



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

“LA IGUALDAD Y LA EDUCACIÓN SEXUAL, EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA DESDE LAS CIENCIAS NATURALES”

AUTORIA: ANA CIRRE GÓMEZ JUAN ÁLVAREZ MONDOZA, RAFAEL BLANCO PRIEGO Coordinación: JESÚS FERNÁNDEZ BEDMAR
TEMÁTICA Igualdad y Educación Sexual
ETAPA Enseñanza Secundaria Obligatoria

Resumen

El presente trabajo, como los anteriores relativos a Lengua y Literatura Españolas, Matemáticas, Ética, Lenguas Clásicas, e Inglés (véanse los nn. 1, 2, 3, 4 y 5 de “Innovación y Experiencias Educativas”), forman parte de un compromiso más amplio: proponer un cambio de actitud para la enseñanza de las materias de la ESO donde la *igualdad mujer-varón* y la *educación sexual* ocupen un lugar significativo sin que ello acarree el aumento de los contenidos en ninguna de las asignaturas. Sencillamente ofrece cierta información y una serie de ejercicios diferentes a los que habitualmente se utilizan en el aula. Son propuestas de trabajo para que ambos temas acaben siendo normales en el diálogo educativo.

Palabras clave:

- IGUALDAD
- EDUCACIÓN SEXUAL
- EMBARAZO
- E. T. S.
- REPRODUCCIÓN HUMANA
- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
- SALUD SEXUAL

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en las normas legales referidas en el documento base (Rev. Innovación y Experiencias Educativas, nº 1). Respecto a las CC NN, el Decreto 148/2002 (BOJA 14.05.2002), hace referencia al desarrollo de los conocimientos científicos y cómo éstos entran a formar parte de la vida cotidiana. Destaca la importancia de los avances científicos en relación a los métodos anticonceptivos, lo que hace posible una mayor libertad femenina en la vida sexual. Es claro que hoy se conoce mucho mejor el funcionamiento tanto de los órganos genitales como el interesante proceso de la respuesta



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

sexual humana femenina y masculina. Incluso, aunque aún falta un tratamiento eficaz para el SIDA, sí podemos sentirnos satisfechos respecto a los avances en el resto de las enfermedades de transmisión genital que nuestros alumnos deben conocer.

La metodología que el Decreto pide es práctica, con inclusión de actividades y planteamiento de pequeñas investigaciones de manera adecuada a las peculiaridades de nuestros jóvenes adolescentes, como aparece en la propuesta que hacemos al final del presente trabajo. En el fondo, se trata de que la enseñanza esté planificada de modo que, partiendo de su situación concreta, conozcan las ideas correctas sobre los conceptos que abarcan las Ciencias de la Naturaleza.

Algunos objetivos en esta área son muy significativos: el nº 1, pide: *Utilizar los conceptos básicos de las Ciencias de la Naturaleza para elaborar una interpretación científica de los principales fenómenos naturales, así como para analizar y valorar algunos desarrollos y aplicaciones tecnológicas de especial relevancia*; el nº 4, *Seleccionar, contrastar y evaluar informaciones de distintas fuentes*, es decir, desarrollar un pensamiento crítico, tan importante en los temas que tratamos; por último, el nº 7 pide: *Utilizar sus conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano para desarrollar y afianzar hábitos de cuidado y salud corporal*.

Respecto a la *educación sexual*, señala la conveniencia de iniciar de manera descriptiva el conocimiento de la reproducción sexual, observando cómo se produce mediante la unión de dos células provenientes de la mujer y del varón. A un nivel superior, haciéndoles ver las ventajas de la reproducción sexual respecto de la reproducción asexual. A partir del tercer curso, en el apartado “Salud y enfermedad”, se inicia el estudio del cuerpo humano y aspectos específicos, tales como la adquisición de hábitos saludables de vida y la sexualidad. Más aún, el Decreto habla expresamente de “Reproducción y sexualidad” para decir que la reproducción es una función que compartimos con los otros seres vivos; sin embargo, habrá que hacerles entender a nuestros alumnos que la sexualidad humana tiene características propias que la diferencian de otro tipo de expresión sexual.

Sigue el Decreto diciendo que *El conocimiento del funcionamiento del aparato genital o reproductor es un paso esencial para evitar las ETS y los embarazos no deseados*. Sin duda es un paso importante afirmar la necesidad del conocimiento, por parte de nuestros alumnos, de los “órganos reproductores”; sin embargo consideramos que debe irse cambiando la mentalidad juvenil en el sentido de hablar de “órganos sexuales” porque, tales órganos no sólo tienen una finalidad reproductiva. La familiaridad con una nueva concepción teórica permite mayor claridad práctica.

El mismo apartado continúa con consideraciones útiles para este trabajo, que deben ser tenidas en cuenta en el aula. Por ejemplo: *La sexualidad humana supone una comunicación afectiva y es una opción personal. Se manifiesta según diferentes pautas de conducta*. Sólo con el deseo de sugerir ideas, pensamos que el respeto a la diversidad sexual está claramente presente en lo dicho. *A lo largo de la vida se producen cambios corporales entre los que destacan los relacionados con la capacidad de reproducción*; el conocimiento de este hecho y tenerlo en cuenta con nuestros alumnos permite acercarnos a su realidad concreta. Por último, se señala la importancia de *“partir de elementos motivadores relacionados con la experiencia del propio alumnado”*. En este sentido, consideramos que



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

nuestros alumnos se encuentran en la edad propicia no sólo para recibir este tipo de información sino también en el momento más adecuado porque es cuando más la demandan y cuando más la necesitan.

En consecuencia, desde las CC NN cabe hablar y con mimo de *reproducción asexual y sexual, ventajas de ésta sobre aquella y diferencia de la reproducción animal y humana: importancia de la comunicación afectiva, opción personal, paternidad-maternidad responsable* y todo lo relativo a la contracepción como recurso para su aplicación y distinción entre sexualidad y reproducción, *estudio del cuerpo humano, sus cambios e importancia de la sexualidad*. En esta línea, es importante cambiar el concepto de “aparato reproductor” por el de *aparato sexual*, y finalizar sabiendo que *los seres humanos cambian, evolucionan y, por ello, viven su sexualidad de forma diferente en las distintas etapas de su vida*, haciendo hincapié en el deseo y en sus distintas manifestaciones, en la respuesta sexual humana, en la fecundación, embarazo y parto, enfermedades de transmisión sexual, con lo que tendríamos un programa de educación sexual bastante interesante y, sobre todo, dentro del marco legal.

Por nuestra parte, no tenemos la más mínima duda acerca de los conocimientos y recursos que los profesores de CC NN tienen para ofrecer una visión científica de cada uno de los temas citados. No pretendemos enseñarles lo que estamos seguros que conocen; sólo queremos ofrecer una visión *diferente* a la mera visión biológica, anatómica o fisiológica; concretamente, una visión sexológica en la que, por supuesto, no pueden faltar los aspectos citados. Con esta intención ofrecemos cada uno de los temas o conceptos a los que hemos hecho referencia.

2. LA REPRODUCCIÓN HUMANA. FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO

Hacer el amor, en el mejor sentido de la expresión, es hacer algo muy importante porque el amor es algo imprescindible en la vida de los seres humanos; hacer el amor es producir algo que sea originado por ese sentimiento de afecto hacia otra persona, es hacer que perduren en el tiempo los sentimientos que mutuamente se tienen dos personas; es también desear que el afecto que se tienen y se manifiestan dos personas se convierta en algo duradero, que lo recuerden toda la vida y de lo que ellos se sientan muy felices; hacer el amor es querer hacer algo juntos y que este algo crezca despacio para poderlo ver desarrollarse y cuidarlo, de modo que puedan sentir la satisfacción de observar cómo madura en el tiempo; hacer el amor es también permitir que la vida de uno y otro se unan muy estrechamente y que de esa unión nazca más vida, más amor, en forma de otra nueva criatura .

J. FERNÁNDEZ BEDMAR,
La educación afectivo sexual,
Granada 1997

Tal como aparece en el texto, pensamos que la reproducción humana es sin duda uno de los actos más importante que pueden realizar los seres humanos. Por ello conviene, además de conocer la pura mecánica del hecho, informar a los alumnos de los aspectos más significativos que lo rodean



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

porque, en definitiva, lo hacen más humano. Iniciamos el tema contraponiendo reproducción asexual y sexual, con el fin de resaltar la mayor dignidad y las posibilidades de esta última, avalada por la propia dignidad de las personas; ello permite que los alumnos entiendan la grandeza de la reproducción.

Fundamentalmente, la reproducción sexual significa el cambio de una división o mitosis (un ser vivo da lugar a dos) por una fusión (dos seres vivos dan lugar a uno). Ahora bien, tal como lo explica M. Lucas Matheu (1990) *la fusión hace posible que la capacidad de cambio y variabilidad sea inmediata en esta nueva fórmula, aunque por lo pronto la multiplicación se vea frenada... pero a la larga no ocurre así porque, en los organismo pluricelulares sexuados, después de la fusión de los gametos o células sexuales, hay un rápido proceso de divisiones directas de la célula resultante de esta fusión, que van a continuar hasta la formación del nuevo organismo y posteriormente para su mantenimiento.* El mismo Lucas Matheu añade otro posible inconveniente de la reproducción sexual: *la necesidad del encuentro para la fusión pero, la necesidad de comunicación y acercamiento la tienen prácticamente todos los seres vivos y el sexo contribuye poderosamente a ello; de hecho, seres asexuados que, teóricamente no necesitarían a otros para reproducirse, en realidad no son capaces de hacerlo aislados, como ocurre con los virus y las bacterias.*

Sin embargo, la fusión tiene la inestimable ventaja de que el nuevo ser que surge de la fusión es completamente diferente de los dos que lo producen, porque las células sexuales que la posibilitan tienen unas características genéticas especiales. Veamos: durante la gametogénesis, (Usandizaga 1990) el proceso se inicia con la proliferación de células germinativas que dan lugar a *espermatogonias* con 46 cromosomas (células diploides que se multiplican por mitosis) en los túbulos seminíferos (estructuras en forma de tubos de pequeñísimo diámetro situadas dentro de los testículos). De cada espermatogonias A y por mitosis se producen dos nuevas (espermatogonias B), iguales aunque de tamaño más reducido. De nuevo por mitosis, las espermatogonias B se transforman en dos *espermatocitos* de primer orden (células progenitoras del espermatozoide maduro) que en su mayor desarrollo tienen un tamaño de 25 micras y en cuya formación invierten 27 días. Ahora, el proceso es distinto: el espermatocito de primer orden se transforma por meiosis (división celular para formar gametos, en este caso, masculinos como células haploides o con la mitad de los cromosomas de la célula originaria) en dos espermatocitos de segundo orden, ya con sólo 23 cromosomas y en un proceso que dura unos 23 días. Formados los espermatocitos de segundo orden, de nuevo por mitosis, se produce otra nueva división que da lugar a dos *espermátides* (célula previa a la formación de espermatozoides). De esta forma sabemos que de cada espermatogonias A se han formado 8 espermátides. De todos modos, aún han de pasar 24 días para que cada espermátide se transforme en espermatozoide, es decir, en una célula dispuesta para realizar largos desplazamientos por sí sola y para fecundar al óvulo, con lo que habremos completado el ciclo de 74 días que suelen necesitar los espermatozoides.

La ovogénesis o gametogénesis femenina es diferente al varón. Las células germinativas iniciales dan lugar en el ovario a la formación de *ovogonias* (célula femenina diploide a partir de la cual se produce la ovogénesis) que empiezan a multiplicarse en ovogonias hijas, ya en la vida fetal y con una extraordinaria abundancia, de modo que entre el 4º y 7º mes ha finalizado su multiplicación y se han convertido en ovocitos de primer orden dentro de su folículo. El proceso de meiosis se inicia pronto transformándose en células haploides. Desde el nacimiento, la niña tiene aproximadamente un millón



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

de ovocitos; de ellos en la pubertad, más o menos a los 12 años, dispone de unos 400.000 y de ellos llegan a madurar unos 400; por supuesto, muchos menos tendrán la oportunidad de ser fecundados.

Las dificultades que han de afrontar los espermatozoides hasta llegar al óvulo hacen necesaria una gran producción de los mismos con el fin de que algunos tengan la posibilidad de fecundarlo. Por otro lado, la introducción directa de los espermatozoides en los órganos reproductores femeninos es un avance en la escala filogenética que ahorra riesgos y produce la seguridad de que los gametos llegan a encontrarse en las mejores condiciones.

Así pues, la reproducción humana procede de una relación coital, pero debe estar precedida del deseo efectivo o de la voluntad clara de quienes la pretenden, de los dos miembros de la pareja. El nacimiento de un hijo no debiera dejarse al puro azar ni mucho menos ser fruto de un despiste: éstas serían formas incorrectas de iniciar una buena relación; además, se debería aprender que no toda excitación sexual tiene por qué acabar necesariamente en coito; la responsabilidad debe formar parte del vocabulario de los más jóvenes. Si esto lo aprenden desde la infancia, de la misma forma que pueden aprender a amar, a confiar en los demás, podemos estar seguros de que estamos en el camino correcto para hacer de ellos adultos seguros de sí mismos y respetuosos con los demás.

Una vez producido el encuentro del espermatozoide y el óvulo, la unión ya es un conjunto de 46 cromosomas (23 del padre y 23 de la madre), comienza otra historia maravillosa: la del hijo en el interior de la madre. La fecundación se produce en una de las trompas de Falopio y se inicia el camino hacia el útero, donde quedará implantado en unos siete días. La célula formada de la unión de los dos gametos u óvulo fecundado se denomina **cigoto**; durante el periodo de segmentación, cuando empieza a dividirse por mitosis normal, se transforma en un organismo pluricelular y adquiere forma de mora, por lo que se le llama **mórula**. Ayudada por un movimiento de contracción de la trompa, la mórula avanza hasta el útero y allí se implanta: desde días antes, el interior del útero o endometrio se ha preparado para que el futuro bebé encuentre un cubículo almohadillado, se sienta protegido y pueda ser alimentado por una gran cantidad de vasos sanguíneos a través de los cuales le llegará el alimento.

Ahora, el futuro bebé permanecerá nueve meses en el útero de la madre, rodeado del líquido amniótico que le protegerá y facilitará el intercambio de productos con la madre. En ese tiempo, además de otras muchas ideas, puede analizarse la sorprendente transformación que va a tener lugar, desde el punto de vista sexual, y que se resume en el siguiente texto:

En el varón adulto, el pene y los testículos se parecen poco al clítoris, labios vaginales y vagina. Pero los genitales masculinos y femeninos tienen un origen evolutivo común, y muchas similitudes de estructura y funcionamiento. Esto se debe a que se desarrollan a partir del mismo material embrionario básico. El tejido que se convertirá en los órganos genitales adultos es el mismo en todos los embriones, masculinos y femeninos, pero se desarrolla de manera diferente según se dé o no la presencia de andrógeno. Seis semanas después de la concepción, los embriones de cromosomas XY, es decir, masculinos, empiezan a segregar andrógeno, la hormona sexual masculina. Si en este momento decisivo aparece el andrógeno, el embrión se



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

diferenciará en un varón con genitales masculinos. Si no aparece la cantidad suficiente de andrógeno en el momento decisivo, el embrión se convertirá en una hembra con genitales femeninos. Todos los embriones de los mamíferos se convertirían en hembras de no ser por la aparición del andrógeno durante la vida fetal primitiva. Por ejemplo, la pequeña prominencia carnosa que de otro modo se convertiría en el clítoris, se desarrolla y se convierte en un pene cuando está presente el andrógeno. De manera similar, el tejido que forma los labios vaginales se convierte en el escroto que más adelante pasará a contener los testículos. Los músculos que rodearían la entrada de la vagina se reúnen en torno a la base del pene en el caso del varón.

H.S. KAPLAN,
El sentido del sexo,
Barcelona 1981

La falta de una cultura sexual correcta conduce, en casos, a creer que el sexo, la diferenciación entre lo masculino y femenino, se reduce a tener o no tener unos órganos concretos. Se olvida o se desconoce lo verdaderamente significativo: el proceso que se inicia a poco de la fecundación y que culmina años después de haber visto la luz el nuevo ser.

En definitiva, todos los seres humanos que vienen al mundo surgen de una célula masculina y otra femenina, por lo que su **sexo genético** queda apuntado en el momento de la fecundación. Pero será una labor hormonal (de los andrógenos) la que haga aparecer los testículos o, en su defecto, los ovarios (**sexo gonadal**); es un proceso de gran trascendencia por lo que representará en el futuro de la nueva criatura, pero no exento de problemas, que culminará en el **sexo morfológico**, con la apariencia externa de la niña o del niño. Al cumplirse el tiempo de gestación, comienzan las contracciones, se dilata el cuello del útero y se inicia el parto, con la alegría consiguiente del encuentro de los padres con la nueva criatura. Por supuesto, todo ello condicionará posteriormente su vivencia de la **sexualidad**.

2. CAMBIOS CORPORALES EN CHICOS Y CHICAS

Las modificaciones que sufren todas las personas en su pubertad son los primeros motivos de inquietud tanto para ellas como para los padres. Por ello, afrontarlas con naturalidad, en el aula, por una persona a quien los jóvenes aprecian y valoran, es una forma positiva de poner los conocimientos al servicio de su mejor formación.

Convertirse en hombre o en mujer implica una serie de transformaciones físicas e interiores que, a veces, producen gran confusión. Vemos ante el espejo cómo nuestra imagen cambia día a día, nos sentimos distintos por dentro y nuestra forma de relacionarnos con los demás también cambia.

Sentimos deseos de llegar a ser adultos lo más deprisa posible. Pero los cambios se producen muy despacio; nuestro cuerpo, que va cambiando poco a poco, nos parece unas veces agradable y otras, algo extraño...

Nuestro punto de referencia lo tenemos en nuestros amigos y amigas, cuya



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

opinión es muy importante para nosotros, pues es con ellos con quienes nos comparamos. La preocupación puede surgir cuando nos parece que es precisamente nuestro cuerpo lo que nos impide estar a gusto con ellos.

R. GIOMMI y M. PERROTA,
Programa de educación sexual,
Edit. Everest 1993

Son tantos y tan diferentes los cambios corporales que se producen en los jóvenes que no es extraño, en ocasiones, verles desconcertados. Además, como no se producen a la misma edad en todos los jóvenes, ello hace que se produzcan comparaciones, casi siempre en desventaja para quien las realiza. Por si esto fuera poco, los medios de comunicación se empeñan en ofrecer “modelos” que poco tienen que ver con la realidad, pero que les sirven como un añadido más de confusión y de inquietud en estos aprendices de mayores.

Las primeras manifestaciones son, más o menos, comunes en ambos sexos y se refieren al aspecto físico. Desconciertan un poco porque siempre nos cogen desprevenidos; incluso, aunque se preparen con antelación, sirve de poco porque, siendo modificaciones comunes, cada cual las vive de forma personal. No obstante, es importante saber que no se producen a una edad determinada y que tan normal es empezar a cambiar a los 11-12 años como hacerlo varios años más tarde.

Aparte de ofrecer una visión clara de los cambios corporales, conviene iniciar ya el proceso de desgenitalización de la sexualidad. Para ello, resulta muy útil hacerles entender que todos los cambios están propiciados desde la **hipófisis**, órgano de secreción interna que tiene una importante tarea en nuestro proceso de maduración. Así, estarán en mejores condiciones para aprender que la sexualidad no se reduce a los órganos genitales ni es un asunto “de cintura hacia abajo”, sino que en ella está implicada toda la persona; incluso, podrán darse cuenta de que en la sexualidad humana hay tanto más de cultura que de biología: precisamente, por ser humana, en ella interviene el deseo y éste está muy condicionado por los tipos que la sociedad impone a través de los medios de comunicación.

De esta forma resultará más fácil hablar de otro cambio que crea a todos un mayor grado de inquietud: la maduración sexual. También ésta unas veces se adelanta y otras se atrasa; pero hay algo de lo que no cabe duda: siempre llega la madurez sexual antes que la madurez social y ahí tenemos al chico o la chica con capacidad reproductiva sin haber madurado, ni en su propia condición física.

A ellas y a ellos hay que informarles de las **poluciones nocturnas** y de la **menstruación**; el que oigan juntos las explicaciones de los dos procesos, sin duda, les ayuda a conocerse mejor. En ambos casos, de nuevo tenemos a la hipófisis ejerciendo una labor para la que estaba preparada desde mucho tiempo antes. Desde el hipotálamo, como dice Comfort (1979), suena el reloj que pone en marcha la producción de hormonas con el fin de transmitir las órdenes a los correspondientes órganos. En el primer caso, será el comienzo de la **espermatogénesis**, proceso que se inicia en la pubertad y que acompañará al chico durante toda su vida; en el segundo caso, será la **monarquía**, proceso que dará como consecuencia la regla o, lo que es igual, la maduración de los óvulos ya presentes en el ovario femenino desde antes del nacimiento.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

La exposición detallada de ambos procesos, no sólo desde el punto de vista fisiológico, puede ser ocasión para eliminar determinados mitos existentes sobre ellos. La polución es un proceso normal, que se produce por la acumulación de espermatozoides en los conductos deferentes y asociado generalmente con sueños eróticos; como normales también son las “inoportunas” erecciones que los chicos tienen en los lugares más inesperados. En el caso de las chicas, son muchos más los mitos relativos a la regla: una exposición detallada les hará entender que no se trata de una enfermedad, ni tampoco por ella “se les cortará la mayonesa”, ni “se les marchitarán las flores”. Pero, es cierto que hay chicas que sufren cuando les llega la regla (trastorno llamado dismenorrea); en este caso, debe aconsejarseles la visita a un ginecólogo, y mucho mejor si la hacen acompañadas de la madre.

3. ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS Y FEMENINOS: FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

Tal como se observa, con una simple ojeada a los libros de texto, es el concepto que más y mejor aparece en ellos. Está bien y es conveniente su conocimiento. Sin embargo, pensamos que podría mejorarse sólo dando un paso más y haciéndoles entender que, además de la importante y muy necesaria función reproductora, tales órganos tienen también otras importantes funciones.

Un punto clave en cualquier discusión sobre moral y sexo es distinguir cuál es el propósito de la sexualidad. No queda mucha gente que aún crea que la *única* función del coito sea tener hijos. (Y aquellos que así lo crean, son libres de hacerlo; pero que no marquen sus normas a los demás, del mismo modo que nosotros no pretendemos imponer las nuestras.) Pero hay otros que aún creen que es ésta la más importante, lo cual también se presta a discusión. Por supuesto, la mayoría de las parejas no desea conscientemente tener hijos en el momento de mantener las relaciones sexuales, y esto ha sido así desde siempre, incluso mucho antes de disponer de métodos eficaces de control de natalidad.

JAMES LIEBERMAN, E. y PECK, E.,
Guía sexual para jóvenes y del control de natalidad,
Barcelona 1985

No se trata de ver lo que no existe ni más allá de lo que vemos, pero el solo hecho de hablar de “aparato reproductor” supone algo que no es correcto del todo: resaltar la función reproductora equivale a hacerla función principal, del mismo modo que no hacer mención a otras funciones equivale a no darles importancia o simplemente prescindir de ellas (¿por qué?). De esa manera, los alumnos aprenden que “esto vale para aquello y nada más”. Mucho más correcto sería hablar de “diversas funciones de los órganos sexuales” entre las cuales está la reproductora como otra más.

Dicho esto, el abanico de posibilidades se amplía para hacer referencia, además de los órganos que, tradicionalmente, se explican y con amplitud de detalles, a otros que, también tradicionalmente, no aparecen en clase ni en conversaciones familiares. Como ejemplo, se sugiere hacer un recorrido, desde el interior hasta el exterior, deteniéndonos en los órganos más interesantes, como si de una visita se tratara, con el fin de evitar mayor importancia a unos que a otros:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

3.1. Órganos masculinos:

Testículos: estructura interna (**túbulos seminíferos:** productores de células masculinas desde la pubertad y durante toda la vida; **células de Leydig** muy relacionadas con la producción de testosterona, hormona responsable de la maduración sexual, etc.), localización (**escroto:** su importancia en la temperatura de los testículos y las repercusiones que ella puede tener en la formación de espermatozoides) y posible **criptorquidia** (falta de descenso); **epidídimo:** órgano importantísimo en la maduración de los espermatozoides, unido al testículo por un lado y, por el otro, al **conducto deferente:** 50 cm. de largo, a través del cual avanzan los espermatozoides mediante sus contracciones (estupenda ocasión para hacer referencia a la **vasectomía**); las **vesículas seminales:** bolsas que producen una secreción que proporciona vitalidad a los espermatozoides y supone la mitad de lo eyaculado. Hasta aquí separados los conductos, ahora se unen en la **próstata**, órgano productor de líquido prostático, protector y lubricación para los espermatozoides (se puede de hablar de posibles enfermedades como la *prostatitis*, infección típica de la juventud, o la *hiperplasia* de la edad adulta); las **glándulas de Cowper**, productoras de la secreción que aparece en el pene cuando el hombre está excitado y que en ocasiones lleva espermatozoides (problemas en la práctica del coito interrumpido); y el **pene** (no sólo como órgano copulador, tiene otras funciones y, entre ellas, la erótica) con su estructura (para facilitar la erección) y partes: **glante** (ocasiones en que se practica la **circuncisión**, -orígenes bíblicos y práctica judía y musulmana, generalmente por razones de higiene, aunque hoy existen muchos partidarios de que no se realice-, cuando hay problemas de **fimosis** -si la estrechez del prepucio impide la salida del glante- y ocasión para eliminar algunos de los posibles, mitos o malos entendidos en este terreno, etc.; mecanismo de la **erección**, etc.

3.2.- Órganos femeninos:

Ovarios: forma, tamaño y funciones (producción de hormonas y maduración de **ovocitos** (desde el nacimiento la mujer tiene muchísimos de los que sólo llegan a madurar unos 400 durante la vida fértil de una mujer); **ciclo menstrual** (distintas fases) hasta la salida del **óvulo** o célula femenina a las **trompas de Falopio**, con una longitud aproximada de 10 cm. (ocasión para hacer referencia a la ligadura de trompas como método anticonceptivo), un órgano hueco (donde normalmente tiene lugar la fecundación, aunque después debe producirse la anidación) y que, con su curiosa movilidad, atrae al óvulo para llevarlo hasta el **útero** o **matriz** (lugar donde el óvulo fecundado anida -situación esta que impide el DIU y por la cual algunos autores lo consideran microabortivo-, después de una interesante preparación que tiene lugar en el endometrio durante los días previos a la regla); a continuación se sitúa el **cuello del útero**, puerta de entrada para los espermatozoides pero también puede ser impedimento a los mismos, debido a las glándulas secretoras de moco (importancia de este moco para detectar los periodos fértiles o infértiles de la mujer y muy importante método anticonceptivo, completamente natural y sin ninguna contraindicación) y la **vagina** (conducto muscular de unos 10-12 cm de largo, que se adapta al tamaño del pene y que va en sentido descendente desde el cuello del útero hasta la **vulva**) con sus funciones en el parto, en la regla y en el coito. Por lo que se refiere a la **vulva** conviene saber que la componen los **labios mayores** cuya función es fundamentalmente protectora, los **labios menores** que funcionan como receptores de estímulos y que durante la excitación cambian a un color mucho más intenso y el **clítoris**, órgano bastante desconocido, homólogo al pene y cuyas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

ramificaciones nerviosas, en su origen tienen mucho en común con él; capaz de aumentar de tamaño, acumular sangre y endurecerse, sólo es visible en su parte externa o glande, y está situado en la parte superior de los órganos externos o vulva, por encima del meato urinario, en la unión de los labios menores; su función prácticamente consiste en concentrar y acrecentar la estimulación sexual y placentera de la mujer; en muchos casos, no resulta ocioso recordar que la **uretra** es un conducto distinto de la vagina; conviene decir algo acerca del **himen**, una membrana cuya utilidad práctica apenas se le reconoce, que cierra parcialmente la entrada de la vagina (la sangre menstrual sale a través de sus pequeñas aberturas, de la misma forma que el semen eyaculado puede entrar sin necesidad de romperse), y que algunas culturas le han dado una importancia que hoy sabemos que no tiene; sin embargo, su existencia o no, de ninguna manera equivale a que la chica sea virgen o no lo sea, ya que puede romperse fácilmente, realizando ejercicios físicos y sin necesidad de haber mantenido relaciones coitales. Órganos importantes femeninos son también las **mamas**, con diversas funciones, desde la puramente alimenticia para el bebé, a la erótica y estética.

Aclarada la información anterior, podemos dar un paso más, con el fin de hacer educación sexual. Tanto para el chico como para la chica se puede completar la información haciendo entender que todo el cuerpo es un órgano sexual y que también la respuesta sexual es idéntica en el caso del varón y de la mujer, con las mismas fases, y producida por los mismos estímulos. En concreto, se trata de hablar de la función erótica de los órganos sexuales, las fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Esto puede servir para desmitificar la idea de que la mujer es menos sexual o con menos interés sexual que el varón.

3.3.- Funciones de la sexualidad

Tal vez no sea necesario insistir en este hecho después de lo dicho; o, tal vez, sea suficiente una información diferente a la tradicional de los órganos sexuales para entender que la sexualidad no tiene una sola función, ni tan siquiera una principal y las demás secundarias. Lo correcto es decir que, en ocasiones, la sexualidad se utiliza con una finalidad y, en ocasiones, con otra diferente finalidad.

De todos modos, puede ser útil hacer alusión al hecho de que, cuando dos personas se unen en pareja, no siempre pretenden con su relación traer hijos al mundo. Son muy diferentes los motivos por los que dos personas se relacionan: se ayudan en su relación, desean pasarlo bien, se divierten con ello, maduran en su proceso personal, evitan conflictos y tensiones, se comunican a otros niveles, se manifiestan afecto y ternura etc etc, en definitiva, se trata de una opción personal o de pareja; también es necesario hacerles entender que, desde el punto de vista individual, la sexual no siempre se vive de la misma forma: es una realidad evolutiva y, como tal, tiene diferentes fases según el ciclo vital y cada una de estas fases se corresponde con diferentes funciones. A grandes rasgos, como han dicho López y Fuertes (1989), al principio difusa y centrada en órganos como la boca y el ano; después en la pubertad, más genitalizada; durante la madurez, orientada al otro/a y, en el otoño de la vida aunque se mantiene el deseo, éste es más relajado. Puede observarse que el deseo de placer no falta nunca porque es esencial para la vida; sin embargo, las formas de conseguirlo son simplemente diferentes. Con todo, los seres humanos nos reproducimos de forma sexual y tenemos que hablar de ella.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

4. LA SEXUALIDAD HUMANA COMO COMUNICACIÓN Y OPCIÓN PERSONAL

Venimos diciendo que una formación sexual correcta ha de hacer comprender que sexualidad y genitalidad son conceptos y realidades distintas aunque, en ocasiones, pueden estar relacionadas. Ya en los años sesenta, con la generalización de la píldora y la liberación sexual, se asumió que sexualidad no era equivalente a reproducción. Pues bien, de igual manera, ahora se ha de entender la diferencia entre la realidad sexual de la persona y su misma actividad sexual. Como ha dicho Julián Marías (1987), *la actividad sexual es una reducida provincia de nuestra vida, muy importante pero limitada, que no comienza con nuestro nacimiento y suele terminar antes de nuestra muerte, fundada en la condición sexuada de la vida humana en general, que afecta a la integridad de ella, en todo tiempo y en todas sus dimensiones.*

En el primer caso, es fácil entender que **genitalidad** hace referencia a órganos genitales, de los que ya hemos hablado, órganos que diferencian al macho de la hembra en todas las especies que se reproducen sexualmente, órganos que sirven para la reproducción, órganos que tienen que ver mucho con la biología y no tanto con lo que cada persona se siente (si se quiere entender el hecho de la transexualidad), órganos que forman parte de nuestra existencia desde antes del propio nacimiento pero que no todas las personas los utilizan en el mismo sentido (si se quiere entender la renuncia voluntaria a la formación de pareja por diferentes motivos), órganos, en fin, que no son añadidos sino que nos corresponden de forma natural. Por su parte, la **sexualidad** es un concepto más psicológico que biológico, aunque fundamentado en la biología humana; es una manera de ser y expresarnos ante los demás tal como somos; por lo mismo, es una forma de pensar y de sentir que nos diferencia a unos de otros y hasta la muerte; es el reconocimiento de lo que se es y, desde ahí, la proyección hacia los que son distintos; es una condición previa que después puede llevar a una determinada conducta o no; es un proceso dinámico que se vive y se expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida, aunque fundamentalmente *los sujetos tienen dos modos referenciales de sexualarse y de vivirse o sentirse como tales, el masculino y el femenino* (E. Amezá, 1999); en definitiva, la sexualidad es una opción personal y una manera de comunicarse.

Evidentemente, si sexualidad no es igual que genitalidad, tampoco equivale a la reproducción. Esta idea quedó completamente clara a partir del momento en que se divulgó la píldora y la mujer pudo separar perfectamente su conducta sexual del deseo o de la necesidad de tener hijos. De forma bastante simpática, dice E. Amezá que *los niños dejaron de venir de París para llegar de Estar(dos) Unidos*: pretendía hacer entender que ya pasó el tiempo en que las relaciones genitales se orientaban casi exclusivamente al tema de reproducción si, reproducción no, para entrar en otra dinámica diferente que fue la búsqueda de placer. En la actualidad este es un hecho perfectamente asumido y no precisa mucha insistencia; de todos modos, hay personas a las que les cuesta aceptar esta realidad. Aún así, parece evidente que no todas las parejas que practican relaciones genitales desean tener hijos y, para dejarlo más claro, ahí están los datos que hablan del bajísimo índice de natalidad. Por otro lado, este mismo hecho supuso la emancipación social de la mujer, la igualdad respecto al varón y, por supuesto, la necesidad de ser ambos responsables de sus acciones.

Pero, si queremos una correcta formación sexual, deberíamos avanzar algo más y situarnos en lo que es una comprensión de esa dimensión sexuada de la que ya hemos adelantado algo. Cuando se



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

habla de sexualidad hay una tendencia, casi instintiva, a pensar en actividad sexual, es decir, si alguien se incorpora a una conversación en la que el tema sexual es el que está sobre la mesa, sería raro si esta persona no pensara que allí se está hablando de algo que tiene que ver con el morbo de la conducta sexual de los que intervienen en la conversación. Y, posiblemente, pocos pensarían que allí se está hablando de cómo nos sexuamos en masculino o femenino, de cómo se hace uno varón o mujer, de cómo se relacionan y de cómo, después, pueden o no tener relaciones genitales, y pueden o no tener hijos, o pueden o no pasárselo bien. Como hemos dicho antes, la conducta sexual es sólo una parte de la dimensión sexual de la persona.

5. DIFERENTES PAUTAS DE CONDUCTA SEXUAL. EL SEXO COMO FACTOR DE DISCRIMINACIÓN

Parece lógico unir los epígrafes de este apartado porque se trata de hablar de homosexualidad. Aunque, cuando se habla del sexo como factor de discriminación, también puede referirse a la desigualdad varón-mujer, que sólo puede eliminar una educación correcta desde la más tierna infancia.

Para empezar, queremos dejar claro que la homosexualidad -masculina o femenina- es un hecho entre los seres humanos. De ello no hay la menor duda y así lo avalan todos los estudios existentes: en el caso de España se sitúa en el 8% de la población ⁽¹⁾. Cosa distinta, sobre la cual no hay unanimidad, es la causa por la que existen homosexuales, si bien lo correcto es decir que hay homosexualidad por la misma razón que existe heterosexualidad; pero sería una respuesta excesivamente simplista. Lo más razonable, lo más correcto, lo más científico, y también lo más honrado, es decir que existe y que las causas no se conocen de forma definitiva, sencillamente porque son o pueden ser múltiples.

Se habla de factores genéticos. En 1952, el investigador Kallman (Masters, Johnson y Kolodny, 1985) halló una concordancia del 100% en la conducta homosexual de gemelos univitelinos mientras que sólo del 12% en el caso de los gemelos bivitelinos. En 1991, el doctor Simon Le Vay ⁽²⁾ concluyó que el tamaño de un pequeño nódulo del hipotálamo en los homosexuales es la mitad que en los heterosexuales. En 1992, en un estudio en la Universidad de California en Los Ángeles ⁽³⁾, se concluyó que el haz de fibras nerviosas que comunica los dos hemisferios cerebrales es un 34% más largo en los homosexuales que en los heterosexuales. Sin embargo, las críticas a estas teorías se dirigen al pequeño número de casos estudiados. No deja de ser curiosa la respuesta del secretario general de la coordinadora española Gay-lesbiana, al decir *si empiezan a decir de nosotros que tenemos el seso, no el sexo, más pequeño (o diferente), puede servir para que los sectores más reaccionarios nos discriminen, además de por ser diferentes socialmente, por serlo fisiológicamente* ⁽⁴⁾.

Se alude al factor hormonal, como explicación fácil de comprender y porque algunas especies animales han llegado a generar conductas homosexuales, con tratamiento prenatal de hormonas. También, algunos homosexuales tienen alteraciones cromosómicas, como en el síndrome de Klinefelter (47 XXY). Sin embargo, no siempre es así y, por si fuera poco, no es posible alterar la orientación sexual en personas adultas, sencillamente porque la homosexualidad no es un problema orgánico.

Se habla de factores familiares y sociales. No hay dudas acerca de que todos ellos pueden afectar en mayor o menor grado; sin embargo, y aún reconociendo que las diferentes teorías tienen



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

parte de razón en lo que dicen, no se puede dar por zanjado el tema. En realidad, habría que hablar de conductas homosexuales más que utilizar el sustantivo homosexual y, a continuación, decir que cada caso o cada persona es diferente y como tal hay que entenderlo. Es decir, reconocido el hecho y la dificultad comprensiva de sus causas, lo correcto es respetar y ser respetados.

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Ya hemos hablado de la importancia y dignidad de la reproducción sexual-humana. Con el mismo empeño hemos de hacerlo a la hora de informar de los medios existentes para evitar los embarazos, además de la abstinencia. Hay diferentes formas de clasificar los métodos anticonceptivos; en pro de una mayor claridad, nosotros lo haremos como sigue:

6.1. Métodos naturales:

Pretenden la anticoncepción sin alterar las condiciones naturales en que suele producirse; importante saber que estos métodos se basan en dos condiciones: que haya una sola ovulación por ciclo y que el poder fecundante del óvulo y del espermatozoide suele durar hasta 72 horas después de haber sido emitido. No suelen ser muy utilizados porque precisan un buen conocimiento del ciclo menstrual y mucha observación. Entre ellos, hay que señalar:

- Ogino-Knaus - Calendario
- Curva de temperatura basal
- Billings – Moco cervical
- Sintotérmico – Moco + temperatura

Método Ogino-Knaus: Basado en el estudio del médico japonés, Ogino (1882-1975), quien en 1924 precisó el momento de la ovulación entre los días 16 y 12 anteriores a la regla; después, el alemán Knaus (1892-1970) volvió a encontrar razones en la misma línea y pensó añadir un comprimido diario de progesterona en la segunda parte del ciclo para evitar una ovulación accidental. Consiste en evitar las relaciones sexo-genitales en los días fértiles de la mujer, al menos, teóricamente. Ello significa que la fecundación sólo es posible en ciertos días del ciclo menstrual, es decir, cuando se está produciendo la ovulación, por lo que el ciclo debe ser estudiado durante varios meses, con el fin de precisarlo lo más claramente posible. El método no requiere control médico (salvo que se utilice la progesterona), no precisa aportaciones hormonales ni mecánicas, no tiene efectos secundarios pero es poco seguro, sobre todo, por cálculos mal realizados y porque, de hecho, cada mujer tendría su propio método Ogino al no existir posibilidades objetivas que lo hagan universalmente válido; es decir, ninguna mujer, por regular que ella sea, tiene ciclos absolutamente iguales, por lo que comporta un alto índice de fracasos. Siempre con las debidas reservas, la fórmula más simple podría ser la siguiente: una mujer debe registrar sus ciclos al menos durante un año; después, resta 18 días del ciclo más corto y 11 días del ciclo más largo. Los intermedios serán los días fértiles o peligrosos; por ejemplo, si el ciclo oscila entre 25 y 32 días, sería así: $25 - 18 = 7$ y $32 - 11 = 21$. En consecuencia, la abstinencia debería ser entre los días 7 y 21, o sea, dos semanas. Se le conoce también como método de ritmo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

Método o curva de la temperatura basal: Es una técnica para determinar el momento posterior de la ovulación, a partir de su detección por la bajada de cinco o seis décimas en la temperatura basal o en reposo; dos o tres días después, aumenta la progesterona y la temperatura vuelve a ser normal. También en este caso, el principio sobre el que se basa es la prohibición de relaciones sexo-genitales durante la ovulación. Es un método que exige condiciones muy rigurosas en la mujer que lo practica, tomando la temperatura cada día antes de levantarse y después de haber dormido durante ocho horas, es decir, en reposo absoluto, siempre a la misma hora, habiendo bajado el mercurio la noche anterior y utilizando siempre el mismo termómetro, por vía rectal, vaginal o bucal, y llevando el control durante varios ciclos; además, no debe tener infecciones ni problemas físicos, ni estar tomando medicinas que alteren la temperatura que ha de ser registrada a diario, con el fin de ir elaborando una gráfica. Es normal que en cada mujer, las temperaturas sean constantes; pero, en los días posteriores a la ovulación, la temperatura de reposo se eleva unas cinco o seis décimas, lo que significa que comienza el periodo menos fértil. Con este método se conoce el momento en que la ovulación se ha producido; en consecuencia, no determina los días no fértiles antes de la ovulación. Tiene la ventaja de no precisar aportación hormonal ni mecánica y, bien aplicado, su fiabilidad es alta, sobre todo, si se combina con otros métodos. Sin embargo, el hecho de que cualquier infección o resfriado pueda alterar la temperatura de la mujer lo hace de difícil aplicación.

Método Billings o moco cervical: Debido a los doctores Billings (1985), quienes establecieron como base la percepción de los cambios del moco cervical en función de su apariencia. Sin su presencia, el transporte de espermatozoides no es posible y los espermatozoides mueren en un ambiente que les resulta hostil; por tanto, una pareja puede utilizarlo también para procrear sabiendo que en ciertas circunstancias del mismo moco es más fácil detectar la fertilidad. El método parte de que la posibilidad de concebir se limita a un período de cinco días fértiles, que son constantes. Para conocer mejor el ciclo se establecen cuatro fases: a) *menstruación*: supone la pérdida de sangre que puede durar de cuatro a cinco días; b) *preovulatoria*: el hipotálamo envía hormonas a la hipófisis para que, a su vez, el mensaje llegue a los ovarios y comience a desarrollarse un folículo que liberará un óvulo; al mismo tiempo, las hormonas provocan que el cuello del útero inicie la producción del moco, sustancia que señala el estado de fertilidad; c) *ovulación*: ocurre un solo día con la liberación del óvulo del ovario (aunque sean dos y puedan desarrollarse mellizos), dispuesto a encontrarse con el espermatozoide, al tiempo que el cuello uterino produce el moco fértil, esencial para mantener la capacidad fertilizante de los espermatozoides; y d) *postovulatoria*: el óvulo va hacia las trompas en busca del espermatozoide y camino el útero, una vez fecundado. Conocidas las fases del ciclo, conviene determinar la fertilidad o infertilidad a través del moco. Pues bien, la fertilidad se detecta por la humedad que la mujer nota proveniente de las secreciones del cuello uterino, unos seis días antes de la ovulación; estas secreciones dan a los espermatozoides protección y nutrición durante tres o más días para que asciendan a las trompas de Falopio; cuando la sensación es de sequedad o de un moco denso y pegajoso está indicando un patrón básico de infertilidad, mientras que un moco suave y escurridizo, tendente a formar hilos, es indicio del cambio que produce la ovulación y que da sensación de humedad, incluso, en la vagina. Cuando llega el último día de moco fértil, se considera el *Pico de la fertilidad*, porque la relación sexo-genital tiene mayor posibilidad de producir un embarazo: el Pico ocurre en las veinticuatro horas siguientes a la ovulación; a partir de ese momento, el moco se vuelve opaco y pegajoso y vuelve al patrón básico de infertilidad. La manera más fácil de registrar las señales del moco cervical puede ser por un código de colores: rojo = días de sangrado; verde = cuando hay



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

sensación de sequedad; blanco = posibilidad de fertilidad; amarillo = moco poco infértil, aunque sólo es reconocido como infértil después de haberlo estudiado en varios ciclos. De todos modos, es una experiencia que sólo puede ser entendida por la mujer, cuando es capaz de sentir la presencia del moco y notar su apariencia.

Sintotérmico: Método que permite conocer los días fértiles a través de tres síntomas: los cambios en la cantidad y calidad del flujo, la posición del cuello uterino y la temperatura basal. Siguiendo las instrucciones de ACODIPLAN (1995), conviene saber cómo tomar la temperatura basal y conocer las manifestaciones para hacer el correspondiente estudio. El inicio del ciclo es el primer día de la regla. La temperatura se toma desde el día quinto de la regla, por la mañana de manera anal o vaginal, y antes de levantarse, durante tres minutos (si es en la boca, cinco minutos); en caso de trabajo nocturno, después del mayor descanso; circunstancias a tener en cuenta: cambio de termómetro o de hora al tomarla, si hay vómitos o diarrea, si la noche fue anormal, si no cenó o si toma medicación. Respecto del moco cervical que precede a la ovulación: densidad, elasticidad y color, evolución que puede seguirse por la observación del mismo en el ciclo; importante saber si hay infección vaginal porque, en este caso, el moco es amarillento, si tiene mal color y produce picor, y si procede de otras secreciones o de la expulsión del semen. Las observaciones pueden traducirse según la clave de los doctores Billings: rojo = regla, verde o marrón = sequedad, amarillo = moco poco fértil, blanco = moco fértil. Respecto al cuello uterino, la mujer debe saber que los cambios son lentos en la fase pre-ovulatoria y repentinos en la fase post-ovulatoria; aprender a explorarlo, por la noche, con las manos limpias y las uñas cepilladas para evitar rasguños e infecciones, erguida y con un pie sobre un taburete introduciendo los dedos índice y medio en la vagina; al fondo de la vagina está el cuello que, en fase pre-ovulatoria, sufre cambios de resistencia (de duro pasa a ser blando y, después de la ovulación, se vuelve duro), altura (cuesta más trabajo tocarlo porque se eleva dos o tres centímetros después de la menstruación), ángulo (en la fase ovulatoria tiende a alinearse con la vagina para inclinarse de nuevo en la fase post-ovulatoria) y apertura (abierto en la fase ovulatoria, se cierra posteriormente). Así, es fácil determinar los días genésicos y actuar en consecuencia: por ejemplo, tres días de temperatura alta significan el fin de la fertilidad porque ha comenzado la fase post-ovulatoria; si el moco da sensación de humedad, se inicia la fase fértil, que es mayor cuanto mayor es la humedad en la vagina y el papel resbala sobre la vulva; el moco es blanco y transparente, como la clara de huevo crudo. Y respecto al cuello, cuanto más blando, más elevado y más abierto, mayor fertilidad.

6.2. Métodos de barrera

Tratan de impedir el encuentro del óvulo y del espermatozoide interponiendo un obstáculo entre ellos:

- Diafragma
- Preservativo
- Espermicidas (esponjas)

Diafragma: Anticonceptivo femenino consistente en un casquete elástico (de látex) con un anillo flexible que se coloca cubriendo el cuello del útero; actúa como barrera impidiendo que los espermatozoides accedan a los genitales femeninos. Para mayor eficacia, conviene que el ginecólogo determine su dimensión en función del tamaño del cuello y debe utilizarse con algún espermicida; se trataría así de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

un método local en el que se aúnan el procedimiento mecánico y el químico. El diafragma, como la esponja vaginal, permite cierta espontaneidad en la mujer que lo utiliza porque puede ser colocado horas antes de la realización del coito; debe ser extraído varias horas después para tener la seguridad de que no han sobrevivido espermatozoides y nunca debe permanecer en la vagina más de 24 horas. Puede ser utilizado durante un tiempo que no sobrepase el año, siempre que se cuide la higiene, lavándolo con agua caliente y jabón después de la extracción. No es fácil encontrarlo en las farmacias y ello hace que sea un método poco utilizado. El diafragma no es efectivo contra las ETS y puede producir alergia al caucho o irritación por el uso de espermicidas.

Preservativo: Método de barrera consistente en una funda de goma o caucho que el hombre se coloca en el pene erecto antes del coito para que los espermatozoides no puedan llegar a la vagina de la mujer. Actualmente, son de poliuretano, lo que permite hacerlos más finos, se venden lubricados y en envases individuales. Es el único método masculino fácilmente reversible, que permite la corresponsabilidad en la pareja, previene contra las E.T.S. y protege de las infecciones a cualquier edad. Carece de contraindicaciones pero conviene tener cuidado al abrir el envase para evitar que se rompa. Tiene alta fiabilidad, si se utiliza correctamente, colocándolo antes de que el pene toque los genitales femeninos o antes de la penetración, no en el momento anterior a la eyaculación, y dejando su espacio correspondiente en el extremo para que retenga el semen. Producida la eyaculación, debe extraerse con cuidado para evitar la salida del esperma y, por supuesto, es de un solo uso. Su popularidad se debe a que es fácil de obtener, barato y no precisa receta médica. Hoy, existe todo un mercado que los hace de formas y colores diferentes e, incluso, objeto de colección y regalo. Como método mecánico es de los más antiguos que se han utilizado para prevenir embarazos aunque, lógicamente han variado mucho los materiales utilizados para su fabricación: tripas de cordero, tela, sedal o cuero hasta la utilización del látex. Al parecer, lo conocían los egipcios porque se conocen algunos frescos donde aparecen hombres con una especie de forro en el pene. Se debe a Falopio su descripción y el consejo de uso para evitar el contagio de la sífilis.

Espermicidas: Sustancias químicas en forma de jabones, cremas, geles, óvulos o aerosoles que, aplicadas localmente en el fondo de la vagina antes del coito, tienen una doble misión: como elemento físico, actuar de barrera para impedir que los espermatozoides asciendan en busca del óvulo, y como producto químico, eliminar los espermatozoides. Es suficiente una aplicación cada relación genital. Hay diferentes tipos y no precisan ayuda médica, porque su aplicación es muy simple aunque, a veces, pueden causar alergia; su fiabilidad es muy escasa y deben ser usados como métodos de apoyo, sobre todo, con el diafragma. Tal vez, sea uno de los sistemas más primitivos: se sabe que, dos mil años a.C., las mujeres mezclaban miel, goma arábiga y excrementos de cocodrilo, y se embadurnaban los genitales para impedir el acceso de los espermatozoides. Desde la generalización de la píldora y el DIU, su utilización ha descendido mucho.

6.3. Métodos hormonales:

Los que pretenden la regulación de los nacimientos a través de la utilización de hormonas femeninas, en concreto, la conocida píldora; en la actualidad puede administrarse tanto en comprimidos como en inyectables. El antropólogo y humanista británico Ashley Montagu (1969) ha llegado a afirmar que la



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 7 – JUNIO DE 2008

píldora es una invención revolucionaria que posiblemente ocupe un puesto entre la media docena de las principales innovaciones en los dos o más millones de la historia del hombre:

- Píldora
- Parches adhesivos
- Implantes
- Inyectables
- Anillo anticonceptivo
- Píldora poscoital

Píldora: Se conoce así al anticonceptivo oral descubierto a finales de la década de los 50, gracias a los estudios del médico norteamericano Gregory PINCUS (1903-1967) y a la ayuda económica de Margaret Sanger, fundadora de la Federación de Planificación Familiar que convenció al científico para que trabajara en el tema. Es uno de los métodos más conocidos y seguros, aunque depende mucho de la regularidad al tomar los comprimidos, no debiendo sobrepasar las 24 horas entre uno y otro. Consiste en un preparado con dos hormonas sintéticas, semejantes a las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona, que intervienen en el ciclo menstrual, modificándolo de forma artificial y evitando así la fecundación al suprimir la ovulación, mediante la inhibición o el bloqueo productivo de las hormonas FSH y HL. Por otro lado, los estrógenos y la progesterona actúan sobre el moco cervical, que se hace más denso, lo que dificulta la entrada de espermatozoides en el cuello del útero al actuar como un tapón. En definitiva, las hormonas sintéticas *engañan* al cuerpo creando una situación parecida a la que sucede en el embarazo, es decir, hacen que el ovario no sea estimulado evitando que madure un óvulo mientras las mismas hormonas actúan sobre el endometrio para provocar su pérdida o descamación, como en la regla. Existen diferentes preparados pero todos tienen la misma base hormonal. Al tratarse de un medicamento, se debe consultar al especialista para que él determine el preparado que conviene a cada mujer, después de hacerle un estudio concreto, donde no debe faltar la toma de la tensión arterial, la palpación de los pechos con el fin de que la propia mujer aprenda a realizar su examen, y el control de peso, entre otros aspectos. A veces, puede estar contraindicada la píldora.

Parches adhesivos: Son parches que se introducen en la piel, bien en el abdomen, en las nalgas o en la parte superior del cuerpo; funcionan liberando en la sangre una mezcla de estrógenos y progesterona, que realiza la misma función de la píldora. Durante tres semanas, el parche se va reemplazando y a la cuarta se quita para que aparezca la menstruación. En relación con la píldora, el parche tiene la ventaja de que no tiene que pasar por el hígado.

Implantes: En su composición, es como una minipíldora que, implantada en la piel del antebrazo, va liberando progresivamente una cantidad de progesterona que hace que se inhiba la ovulación; actúa también sobre el moco cervical, impidiendo la entrada de espermatozoides en el útero y sobre el endometrio, reduciendo las posibilidades de anidación. El implante suele hacerse para tres años, es muy eficaz y reversible, tan pronto como la mujer cambie de opinión.

Inyectables: Es otra variante de la píldora, que pueden ser inyectados mensual o trimestralmente y que, como los parches, evitan el paso por el hígado, por lo que se reducen considerablemente los efectos secundarios.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

Anillo anticonceptivo: Se trata de un anillo flexible que ha de ser colocado en la vagina y que, durante tres semanas, libera una dosis baja de estrógeno y progestágeno que inhibe la ovulación. A la cuarta semana, como en el caso de los parches, se retira para que aparezca la regla.

Píldora poscoital: Anticonceptivo de emergencia consistente en cierta cantidad de hormonas, administradas en dos pastillas que deben tomarse en setenta y dos horas después del contacto sexual para conseguir el mayor grado de eficacia. Ésta se sitúa por encima del 90%, en las 24 horas siguientes al coito, y en torno al 85% si se toma antes de las 72 horas. No es un método del todo novedoso; de hecho, se han ensayado otros con el mismo fin, aunque con poco éxito, como el lavado vaginal o la pretensión de eliminar los espermatozoides, después de la relación coital. La píldora del día siguiente actúa de tres formas diferentes: a) inhibiendo la ovulación, si aún no se ha producido, condición relativamente probable porque puede retrasar la ovulación; b) impidiendo que el óvulo sea fecundado por el espermatozoide, condición difícil ya que los espermatozoides pueden alcanzar al óvulo, una vez en los genitales femeninos; y c) evitando la anidación del óvulo fecundado en las paredes del endometrio, la más probable porque actúa sobre la mucosa uterina haciéndola inhóspita para el óvulo fecundado. Ahora bien, si el óvulo fecundado ya hubiera anidado la píldora no tiene efecto. Por supuesto, se trata de un tratamiento de emergencia para situaciones extremas, que debe ser prescrito por el médico especialista y es completamente diferente a la píldora RU-486, completamente abortiva. Las asociaciones antisida del territorio español rechazan esta píldora porque consideran que aumenta el riesgo de contagio.

6.4. Dispositivos intrauterinos:

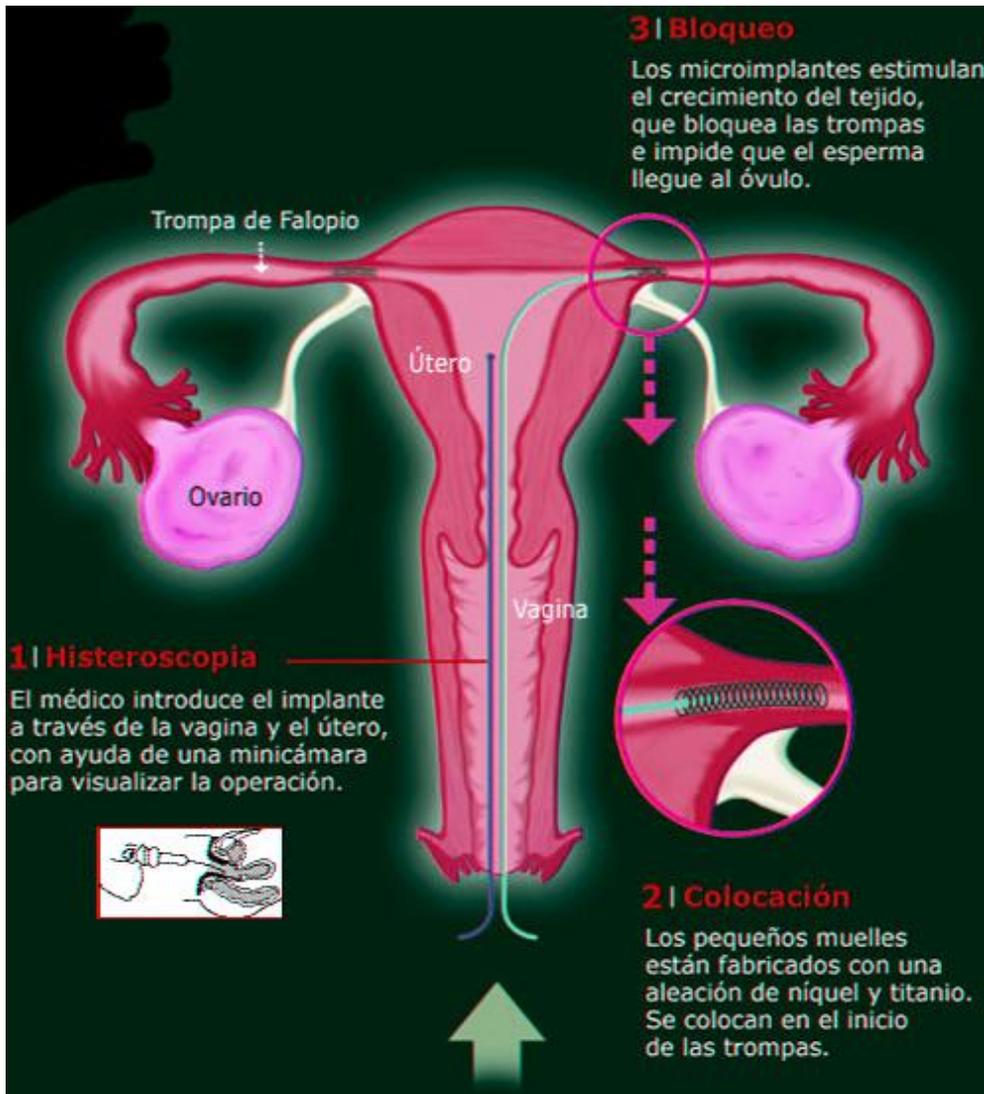
Son cuerpos extraños que, colocados en el interior del endometrio, impiden la anidación del óvulo fecundado.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- DIU- Dispositivo intratubárico |
|---|

DIU (Dispositivo Intra Uterino): Pequeño dispositivo fabricado, generalmente, de polietileno, biológicamente inactivo, de unos tres centímetros de longitud, y recubierto de cobre o plata que, introducido por la vagina en el útero, actúa ralentizando el acceso de los espermatozoides hacia las trompas e impidiendo que el óvulo fecundado anide; tiene un hilo que sobresale y permite confirmar la presencia del mismo. Precisa cierta maniobra, aunque simple, para su inserción, no necesita anestesia porque no es doloroso, pero debe ser realizada por una persona especializada, durante la regla para estar seguros de que no existe embarazo o hacia el final del ciclo menstrual porque el cuello del útero está más abierto y más blando, y después de un examen previo con el fin de descubrir posibles contraindicaciones. Su uso aconseja revisiones periódicas, aunque es bien tolerado; puede producir leves molestias en los días siguientes a su inserción; su tasa de fiabilidad es alta y la mujer vuelve a ser fértil cuando le es extraído. Un problema es que se salga sin que la mujer se percate, lo que provocaría una situación anormal y expuesta a un embarazo. En ocasiones, se han producido embarazos con él puesto: en este caso, será el ginecólogo quien decida la posibilidad de extraerlo en función de los riesgos que suponga. La utilización del DIU es moderna pero se conoce desde antiguo, posiblemente

desde que los árabes intentaban impedir la fecundación de las hembras de los camellos

introduciéndoles pequeñas piedras en el útero; a partir de los años 50 se empiezan a eliminar los peligros de infección y comienza su utilización que llega al máximo en los años 80. Algunos autores lo consideran microabortivo porque no impide la fecundación del óvulo sino su implantación o anidación. En España se precisa control sanitario del Ministerio de Sanidad desde 1978 para los dispositivos que están a la venta. Como método anticonceptivo de emergencia, puede ser efectiva su colocación siempre que se haga hasta cinco días después de una relación sexo-genital sin protección. En la actualidad ⁽⁵⁾, se conoce un nuevo DIU (comercializado bajo el nombre de Mirena), similar a los de cobre pero que posee un depósito o reservorio hormonal que le permite actuar como anticonceptivo, liberando bajas dosis hormonales cada 24 horas y durante cinco años, al tiempo que elimina los problemas de menorragia.



Dispositivo intratubárico: Método anticonceptivo que podría ser incluido como método de barrera porque, en definitiva, trata de impedir la entrada de los espermatozoides. Según Marisol Guisasola ⁽⁶⁾, es un método moderno que no requiere hospitalización, que no precisa de incisiones y sin anestesia general. Se trata de implantes muy pequeños en forma de muelles que se insertan en las trompas de Falopio, a través de la vagina y del útero, con la ayuda de un histeroscopio (ὕστερα, útero, y σκοπέω, ver); estos implantes estimulan el crecimiento de tejido en la zona donde están colocados de modo que, al cabo de tres meses, acaba bloqueando las trompas e impidiendo la entrada de los espermatozoides, lo que hace inviable la concepción. Por ahora es un método irreversible y, aunque se puede colocar a cualquier edad, suele hacerse en mujeres con hijos y que no desean tener más descendencia.



ISSN 1988-6047

DEP. LEGAL: GR 2922/2007

Nº 7 – JUNIO DE 2008

6.5. Métodos quirúrgicos:

Son recursos para las parejas que, por circunstancias especiales, no desean tener más hijos. Suelen ser métodos no reversibles, usados más por mujeres que por hombres. Como dato significativo, las personas que optan por este tipo de métodos suelen estar entre los 40-50 años, además de que ya tienen, al menos, dos hijos.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Ligadura de trompas- Vasectomía |
|--|

Ligadura de trompas: Método que consiste en atar, seccionar o bloquear las trompas de Falopio, para impedir que los óvulos hagan el recorrido normal desde los ovarios hasta el útero. Es una operación de cirugía mayor, que precisa hospitalización de una semana y convalecencia de varias semanas. Puede hacerse por el abdomen o por la vagina. Hoy se realiza más fácilmente mediante laparoscopia y con anestesia local lo que reduce el tiempo de recuperación. Es el método más eficaz, llegándose a una tasa de fiabilidad que prácticamente está en el 100%, y no supone peligro para la salud en ningún sentido. La ovulación sigue produciéndose pero el cuerpo reabsorbe naturalmente los óvulos.

Vasectomía: Operación quirúrgica consistente en cortar o ligar los conductos deferentes por los que pasan los espermatozoides desde los testículos al pene. No elimina su producción, sólo que puedan salir; tampoco la eyaculación, ya que sólo son una parte pequeña del semen. Cuando los espermatozoides no salen al exterior mueren al llegar al corte del vaso deferente y el cuerpo los reabsorbe de manera natural. Esta operación es simple, rápida y sin riesgos, no precisa hospitalización, aunque ha de realizarla el médico especialista. En general, se considera irreversible, para personas que ya no desean tener más hijos, por lo que es necesaria una serie y previa reflexión; no obstante, a veces, puede ser reversible mediante microcirugía. Existen diferencias considerables a la hora de decidir el tiempo posterior a la operación en que se han eliminado todos los espermatozoides activos de los conductos deferentes, llegándose hasta un tiempo de tres meses en el que habría que determinar, mediante espermograma, su existencia o no en el semen. Respecto a este método sigue existiendo un cierto temor a la operación, porque algunos hombres la confunden con una castración y con la idea de que puedan perder el apetito sexual, cosa que no tiene por qué ocurrir. Entendido como método anticonceptivo es de los más seguros, aunque los expertos quieran dejar constancia de que la operación no ofrece garantías totales y que hay que tener en cuenta una mínima posibilidad de fallos. Tampoco se puede afirmar que la vasectomía provoque una mayor actividad sexual.

En definitiva, en todos y cada uno de los casos se puede hablar del grado de fiabilidad y de la facilidad de uso. Por nuestra parte, consideramos que el mejor conocimiento posible de los métodos nunca debe entenderse como autorización para su uso. Este es un tema que corresponde a la responsabilidad individual y de la pareja.

7. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La visión positiva que venimos ofreciendo de la sexualidad no impide hablar de algunos problemas que puede acarrear. No es necesario acudir al terrible problema del SIDA, conocido tanto desde el punto de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

vista médico como desde su perspectiva social; problema que no afecta, como se dijo, a grupos de riesgo sino a conductas de riesgo. Incluso, el que los medios de comunicación hablen sobre el mismo no impide que hablemos de la enfermedad. Ahora bien, también conviene hablar de otras enfermedades, menos dramáticas, pero que pueden llegar a tener las mismas consecuencias de muerte o, en el mejor de los casos, efectos muy negativos para la salud.

Al hablar de Enfermedades de Transmisión Sexual no conviene desviar el discurso a regiones del continente africano, pensando que a nosotros no nos afectan. Son enfermedades infecciosas y contagiosas que se transmiten por conductas sexuales, que se dan en todos los rincones de la tierra y que su erradicación no resulta fácil, lo que no impide que pueda disminuir considerablemente su transmisión y sus complicaciones. Pero, sí conviene dejar claro que, aparte del SIDA, las otras enfermedades tienen un diagnóstico y tratamiento que las hace fácil de curar; por ello, es importante no dejarse llevar por el secretismo y acudir al médico lo antes posible para poner remedio.

Una clasificación aceptable de las enfermedades por contacto sexo-genital, podría ser:

A) Agente etiológico: bacterias:

- Chancro Blando (*Haemophilus ducreyi*)
- Estreptococo B
- Gonococia (*Neisseria gonorrhoeae*)
- Linfogramuloma inguinal (*Chlamydia trachomatis*)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Uretritis (*Ureaplasma urealyticum*)

B) Agente etiológico: virus:

- Condiloma (*Condylomata acuminata*)
- Hepatitis B
- Herpes genital. (*Herpes simple tipo I*)
- Mononucleosis infecciosa (virus *Epstein-Barr*)
- SIDA (VIH) *Virus de inmunodeficiencia Adquirida*

C) Agente etiológico: ectoparásitos.

- Ladillas (*Phthirus inguinalis*)
- Sarna (*Sarcoptes scabiei*)

D) Agente etiológico: hongos.

- Candidiasis (*Candida albicans*)

E) Agente etiológico: protozoos:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

- Vaginitis (*Trichomonas vaginalis*)

A) Agente etiológico: bacterias.

Las bacterias son los seres unicelulares más pequeños a los que se les puede dar el nombre de seres vivos y posiblemente los más antiguos. Sus dimensiones suelen estar entre 0,5 y 5 micras (su símbolo es μ y equivale a la millonésima parte de un metro). Como seres vivos tienen las características propias de la vida, es decir, crecen (aumentan de tamaño, aunque ninguna alcanza un tamaño macroscópico), se alimentan (consiguen materia y energía de alimentos producidos por otros seres vivos o bien por sí mismas) y se reproducen (por simple división y con extraordinaria capacidad en condiciones favorables). Ahora bien, las bacterias pueden vivir en determinados límites de temperatura, curiosamente su crecimiento y multiplicación se ven favorecidos por la temperatura del cuerpo humano. En muchos casos, son importantes por ejemplo en la producción de alimentos (quesos, yogurt...), la mayoría de ellas son inofensivas para el ser humano, algunas son importantes para la digestión y en muchos casos, son necesarias como agentes de reciclaje de nutrientes y fertilización en la naturaleza.

Sin embargo, también existen bacterias patógenas o productoras de enfermedades:

CHANCRO BLANDO: Enfermedad causada por el *Haemophilus ducreyi*, se caracteriza por la aparición de una úlcera en los genitales externos. Por lo general, afecta a personas con poca higiene y es más frecuente en varones que en mujeres. Después de un periodo de incubación, que puede ser de 3-5 días, aparece el chancro que se rompe y da lugar a úlceras dolorosas, cubiertas por una membrana grisácea que sangra con facilidad al despegarla. En el varón aparece en la base del frenillo y en la mujer en los labios mayores y menores. Es una enfermedad de declaración obligatoria.

ESTREPTOCOCO B: Las infecciones de este microorganismo se han incrementado recientemente y a ello ha contribuido el contagio por vía sexual; las complicaciones repercuten sobre todo en el recién nacido de madres infectadas que, si se contagia, puede ocasionarle graves secuelas o la muerte. En la mujer embarazada no suele tener síntomas claros, excepto cuando afecta al tracto urinario que puede producirle micción dolorosa y frecuente.

GONOCOCIA: Conocida también como blenorragia, gonorrea o purgaciones, esta enfermedad se contagia sobre todo por contacto genital directo y causada por el bacteria *Neisseria gonorrhoeae*; afecta a personas de ambos sexos, sin distinción de edades, y que puede causar artritis, alteraciones cutáneas y meningitis. El periodo de incubación suele estar entre los 2-5 días. Las manifestaciones son algo diferentes en el varón y en la mujer. En el varón produce secreciones purulentas de consistencia espesa, color amarillo-verdoso y dolor en la micción, pudiendo afectar al prepucio; entre las complicaciones más importantes estarían la infección de la glándula de Cowper, produciendo dolor y fiebre, prostatitis, epididimitis y estenosis o estrechamiento de la uretra. En la mujer puede producirle inflamación de la pelvis y afectarle las glándulas de Bartolino, provocándole un dolor intenso, aunque carece de síntomas específicos, lo que hace que se retrase el diagnóstico y su tratamiento. En uno y otro caso son posibles infecciones anales y faríngeas. Si una mujer infectada está embarazada puede transmitir al bebé una conjuntivitis en el momento del parto. Es una enfermedad de declaración obligatoria.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

LINFOGRANULOMA INGUINAL: Es una enfermedad contagiosa crónica, más frecuente en varones que en mujeres, y que se transmite por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Al comienzo es una úlcera que no duele y que puede aparecer en cualquier lugar de los genitales. A partir de las dos semanas, a veces algo más, la bacteria se propaga por los vasos linfáticos, dando origen a trastornos en los ganglios linfáticos que pueden ser la manifestación de la enfermedad. En caso de no poner remedio, aunque no es una enfermedad mortal, puede producir lesiones que degeneren en estrechamiento rectal importante. Es una enfermedad de declaración obligatoria.

SÍFILIS: Una de las enfermedades de transmisión genital más importantes por sus consecuencias. Se contagia por medio de relaciones con personas infectadas, y el agente causal es la bacteria *Treponema pallidum* que entra en el organismo a través de la mucosa o de pequeñas lesiones; de hecho, las lesiones cutáneas y de genitales y boca son muy contagiosas, aunque también puede transmitirse por sangre, saliva y semen. Suele tener una incubación de tres semanas y la infección se manifiesta como una úlcera localizada en los genitales, en la boca o en el ano. Al comienzo no produce dolor, por lo que a veces puede pasar desapercibida y ésta es la fase de mayor posibilidad de contagio. Posteriormente, aparece una erupción generalizada para, comenzar la tercera fase con afectación del sistema nervioso central o del sistema cardiovascular, lesiones óseas, etc., que pueden producir incapacidad o acortar la vida. Si la mujer que la sufre está embarazada, puede afectar al feto causándole sordera y otras alteraciones. Es una enfermedad de declaración obligatoria.

URETRITIS: Las infecciones de la uretra no forman parte de las enfermedades de transmisión sexual clásicas; se conocen desde principios del siglo XX, aunque su tratamiento no suele ser el adecuado. Se manifiestan con dolor en la micción y necesidad de orinar con frecuencia. Durante tiempo se consideró que el dolor era manifestación de una cistitis; sin embargo, estudios más exhaustivos han descubierto que las uretritis, en la mayoría de los casos, podía ser causada por *Ureaplasma urealyticum*, aunque también se han detectado otros microorganismos como *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, El periodo de incubación suele ser de 2-3 semanas de promedio. En el varón se manifiesta, además de con dolor en la micción, por secreciones uretrales más o menos purulentas y una de las consecuencias más importantes es la epididimitis. En la mujer puede provocar inflamación del cuello uterino y, a veces, la exudación de flujo blanco por la vagina.

B) Por transmisión vírica:

Los virus son pequeñísimos paquetes de material genético rodeado de una envoltura proteica, con dimensiones que apenas llegan a una décima de micra, y ocupan el escalón inferior de los seres vivos; sólo pueden vivir y desarrollarse en el interior de la célula, fusionando el propio ácido nucleico del virus con el de la célula para aprovechar su mecanismo de replicación. Son responsables de algunas enfermedades, entre las que destacamos:

CONDILOMA: Enfermedad de transmisión genital causada por el virus del papiloma humano conocido como *Condylomata acuminata* que se manifiesta como tumoración verrugosa localizada en los genitales y alrededor del ano, de color gris claro y aspecto parecido a la coliflor. El periodo de incubación suele estar entre 1-10 meses. El tratamiento de esta enfermedad suele ser bastante efectivo. En la mujer suele manifestarse en la vagina y en el cuello del útero por lo que resulta más difícil su localización.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

HEPATITIS B: Tradicionalmente ha sido una enfermedad asociada a la transmisión por sangre. Actualmente, una exigencia mayor en los controles ha permitido que disminuya grandemente este modo de contagio que puede producirse, además de por la sangre, por el semen, por las secreciones vaginales y por la saliva. Entre los objetos que pueden transmitir la enfermedad, es conveniente señalar las jeringuillas, las máquinas de afeitar y los cepillos de dientes. Suele manifestarse con anorexia, náuseas y vómitos. Como método de control está la vacunación.

HERPES GENITAL: De los *herpes* conocidos, el tipo 2 es el que se denomina *herpes genital*, afecta a personas adultas y es una enfermedad de transmisión sexual que se transmite por contacto. Tras un periodo de incubación de 4-6 días, que pueden llegar a 20, aparecen vesículas o pequeñas prominencias en la epidermis, rodeadas de una zona rojiza, que se transforman en accesos de pus y forman úlceras muy dolorosas. En la mujer las lesiones se localizan en el cuello del útero y en la vulva; en el hombre pueden localizarse en el prepucio, glande, pene o en el ano. Una vez que se ha contagiado la enfermedad, el tratamiento sólo consigue cicatrizar la lesión y reducir la posibilidad de que aparezca de nuevo el herpes.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: Es una enfermedad producida por el virus *Epstein-Barr*, considerada de adolescentes y adultos jóvenes, que se transmite por la saliva y es conocida como *enfermedad del beso*. Se manifiesta por la presencia de gran número de leucocitos en la sangre, con amigdalitis y otras manifestaciones, tales como adenopatías (enfermedad de los ganglios linfáticos), fiebre y una profunda pérdida de fuerza.

SIDA: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad contagiosa que se transmite de persona a persona, por medio de la sangre, a través del semen o de las secreciones vaginales y durante el embarazo desde la madre al hijo; incluso, podría decirse que es algo más que una enfermedad porque desorganiza el sistema defensivo del cuerpo humano. Se dio a conocer en el año 1981 aunque, al parecer, la enfermedad ya había comenzado en África y se transmite a través del virus VIH. En un principio se llegó a pensar que era una enfermedad de homosexuales y drogadictos, por acumular conductas de mayor riesgo a través del coito anal y el intercambio de jeringuillas; hoy se sabe que tanto homosexuales como heterosexuales pueden contagiarse y que, para evitar el contagio, es muy aconsejable el uso del preservativo, en caso de no tener una pareja estable y exclusiva. Es una enfermedad mortal y mundial, que no diferencia edades ni sexos, para la cual aún no hay tratamiento efectivo, y consiste en el ataque y destrucción de las defensas del organismo por parte del virus; de esta manera, el ser humano queda indefenso ante las posibles infecciones. El periodo de incubación suele oscilar entre tres meses y cinco años. Ahora bien, no todas las personas que están infectadas del virus desarrollan la enfermedad; suele situarse en un porcentaje que oscila entre el 20-30 % de quienes, teniéndolo, la desarrollan; de hecho, el SIDA es la etapa final de la infección. A este respecto conviene distinguir entre el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es decir, se puede tener el VIH o ser portador del mismo y no desarrollar la enfermedad del SIDA y lo curioso del caso es que se desconoce por qué unas personas lo desarrollan y otras no. Más aún, una persona puede estar infectada de VIH y no tener síntomas (significaría ser seropositivo), lo que la convierte en transmisora del mismo sin saberlo; en este sentido, es significativa la sentencia de un juez considerando que los seropositivos no son enfermos y



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 7 – JUNIO DE 2008

condenando a una aseguradora a pagar la indemnización al hijo de una portadora, que falleció tres años después de suscribir un seguro de vida, sin haber especificado que era seropositiva (EL País, 13.04.96). La manera como actúa el VIH es atacando los linfocitos que son los encargados de las defensas del cuerpo, debilitando progresivamente el sistema de inmunidad y haciendo que el organismo no pueda luchar contra los gérmenes nocivos. Entre los síntomas más frecuentes destacan: pérdida de peso sin razones aparentes, fiebre persistente y sudor, cansancio profundo y malestar general, diarrea, tos y dificultades respiratorias, aparición y aumento de ganglios en cuello y axilas, y manchas en la piel.

C) Por ectoparásitos:

En general, se considera parásito al ser que requiere de otro organismo para su supervivencia.

LADILLAS: Se conoce como “piojo púbico”; su nombre científico es *pediculosis pubis*; en general es una enfermedad que se transmite por contacto sexual, a través del piojo *Phthirus inguinalis* (“mariposa del amor” o *papillon d’amour*, para los franceses). También es posible el contagio utilizando ropa o sábanas infestadas. Es una enfermedad muy molesta por el picor y las desagradables sensaciones que produce ya que los piojos anidan en el vello púbico y necesitan succionar sangre, pero es fácil de curar.

SARNA: Enfermedad no necesariamente de transmisión genital, causada por el *Sarcoptes scabiei*, un agente al que se le denomina ácaro de la sarna. Produce picor que se hace más intenso por la noche, momento en el que más fácilmente se desplaza. Se transmite por contacto directo o indirecto, por el uso de ropa o sábanas de personas infectadas. Su periodo de incubación suele estar entre 8-10 días.

D) Agente etiológico: hongos.

La vaginitis la produce en la mayoría de los casos *Cándida albicans*. Sus síntomas son molestos pero suele ser una enfermedad leve que no tiene complicaciones. Por lo general, se manifiesta con aumento de flujo maloliente en la mujer, cambio de color del flujo a blanquecino. Se denomina también vulvovaginitis candidiónica, o candidiasis periana.

E) Agente etológico: protozoos.

Produce vaginitis y uretritis, el agente es un protozoo llamado *Trichomonas vaginalis*. En ocasiones cursa de forma asintomática durante meses pero cuando afecta a uretra y vejiga los síntomas son muy desagradable, dolor, ardor y picor en la vagina junto con secreciones malolientes y espumosas amarillo grisáceas.

8. HÁBITOS SALUDABLES DE HIGIENE SEXUAL

La higiene como tal es un tema amplio e importante, y debe ser aprendido desde la infancia. Cuidar los mínimos detalles puede significar la valoración que sentimos hacia nosotros mismos y también el respeto que nos merecen los demás. Por más vueltas que le demos, somos a través de nuestro cuerpo, pensamos y queremos por él, de igual forma que sufrimos o gozamos por él. Nuestra ausencia o presencia se nota por nuestro cuerpo y, sin caer en exageraciones, si nuestra vida gira en torno a nuestro cuerpo, no estaría mal cuidarlo, asearlo y presentarlo de la mejor manera posible, sencillamente



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 7 – JUNIO DE 2008

porque el paso del tiempo va dejando sobre él huellas, no siempre agradables. Además, nuestro cuerpo es un estupendo medio de comunicación y deberíamos mantenerlo sin posibles interferencias que debiliten su mensaje. En su vertiente sexual, ciertamente se descuida y ésta puede ser una ocasión propicia para animar a la práctica de la higiene tanto a las chicas como a los chicos. Como sugerencia, pensamos que podría insistirse en lo siguiente:

Para *todos*: valorar la limpieza y el aseo como condiciones del respeto a nosotros mismos y a los demás. Un cuerpo limpio con ropa aseada, sin duda, siempre es más atractivo, pero a ello hay que acostumbrarse desde pequeños. El mejor olor es el de la limpieza y esta se consigue mediante una ducha diaria o un baño, nunca tratando de tapar los olores corporales mediante olores artificiales.

Para las *chicas*, ya pasó el tiempo en que, durante la regla, aparecía una cierta alergia al agua y al aseo personal; hoy se habla de la necesidad de la limpieza en las zonas afectadas y considerar la higiene como uno de los importantes avances de la humanidad. La utilización de tampones vaginales supone la necesidad de cambiarlos con frecuencia para evitar infecciones y malos olores.

Para los *chicos*, la necesidad de la higiene en sus zonas genitales, sobre todo, en la zona que cubre el prepucio, si no está circuncidado, donde suelen quedar restos de orina y de semen; un buen enjabonado elimina desagradables olores y posibles infecciones.

Bibliografía:

- ACODIPLAN, *Cuaderno para iniciarse al método sintotérmico*, Barcelona 1995.
- AMEZUA, E., *Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología* Rev. Española de Sexología, Madrid 1999.
- BILLINGS, E. y A., *Método Billings. Regulación natural de la fertilidad*, Gedisa, Barcelona 1985.
- COMFORT, A y J., *El adolescente. Sexualidad, vida y crecimiento*, Blume, Barcelona 1979.
- FERNÁNDEZ BEDMAR, J., *Educación sexual en el aula y en la casa*, Proyecto Sur, Granada 1996.
- -- *Educación afectivo-sexual*, Proyecto Sur, Granada 1997.
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Servicios Sociales, *Enfermedades de transmisión sexual para atención primaria*, Sevilla 1988.
- LÓPEZ, F. y FUERTES, A., *Para comprender la sexualidad*, Verbo Divino, Estella (Navarra) 1989.
- LUCAS MATHEU, M., *Invitación a una sexología evolutiva*, Rev. Española de Sexología, In.Ci.Sex., Madrid 1990.
- MARÍAS, J., *Antropología metafísica*, Alianza Universidad, Madrid 1987.
- MARSTERS, W., JOHNSON, V., y KOLODNY, R., *La sexualidad humana, 2. Personalidad y conducta sexual*, Grijalbo, Barcelona 1985.
- MONTAGU, A., *Hombre, sexo y sociedad*, Guadiana de Publicaciones, Madrid 1969.
- SEGURA BENEDICTO, A., y otros, *Epidemiología y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*, Fundación Universidad-Empresa, Madrid 1991.
- USANDIZAGA, J. A., *Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y de la reproducción humanas*, Fundación Universidad-Empresa, Madrid 1990

Autoría

- Ana Cirre Gómez: anacirre@hotmail.com
- Juan Álvarez Mendoza: IES Padre Manjón de Granada: jjalva2004@yahoo.es
- Rafael Blanco Priego: IES Padre Manjón de Granada
- Coordinador: Jesús Fernández Bedmar: jesusbedamr@hotmail.com