer una citología vaginal, que consiste en recoger con una espátula algunas células semidesprendidas de la vagina. Estas células se depositan en un cristal, se tiñen y se miran en el microscopio.

Así se obtiene:

- información hormonal.
- información infecciosa.
- información morfológica.

Una vez cerrado y retirado el espéculo, nos hará un tacto vaginal: introduce en la vagina dos dedos y con la otra mano presiona sobre el abdomen y delimita el útero, su forma, su situación, su consistencia... Los ovarios no siempre se tocan.

La exploración de los pechos debe estar incluida en la revisión periódica. Mirará si las mamas son iguales, si hay alteraciones en la piel, en el pezón, en la areola, si hay bultos... Para explorar el pecho es mejor que acudamos a la consulta después de terminar la regla.

Los chicos deben acudir a la consulta **urológica y a la andrológica**

En urología se estudian las enfermedades del aparato urogenital y en andrología se ocupan de la anatomía y el funcionamiento de los órganos sexuales del hombre, así como de la prevención y tratamiento de sus alteraciones. Es decir, el andrólogo o la andróloga es el ginecólogo o la ginecóloga del hombre.

Se debe acudir a la consulta, en general, ante cualquier cambio que se produzca en tu cuerpo y que esté relacionado con el aparato genital:

- Picores, escozor, cualquier síntoma que pueda indicar una infección.
- En caso de molestias al orinar o si hay sangre mezclada con la orina o el semen.
- En caso de dificultades en la erección y eyaculación.
- Ante cualquier cambio de tamaño o forma de los testículos.
- Si aparecen granos o enrojecimiento de la piel.
- En caso de posible infertilidad en el hombre (después de intentar un embarazo al menos un año seguido).
- Para solicitar información sobre métodos anticonceptivos.
- En caso de fimosis, curvatura del pene o cualquier malformación que pre-ocupe o dificulte las relaciones sexuales.

En la consulta urológica-andrológica se hacen las siguientes revisiones:

- Revisión de los genitales externos para ver si su forma y desarrollo son normales
- Exploración del escroto para comprobar que no existen venas varicosas
- Exploración de la zona de las ingles para descartar hernias o ganglios en la zona.
- Hará un tacto rectal, para palpar la próstata, vesículas seminales y base de la vejiga
- También prestará atención a las mamas, la distribución del vello...

Embarazo

Aproximadamente cada mes, uno de los ovarios de la mujer libera un óvulo, que se va encaminando hacia la trompa de Falopio para seguir bajando hacia el útero. En el momento en que el óvulo está en la trompa es cuando puede ser fecundado por un espermatozoide, de modo que, si en ese momento del ciclo se deposita semen en la vagina de la mujer, este asciende hasta el útero y continúa hacia las trompas, pudiendo fecundar este óvulo. Por tanto, la unión entre óvulo y un espermatozoide sólo se puede producir en la trompa, no en otro lugar. Si no ocurre, el óvulo continuará descendiendo y será absorbido por el cuerpo. Este es el momento del ciclo donde existe más riesgo de embarazo, pero también en días cercanos a la ovulación la fecundación se puede producir.

Antes de hablar de los síntomas conviene decir que es posible que durante el primer mes la mujer no note nada especial; sin embargo, sí se producen algunos cambios. El primer signo es la falta de la regla. Se pueden producir ligeros sangrados, aumento de pechos (y también pueden doler un poco), náuseas, cansancio, sueño, ganas de orinar... Esto no significa que por el mero hecho de estar embarazada se presenten todos los síntomas juntos, sino poco a poco, o incluso es posible que no se den estos cambios. Cada embarazo es completamente diferente, incluso la misma mujer nunca tiene un embarazo igual a otro.

El test de embarazo es fiable a partir de una semana o diez días de falta de la menstruación. Su mecanismo consiste en detectar en la orina la presencia de GCh (gonadotropina coriónica humana), una hormona producida por la placenta de la mujer en la primera etapa del embarazo. Antes de hacer la prueba lee las instrucciones completas y haz paso por paso lo que te indica. Si el resultado es positivo, ve a la consulta ginecológica para que lo confirmen definitivamente y realicen el seguimiento del embarazo.

Los resultados suelen ser muy precisos, pero a veces fallan. En ocasiones, determinados medicamentos pueden alterar la prueba.

Cuando acudas a la consulta médica, una vez confirmado tu embarazo, te harán una historia médica y un examen físico completo, y te pedirán que acudas a revisión periódicamente para controlar el peso, la tensión arterial, para explorar tu abdomen, escuchar los tonos cardíacos fetales...

En las visitas posteriores te harán más análisis y alguna ecografía, sin que esto deba preocuparte. También calculan la fecha prevista de tu parto, sumando 280 días (40 semanas) al primer día de tu última menstruación.

Además de estas revisiones periódicas, deberás acudir de nuevo a la consulta si tienes:

- Mucho flujo vaginal, especialmente si es sanguinolento
- Fiebre, dolor de cabeza, cansancio excesivo, pies o manos hinchadas, intenso dolor abdominal, dificultades al orinar, vómitos continuos...

A lo largo de los 9 meses de tu embarazo es seguro que vas a experimentar muchas sensaciones físicas y emocionales. Algunas te producirán alegría y placer, pero también es probable que en algunos momentos experimentes sentimientos de duda e inseguridad y sientas ansiedad y miedos más o menos inespecíficos.

El Desarrollo del Feto

Cuando el espermatozoide se introduce en el óvulo, se produce la fecundación, dando lugar a una célula huevo que se multiplica y desarrolla de tal forma que, al final del primer mes, mide unos 4mm y, al final del tercero, unos 8 cm.

Después de la fecundación, el huevo se desplaza por la trompa hasta el útero, al que llegará aproximadamente en una semana. Allí, gracias a la acción de las hormonas que lo han preparado adecuadamente, podrá anidar y alimentarse hasta el punto de transformarse en 9 meses, desde un pequeño huevo, a ser un/a bebé de unos 3 kg de peso.

El embrión está dentro de una bolsa casi transparente que contiene el líquido amniótico (que se conoce como «bolsa de agua»). Este medio lo protege de las posibles agresiones del exterior, como golpes y caídas. También es un medio necesario para el crecimiento y para favorecer los movimientos del feto.

Para la nutrición del embrión se forma la placenta, que es un órgano a través del cual el feto recibe las sustancias necesarias para su desarrollo por medio del cordón umbilical, que está en contacto con la circulación materna.

¿Qué Cambios Puedes Experimentar?

Uno de los cambios que durará todo el embarazo es la ausencia de menstruación. Sin embargo, unas pocas mujeres, aun estando embarazadas, pueden tener pequeñas pérdidas en los días que les correspondería tener la menstruación.

Hay otras sensaciones que pueden hacerte pensar que estás embarazada, como son:

- Algunas mujeres tienen náuseas o vómitos alrededor de la tercera o cuarta semana
- Los pechos aumentan su volumen y consistencia y los pezones se oscurecen
- Frecuentes ganas de orinar y aumento del flujo vaginal
- Al comienzo del embarazo se necesita dormir más de lo habitual y se suele estar más fatigada
- Problemas de estreñimiento
- El peso suele aumentar unos dos kilos durante el primer trimestre.

Cuidados

- **La alimentación:** una alimentación sana y nutritiva no significa «comer para dos». La dieta debe ser rica en vitaminas y minerales que, como sabes, se encuentran en las frutas y verduras frescas, que debes aderezar con aceite crudo. También aumenta la necesidad de hierro, proteínas y calcio.
- **El ejercicio:** es un buen momento para acostumbrarse a caminar como mínimo media hora al día. Sigue la vida lo más normal posible, tan sólo ten cuidado con las caídas, el cansancio excesivo y los esfuerzos bruscos.





Precauciones que Debes Tener

- Acude al/a dentista y cuida tu dentadura.
- Vigila tu peso. El aumento normal es entre 9-12kg al final de tu embarazo. Sin embargo, si eres obesa, no debes aumentar más de 6kg. En caso de que tu peso sea menor de 45 Kg., es conveniente que aumentes unos 15 kg.
- Fumar aumenta el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y de tener una criatura de poco peso, todo eso como resultado del mal funcionamiento de la placenta.
- No tomes medicamentos por tu cuenta.
- Los Rayos X pueden ser peligrosos para el feto en la primera etapa del embarazo.

La Última Etapa del Embarazo

Probablemente en los últimos meses pienses con más preocupación en el momento del parto, la clínica, el personal sanitario, la salud...

También es lógico que experimentes sentimientos de soledad y preocupación sobre el futuro y los cambios que se avecinan. Esto no es algo negativo, al contrario, puede servir para replantearte muchos aspectos de tu vida, prepararte mentalmente para afrontar las novedades y buscar de antemano los apoyos que vas a necesitar durante el parto y la crianza de la criatura.

Por otro lado, el aumento del tamaño del útero es la causa de muchas molestias que se experimentan en estos últimos meses, debido a la presión que ejerce sobre los órganos circundantes. Por eso aparecen algunos problemas digestivos, como acidez, ardores, estreñimiento y hemorroides. Otras mujeres suelen tener molestias en los riñones y la espalda, así como calambres en las piernas.

La Preparación al Parto

Suele ser de gran ayuda realizar un curso de preparación al parto, y mucho más si también lo realiza tu pareja.

Suele hacerse durante el tercer trimestre del embarazo. Suele haberlos en ambulatorios, maternidades y Centros de Salud. La duración mínima es de 6 semanas. Normalmente las clases son de dos horas.

Aborto

Un embarazo no deseado se podría evitar con una adecuada información sexual y anticonceptiva.

El aborto se puede producir de manera espontánea o de forma voluntaria, en este segundo caso la interrupción del embarazo debe ser llevada a cabo por profesionales cualificados.

Aborto Espontáneo

Pérdida del feto antes de las 20 semanas de embarazo. El síntoma más frecuente puede ser sangrado o fuertes calambres en la zona del bajo vientre. No hay razón para que la mujer no pueda volver a quedarse embarazada.

Interrupción Voluntaria del Embarazo

En este caso la interrupción es una decisión que toma la mujer o la pareja de manera voluntaria. Hay que ser muy conscientes de querer tomar esta decisión, ya que habrá que enfrentar una serie de aspectos, más o menos negativos, en el proceso:

- Aspectos legales. En julio de 1985 el Parlamento español aprueba la ley del aborto y se incluye en el artículo 417bis del Código Penal, donde se fijan los tres supuestos en los que únicamente es legal practicar un aborto.
- Riesgos físicos y psicológicos: es un momento difícil para la pareja y especialmente para la mujer, con frecuencia en los días siguientes aparecen depresiones y profunda tristeza.
- Consecuencias sociales: respecto al aborto vas a encontrar multitud de opiniones, en contra y a favor, y puede que alguien cercano no comprenda la decisión. Esto puede hacer sentir muy culpable a la mujer.

Existen dos vías para realizar la interrupción voluntaria del embarazo: la sanidad pública, donde la intervención es gratuita, pero de difícil acceso, y las instituciones privadas, en donde se realiza el 97% de los casos. La intervención en este caso no es gratuita.

En estos momentos existen dos procedimientos: la intervención quirúrgica y la píldora abortiva, que se ha empezado a comercializar en España en la última década, y que en Asturias se dispensa de forma gratuita.

La intervención quirúrgica

La técnica varía en función del tiempo de gestación. La más utilizada hasta las 12 semanas, es la aspiración, y se realiza con anestesia local. La intervención no dura mucho y a las pocas horas te puedes ir a casa.

De 12-16 semanas se realiza un legrado con anestesia general. Requiere una noche de hospitalización.

A partir de 16 semanas, el método es la inducción. Se utilizan sedantes. La mujer debe estar ingresada dos o tres días.

El precio varía de los 300€ hasta los 1500€ en función de las semanas de gestación.

Después del aborto es recomendable el descanso. Pueden producirse hemorragias y se debe acudir a revisión médica pasadas seis semanas.

También es recomendable no mantener relaciones sexuales con penetración en al menos dos semanas, ya que al estar dilatado el cuello del útero se corren más riesgos de infecciones.



Abuso Sexual

Por abuso sexual entendemos la implicación de menores en actividades sexuales ejercidas por adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos. Las personas menores de edad son aún inmaduros y dependientes, y no pueden ni comprender el sentido de estas actividades ni, por tanto, dar su consentimiento real.

Signos de sospecha de abuso sexual:

- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- Dificultad inexplicable para caminar y/o sentarse.
- No querer participar en las actividades deportivas ni usar ropa adecuada para ellas.
- Enfermedades de transmisión sexual en ojos, boca, ano o genitales
- Signos de afectación emocional importante. Fugas. Cambios de conducta.
- Conocimiento o interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.
- Molestias inespecíficas indicativas de abuso crónico: incontinencia de esfínteres (enuresis, encopresis), dolor abdominal recidivante, problemas escolares recientes.

Violencia Sexual

Las agresiones sexuales llevan implícita la utilización de la fuerza o la intimidación durante la relación sexual.

La violación es un caso más entre otras formas en las que existe una relación sexual coercitiva.

Existe una violación cuando una de las personas involucradas en la relación sexual se ve forzada a realizarla en contra de su voluntad (violación) en unos casos, y por falta de madurez (pederastia) o conocimiento (exhibicionismo) en otros.

Cuando hablamos de violación nos estamos refiriendo a un asalto físico con coito sexual (vaginal, anal o bucal) forzado sobre una persona, casi siempre mujer, sin mediación de su consentimiento.

La violación, si bien el acto sexual es lo más aparente, debe considerarse verdaderamente como una expresión de violencia o agresividad; en tal agresión subyace el desprecio y la infravaloración del violador y el deseo de infligir daño a la víctima.

Drogas Y Sexualidad

Alcohol

Sensaciones	Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> • Se divierten más. • Confianza en sí mismo/a. • Más locuacidad. • Se liberan y se pierden inhibiciones. • Sienten que encajan socialmente. • Se sienten más «felices». • Olvidan sus problemas por un rato. • Piensan que tienen el valor de vencer sus temores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descontrol de la protección. • Aumento de las posibilidades de un embarazo no deseado y exposición a E.T.S. • Descontrol del respeto hacia la otra persona. • En el hombre estimula el deseo sexual, pero dificulta la erección y retrasa el orgasmo. • En la mujer disminuye la lubricación vaginal y dificulta la consecución del orgasmo.

Ketamina

Sensaciones	Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> • El cuerpo se entumece y paraliza. • Falta de coordinación. • Sensación de ingravidez y separación del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • En dosis altas el cuerpo queda prácticamente anulado y acontece un viaje psicodélico muy fuerte. • Durante el consumo se puede llegar a sufrir un vacío de memoria y no ser consciente de sus actos.

GHB

Sensaciones	Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> • Se le reconoce capacidad de erección rápida y duradera capaz de retrasar el orgasmo. • Se dice que la GHB aumenta el deseo sexual, pero no ha sido comprobado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como rebaja las inhibiciones, es probable que los y las consumidoras se sientan más confiados con respecto a la actividad sexual sin adoptar medidas de protección.



Éxtasis-MDMA

Sensaciones

- Hace que el cerebro produzca más serotonina (sustancia que afecta nuestro estado de ánimo) y dopamina (actúa como supresora del dolor e induce a la relajación).
- La primera sensación es un estado de ligereza física y mental.
- Aumenta la comunicación, empatía e intimidad entre las personas.
- Aparece una sensación de calma, liberación de miedos y tensiones, mayor libertad de movimientos y claridad en el pensamiento, así como ligeros cambios en la percepción visual y una mejora de oído y tacto.
- La luz y los colores son más intensos y los sonidos «exquisitos».
- Se elimina la sensación de cansancio físico.
- Combina momentos de estimulación y relajación.

Riesgos

- Descontrol en la protección.
- Aumento de las posibilidades de un embarazo no deseado y exposición a E.T.S.
- Descontrol del respeto hacia otras personas.
- Retrasa el orgasmo.
- En el hombre estimula el deseo sexual, pero dificulta la erección.
- En la mujer disminuye la lubricación vaginal y dificulta conseguir el orgasmo.

Anfetaminas

Sensaciones

- Sensación de euforia.
- Todo parece acelerarse y ser urgente.
- Creen poder hacer cosas que están fuera de su capacidad.
- Sienten más motivación con lo que están haciendo.
- Hablan más, sin profundizar en las conversaciones.
- Elevan su temperatura corporal.

Riesgos

- Descontrol de la protección.
- Creen poder hacer lo que sea sin riesgos.
- Mezcladas con alcohol causan pérdida de inhibiciones y aumenta la agresividad y/o excitación sexual.
- Esta combinación da la confianza y energía para hacer propuestas sexuales, pero corriendo el riesgo de tener relaciones sin tomar medidas preventivas.

Cocaína

Sensaciones

- Sensación de euforia y bienestar.
- El estrés y la ansiedad desaparecen.
- Incremento del nivel de energía.
- Sensación de acierto en todo lo que se dice.
- Pérdida de inhibiciones.

Riesgos

- A la euforia instantánea sobreviene un repentino y profundo abatimiento.
- Dificultad en la erección.
- En fases de un consumo muy intenso y largo en el tiempo aparecen dificultades con el deseo, tanto en el hombre como en la mujer.
- Cuando la cocaína se usa directamente sobre los genitales tiene un efecto claramente anestésico, disminuyendo la sensibilidad en la zona, por lo que se tarda más en correrse y el orgasmo es menos intenso.
- Puede provocar erecciones que causen dolor.

Cannabis

Sensaciones

- Se sienten relajados, felices y sociables.
- Pierden sus inhibiciones.
- Todo resulta gracioso.
- Se agudizan los sentidos.
- Se percibe que la relación sexual se alarga.

Riesgos

- Riesgos**
- Se ralentizan los reflejos.
 - Disminuye la lubricación vaginal.
 - Inhibe la producción de hormonas.
 - Disminuye la producción de espermatozoides.



Centros de orientación familiar en Asturias y otros recursos

- **Centro de Planificación Familiar de Oviedo.**
C/ José Maldonado s/n. Centro de Salud de la Ería. 985 966 541.
- **Centro de Planificación Familiar de Gijón.**
C/ Trinidad, 6- 1º. Tlf: 985 175 045.
- **Centro de Planificación Familiar de Avilés.**
C/ El Fuero, 18 – 1º. Tlf: 985 128 508.
- **Centro de Planificación Familiar de Langreo.**
C/ Jove y Canella,1. Sanatorio Adaro. Tlf: 985 677 067.
- **Centro de Planificación Familiar de Mieres.**
C/ Pérez de Ayala, 25. Ambulatorio de Mieres. Tlf: 985 458 611.
- **Unidad de infecciones de Transmisión Sexual de Oviedo.**
Hospital Monte Naranco. Avd.Doctores Vega, 107. Tlf: 985 106 900.
- **Unidad de infecciones de Transmisión Sexual de Gijón.**
Ambulatorio de Pumarín. C/ Orán, 18. Tlf: 985 389 288.
- **Programa de prevención y control de la infección VIH/SIDA.**
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. C/General Elorza, 32. Oviedo.
Tlf: 985 10 65 19.
- **Instituto Asturiano de la Mujer.**
Avd de Galicia, 12-1º Oviedo. Tlf: 985 962 010.
- **Centro Asesor de la Mujer de Oviedo.**
C/Río Nalón,37 Tlf: 985 115 554.
- **Centro Asesor de la Mujer de Gijón.**
C/ Ezcurdia, 47 Entlo. posterior Tlf: 985 097 073.
- **Centro Asesor de la Mujer de Avilés.**
Palacio de Maqua. C/ la Cámara, 23-2º planta. Tlf: 985 527 546.

Diccionario de Sexualidad

A

Aborto: Interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación. Puede ser espontáneo (natural) o provocado.

Abstinencia sexual: Privarse total o parcialmente de satisfacer los deseos sexuales. Puede ser por causa religiosa, voluntaria (anticoncepción), obligatoria (reclusión), etc.

Adolescencia: Período del desarrollo humano entre la niñez y el estado adulto. Incluye la pubertad, durante la cual se desarrolla en gran parte el deseo sexual.

Afrodisiaco: Cualquier sustancia que estimula o aumenta el deseo sexual, como por ejemplo ciertas comidas, bebidas o drogas, muchas de ellas sin un substrato científico valedero. Ver comida afrodisíaca.

Andrógenos: Hormona masculina por excelencia, promueve el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias masculinas. Se producen en gran cantidad en los testículos y en menor proporción en las glándulas suprarrenales del hombre y de la mujer. Regulan el nivel de deseo sexual en ambos.

Androginia: Presencia simultánea de características femeninas y masculinas en un individuo.

Andrógino: Persona que tiene características masculinas y femeninas a la vez y órganos sexuales incompletos de ambos sexos. También llamado hermafrodita.

Andropausia: Período de declinación de secreción hormonal masculina, en general a edad adulta y habitualmente superior al homólogo femenino, la menopausia.

Ano: Orificio de salida del conducto digestivo.

Anticonceptivo: Cualquier dispositivo o medicamento utilizado por la pareja para posibilitar el coito sin riesgo de concepción. Preservativo, píldora, dispositivo intrauterino, etc, son algunos ejemplos.

Anticonceptivo oral: Medicamento utilizado por la mujer con la finalidad de disminuir el riesgo de concepción, habitualmente bloqueando la ovulación (anticonceptivos hormonales). Son medicamentos basados en estrógenos y progestágenos sintéticos, que bloquean la capacidad ovulatoria de la mujer (píldora anovulatoria), o dificultan la migración espermática por aumentar la viscosidad del moco cervical uterino.

Areola: Área pigmentada alrededor del pezón humano, centro mamaria, que se dilata levemente durante la excitación sexual.

Asexual: Que carece de sexo manifiesto u órganos sexuales. Por extensión se denomina así a personas carentes de franco deseo sexual, sin alteraciones anatómicas referentes a su sexo.

Autoestimulación: Masturbación, onanismo. Estimulación sexual del propio cuerpo.

**B**

Bestialismo: Actividad sexual entre una persona y un animal. Zoofilia.

Bisexual: Atracción sexual por personas de ambos sexos y/o que tiene relaciones sexuales indistintamente con ellas.

C

Capuchón cervical: Método anticonceptivo de barrera similar al diafragma.

Características sexuales secundarias: Características físicas, aparte de los órganos genitales externos, que se desarrollan durante la pubertad y diferencian a los hombres de las mujeres.

Castración: Extirpación quirúrgica de las gónadas (testículos u ovarios), o su inhabilitación funcional (por medicamentos, radiaciones, etc.).

Celibato: Estado de soltería, o abstinencia voluntaria de unión sexual.

Cervix: Cuello del útero.

Ciclo menstrual: Período de tiempo entre dos menstruaciones. La hemorragia menstrual indica el primer día del ciclo, que corresponde a la respuesta endometrial uterina a la regulación cíclica de la secreción hormonal ovárica.

Circuncisión: Intervención quirúrgica, con la finalidad de extirpar parcial o totalmente el prepucio. Puede ser realizado por razones religiosas o de higiene, o para corregir la fimosis, enfermedad caracterizada por un prepucio poco elástico y que genera dificultades en la relación sexual en el varón.

Cistitis: Inflamación de la vejiga, habitualmente causada por una infección bacteriana. Puede tener relación o no con contagio sexual.

Clamidia: Enfermedad transmitida sexualmente, causada por un germen (Chlamydia Trachomatis).

Climaterio: Cambios físicos y psicológicos que acompañan a la menopausia en las mujeres.

Clímax: Momento culminante de la excitación sexual y que generalmente precede al orgasmo.

Clítoris: Órgano pequeño situado en el extremo superior de los labios menores de la vulva. Dado su estructura eréctil, aumenta de volumen cuando la mujer es estimulada sexualmente. Es muy sensible al tacto a causa de la gran cantidad de terminaciones nerviosas que contiene y juega un papel fundamental en el proceso que conduce al orgasmo femenino.

Coito: Relación sexual convencional heterosexual, en la cual el pene es introducido en la vagina.

Coito anal: Forma de unión sexual (heterosexual u homosexual) en la que un hombre introduce su pene en el ano de su pareja.

Coitus interruptus: Extracción voluntaria del pene del interior de la vagina antes de que se haya producido la eyaculación. Utilizado como método anticonceptivo produce tensiones psíquicas a la pareja y no resulta muy efectivo, debido a la secreción lubricante de las glándulas de Cowper, que precede a la eyaculación y contiene un número variable de espermatozoides.

Coito y orgasmo: Son fenómenos que habitualmente se dan en forma secuencial en una relación sexual satisfactoria. Por ende, no siempre se asocian, existiendo coito sin orgasmo, más frecuente en la mujer.

Concepción: Fertilización de un óvulo por un espermatozoide. Naturalmente suele ocurrir dentro de la Trompa de Falopio.

Condón: Preservativo. Tubo de látex delgado, cerrado en un extremo, que es colocado sobre el pene erecto antes del coito para evitar que los espermatozoides penetren en la vagina.

Condón femenino: Tubo de látex delgado, cerrado en un extremo, que se introduce en la vagina antes del coito para evitar que los espermatozoides penetren en ella.

Conducto deferente: Conductos que transportan los espermatozoides desde los testículos y desembocan en el verumontanum de la uretra.

Control natural de la natalidad: Modo de evitar el embarazo mediante la abstinencia de coito en los días del ciclo menstrual en que es posible la concepción. También llamado «método del ritmo», término con que se designan a los métodos de calendario, de secreción mucosa cervical y de temperatura basal, que se utilizan para determinar cuáles son los días en que el coito tiene menos posibilidades de conducir a un embarazo.

Comida afrodisíaca: Alimentos preparados con ingredientes cuya finalidad es la de estimular sexualmente. Se utilizan habitualmente ostras, apio, nueces, pimienta de Cayena, paprika picante y otras especias orientales.

Copular: Unión de la hembra con el macho durante el acto sexual.

Crema espermicida: Producto químico en forma de crema que se introduce en la vagina unos minutos antes del coito para producir la muerte o disminución franca de la movilidad de los espermatozoides.

Cunnilingus: Forma de sexo oral que se basa en la estimulación de los órganos sexuales femeninos con la boca y lengua.

Chancro: Lesión dérmica, habitualmente visible, de sífilis primaria y generalmente ubicada en los genitales externos.

Diafragma: Método anticonceptivo de barrera, de látex delgado, colocado sobre el cuello del útero, impregnado con crema espermicida antes del coito para evitar que los espermatozoides penetren en el útero.

Dildo: Pene artificial en erección, utilizado en la masturbación femenina. Véase también Vibrador.

Disfunción sexual: Cualquier problema que interfiere con la actividad sexual normal.

Dismenorrea: Menstruación muy dolorosa, frecuentemente con cólicos, náuseas, dolor de cabeza y otras molestias abdominales.

Dispareunia: Dolor experimentado durante el coito, independientemente del sexo. Por ejemplo: en la mujer a causa de la tensión involuntaria de los músculos vaginales, o en ambos por sequedad vaginal.

D



DIU (Dispositivo Intra-Uterino): Dispositivo anticonceptivo de plástico, habitualmente asociado a filamentos metálicos de cobre, colocado dentro de la cavidad uterina en contacto con el endometrio para reducir el riesgo de concepción.

Drogas y sexualidad: Hay muchas drogas que interactúan con la sexualidad, deprimiendo o excitando la actividad sexual, legales e ilegales, incluso algunas utilizadas como medicamentos (ej. sildenafil).

Ducha: Dispositivo para inyectar a presión agua u otro líquido en la vagina con fines higiénicos. Muy poco recomendable como forma de control de la natalidad, e innecesario para la higiene si la flora vaginal es normal.

E

Endometrio: Epitelio que recubre la cavidad del útero. Si un óvulo es fecundado, se implanta en el endometrio y comienza a desarrollarse un embrión. Cíclicamente, si no hay huevo implantado en él, el endometrio es eliminado durante el proceso de la menstruación.

Enfermedad Transmitida Sexualmente (E.T.S.): Enfermedad cuyo contagio es por medio de la actividad sexual. Las enfermedades transmitidas sexualmente incluyen, entre otras, gonorrea, sífilis, SIDA, etc. El término ha ido reemplazado al de enfermedad venérea.

Enfermedad pélvica inflamatoria: Enfermedad infecciosa de los genitales internos femeninos. Es potencialmente seria porque afecta a mujeres jóvenes y puede disminuir sus posibilidades de embarazo a futuro. Por lo general es el resultado de enfermedades transmitidas sexualmente no tratadas.

Epidídimo: Cada uno de los conglomerados de túbulos donde se almacenan y maduran los espermatozoides recién producidos por el testículo, antes de entrar a los conductos deferentes previo a la eyaculación.

Erección: Aumento de volumen y endurecimiento del pene, clítoris o pezones durante la estimulación sexual.

Eréctil: Tejido de características esponjosas, que puede ser llenado con sangre y de ese modo aumentar de volumen y consistencia.

Erótico: Aquello relativo al estímulo del deseo o tendente al placer sexual.

Escroto: Bolsa epitelial de múltiples capas, incluso con una muscular, prolongación de la pared abdominal, que recubre los testículos y les proporciona protección y termorregulación.

Esmegma: Sustancia olorosa, blanquecina amarillenta, que se acumula debajo del prepucio de un hombre no circuncidado (o debajo de la cubierta del clítoris de una mujer) a causa de una higiene deficiente.

Espasmo: Contracción involuntaria de ciertos músculos. En este contexto, acompaña al orgasmo.

Esperma: Semen. Secreción líquida eliminada durante la eyaculación, producida por la secreción de los testículos, próstata y glándulas sexuales secundarias, y que contiene espermatozoides en un plasma seminal.

Espermatozoide: Célula reproductiva masculina. Su función es fertilizar el óvulo, aportando la información genética faltante para iniciar así una gestación. Se producen millones de espermatozoides en los testículos y se mezclan con líquido seminal previo a la eyaculación.

Espermicida: Sustancia que se coloca en la vagina antes del coito, o que se usa en combinación con un preservativo o un diafragma para matar a los espermatozoides, evitando así la concepción.

Esterilización: Cualquier mecanismo que incapacite a una persona para la procreación. Puede ser voluntaria, por medio de una intervención quirúrgica como la ligadura de trompas o la vasectomía, u ocurrir como resultado de una cirugía por otra causa o como complicación de una enfermedad transmitida sexualmente si su tratamiento no se realiza o se demora.

Estimulación: Acción de estimular o incitar. Excitar de diferentes modos el deseo sexual o provocar incluso, merced a la estimulación, el orgasmo.

Estrógeno: Hormona sexual femenina por excelencia, alguna de las varias hormonas esteroides secretadas fundamentalmente por los ovarios. Estimula los cambios en los órganos reproductores femeninos durante su ciclo menstrual y promueve el desarrollo de las características sexuales secundarias de la mujer en la adolescencia.

Eunuco: Hombre cuyos genitales externos han sido extirpados.

Excitación: Acción de provocar cambios en el cuerpo, debidos a estímulos físicos y mentales, que lo preparan para el coito.

Exhibicionismo: Parafilia en la cual una persona se excita y siente placer de mostrar sus genitales externos en público. Es más común en algunos hombres, que sienten compulsivamente placer al exhibir su pene en público, aunque no es privativo de sexo.

Eyaculación: Expulsión de semen del pene.

Eyaculación precoz: Disfunción sexual en la cual el hombre eyacula antes del tiempo habitual, o en casos más severos inmediatamente después de introducir su pene en la vagina de su compañera.

Fálico: Relativo al pene, por lo general en su estado de erección.

Falo: Otra denominación del pene, por lo general en referencia a un estado de erección.

Fantasía sexual: Situaciones o sucesos sexuales productos de la imaginación que involucran personas reales o imaginarias.

Fellatio: Forma de sexo oral en la que se utiliza la lengua o la boca para estimular el pene.

Feromonas: Sustancias secretadas por el cuerpo que poseen un olor, no siempre perceptible, que estimula el deseo sexual en el sexo opuesto. Están estudiadas en animales, e indican el estado de celo y de aceptación para la cópula.

Fértil: Capaz de concebir.

F



Fertilización: Penetración de la membrana celular de un óvulo por un espermatozoide. Una vez fertilizado, el óvulo recibe la mitad faltante de información cromosómica e inicia la duplicación celular y con ello a desarrollarse un embrión.

Fetichismo: Parafilia, forma de comportamiento sexual compulsivo por la cual la manipulación de un objeto inanimado o de una parte del cuerpo que no sean los genitales es necesaria para la satisfacción sexual.

Fimosis: Estrechez anormal del borde del prepucio que evita que el glande quede al descubierto. Con frecuencia puede corregirse mediante masajes suaves durante la infancia, pero puede ser necesaria la cirugía (circuncisión).

Formas de penetración: Penetración, acción y efecto de penetrar. En el contexto sexual, acción de introducir el pene en la vagina durante el acto sexual convencional. Existen otras como, por ejemplo, la penetración anal.

Frenillo: Ligamento que sujeta el prepucio al bálano o glande por la parte inferior del pene.

G **Gay:** Homosexual.

Genitales externos: Órganos sexuales externos: pene y testículos en el hombre; vulva, labios, clítoris y vagina en la mujer.

Glande: Extremo distal del pene, redondeado y de forma cónica, anatómicamente conformado de tejido eréctil y recubierto por el prepucio.

Glándulas de Cowper: Glándulas ubicadas cerca de la próstata, que producen una sustancia alcalina que neutraliza la acidez dentro de la uretra (la cual podría matar los espermatozoides) y forma parte del líquido seminal. También ayuda a lubricar el extremo del pene y facilitar el deslizamiento del prepucio.

Glándulas endocrinas: Glándulas que producen hormonas y las secretan en el torrente sanguíneo. Entre las múltiples que presenta el cuerpo humano se incluyen los testículos y los ovarios.

Glándula hipófisis: Glándula endocrina principal del cuerpo con capacidad de regulación de múltiples otras glándulas del organismo. Situada en la base del cerebro, secreta hormonas que regulan la acción de los testículos y los ovarios, que a su vez son también glándulas endocrinas.

Gonorrea (gonococia o blenorragia): Enfermedad de transmisión sexual, causada por un microbio, Neiseria Gonorrhoeae, es causante de infecciones en la uretra masculina y femenina (conducto urinario) y en el canal cervical del cuello uterino, así como en las glándulas de Bartholin en la mujer.

Gónadas: Los ovarios en la mujer o los testículos en el hombre. También llamadas glándulas sexuales.

Herpes genital: Enfermedad viral causada por contacto sexual, con lesiones caracterizadas por pequeñas úlceras dolorosas ubicadas en los genitales externos.

Heterosexual: Persona que siente atracción sexual por personas del sexo opuesto exclusivamente.

Himen: Membrana delgada que cubre parcialmente la entrada de la vagina en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales.

HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante del SIDA.

Homosexual: Persona que siente atracción sexual por personas del mismo sexo exclusivamente.

Hormona: Sustancia química producida por una glándula endocrina. Algunas de estas hormonas, las sexuales, producidas por las gónadas, desempeñan un papel importante en las funciones sexuales y reproductoras.

Hormonas sexuales: Hormonas secretadas por las glándulas sexuales, son responsables de las características sexuales secundarias y del comportamiento de mujeres y hombres. Las hormonas sexuales incluyen los andrógenos, estrógenos y progesterona.

Implantación: Fijación de un huevo (óvulo fertilizado) en el endometrio del útero.

Impotencia: Disfunción sexual masculina que se traduce en la incapacidad de lograr una erección o de mantenerla lo suficiente como para realizar el coito o la posibilidad de eyacular.

Incesto: Relaciones sexuales (heterosexuales u homosexuales) entre parientes muy cercanos por ejemplo, padres y madres con hijas o hijos, o entre hermanos y hermanas.

Infertilidad: Incapacidad de una mujer para llevar a cabo un embarazo a término, a diferencia de la esterilidad, que es la imposibilidad de embarazarse o de un hombre para embarazar a una mujer.

Juegos previos a la relación sexual: Caricias y estímulos hechos por cada integrante de la pareja hacia el otro con el fin de excitarlo sexualmente.

Labios: Parte constitutiva de la vulva, labios genitales femeninos. Los más pequeños e interiores son llamados labios menores, y los mayores y exteriores labios mayores.

Líbido: Impulso o deseo sexual.

Liendres: Huevos que habitan en el vello púbico, producto de una infestación de un parásito variante de la pediculosis (Pediculosis pubis). Por lo general se adquieren por contacto sexual con una persona infectada. Vulgarmente, también llamadas ladillas.



Ligadura de trompas: Método de esterilización quirúrgica femenina, en la que se cortan y ligan las trompas de Falopio a fin de imposibilitar un embarazo impidiendo el descenso de los óvulos o el ascenso de los espermatozoides.

Líquido seminal: Uno de los principales componentes en conformar el volumen del semen, es producido fundamentalmente por la próstata con funciones nutritivas para los espermatozoides.

M

Masoquismo: Parafilia, forma de comportamiento sexual compulsivo por el cual una persona siente placer solamente cuando otra persona le causa dolor físico.

Masturbación: Estimulación de los propios órganos sexuales, la masturbación mutua se produce cuando ambos miembros de una pareja estimulan los órganos sexuales de otra persona..

Matriz: Útero.

Menarca: Primera menstruación en la vida de una mujer.

Menopausia: Período de declinación hormonal sexual en la vida de una mujer, coincide con el cese de la menstruación por ausencia de la estimulación estrogénica del útero.

Menopausia y sexualidad: Alteraciones del deseo sexual atribuibles a diferentes causas, en general relacionadas con el déficit hormonal, pero no excluyente del contexto psicológico, de pareja, etc.

Menstruación: Disgregación mensual del endometrio, que se produce cuando ningún huevo fertilizado se ha implantado en él.

Métodos anticonceptivos de barrera: Artefactos que se insertan en los órganos reproductores del hombre o la mujer e impiden que el esperma sea depositado en la vagina (preservativos masculino o femenino) o su ascenso por el canal cervical uterino (diafragma, capuchón cervical), dificultando significativamente el embarazo.

Métodos anticonceptivos hormonales: Medicamentos basados en estrógenos y progestágenos sintéticos, que bloquean la capacidad ovulatoria de la mujer, impidiendo el embarazo.

Métodos anticonceptivos naturales: Procedimiento de practicar el coito exclusivamente en los días infértiles del ciclo de la mujer para dificultar la concepción.

Método del calendario: Forma de control natural de la natalidad en la que el período de ovulación se calcula desde el comienzo de cada período menstrual (Método de Ogino K.).

Método de la secreción mucosa cervical: Forma de control natural de la natalidad en la que el período de ovulación se detecta por los cambios en la naturaleza de la secreción mucosa del cuello del útero, manifestada por la humedad vaginal (Método de Billings, o de días secos y húmedos).

Método de la temperatura basal: Forma de control natural de la natalidad en la que el período de ovulación se detecta por los cambios en la tempe-

ratura corporal medida en forma rutinaria, a lo largo del ciclo menstrual.

Modalidades de penetración: Características intrínsecas de la acción de penetrar suave, moderado, brusco, violento, con lubricación natural y/o artificial, etc.

Monte de venus: Pubis de la mujer.

Necrofilia: Parafilia en la cual se verifica la relación sexual con cadáveres.

N

Órganos sexuales: Genitales internos y externos que diferencian a los hombres de las mujeres, que incluyen los genitales y las gónadas.

O

Orgasmo: Etapa más intensa (clímax) de la excitación sexual con sensaciones en extremo placenteras, y que en el hombre incluye por lo general la eyaculación.

Ovario: Glándula sexual femenina que produce óvulos y las hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona.

Ovulación: Liberación mensual de un óvulo por uno de los ovarios. El óvulo entra en las trompas de Falopio, donde espera la fertilización por parte de un espermatozoide.

Paidofilia: Parafilia. Actividad sexual entre adultos y niños.

Papanicolaou (test): Estudio de laboratorio citológico o exudado cervical, utilizada para detectar enfermedades de la vagina o del útero, en especial cáncer del cuello del útero. Se toma una muestra de la mucosa de la abertura del cuello del útero y se realiza un frotis sobre un portaobjetos para su examen al microscopio.

P

Parafilia: Comportamiento sexual compulsivo. El psicoanálisis lo denomina perversión.

Pasividad sexual: Ausencia de iniciativa a mantener relaciones sexuales.

Pederastia: Actividades homosexuales entre hombres maduros y jóvenes.

Pelvis: Segmento del cuerpo humano que comprende la parte inferior del tronco. En el interior se encuentran la porción final del tubo digestivo y la vejiga urinaria junto a los aparatos reproductores y genitales externos, propios de cada sexo.

Pene: Miembro viril. Genital externo masculino, órgano de la cópula y de la micción, de estructura eréctil, compuesto por los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso a nivel del cuerpo del pene y por el segundo solamente a nivel del glande, que es una prolongación del cuerpo esponjoso y rodea a la uretra peneana en todo su trayecto. Esta estructura eréctil esta recubierta por piel, cuya prolongación anterior es el prepucio.



Penetración: Acción y efecto de penetrar. En el contexto sexual, acción de introducir el pene en la vagina durante el acto sexual convencional.

Perineo: Área anatómica romboidal conformada entre el pubis y el coxis, subdividida en posterior (ano) y anterior (genitales). En las mujeres, área de la vulva y vagina. En los hombres, área del pene y escroto.

Período seguro: Días del ciclo menstrual de la mujer, en los que es menos probable que ocurra un embarazo como resultado del coito.

Período fértil: Días periovulatorios del ciclo menstrual de la mujer, en los que la concepción es posible.

Período refractario: Período posterior al orgasmo en el cual, para la mayoría de los hombres y para algunas mujeres, una ulterior respuesta sexual está temporalmente inhibida.

Pezón: Parte saliente del pecho, centrado dentro de la areola, zona de salida de los conductos galactóforos y área de succión para la lactancia del recién nacido. Importante zona erógena, que se erecta durante la excitación sexual.

Píldora anticonceptiva: Medicamento anticonceptivo oral que contiene hormonas sintéticas que evitan el embarazo. Ver anticonceptivo oral.

Píldora «del día después»: Píldora anticonceptiva que contiene una dosis hormonal muy alta y que puede evitar el embarazo si es tomada hasta 72 horas después del coito.

Poliandria: Matrimonio entre una mujer y dos o más hombres al mismo tiempo.

Poligamia: Que tiene más de un esposo o esposa al mismo tiempo.

Poliginia: Matrimonio entre un hombre y dos o más mujeres al mismo tiempo.

Polución nocturna: Eyacuación involuntaria durante el sueño, frecuente durante el desarrollo sexual (adolescencia) y asociada a muy escasa actividad sexual en el adulto.

Posiciones sexuales: Distintos modos de relacionarse entre sí la pareja, en general referido a la penetración durante el acto sexual.

Prepucio: Pliegue cutáneo retráctil, que cubre el glande en el extremo del pene.

Preservativo: ver Condón.

Progesterona: Hormona sexual femenina, producida por el cuerpo amarillo del ovario después de la ovulación y que prepara al útero para recibir y sustentar un eventual huevo fertilizado. De no suceder esto, se agota la secreción del cuerpo amarillo en aproximadamente 15 días y sobreviene una menstruación.

Próstata: Órgano de carácter glandular por su función que rodea el cuello de la uretra a su salida de la vejiga urinaria en los varones. Segrega una sustancia que nutre al espermatozoide. Bloquea la salida de la vejiga evitando que salga orina mientras el pene está erecto y produce uno de los principales componentes del plasma seminal.

Prostituta(o): Persona que brinda servicios sexuales a cambio de dinero.

Pubertad: Comienzo de la adolescencia, período de desarrollo sexual secundario, durante el cual el niño comienza a eyacular y la niña comienza a menstruar.

Pubis: Porción anterior del hueso coxal en la parte inferior del abdomen, que forma un triángulo entre los dos muslos, cubierta de vello en los adultos.

Punto G: El punto Grafenberg, pequeña área dentro de la vagina que responde en especial a la estimulación.

Recto: Extremo distal del intestino grueso, ubicado después del colon sigmoide y que finaliza en el ano.

Sadismo: Comportamiento sexual parafílico, por el cual una persona siente placer sexual al infligir dolor a otra.

Sadomasoquismo: Forma de comportamiento sexual por el cual una persona siente placer en una variable combinación de sadismo y masoquismo. Véase también Sadismo, Masoquismo.

Semen: Mezcla de espermatozoides y líquido seminal eyaculado durante el orgasmo.

Sesenta y nueve: Término popular para designar a dos personas que practican recíprocamente el sexo oral.

Sexo grupal: Número, mayor de dos personas, que entre sí realizan variadas actividades sexuales al mismo tiempo.

Sexo oral: Utilización de la boca y lengua para estimular los genitales de una pareja. Llamado también sexo oralgenital, incluye el cunnilingus y la fellatio.

Sexo seguro: Formas de actividad sexual que tienen un nivel relativamente bajo de riesgo de adquisición de una enfermedad de transmisión sexual por la utilización de preservativo (especialmente SIDA).

Sexo y embarazo: Durante el embarazo no hay restricciones respecto de la sexualidad, a menos que haya alguna amenaza de aborto y, por ende, esté en riesgo la continuidad de la gestación.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): Enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), en la que el cuerpo pierde su capacidad de defenderse frente a las enfermedades infecciosas.

Sífilis: Enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria (*Treponema Pallidum*).

Sistema reproductor: Aquellas partes del cuerpo humano, cualquiera que sea el sexo, directamente relacionadas con la reproducción.

Sodomía: Coito anal.





T **Tamaño de genitales:** Referencia de las dimensiones de los genitales externos. Según diferentes tratados de anatomía humana, se considera normal un rango promedio. Existen variaciones en más o en menos que no necesariamente implican anormalidad. En ocasiones las diferencias de tamaño, entre los genitales de la pareja, pueden ocasionar dificultades.

Teatralización: Acto de simulación de goce u orgasmo para complacer a la pareja. Puede utilizarse para la ocultación de frigidez total o anorgasmia.

Técnica para eyaculación precoz: Método (parada y arranque) por el cual un hombre puede aprender a evitar la eyaculación prematura mediante el cese temporal de toda estimulación al sentir que está alcanzando el punto en el que la eyaculación es inevitable.

Temperatura basal del cuerpo: Temperatura normal del cuerpo humano en condiciones basales, por la mañana antes de levantarse y medida siempre en un mismo sitio (bucal, rectal). La temperatura basal del cuerpo de la mujer se eleva justo después de la ovulación, así que la lectura cotidiana puede detectar el momento en que ha ovulado y utilizar ese dato en el método de control natural de la natalidad. Ver método de la temperatura basal.

Terapia de reemplazo hormonal: Utilización de hormonas naturales o sintéticas para contrarrestar algunos de los efectos de la menopausia, por ejemplo la sequedad vaginal.

Testículos: Glándulas sexuales masculinas situadas en el interior de cada bolsa escrotal, que producen espermatozoides y hormonas sexuales.

Testosterona: Hormona sexual masculina por excelencia, producida por los testículos. Es responsable de la conducta sexual y de las características sexuales secundarias masculinas. La testosterona también se produce en las glándulas suprarrenales de hombres y mujeres, y en éstas es en parte responsable de la conducta sexual femenina.

Tiempo refractario interorgásmico: Período de tiempo variable para cada individuo y sexo, en el cual está imposibilitado de obtener otro orgasmo.

Transexual: Personas sometidas a una operación de cambio de sexo. Hombre o mujer que siente que en realidad es un miembro del sexo opuesto atrapado en un cuerpo equivocado.

Travesti: Persona que tiene una fuerte compulsión a vestirse con ropas del sexo opuesto. Para muchos travestís el realizar esto último es necesario para poder gozar la actividad sexual. Más frecuente en varones.

Tricomoniasis: Infección de la vagina, con frecuencia transmitida sexualmente.

Trompas de falopio: Órganos que conforman parte de los genitales internos femeninos. Son túbulos que conectan la zona periovárica con el útero, y en ellas ocurre la fertilización de los óvulos o concepción.

Uretra: Conducto que transporta la orina desde la vejiga al exterior. En los hombres, la uretra también es el canal a través del cual se eyacula el semen.

Uretritis: Inflamación de la uretra causada por una infección habitualmente bacteriana.

Útero: Matriz, órgano genital interno de la mujer en el que se deposita el óvulo fertilizado y se desarrolla el embrión.

Vagina: Órgano de la cópula en la mujer. Conducto corto, húmedo y suave entre la vulva y el cuello del útero, en el cual se introduce el pene durante el coito.

Vaginitis: Inflamación de la vagina habitualmente bacteriana o micótica (hongos).

Vasectomía: Método de esterilización quirúrgico masculino, en el que se cortan y ligan los conductos deferentes a fin de que los espermatozoides no puedan pasar y llegar al semen.

Vello púbico: Pilosidad o vello alrededor de los genitales, en la zona pubiana.

Verrugas genitales: Pequeñas excrescencias papilares o verrugas sobre o alrededor de los genitales. Pueden ser verrugas vulgares, o condilomatosas (virales) transmitidas sexualmente.

Vesícula seminal: Glándulas que conforman pequeñas bolsas situadas por detrás de la próstata, que descargan el líquido seminal en la uretra.

Vibrador: Dispositivo que opera a pilas, por lo general con forma de pene, que vibra y es utilizado para estimular el clítoris o la vagina.

Violación: Relación sexual llevada a cabo por la fuerza, sin mediar consentimiento por parte de una de las personas.

Voyeurismo: Parafilia, forma compulsiva de comportamiento sexual en el cual una persona (por lo general un hombre) siente placer al mirar las actividades sexuales de otras personas o al mirarlas desvestirse.

Vulva: Órgano sexual externo de la mujer, puerta de entrada a la vagina.

Zonas erógenas: Aquellas partes del cuerpo que son especialmente sensibles a la estimulación sexual (genitales, zona mamaria, etc.).

Zoofilia: Comportamiento sexual parafilico que comprende el contacto sexual con animales.



Películas Interesantes

- «Angels in America» | sida y homosexualidad.
- «Sexo oral» | opiniones sobre sexualidad.
- «Philadelphia» | cambios en la vida de una persona afectada por el SIDA.
- «Café Irlandés» | embarazo de adolescente.
- «Alegre Mannon Tropo» | un joven en busca de su orientación del deseo sexual.
- «Fresa y Chocolate» | marginación por relaciones homosexuales.
- «A mi madre le gustan las mujeres» | lesbianismo.
- «Billy Elliot» | estereotipos de género.
- «Inteligencia artificial» | amor filial.
- «Quiero ser como Beckham» | estereotipos de género.
- «Más pena que gloria» | amor adolescente e identidad
- «Barrio» | Amor y delincuencia.
- «El Bola» | amistad.
- «Planta 4ª» | adolescentes.
- «Te doy mis ojos» | maltrato.
- «En la puta vida» | prostitución.
- «Kinsey» | normalización de la sexualidad.
- «Troya» | una guerra por amor.
- «Persiguiendo a Amy» | enamoramiento y lesbianismo.
- «Salir del armario» | homosexualidad y rechazo.
- «Cry no more» | frustración sexual femenina por causa de las humillaciones reiteradas.
- «Borrowed bride» | práctica de contratar mujeres con experiencia para enseñar prácticas sexuales a futuros maridos.
- «Iron ladies» | cuenta la historia de un grupo de travestis.
- «El beso de la pantera» | primer amor.
- «¿Qué hecho yo para merecer esto?» | un tratado feminista.
- «La ley del deseo» | triángulo pasional, bisexualidad, celos...
- «Todo sobre mi madre» | retrato del mundo femenino.
- «Hable con ella» | amistad, soledad y amor.
- «Mejor que el sexo» | ¿relaciones de una noche o algo más serio?
- «Balneario de Battle Creek» | abstinencia sexual, apetitos eróticos.

- «Lucía y el sexo» | el poder del sexo sobre el destino.
- «Sexo por compasión» | salvar a un hombre por acosarse con él.
- «Melissa P» | el descubrimiento del sexo de una adolescente.
- «Sexo si... pero seguro» | dilema entre sexo y amor.
- «Princesas» | prostitución.
- «Sexo con amor» | costumbres sexuales de la clase media.
- «Sueños de adolescente» | los misterios del sexo.
- «American Pie» | obsesión por las relaciones sexuales de unos adolescentes.
- «Y tu mamá también» | sexualidad adolescente.
- «Samaritan girl prostitucion» | prostitución.
- «Ken Park» | confusión emocional.
- «Kids» | sexo, drogas y vih entre adolescentes.

Libros Interesantes

- Aran, J.M., Güell, M., Marías, I. y Muñoz, J. (1995). 4. *El sexo en los tiempos del SIDA*.
- Arasanz M., Calero M., Horiuel E. y Puigdomènech M. (1997). *Cos, sexualitat, reproducció (ESO)*. Zaragoza. Baula.
- Bría, Li., Marías, I., Molina, M.C. y Ramírez, A. (1991). *Educación sexual en el cole*. Madrid: Diseño.
- Canseco P, Conill J, Doltrea M, Molina MC, Lacasa G, Moreno E, Ramírez A. (1994). *Afectivitat i sexualitat. En: Els valors de la convivència*. Barcelona. Ega, professors editors.
- Coussins, J. (1991). *Hazlo bien, hazlo seguro*. Barcelona. Médici.
- Dexeus S. y otros (1986). *La contracepción hoy*. Barcelona. Salvat.
- Domingo A, Espinet B, Font P y de Manuel J. (1995). *Cos, sexualitat i reproducció (Crédito variable)*. Barcelona. Castellnou.
- Domingo A, Espinet B, Font P y de Manuel J. (1996). *Cuerpo, sexualidad y reproducción (Materiales refuerzo ampliación)*. Barcelona. Almadraba.
- Duran, D. (1997). *Ciclo bis*. Barcelona. La Galera.
- Equipo Aula Abierta (1991). *Sexualidad y vida sexual*. Barcelona. Salvat.
- Fernández, E. y Mústieles, D. (1997). *Las mentiras*

- de la sexualidad. *Mitos y errores*. Madrid. Olalla.
- Kaplan, H.S. (1991). *El sentido del sexo*. Barcelona. Grijalbo.
- Martínez, J. Y Rubio, R. (1990). *La sexualidad a lo claro*. Madrid. Popular.
- Muñoz Redón, J. (coord.) (1998) *La amistad en: La bolsa de los valores. Materiales para una ética ciudadana*. pp. 183ss. Barcelona. Ariel.
- Mayle, P. (1977). *¿Qué me está pasando?* Barcelona. Grijalbo.
- Rus, A. (1997). *El sexo de la A a la Z*. Madrid. Temas de Hoy.
- Urruzola, M.J. (1991) *Aprendiendo a amar desde el aula. Manual para escolares*. Bilbao. Maite Canal.
- Savall A., Molina M.C., Cabra J., Sarasibar X. y Marías, I. (1998). *Yo, tu y nosotros. Cuerpo, sexualidad y afectividad*. Barcelona: Octaedro.

Libros para personal educador

- Abenoza, R. (1994). *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*. Madrid. Popular.
- Andrés MA y Cárcamo ML. (1995). Previendo los embarazos no deseados: los anticonceptivos y el petting. *Aula material*, 21, suplemento aula 26.
- Bandera, M. (1999). *39 veces la primera vez*. Barcelona: DVD Eds.
- Barragán Medero, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona. Paidós.
- Colectivo Harimaguada. (1991). *Carpetas didácticas de educación afectivo-sexual para la escuela*. Las Palmas: Gobierno de Canarias. Dirección General de Promoción Educativa M.E.C
- Colectivo Harimaguada. (1988). *Educación sexual en la escuela*. Salamanca. ICE-Univ. de Salamanca. Documentos didácticos.
- Comfort, A. (1990). *El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento*. Barcelona. Blume.
- Font, P. (1990). *Pedagogía de la sexualidad*. Barcelona. Graó.
- García Fernández, J.L. (1990). *Guía práctica de información sexual para el educador*. Pamplona.
- Ferrer, F. (1992). *Como educar la sexualidad en la escuela*. Barcelona. Ed. CEAC.

- Labrador, F. y otros (1994). *Guía de la sexualidad*. Madrid. Espasa Calpe.
- López Sánchez, F. (1984). *Educación sexual en la adolescencia*. Salamanca. ICE. Universidad de Salamanca.
- López Sánchez, F. (1985). *Principios básicos de la educación sexual*. Salamanca. ICE-Univ. de Salamanca. Documentos didácticos.
- López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI.
- López Sánchez, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- Manuel Barrabín J. de (1995). Una proposta per a l'educació sexual i afectiva a secundaria. *Guix*, 213-214, 67-73
- Seminario COEDASEX (1994). *Coeducación y educación afectiva y sexual. Cuadernos de Pedagogía*, 224, 59-64.
- Spitz, C. (1994). *Cuestiones de adolescentes. (Todas las respuestas a las preguntas más directas)*. Madrid. Aguilar.
- Urruzola Zabalza, M.J. (1991). *¿Es posible coeducar en la actual escuela mixta?*. Bilbao. Maite Canal.

Libros para padres y madres

- Bauman, L. y Riche, R. (1991). *Cómo resolver los nueve problemas que más perturban a los adolescentes*. Barcelona: Apóstrofe / Edhasa.
- Calderone, M.S. y Ramey, J.W. (1987). *Como hablar con tus hijos sobre sexo*. Barcelona. Granica.
- Cassell, C. (1988). *Con toda sinceridad. Como hablar con los adolescentes de amor y sexualidad*. Barcelona. Grijalbo.
- Cholette-Perusse, F. (1984). *La sexualidad explicada a los hijos*. Barcelona. ATE.
- López Sánchez, F. (1993). *Para comprender la sexualidad*. Pamplona. Verbo Divino.
- Somers, L. y Somers, B. (1990). *Como hablar a sus hijos sobre el amor y el sexo*. Barcelona. Paidós.
- VV.AA. (1990). *Guía para padres*. Tres vol. Madrid. Cultural S.A. de Ediciones.

Para profundizar

- **Altable, C.** (1991). *Penélope o las trampas del amor*. Madrid. Mare Nostrum.
- **Barbach, L.** (1991). *Los secretos del orgasmo femenino*. Barcelona. Martínez Roca.
- **Bleichmar, E.D.** (1997). *La sexualidad femenina, de la niña a la mujer*. Barcelona. Paidós.
- **Brunckner, P. y Finkitargut, A.** (1979). *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona. Anagrama.
- **Calvo Artés, M.** (1991, 3a ed). *Trampas i claves sexuales*. Barcelona. Icaria.
- **Diamond, J.** (1999). *¿Por qué es divertido el sexo? (¿Por qué los amantes hacen lo que hacen?. Un estudio de la evolución de la sexualidad humana)*. Barcelona: Debate.
- **Farré JM (coord.)** (1998). *Enciclopedia de la sexualidad*. Barcelona. Océano.
- **García Düttmann, A.** (1995). *La discordia del sida. (Cómo se piensa y se habla acerca de un virus)*. Madrid: Anaya/M. Muchnik.
- **Guasch, O.** (1995). *La sociedad rosa*. Barcelona. Anagrama.
- **Gurméndez, C.** *Tratado de las pasiones*.
- **Hite, S.** (1992). *Informe Hite. Sexualidad masculina*. Barcelona. Plaza y Janes.
- **Kaplan, H.S.** (1991). *La eyaculación precoz*. Barcelona. Grijalbo.
- **Lario, L.S., Lario, M. y Lario, S.** (1996). *El gen del amor*. Barcelona: Eds. del Bronce.
- **Masters, W. H. y Johnson, V.E.** (1988). *El vínculo del placer*. Barcelona. Grijalbo.
- **Masters, W. H. y Johnson, V.E.**(1996). *Eros. Los mundos de la sexualidad*. Barcelona. Grijalbo.
- **Nieto, J.A.** (1990). *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Madrid. U.N.E.D. Fundación Universidad Empresa.
- **Pérez Lara N.** (1988). *Educación sexual*. En: *Enciclopedia práctica de Pedagogía*. Barcelona. Planeta.
- **Portella E. y Castillo A.** (1991). Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 2, 6 150-153.
- **Sanz, F.** (1990). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona. Kairos.
- **Sierra A. y Torres A.** (1991). *Epidemiología y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. En: AA.VV. *Medicina preventiva y salud pública*. Eds. Científicas y Técnicas,SA (592-603).
- **Subirats, M.** (1998). *Con diferencia. (Las mujeres frente al reto de la autonomía)*. Barcelona: Icaria.
- **Vicent Marqués, J. y Osborne, R.** (1991). *Sexualidad y sexismo*. U.N.E.D. Fundación Universidad Empresa.
- **Usstler, J.** (1991). *La psicología del cuerpo femenino*. Madrid. Arias Metanol.

Páginas Web Interesantes

- www.cje.org
- www.abcsexologia.com/
- www.centrojoven.org/
- www.cogailles.org
- www.fundaciontriangulo.es
- www.identidades.org
- www.sexoconseso.com
- www.hacerlobien.com
- www.durex.com
- www.lasexología.com
- www.sexologiaysociedad.com/
- www.tnrelaciones.com
- www.sexualidadonline.com
- sexoinfo.com/
- www.fpfe.org/default.asp
- www.institutosdesexologia.org/es.htm
- www.info-pene.com/
- www.sidasaberayuda.com/nou/index.htmlsida
- www.fase.es
- www.unaids.org
- www.stopsida.org
- www.msc.es