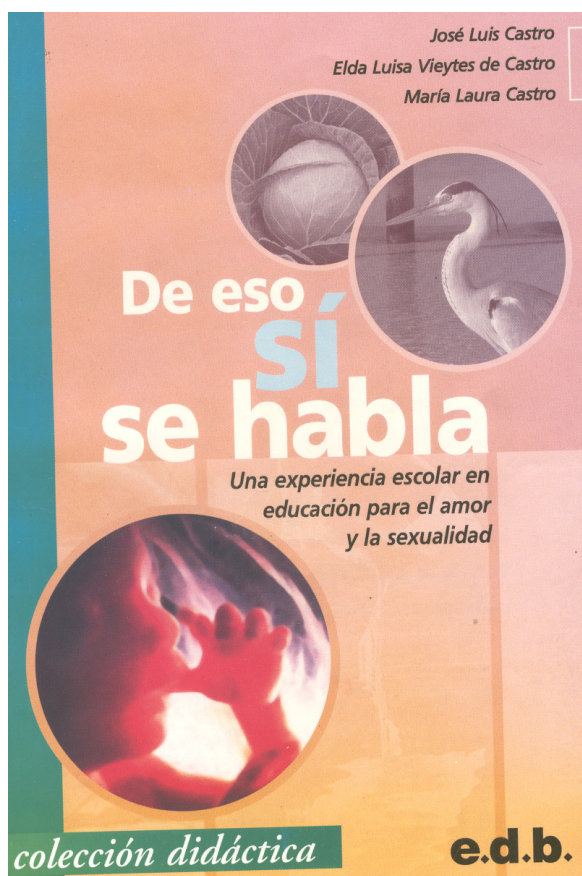


# De eso sí se habla

Una experiencia escolar en educación para el amor y la sexualidad

Por  
Castro, José Luis; Vieytes de Castro, Elda Luisa y Castro, María Laura.

Editorial E.D.B.



Buenos Aires.

Primera edición:  
2005.

Este material  
es de uso  
exclusivamente  
didáctico.

<b>Presentación.....</b>	<b>9</b>
<b>Prólogo.....</b>	<b>11</b>
<b>Introducción</b>	
¿Porqué este título?.....	13
Antes de comenzar.....	14
<b>Capítulo 1</b>	
Fundamentación.....	17
<b>Capítulo 2 Una aproximación a la sexualidad.....</b>	<b>23</b>
2.1. ¿Qué se entiende por sexo y por sexualidad?.....	23
¿Se puede orientar, educar, nuestra sexualidad.....	23
2.2. Análisis de distintas concepciones y enfoques sobre la sexualidad humana.....	24
2.2.1. Concepción racionalista de la sexualidad humana.....	25
2.2.2. Concepción sensualista-genitalista de la sexualidad humana.....	25
2.2.3. Concepción holística, personalista y cristiana de la sexualidad humana.....	26
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Características del desarrollo Psicosocial y de la sexualidad de los niños de Nivel Inicial y del Primer y Segundo Ciclo de la EGB.....</b>	<b>31</b>
3.1. La infancia y el ingreso a Nivel Inicial.....	31
3.1.1. El niño de 3 a 5 años.....	31
a) Desarrollo del pensamiento, del Lenguaje y de la moral.....	32
b) Desarrollo sexual.....	34
3.2. El niño de la Educación General Básica (Nivel Primario).....	35
3.2.1. El niño de 6 a 8 años.....	36
a) Características generales.....	36
b) Características a nivel de estructuras y desarrollo íntimo.....	37
c) Desarrollo en las áreas afectiva, sexualidad y social.....	38
3.2.2. El niño de 8 a 10 años.....	39
a) Las "barras" y los juegos reglados.....	39
b) El desarrollo psíquico y cognitivo.....	40
c) La rivalidad y los juegos sexuales.....	41
3.2.3. Comienzo de la pubertad y adolescencia.....	43
a) Comienzos de la pubertad y Adolescencia.....	44
a.1) El desarrollo en las más púberes.....	44
a.2) EJ desarrollo en los varones púberes (11-15 años).....	49
a.3) Desarrollo moral en la pubertad.....	52
a.4) Sexo y sexualidad en la pubertad. Su afrontamiento.....	53
<b>Capítulo 4 ¿Qué aprender en Educación para el Amor y la Sexualidad?.....</b>	<b>57</b>
4.1. ¿Que son los contenidos? Y... ¿si ampliamos el concepto?.....	57
4.1.1. Contenidos conceptuales.....	58
4.1.2. Contenidos procedimentales.....	59
4.1.3. Contenidos actitudinales.....	59
4.2. El amor y la sexualidad en los Contenidos Básicos Comunes.....	60
4.2.1. El amor y la sexualidad en el área de Ciencias Naturales en EGB 1 y EGB 2.....	60
4.2.2. El amor y la sexualidad en el área de Formación Ética y Ciudadana en EGB 1 y EGB 2.....	64
4.3. La educación para el amor y la sexualidad como contenido transversal.....	68
<b>Capítulo 5 Propuestas institucionales: logros y dificultades.....</b>	<b>71</b>
5.1. Recolección de datos.....	71
5.2. Modelo del cuestionario.....	72
5-3. Análisis de los datos.....	75

5.4. Conclusiones.....	83
<b>Capítulo 6 Cómo implementar la Educación para el Amor y la Sexualidad en una institución educativa.....</b>	<b>87</b>
6.1. Requisitos y condiciones.....	87
6. 1. 1. Una decisión política comprometida por parte de la conducción de la Institución Educativa.....	88
6.1.2. Confluencia y cooperación de la escuela con la familia.....	88
6.1.3. Aceptación del desafío por parte de los docentes.....	89
6.2. Perfil del educador en el Amor y la Sexualidad.....	90
6.2.1. Madurez afectiva y humana.....	90
6.2.2. Preparación específica.....	92
6.3. Apoyo de profesionales externos.....	92
6.4. Modos de implementar la Educación para el Amor y la Sexualidad.....	93
6.4.1. Como asignatura, o materia independiente.....	93
6.4.2. Por microprogramas.....	93
6.4.3. Integrada en el Curriculum Institucional de la unidad educativa.....	93
6.5. Acuerdos programáticos.....	94
6.5.1. Acuerdos programáticos entre distintas disciplinas.....	95
6.6. Procurar aprendizajes significativos.....	97
<b>Capítulo 7 Propuesta de un programa general para Nivel Inicial y EGB I y II.....</b>	<b>101</b>
7.1. Necesidades, intereses y problemáticas de los niños.....	101
7.2. Ejes temáticos.....	101
7.3. Estructura técnico-didáctica.....	103
7.3.1. El fin.....	103
7.3.2. Los objetivos.....	103
7.3.3. Los contenidos.....	104
7.3.4. Las actividades.....	105
7.3.5. Recursos y técnicas.....	106
7.3.6. Evaluación.....	107
<b>Capítulo 8 Experiencia de un Programa General de Educación para el Amor y la Sexualidad para Nivel Inicial y EGB- Primera Parte.....</b>	<b>109</b>
8.1. Introducción.....	109
8.2. Proyecto transversal: "Educación para el Amor y la Sexualidad".....	109
8.3. Breve fundamentación del proyecto en Nivel Inicial.....	115
8.3.1. Encuesta.....	116
8.4. Objetivos y contenidos del proyecto en el Nivel Inicial.....	118
8.5. Desagregación de los objetivos, contenidos y actividades pertinentes al proyecto y trabajados en cada una de las salas de 3, 4 y 5 años.....	119
8.5.1. Sala 3 años.....	119
8.5.2. Sala 4 años.....	119
8.5.3. Sala 5 años.....	121
8.5.4. Desarrollo del juego de expresión corporal: "Evolución del bebé desde el útero de la mamá.....	124
8.6. Encuentro con los padres.....	127
8.7. Diferentes instancias de evaluación- Actores que participan.....	128
8.8. Dificultades u obstáculos.....	128
8.9. Docentes que llevaron a cabo el proyecto (año 2003).....	128
<b>Capítulo 9 Experiencia de un Programa General de Educación para el Amor y la Sexualidad para Nivel Inicial y EGB -Segunda Parte.....</b>	<b>129</b>
9. 1. Consideraciones generales.....	129
9.2. La experiencia en el Colegio Nuestra Sra. de los Remedios.....	130

9.3. Encuesta.....	131
9.4. Ingreso ala EGB.....	133
9.5. Objetivos generales.....	134
9.6 Bloques y contenidos en EGB I.....	134
9.7. Los proyectos correspondientes a cada año.....	135
9.7.1- Proyecto para Primer Ciclo de EGB Integrado.....	135
9.7.2. Proyecto para Primer Año de EGB.....	140
9.7.3. Proyecto para Segundo Año de EGB.....	144
9.7.4. Proyecto para Tercer Año de EGB.....	151

**Capítulo 10 Experiencia de un Programa General de Educación para el Amor y la Sexualidad para el Segundo Ciclo de EGB.....159**

10.1- Consideraciones generales.....	159
10.2. Objetivos generales.....	161
10.2.1. Ejes temáticos y contenidos en EGB2 y 7mo. grado.....	161
10.3. Los Proyectos correspondientes a cada año.....	162
10.3.1. Proyecto para EGB 4to. Año.....	170
10.3.2. Proyecto para EGB 5to.año.....	170
10.3.3. Proyecto para EGB 6to. Año.....	182
10.3.4. Proyecto para 7mo. Grado.....	189

**Capítulo 11 Algunos conceptos anatómicos y fisiológicos.....200**

11.1. Aparato genital femenino.....	200
11.1.1. Órganos genitales internos.....	203
11.1.2. Órganos genitales externos.....	204
11.1.3. Pubertad femenina.....	204
11.1.4. Ciclo menstrual.....	205
11.1.5. Fases del ciclo menstrual.....	205
11.2. Aparato genital masculino.....	206
11.2.1. La próstata.....	207
11.2.2. El esperma.....	207
11.2.3. El pene.....	207
11.2.3. Pubertad masculina.....	208
11.3. Fecundación.....	208
11.4. Desarrollo embrionario.....	209
11.5. Embarazo.....	209
11.6. Parto.....	210
11.7. Procreación asistida.....	210

**Capítulo 12 Algunos conceptos generales sobre sexualidad.....213**

12.1. Identidad sexual.....	213
12.2. Deseo sexual.....	214
12.3. Respuesta sexual humana.....	215
12.4. Frigidez.....	216
12.5. Impotencia sexual.....	216
12.6. Masturbación.....	217
12.7. Eyaculación nocturna.....	217
12.8. Sueños sexuales.....	217
12.9. Homosexualidad.....	218
12.10. Bisexualidad.....	219
12.11. Travestismo y transexualismo.....	219
12.12. Perversiones sexuales.....	219
12.13. Pornografía.....	219
12.14. Prostitución.....	221
12.15. Relaciones sexuales adolescentes.....	222

12.15.1. Inicio precoz de las relaciones sexuales.....	222
12.15.2. Embarazo adolescente.....	224
12.16. Planificación familiar.....	225
12.16.1. Anticoncepción.....	226
12.16.2. Métodos reversibles.....	227
12.16.3. Métodos irreversibles.....	229
12.17. Aborto.....	230
12.18. Sida.....	234
12.19. Enfermedades de transmisión sexual.....	236
1. Sífilis. 2. Gonorrea o Blenorragia. 3. Clamidia. 4. Herpes genital. 5. HPV. 6. Hepatitis B.....	236
Palabras finales.....	239
Anexo.....	243
Testimonios de los docentes del Colegio Nuestra Sra. de los Remedios.....	243
Láminas.....	249
Bibliografía.....	253

## **ALGUNOS CONCEPTOS GENERALES SOBRE SEXUALIDAD**

En este capítulo abordaremos algunos conceptos generales sobre sexualidad, aborto, perversiones sexuales, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, como así también una pequeña información acerca de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

### **12.1. Identidad sexual**

Nuestra identidad sexual comienza a nacer en el momento mismo de la concepción, en el mensaje genético ya presente en la unión del óvulo y el espermatozoide (xx mujer; xy varón)... También en el momento del nacimiento el médico dirá: ..."Es una hermosa nena" o "Es un hermoso varoncito" viendo los órganos genitales externos.

La identidad sexual es la forma en que la mayoría de los individuos, nos identificamos como hombres o mujeres en concordancia con el sexo anatómico. Pero, al margen de los cromosomas, los órganos genitales internos y externos o cómo nos vestimos, el aceptarnos y vivir en plenitud, el ser "varón" o ser "mujer", nos lleva varios años.

El medio donde el niño crece tiene un papel predominante en el desarrollo de su identidad sexual. Necesitamos cada vez más de modelos de hombre y mujer íntegros, necesitamos ir recibiendo a través del aprendizaje información veraz y adecuada en cada etapa de nuestro desarrollo y, sobre todo, necesitamos del elogio sincero, de sentirnos queridos y aceptados por los demás para facilitar el desarrollo de la confianza en nosotros mismos.

La identidad personal es un proceso que comienza a esbozarse en la infancia y se construye a lo largo de la vida. Un niño que siente el apoyo y aprobación de los padres y otros adultos importantes para él, va a tener mayores posibilidades de sentirse bien consigo mismo y desarrollar sus capacidades que otro cuya crianza se caracterizó por la crítica permanente, la desvalorización y el castigo excesivo. En la adolescencia, los padres adquieren para los chicos características más humanas y a veces se convienen en antimodelos. No es raro oír... "Cuando tenga hijos nunca me voy a comportar como mi viejos". A pesar de esto, no necesariamente la época de la adolescencia tiene que ser tan conflictiva entre padres e hijos como para llevar al deterioro del vínculo afectivo. Si se mantiene una sana comunicación, si los conflictos son bien abordados, sin abrumarlos o invadirlos, si los padres descubrimos lo que está sintiendo nuestro hijo, podemos contribuir de manera positiva al desarrollo de una relación más madura y profunda, y permitirle que su elección de ser varón o ser mujer está despojada de miedos y tabúes.

Para los chicos es muy importante conocer y tener presente los sentimientos de los padres y de los adultos. De esta manera estamos favoreciendo el hecho de que nuestros hijos elijan vivir y no consumir su sexualidad.

### **12.2. Deseo sexual**

Es algo natural, misterioso, maravilloso, muy placentero, de profundo significado de intimidad y creación de vida. Expresiones como impulso sexual, libido, interés sexual son otras denominaciones del deseo.

¿Qué es lo que estimula el deseo sexual? Cada uno de nosotros tiene su propia respuesta: Para algunos lo más importante es el contacto piel a piel. A otros les interesa más lo visual, como fotos o películas de situaciones eróticas. Para muchos resulta insustituible la imaginación. Es importante reconocer estas sensaciones aprender a controlarlas de manera de poder gozarlas

más plenamente, evitando correr riesgos innecesarios.

Es indudable que no resulta fácil posponer la plena satisfacción de los deseos sexuales. Es un desafío para el adolescente sano. No es imposible. No es cuestión de reprimir, sino de estar plenamente convencido de que postergar significa prepararse poniendo toda la creatividad y recursos personales en el esfuerzo por lograr que la vida sea una experiencia altamente gratificante.

El hecho de que el cuerpo esté preparado para encontrarse sexualmente con otro no significa que tengan que concretarlo para satisfacer su curiosidad, o por lo que digan otros. Es necesario saber que habrá un momento en todo este proceso de crecimiento, que será más adecuado para cada uno, porque habrá tenido tiempo de informarse, reflexionar, superar miedos y tabúes, de conocerse a sí mismo y de poder asumir más responsablemente la construcción de una relación.

Hay factores que disminuyen o bloquean el deseo, vinculados con ideas no realistas sobre lo que debería ser el sexo: la inseguridad personal, una imagen corporal pobre, la baja autoestima, no sentirse valorado, no recibir expresiones de afecto, la presión de tener relaciones genitales con mayor frecuencia, el aburrimiento sexual. La mayor parte de los problemas de deseo no están causados por problemas físicos; muchas veces son consecuencia de experiencias precoces sin afectividad ni compromiso.

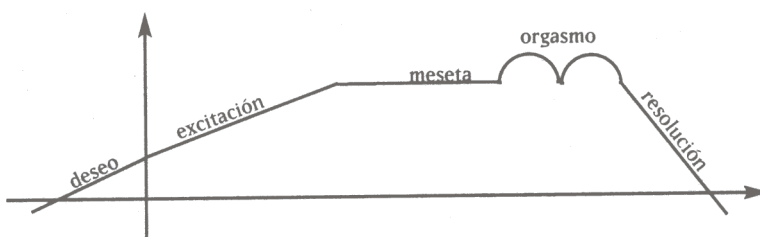
### 12.3. Respuesta sexual humana

Gran parte de la investigación sobre las relaciones sexuales han sido elaboradas por Masters y Jonson y publicadas en su libro *Sexualidad Humana*. Grijalbo, Tomo 1, 1987.

Hombre:



Mujer:



Como podemos ver en estos dos esquemas, tanto en el hombre como en la mujer hay un estadio previo de deseo, y los tiempos de cada uno de los momentos, son diferentes en uno y otro. Conociendo estas diferencias, y sabiendo que no se trata de un proceso mecánico, sino que es un acto de entrega mutua, donde participa nuestra biología, espiritualidad, sentimientos y sensaciones, es que puede lograrse un orgasmo simultaneo la excitación en la mujer se produce en forma más lenta y los cambios son: hay lubricación vaginal, el clítoris se hincha, se abren los labios mayores, aumenta la presión arterial, se acelera el pulso, se percibe mayor sensibilidad en la piel, aumenta la tensión muscular.

En el hombre, el pene se llena de sangre y se erecta y los testículos se elevan acercándose al cuerpo.

En ambos sexos estos cambios se deben a la vasocongestión.

En la etapa de meseta, todos estos cambios se mantienen y, si nada interfiere en el proceso biológico y cada uno se siente lo suficientemente seguro como para "abandonarse", por lo general el orgasmo se producirá. Dura unos segundos (a diferencia de las otras etapas que

pueden durar varios minutos), consiste en contracciones musculares rítmicas y sensaciones agradables.

La intensidad del orgasmo difiere entre una persona y otra. Las comparaciones y la búsqueda de orgasmos "mejores", sólo pueden dar por resultado la insatisfacción y hasta la alteración del proceso natural que lleva al orgasmo.

En las mujeres, el orgasmo consiste entre tres a diez contracciones musculares con sensaciones placenteras a nivel de clítoris y en la zona pelviana y genital. Si continúa la estimulación y el interés sexual después del orgasmo, algunas mujeres tienen la capacidad de volver a la etapa de meseta y tener otros orgasmos.

En los hombres, el orgasmo incluye dos acontecimientos separados y distintos, aunque en muchos hombres suceden al mismo tiempo. Primero la próstata y otras glándulas internas se contraen y obligan a sus fluidos a desplazarse a la base de la uretra, una vez que ocurre esto, la eyaculación es inevitable y no puede detenerse. Unos segundos después, el orgasmo que comprende las contracciones del pene y uretra producen la salida del semen al exterior.

La fase final de la respuesta sexual es la resolución, que es el tiempo que necesita el organismo para volver al estado no excitado.

Después de la fase de resolución continúa un período de refractario que puede durar de minutos a días, hasta tener nuevamente interés sexual.<sup>1</sup>

#### **12.4. Frigidez**

Basada en un criterio sexológico, se define como la incapacidad de la mujer para realizar el acto sexual completo y socializado. Al decir completo se quiere significar que deberá tener deseo, poder elevar los niveles de tensión sexual hasta completar la experiencia a través del logro del orgasmo. Socializado, porque el logro del orgasmo estará de acuerdo a la pauta social que constituye una conducta adecuada y que en nuestro medio es el coito.

#### **12.5. Impotencia sexual**

Abarca todas las incapacidades del hombre, tanto erectiva como copulativa, para la realización del coito. Puede deberse a factores biológicos, psicológicos y socioculturales que detienen o impiden la realización del acto sexual.

#### **12.6. Masturbación**

Se puede definir como toda forma de auto placer sexual obtenido mediante cualquier tipo de estimulación física directa. Es el camino más rápido y cómodo de acceder a las experiencias genitales placenteras, pero es también un camino incompleto por la ausencia de relación con otra persona.

El autoerotismo o masturbación es una etapa de transición preparatoria hacia la heterosexualidad. Desde el punto de vista del aprendizaje sexual, hacia la identidad sexual madura (heterosexualidad), es inevitable pasar por esta etapa que permite una toma de conciencia de los órganos genitales y del placer que otorgan.

Se han deshecho la mayoría de los mitos que consideraban a la masturbación como un acto lesivo para la salud física y psíquica.

Cuando no se vuelve compulsiva y casi persecutoria, la masturbación es una forma provisoria e incompleta de resolver el conflicto entre el deseo (excitación) y la imposibilidad de llevarlo a cabo en toda su plenitud.

Psicológicamente, el riesgo del autoerotismo es que el púber se quede fijado en esta etapa de "inmadurez sexual afectiva" aislándose y acostumbrándose al autoerotismo, incluso en su vida adulta.

Si la masturbación va acompañada de cuadros de ansiedad, culpa, obsesión, aislamiento el

---

<sup>1</sup> Extraído de: REINISCH, J. y BEASLEY, R. *Nuevo informe Kinsey sobre sexo*. Buenos Aires, Paidós. 1992, pp.128 a 132.



joven puede beneficiarse con la ayuda de un profesional.

Estadísticas de diferentes autores coinciden en que aproximadamente el 85% de los hombres y el 75% de las mujeres investigadas declararon haberse masturbado por lo menos una vez en la vida.

El acompañamiento a través de un diálogo fluido permite superar esta etapa sin ningún problema.

### **12.7. Eyaculación nocturna**

El 83 % de los varones tienen en alguna ocasión poluciones nocturnas (sueños húmedos). Ocurre con mayor frecuencia entre los 14 y los 17 años, con una media de una emisión seminal nocturna por mes.

Los sueños húmedos proporcionan una vía de escape a la tensión sexual acumulada mediante un reflejo completamente natural.

### **12.8. Sueños sexuales**

Los sueños sexuales son comunes, al igual que las fantasías sexuales.

En algunos casos, cuando estos sueños se repiten con insistencia y perturban el ánimo, lo adecuado sería una consulta con el terapeuta.

### **12.9. Homosexualidad**

A pesar de los avances de la biología y la psicología, no existe un acuerdo general sobre el origen o la causa de la homosexualidad.

Para unos es una desviación de la naturaleza, para otros es una perversión psicológica o simplemente una enfermedad que podría ser curada. Existen quienes opinan sobre su origen educativo, desde una familia donde los roles de los padres no están bien diferenciados, suponiéndose que una madre sobreprotectora predispone a la homosexualidad. Otros opinan que se trata de un factor cultural, cuando el varón no encuentra su lugar en una sociedad en crisis de identidad.

Lo que sí está claro es que hoy, desde el punto de vista médico, no se puede seguir considerando y tratando aun homosexual como un enfermo mental. Desde 1974 la Sociedad Americana de Psiquiatría la saca de su catálogo de enfermedades mentales.

En lo que sí se está de acuerdo es en que se trata de un fenómeno en el que aún quedan muchos interrogantes, debido a que no está todavía claramente identificado lo que determina la orientación sexual que hace que un hombre o una mujer sean heterosexuales, homosexuales o bisexuales, a pesar de que cada vez toma más cuerpo la teoría biológica de que a nivel del cerebro y de los genes habría cierto elemento o factor que provoca la tendencia homosexual.

Estudios realizados por Hamer y colaboradores postulan la existencia de genes reguladores de la orientación sexual que se encontrarían en cromosomas "X", en la región "Xq28"... pero realmente es muy poco lo que se sabe sobre la acción de estos genes en la elección del objeto homosexual. Actualmente se sigue investigando si una diferencia cerebral o genética pueden dar lugar a comportamientos y orientaciones diferentes según el medio ambiente en que se expresan. El doctor Simon Levay, en su libro *El cerebro sexual*, brinda amplia información de los descubrimientos científicos sobre la naturaleza de la sexualidad y probables orígenes de las diferentes orientaciones sexuales.

La población homosexual es un importante sector de nuestra sociedad; se calcula entre un 15% y un 25% que, salvo en ciertas esferas donde son mejor considerados, continúan esperando gestos de comprensión por una situación en la que los puso la naturaleza ante la elección realizada.

En definitiva tanto homosexuales como heterosexuales hemos de intentar el mayor grado de respeto para los que son y no son como nosotros.

Como la pubertad el momento de inquietudes, temores y preguntas por ser el inicio hacia la definición de la identidad sexual, es conveniente que padres y docentes estemos atentos para

acompañarlos y brindarles seguridad, respondiendo con veracidad y en un marco afectivo a sus temores. Si es necesario, hay que recurrir aun profesional especializado.

### **12.10. Bisexualidad**

Se define como la atracción y actividad sexual con personas de ambos sexos (hombres que se relacionan indistintamente, tanto con mujeres como con hombres y mujeres que se relacionan indistintamente, tanto con hombres como con mujeres). Una opción muy del gusto de ciertos individuos, en tanto que resulta inconcebible para otros.

En la actualidad la naturaleza de la bisexualidad constituye un gran rompecabezas no se dispone de indicios sólidos que muestren la "causas" de la bisexualidad lo que demuestra la gran complejidad de la sexualidad humana.

### **12.11. Travestismo y transexualismo**

El travesti es un hombre que se excita sexualmente en forma repetida y persistente, vistiendo ropa de mujer. En general se inicia en la infancia o en la adolescencia.

Si bien la mayoría de los travestis son heterosexuales y, si están casados, suelen tener hijos, hay un pequeño porcentaje que se disfraza de mujer en busca de relaciones sexuales con hombres. Es un estado fronterizo con la homosexualidad.

En cuanto al transexualismo, puede ser tanto masculino como femenino, pero, por lo general la mayoría son varones. En el transexualismo masculino el hombre desea un cambio de sexo anatómico y le interesa vivir como una mujer a pesar de que no lo excita el hecho de llevar ropa femenina.

El transexual tiene la sensación firme y persistente de que se halla atrapado en un cuerpo que no le corresponde llegando a aborrecer sus órganos genitales. La situación se inicia en la primera infancia notándose cierta preferencia por los juegos de niñas, rechazo a los juegos "duros" y competitivos y repugnancia por los cambios físicos en la pubertad.

Por lo general existe en ellos un gran sufrimiento afectivo. La causa de la transexualidad aún es desconocida.

### **12.12. Perversiones sexuales**

La sexualidad del perverso es infantil. Tiene actitudes inadecuadas. Son considerados psicópatas.

Existe una cierta incapacidad para mantener actividad sexual afectiva entre personas adultas.

Sodomía	Práctica habitual en los homosexuales. Realización del coito por vía anal para la obtención de placer.
Fetichismo	Obtención del placer sexual a través de objetos no vivos que adquieren simbolismo sexual (Ej.: ver ropa íntima de otro sexo). Es un método repetidamente preferido para lograr excitación sexual.
Incesto	Es el abuso sexual de los consanguíneos afines (hermanos - padres con hijos - tíos con sobrinos - abuelos con nietos).
Violación	Acceso carnal con violencia contra la voluntad de la víctima.
Promiscuidad	Relaciones sexuales mantenidas con varias personas en forma alternada o entre varios participantes a la vez. Exceso de actividad sexual sin satisfacción del deseo. En un alto porcentaje de casos es un síntoma patológico que requiere tratamiento.
Sadismo	Placer sexual que se logra ocasionando sufrimientos físicos o psicológicos a otro.
Masoquismo	La persona, sea hombre o mujer, necesita que la castiguen para obtener placer sexual. Necesita sufrir por cualquier método (humillado, atado, golpeado, etc).
Exhibicionismo	Se obtiene placer mostrando los genitales en público sin que el otro lo espere y sin intento de mantener posteriormente una relación sexual.
Voyeurismo	El placer se obtiene viendo un acto sexual o el desnudo o que se estén desnudando.
Pedofilia	Es el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con niños o púberes.
Zoofilia	Es el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con animales.

"Estas pautas de excitación pueden interferir la capacidad para una relación sexual mutuamente afectuosa"<sup>2</sup>, "Las perversiones sexuales están dadas no tanto por las características desviadas o antinaturales del acto, sino su realización como única y constante forma de lograr satisfacción sexual. Son el resultado de serios trastornos cerebrales"<sup>3</sup>.

### 12.13. Pornografía

Se define como aquello que explota o deshumaniza al sexo tratando a la persona como una cosa u objeto sexual. Es la representación real o simulada de un comportamiento sexual degradante y/o violento, con fines de placer desmedido o de lucro.

La pornografía pervierte y retrasa seriamente la sexualidad humana porque destruye la dignidad y los derechos de las personas. No es únicamente un mal personal, sino también social, porque conduce a aceptar actitudes de sumisión y dominación. Muchas veces la pornografía sugiere la violencia como fuente de satisfacción y placer.

<sup>2</sup> KAPIAN, H. *Evaluación de los trastornos sexuales*. Grijalbo, 1985.

<sup>3</sup> HARRINGTON, A. En *Revista Criterio*, II/88, n 2019.

Estudios neurobiológicos han demostrado la presencia de vías de conexión o circuitos neurológicos entre los centros nerviosos del placer y la agresividad, por esa razón la sobreestimulación del placer a través de la pornografía podría generar en algunos consumidores de la misma actitudes violentas muchas veces difíciles de controlar.

El material pornográfico favorece la aceptación y utilización de la violencia y libera nuestra tendencia a dominar a los demás. Es la dualidad de la posmodernidad que, por un lado, ofrece al hombre avances tecnológicos que permiten prolongar la vida a través de una medicina más segura y compleja, conexiones con el mundo a través de medios de comunicación cada vez más sofisticados, explorar el espacio interplanetario y seguir avanzando con el estudio del genoma humano buscando soluciones a enfermedades y disfunciones, mientras por otro lado le hace perder al hombre sus horizontes de esperanza cuando el desencanto y la soledad se apoderan de las personas, aturcidas por una gran cantidad de información donde se hace hincapié en las miserias humanas (llámese algunos sitios de Internet -algunos 0800, etc.).

Pero ofrece también la oportunidad del desafío a través de la educación, que tiene un papel preponderante, no sólo por la propuesta de valores sino también por la integración y el desarrollo de la inteligencia; por el conocimiento y la praxis de una ética que permita brindarle a niños, adolescentes, jóvenes y adultos la posibilidad de evitar el encierro de la sumisión y/o dominación, utilizando la tecnología y medios de comunicación que ayudan acrecer y desechando aquellos que esclavizan.

#### **12.14. Prostitución**

Podría definirse como un contrato transitorio donde se intercambia dinero por sexo genital sin ningún compromiso, muchas veces con características aberrantes por la violencia física, llegando en algunos casos hasta el asesinato.

La prostitución es una forma de consumismo donde la interrelación personal se reduce a dar cumplimiento a deseos y fantasías egoístas. Atenta contra la misión de una sexualidad digna y humana, donde cada persona se enriquece y despliega plenamente su capacidad de amar.

En ocasiones, es la vía de inicio de la genitalidad de nuestros adolescentes, fomentada por familiares cercanos, quienes creen que ese inicio precoz y sin compromiso los libera de la homosexualidad. Grave error ya que se lo expone a la posibilidad de contagio del SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual y sobre todo a familiarizarse con la idea de poder relacionarse con otros sin ningún tipo de compromiso y entrega.

Muchas veces, el ejercicio de la prostitución es respuesta a graves problemas sociales, económicos, laborales, antecedentes de violación por familiares, etc.

El consumo de la prostitución manifiesta una inmadurez psicoafectiva, desconocimiento de uno mismo, inseguridad, miedos, tabúes.

#### **12.15. Relaciones sexuales adolescentes**

##### **12.15.1. Inicio precoz de las relaciones sexuales**

El trabajo "Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires", realizado por el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) descubrió un nuevo mapa de la sexualidad adolescente. La investigación tomó una muestra de 952 adolescentes que asisten a escuelas de gestión oficial y gestión privada, laicos y religiosos, de la Capital Federal. Dicho trabajo revela que:

- La edad promedio del inicio sexual descendió en dos años desde finales de la década del setenta: hoy para los varones es de 14,9 años y para las mujeres de 15,7 años. Estos índices coinciden con los de Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y Alemania (15,6 años).
- Poco más de la mitad de los varones de entre 15 y 18 años (55,5%) ya se había iniciado a la fecha de ser encuestados. La cifra duplicó a la de las chicas, ya que sólo un cuarto del total (25,4%) había tenido relaciones sexuales.
- Las chicas se iniciaron mayoritariamente con sus novios (48%) y tomaron la decisión con

sus parejas, motivadas por el deseo de mantener una relación más profunda.

- Los varones se iniciaron con prostitutas o con parejas ocasionales (52.3% -decidiéndolo solos o con amigos- o con sus novias o amigas (46,8%). Tuvieron motivaciones más variadas que las chicas, aunque el impulso sexual apareció como predominante.
- Las tres cuartas partes de las chicas y chicos utilizaron el preservativo, pero un quinto recurrió a métodos menos efectivos lo que fue más acentuado en las mujeres y en los hijos de padres con menor nivel educativo.
- El siguiente cuadro ilustra el porcentaje de los adolescentes iniciados en el sexo según edad y género:

EDAD	Hasta 15 años	16 años	17 años	18 años y más
TOTAL	16,00 %	33,00 %	49,50 %	75,50 %
VARON	31,00 %	47,30 %	68,30 %	86,60 %
MUJER	08,10 %	19,90 %	35,10 %	63,00 %

Sobre un total de 952 adolescentes, más de un tercio ya mantenía relaciones sexuales.

Nuestra propuesta es posponer el inicio de la genitalidad el máximo de tiempo y nuestras razones son las siguientes:

Porque existe una disparidad entre la maduración física (los varones ya pueden fecundar y las mujeres pueden embarazarse) y la maduración psicoafectiva y social (se encuentra en el inicio y búsqueda de la identidad sexual adulta).

Porque no creemos que el inicio precoz de la genitalidad sea un factor de integración y de maduración. El amor necesita una prolongada y delicada educación.

Porque esta situación genera en los chicos un gran conflicto y ansiedad, debido a que por un lado sienten "cosas" desde lo físico-biológico (erección, sueños húmedos, fantasías, atracción, excitación, etc.) y por otro no están en capacidad afectiva de resolverlas responsablemente, ni de enfrentar un embarazo adolescente. Las relaciones sexuales precoces se caracterizan por ser:

- Disociativas

Se piensa en uno mismo.

No existe proyecto común.

Son de muy corta duración.

Se viven como un logro personal.

- Sin compromiso

Existe una gran atracción física que induce la conducta a la copulación. Por lo general interesa poco o nada el crecimiento propio y del otro.

- Sin afectividad

Hay atracción, deslumbramiento, enamoramiento, posesión. Se sienten emociones fugaces.

- Sin protección

Con los peligros físicos que esto acarrea. (SIDA -Enfermedades de transmisión sexual)

Desde la natural omnipotencia adolescente, se piensa: "A mí eso no me va a suceder". Por lo tanto, conocer métodos anticonceptivos no es sinónimo de su utilización. Si la información, no va acompañada de un marco formativo, ético, tiende al fracaso.

Las conclusiones del *"Nuevo manual para la Educación Sexual en las Escuelas"* editado en Suecia en 1988 dice, entre otras muchas pautas:

*"Debe sostenerse la continencia durante la adolescencia; es el único comportamiento que la escuela puede recomendar con buena conciencia. Sólo la continencia da al individuo las mejores garantías para una vida feliz más tarde."*

También el Departamento de Educación de los Estados Unidos aproximadamente en el mismo año sostiene: *"Enseñarles la abstinencia como una virtud que se debe defender y seguir. Explíquenles los positivos beneficios de una conducta responsable."*<sup>4</sup>

### 12.15.2. Embarazo adolescente

<sup>4</sup> Extraído de: FABBRI, E. *Génesis y Plenitud del Amor Conyugal*. p. 162.

En el trabajo de investigación anteriormente citado, el 30% tanto de varones como de mujeres encuestados no se protegieron de un posible embarazo en su primer a relación sexual. Esta situación tiene su correlato con el siguiente dato estadístico. Hoy en la Argentina, uno de cada seis niños es traído al mundo por mamás adolescentes. De acuerdo con el Informe Argentino sobre Desarrollo Humano 1996 del Senado de la Nación; del total de 600 mil nacimientos anuales, cien mil corresponden a madres niñas/adolescentes. De ellas sólo el 79% son primerizas, es decir que las restantes están teniendo su segundo, tercer y hasta sexto hijo.

Entre las causas del embarazo adolescente podemos citar:

- Una pubertad más temprana.
- Mayor frecuencia y precocidad en la iniciación sexual.
- La poca utilización de los métodos anticonceptivos, ya que son informadas muchas veces, sin ningún contenido ético
- Motivaciones personales (psíquicas-sociales)
- Poco o mal conocimiento anatómico y funcional del aparato genital (mecanismos de reproducción-ciclo menstrual, etc.)

El embarazo y parto adolescente conlleva a riesgos mayores que en otras edades de la mujer (nacimientos prematuros, bajo peso del bebé al nacer, complicaciones puerperales, mayor frecuencia de fórceps, infecciones urinarias, amenaza de aborto).

La adolescente, habitualmente soltera e inesperadamente embarazada tendrá cuatro opciones para su situación:

1. Casarse con el padre del niño y continuar el embarazo, generando un matrimonio precoz, mayormente obligado y que generalmente se disuelve.
2. Continuar el embarazo y criar al niño como madre soltera. Esto implica limitaciones sociales, laborales y habitualmente se delega el cuidado del niño a un familiar adulto (abuelos) con la consecuencia de que el mismo crecerá sin la imagen paterna.
3. Continuar el embarazo y darlo en adopción, siendo esta situación la menos frecuente en nuestro medio. La adolescente que hace esta opción suele cursar el embarazo con una gran negación de sus sentimientos, pudiendo sufrir a una depresión importante.
4. Practicar el aborto, la peor y más grave de las elecciones ya que conlleva a peligros para la futura fertilidad y da lugar asentimientos de culpa y resentimiento, poniendo además en riesgo la propia vida y destruyendo la vida de un ser indefenso.

Es a través de una prevención eficaz transmitida con el ejemplo de vida y una información correcta que como padres y docentes podríamos disminuir sensiblemente este serio problema familiar y social.

## **12.16. Planificación familiar**

La Planificación Familiar es muy importante para la salud integral y reproductiva y es parte de los derechos humanos del hombre, de la mujer y del niño por nacer.

Al hablar de planificación familiar en educación sexual, debe considerarse que forma parte de un proceso de concientización del individuo, (ya sea hombre o mujer) y de la pareja para que, conociendo sus necesidades y las necesidades básicas del niño, puedan regular su fecundidad debidamente informados sobre métodos anticonceptivos disponibles.

Como educadores debemos tener claro que nuestra misión es la de informar y la de formar, sin dejar de lado las “necesidades”, psicológicas y sociales y culturales que desgraciadamente sufren, gran parte de los argentinos: la falta (trabajo y de vivienda, madres que trabajan todo el día, el poco tiempo que tienen los padres para compartir con sus hijos, la promiscuidad o la falta de un entorno adecuado para el crecimiento y desarrollo sano de los hijos, etc., y el aspecto ético religioso por el cual las distintas confesiones religiosas llaman a la reflexión y piden un control de la natalidad responsable. Nuestra Iglesia Católica reiteradamente habla de una paternidad responsable llamándonos al discernimiento con w paternidad confortable.

Entiéndase por paternidad confortable el anteponer el deseo de proporción al hijo todo el confort que la publicidad ofrece, o pensar que el hijo va a entorpecer la intimidad y tranquilidad

de la pareja, o la imposibilidad o postergación viajes o estudios o, incentivados por los medios de comunicación, en esta sociedad consumista, exitista e individualista; y entiéndase por paternidad responsable a aquella en la que se antepone razones valederas que están al servicio del amor generoso y respetuoso de la dignidad humana (tener generosamente los hijos que dignamente podamos criar y educar).

Por estas razones la paternidad responsable no es una decisión caprichosa de pareja sino una decisión consciente y respetuosa de su sexualidad con respecto una nueva vida.

La pareja tiene la obligación, por el bien de su salud integral, incluida la moral de informarse sobre métodos de control de la natalidad, ya sean naturales o no naturales.

Antes decíamos que el educador sexual, debe formar e informar; y así con debe tener claro los valores morales que protejan la vida, debe tener también una visión actualizada sobre anticoncepción, conocer las principales indicaciones y contraindicaciones: su eficacia y riesgos derivados de su uso.

### 12.16.1. Anticoncepción

Los métodos anticonceptivos son formas de evitar concepción antes de que el ocurra. Una pareja sexualmente activa tiene el 90% de posibilidades de embarazarse dentro del año.

El aborto no se considera un método anticonceptivo ya que se realiza después del inicio de la vida humana, se trata de una interrupción ilegal de la vida humana sin tener en cuenta los derechos del no nacido.

Antes de la elección del método anticonceptivo, es necesario que la pareja realice una consulta al médico, debido a que toda selección de método requiere las siguientes consideraciones:

Que el método sea:

- Eficaz.
- Reversible.
- Inocuo.
- De bajo costo.
- Aceptable
- Moral
- Que no atente contra los principios de la pareja, tanto éticos como religiosos.

REVERSIBLES	Naturales	1.1. Temperatura basal. 1.2. Coito interrupto. 1.3. Método de ovulación	
	No naturales	2.1. Barrera	Preservativo masculino Preservativo femenino Diafragma
		2.2. Químicos	Óvulos Gel Cremas Espumas
		2.3. Mecánicos	DIU
2.4. Hormonales		Orales Inyectables	
IRREVERSIBLES		3. Ligadura de trompas en la mujer 4. Vasectomía en el hombre	
EXPERIMENTALES		5. Masculinos 6. Femeninos	

## 12.16.2. Métodos reversibles

### 12.16.2.1. Métodos naturales

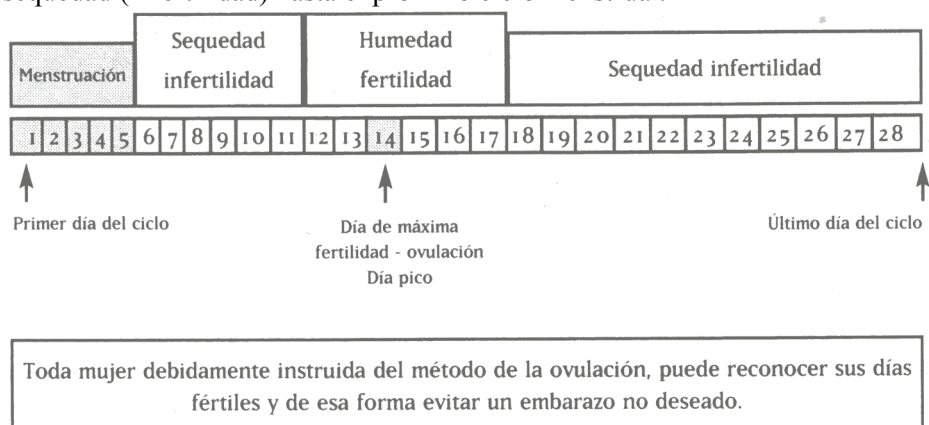
Se basan en el funcionamiento del organismo. En las características del ciclo menstrual. No se utiliza ninguna sustancia.

- **Temperatura basal:** Es la temperatura del cuerpo en estado de reposo. Se mide a la mañana antes de realizar actividad alguna. Se coloca el termómetro en el recto.
- **Coito interrupto:** Se denomina así a la eyaculación fuera de la vagina.
- **Método de la ovulación:** Conocido como Método Billings. El doctor John Billings produjo una innovación fundamental en la concepción y la práctica de la planificación familiar natural cuando en 1964 publicó su libro *El método de la ovulación*. Desde entonces sabemos que cualquier mujer debidamente instruida en el método es capaz de reconocer cuándo está en sus días fértiles y cuándo no mediante la simple interpretación de sus sensaciones biológicas. El doctor James B. Brown, resume en el *Fundamento del método de la ovulación* las interesantes experiencias que, con una metodología impecable, demuestran la correlación perfecta de los requisitos de la mujer y sus cambios hormonales.

El método de la ovulación enseña a la mujer a descubrir y percibir en qué momento de su ciclo menstrual es fértil, sea este regular (dura 28 a 30 días) o irregular.

Se denomina patrón básico de la infertilidad o días secos pre-ovulatorios, a la sensación positiva de seguridad anticonceptiva desde el momento que desaparece la menstruación hasta el comienzo de la fase fértil del ciclo.

El síntoma pico o culminante ocurre uno o dos días antes de la ovulación comenzando con un aumento significativo en el nivel de estrógenos, lo que hace que el moco cervical adquiera unas características particulares que la mujer puede advertir, pues se produce una sensación de humedad resbaladiza que lubrica la vagina (puede alcanzar la vulva) y tiene las características de la clara de huevo. No produce ardor, ni molestia alguna y no tiene olor. Esta sensación y percepción de humedad adquiere su máxima intensidad en el momento de la ovulación (día pico o culminante). Este síntoma se vuelve familiar tras la experiencia de varios ciclos de observación. A partir del cuarto día después del síntoma pico o culminante, la mujer volverá a percibir sequedad (infertilidad) hasta el próximo ciclo menstrual.



### 2.16.2.2. Métodos no naturales

- Se utilizan sustancias y/o elementos que impiden el embarazo actuando de una manera mecánica, química u hormonal siempre se debe realizar la consulta con el especialista ginecólogo, quien de acuerdo a la evaluación médica podrá orientar qué método utilizar y qué grado de eficacia tiene. Pudiendo la pareja de acuerdo a sus principios hacer una mejor elección.
- **Barrera:** Impiden que los espermatozoides sean depositados en la vagina o que lleguen a las trompas. Tanto los preservativos como el diafragma cumplen esta función-



- Químicos: Actúan como espermaticidas (óvulos, gel, cremas, espumas).
- Mecánicos: Puede actuar evitando o retardando el ascenso de los espermatozoides o dificultando y/o impidiendo el implante del óvulo fecundado (teoría muy discutida actualmente. Conocido como DIU (dispositivo intra uterino) o Espiral.
- Hormonales: Actúan inhibiendo la ovulación. Pueden producir efectos secundarios. Deben ser indicados por un profesional. Necesita control médico a fin de evaluar la relación y/o tolerancia de cada organismo debido a la gran cantidad de contraindicaciones que poseen. Los hay orales como las píldoras e inyectables.

### 2.16.3. Métodos irreversibles

Son aquellos que se realizan a través de intervenciones quirúrgicas.

- Ligadura de trompas en la mujer.
- Vasectomía en el hombre.

Los métodos experimentales se encuentran en estudio.

- Masculinos: Se inmoviliza a los espermatozoides (píldora diaria). Se suprime la producción de espermatozoides (inyección anual -píldoras diarias)
- Femeninos: Píldora del día después.

No olvidemos que cada vez existen más chicos que son padres.

En nuestro país son el 14 % del total de los nacimientos anuales (100.000). Esto sucede por desinformación, descuido, ausencia de proyectos, fallas del sistema sanitario y social ¿Podemos evitarlo?- Esto no se logra solamente informando sobre métodos anticonceptivos. Es primordial una formación ética para el ejercicio de una sexualidad plena y responsable.

Resumiendo...

A través de los datos recogidos, hemos constatado que, en nuestro país:

Para vencer el SIDA no sólo hay que indicar el uso del preservativo, sino que es necesario un cambio de actitudes para entender la sexualidad de un modo más sano.

- La edad promedio de inicio en las relaciones sexuales es hoy de 14,9 años en los varones y de 15, 7 años en las mujeres.
- El 14 % de los nacimientos son hijos de adolescentes.
- El 8,1% de los adolescentes usa adecuadamente un método anticonceptivo.
- Uno de cada seis niños es traído al mundo por una madre adolescente.
- El aborto es para muchas personas una opción posible frente a un embarazo no deseado.
- En la Argentina se registraría medio millón de abortos al año (es aproximado porque no existen estadísticas oficiales)
- Argentina ocupa el segundo lugar en número de enfermos de SIDA en Latinoamérica y el quinto en todo el Continente Americano.

Todos podemos colaborar para que estas cifras comiencen a descender: familia, educadores, medios de comunicación social y toda la sociedad está llamada a trabajar para que esta realidad comience a revertirse.

Por otra parte, en países como EE.UU o Gran Bretaña, donde la educación sexual es obligatoria en las escuelas, la Organización Mundial de la Salud comprobó que el inicio de las relaciones sexuales era más tardío y que habían crecido los índices de prevención de embarazos no deseados y de protección ante el SIDA y las enfermedades venéreas.

Podemos concluir este primer capítulo con un párrafo del discurso que el Santo Padre pronunciara en Roma en noviembre de 1989 cuando decía: *“Ante todo es necesario que la información sea correcta y completa, más allá de los miedos infundados pero también de la falta de esperanza. La dignidad del hombre exige que se ayude a crecer hacia la madurez afectiva mediante una específica acción educativa”*.

### 12.17. Aborto

Resulta casi imposible obtener datos estadísticos fidedignos sobre el número de abortos que se realizan hoy en el país debido a que ésta es una práctica ilegal. Por ello nos interesó conocer la opinión sobre el aborto y la valoración de la vida de los adolescentes encuestados por el *Programa de Adolescencia* del Hospital de Clínicas. En este estudio, los varones y las mujeres encuestados rechazaron unánime y rotundamente el aborto (100%).

El trabajo fue procesado por el *Programa de Adolescencia* del Hospital de Clínicas. Se basó en entrevistas realizadas a 658 chicas menores de 21 años entre 1999 y 2001, cubriendo todos las áreas educativas, sociales y religiosas.

El 8,1 % usaba adecuadamente algún método anticonceptivo. (Diario Clarín *II* Sociedad página 32 -viernes 24 de octubre de 2003)

Cuando la ginecóloga Silvina Valente, del Hospital de Clínicas, encaró su investigación sobre el aborto voluntario en adolescentes, las chicas escribían cualquier cosa en el cuestionario o la insultaban. Optó por entrevistas personales. Pese al anonimato, muchas se negaron a responder. De las que contestaron, la mayoría lo hizo después de una crisis de llanto y llegaron a decirle: "Si esto sirve para que a nadie más le pase, te contesto. Pero si no sirve para nada, no, porque yo no quiero volver a recordarlo". Otras contestaron que "es una medida traumática muchas veces tomada por imposición de su pareja (21,48%) o de su familia (30, 37 %)"

Las mujeres que han decidido abortar sufren diversos efectos psicológicos originados por el mismo durante toda su vida. En este sentido B. Santecchia<sup>5</sup> en su artículo titulado "*El aborto, desafío a la Nueva Evangelización*", cita a la Dra. Beatriz Pacheco, madre y médica ginecóloga, quien señala: "*Creo que una de las situaciones más dolorosas es la de la adolescente embarazada. Uno no deja de asombrarse cuando ellas dicen con ingenuidad: 'Doctora, yo no pensaba... no sabía que ¿es verdad que estoy embarazada?'. Esa misma sociedad que la erotizó, le mostró la violencia, la instrumentó como producto de compra-venta, se rasga las vestiduras hipócritamente cuando la adolescente queda embarazada. Si no cambiamos el mensaje y el proceso educativo, claro, la solución vendrá por el lado del aborto. Y eso es agregar un error a otro error. Esa herida y esa cicatriz la veo en mujeres de cincuenta, sesenta años, cuando al recordar el hecho se les llenan los ojos de lágrimas, porque aquel aborto les sigue provocando angustia y dolor*".

Vale recordar una conocida anécdota:

*El profesor Lejeune llevó a las cámaras de la televisión francesas este breve y famoso diálogo ideado por el filósofo Maurice Haring:*

*Padre sifilítico, madre tuberculosa. De los cuatro hijos, el mayor nació ciego, el segundo murió al poco de nacer, el tercero es sordomudo y el cuarto es tuberculoso. La madre está de nuevo embarazada ¿Aconsejaría usted "interrumpir" el embarazo?*

*-¡Sin duda!*

*-Señores, les invito a guardar un minuto de silencio, porque este hombre acaba de matar a Ludwig van Beethoven en el vientre de su madre.*<sup>6</sup>

El primer derecho de una persona humana es su vida. No es el reconocimiento por parte de los demás lo que constituye este derecho, es anterior a dicho reconocimiento. Exige ser reconocido y negárselo es totalmente injusto.

Cualquier discriminación es inadmisibles. La sociedad debe respetar tanto la vida del anciano, del enfermo incurable, como la del niño y el hombre maduro. En realidad, el respeto a la vida humana es algo que se impone desde que comienza el proceso de la gestación. Con la fecundación del óvulo queda inaugurada una vida que no es ni la de la madre, ni del padre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Y nadie puede elegir por él entre la vida y la muerte.

La razón humana excluye todo derecho a matar directamente a un inocente. Ninguna de las razones aducidas para justificar el aborto puede dar derecho a disponer de la vida de los demás, aun en sus comienzos. Por lo que se refiere a la suerte futura del niño, nadie, ni siquiera la

---

<sup>5</sup> Santecchia, B. "*El aborto, desafío a la Nueva Evangelización*", Bs. As" Boletín Salesiatlo, octubre 1994. nro. 522. p.2J.

<sup>6</sup> Jhon Billings "*Fundamento del Método de la Ovulación*". Ediciones Paulinas, 1986.

madre o el padre, puede reemplazarlo, aunque esté todavía en estado de embrión, para elegir en su nombre la muerte en lugar de la vida; él mismo, cuando llegue a la edad madura, no tendrá nunca derecho a escoger el suicidio.

La discusión moral sobre el aborto va acompañada, con frecuencia, de graves debates jurídicos. Una tendencia a restringir lo más posible todo tipo de legislación represiva, el argumento al pluralismo, la dificultad de aplicar hoy en día las leyes contra el aborto y el aumento de la clandestinidad, son razones que se aducen para pedir la liberación de la legislación en esta materia.

Pero estas razones no son suficientes ni válidas para legalizar el aborto. Es verdad que la ley civil, en oportunidades, debe tolerar lo que se estima como un mal menor para evitar un mal mayor. Sin embargo, no podemos aceptar un cambio de la legislación que pudiera interpretarse como una autorización o, aunque más no fuera, una simple renuncia a castigar. Más aún, en el presente caso, esta misma renuncia significaría considerar que el legislador no encara ya el aborto como un crimen contra la vida humana, con mayor razón cuando el homicidio ha sido siempre gravemente castigado. Así, la vida del niño prevalece sobre todas las opiniones y consideraciones al respecto.

Por otra parte, la ley puede contribuir positivamente aun cambio de la sociedad, al favorecer las condiciones para que siempre y en todas partes se pueda dar acogida a toda criatura que viene a este mundo, respetando su derecho a la vida. Hay que promover políticas para que haya siempre alternativas posibles y honrosas al aborto.

Es importante sobre todo combatir las causas del aborto. No se puede jamás aprobarlo.

Es necesario prevenir activamente. Y esa prevención no pasa solamente por la pastilla, el preservativo y las campañas publicitarias, sino que pasa fundamentalmente por una educación a favor de la vida, del amor y de una sexualidad plena y responsable.

Fermín Merchante, al escribir las conclusiones de su libro *El derecho a la vida*, señala que...

*"la verdadera educación sexual debe ser educación para el amor, será una de los principales recursos para evitar el aborto"*<sup>7</sup>.

Desde el punto de vista biogenético, podríamos formularnos una doble pregunta: ¿Cuándo comienza la vida?

¿Cuándo esa vida que comienza es humana?

En otras palabras, cuando en los primeros estadios de vida (etapa germinal) sólo hay un conglomerado de células en activa división,... ¿existe ya humanidad o se trata simplemente de un montón de células?

Para responderse a estos interrogantes existen seis teorías en pugna:

1. La vida humana comienza desde la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide y formación del cigoto). Vida con destino humano ya que sus padres son seres humanos.
2. Desde la nidación (ocurre aproximadamente 14 días después de la fecundación). Hay individualidad. Es él y no otro. Aparece el primer esbozo del sistema nervioso: la "cresta neural".
3. Desde la 8 semana (están constituidos los órganos, hay actividad eléctrica cerebral) Apariencia humana.
4. Desde la 21 semana (tiene viabilidad). Puede vivir fuera del cuerpo materno. Tiene aspecto humano.
5. Con el nacimiento. Vive fuera del cuerpo materno.
6. Si es aceptado, reconocido y engendrado con deseo por sus padres (la realidad humana no sólo se define en base a lo biológico).

El problema de la reproducción humana y el comienzo de la vida humana presenta alternativas que pueden juzgarse bajo una perspectiva puramente ética o bajo perspectivas religiosas.

La mayoría de los autores católicos actuales, así como el Magisterio de la Iglesia de los últimos años, cuando defienden al nuevo ser desde el mismo momento de la fecundación lo hacen argumentando la defensa de la vida desde su inicio.

---

<sup>7</sup> Merchante, F. Op. Cit Pág. 94

La vida humana en gestación no pertenece al género de "cosa", ha de medirse desde la valoración de "sujeto".

El proceso de fertilización (fecundación) marca la existencia de una realidad distinta a la de los progenitores, con toda la dotación cromosómica y con capacidad de autodesarrollo. Vida con destino humano. Es una realidad biológica la información genética del cigoto (célula huevo) es humana y prefigura a la persona que se va a desarrollar a partir de ella.

En consecuencia la vida en gestación es una realidad "distinta" e "irrepetible" de la gestante (madre) aunque tenga una estrecha y dependiente relación con ella, es al mismo tiempo autónomo ya que él mismo dirige su propio proceso de desarrollo. La madre le da albergue y alimentación.

## **12.18. SIDA -Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)**

El *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* es una enfermedad cuyo contagio opera en progresión geométrica, razón por la cual las cifras son alarmantes.

*"En el mundo, se estimaba que en 1996 los niños (0-14 años) con hiv/SIDA eran 830.000. Las muertes de niños por SIDA en el mismo año se estimaban en 350.000. El número de niños que perdieron a sus mamás por causa del SIDA a mediados de 1996 se estimaba en nueve millones. A fines de 1997 se estimaba que en el mundo habría un millón de niños menores de 15 años infectados con el HIV más del 90%, viviría en países en desarrollo."*<sup>8</sup>

En Argentina, al 30 de marzo de 1997, el porcentaje de casos pediátricos era de 6,6% y ocupaba por entonces el primer lugar en América Latina y el sexto en toda América, después de los países caribeños: Islas Vírgenes, Bahamas, Trinidad y Tobago. Seguramente esta cifra se incrementó aún más dado que a comienzos de 1997 el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" recibía dos casos nuevos por mes. Ya mediados de año los casos mensuales ascendían a diez.

El 92% de los niños con *SIDA* en Argentina se infectaron por transmisión materna.

"Las relaciones hombre/mujer enfermas con *SIDA* en los países caribeños es menor de 2:1 mientras que en Argentina en 1996 fue de 3,6:1. En el mismo año las mujeres enfermas de *SIDA* aumentaron un 27% en relación a 1995, más que los hombres que aumentaron un 18%. Las mujeres enferman a edades más jóvenes que los varones: el 66% de las enfermas son menores de 30 años. Esta menor edad de infección en las mujeres indica el mayor riesgo de transmisión materna por mujeres de edad reproductiva."<sup>9</sup>

En 1998 se estimaba que alrededor de treinta millones de personas en el mundo padecen *SIDA*. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud esta enfermedad causó 2.300.000 muertes sólo durante 1997. Ese mismo año 590.000 personas se infectaron con el virus.

En la Argentina en 1990 había 12.320 casos declarados oficialmente. Pero estimaciones de organizaciones no gubernamentales y de la misma OMS, indicaban que serían ciento veinte mil los contagiados. Lamentablemente, la mitad de ellos va a desarrollar la enfermedad dentro de 5 a 10 años. En el 2003 había cinco veces más enfermos. En Argentina la epidemia no está controlada, aseguró el infectólogo Pedro Cahn presidente de la Primera Conferencia de la Sociedad Internacional de SIDA en Patogénesis y Tratamiento de HIV.

Argentina ocupa actualmente el segundo lugar en números de casos en Latinoamérica y el quinto en todo el continente americano.

El panorama se ensombrece aún más cuando se toma conciencia de la certeza de los pronósticos de la Organización Mundial de la Salud. En el trabajo realizado por el Hospital de Clínicas, el 30% de los jóvenes encuestados iniciados en el sexo, sin diferenciación de género, no se protegieron contra el SIDA.

Sabemos que la educación juega un papel fundamental en la prevención. Así lo demuestran las estadísticas. De los jóvenes encuestados para el trabajo realizado por el Hospital de Clínicas, se protegieron del SIDA el 66,3% de los hijos de padres con educación primaria, el 77,5% con

---

<sup>8</sup> *Consultor de Salud. "Los niños en un mundo con SIDA". Equipos Argentinos de Salud S.A. Editorial Alfa Beta S.A.U.F y S. BS AS. Año VII. N181. 17 de octubre. 1997. Pág. 20.*

<sup>9</sup> *Ibid. Pág 20.*

padres con educación secundaria y el 80,3% de aquellos cuyos padres tenían educación universitaria.

El Dr. Héctor Pérez, médico del Servicio de Infectología del Hospital Fernández y ex asesor del Programa Nacional del SIDA, informaba en una entrevista que la mitad de los enfermos de SIDA en la Argentina son adictos, teniendo muchas de esas personas parejas heterosexuales, provocando el rápido contagio de las mujeres. La proporción de enfermos varón-mujer en la Argentina, que era de 14 al en 1988, hoy es de 4 a 1. Las mujeres que se están infectando son siete años más jóvenes que los varones. Tienen una edad media de 24 años. Esto quiere decir que se contagian en sus primeras relaciones sexuales, entre los 14 y 16 años. Como son mujeres jóvenes, son fértiles. Esto hace, como ya vimos, que la Argentina tenga una de las incidencias más altas de chicos nacidos de madres HIV+. En nuestro país, el 6% de los enfermos de SIDA son menores de 15 años. En el resto de América, la proporción es aproximadamente del 1,5 %.

En nuestro país el 90 % de los enfermos vive en las grandes ciudades. En Capital Federal el 33 %, le siguen grandes partidos de la Provincia de Buenos Aires, Rosario, Córdoba (capital), Mar del Plata. De los pacientes que desarrollan la enfermedad en la Argentina 39% Utiliza drogas inyectables 25% Por relaciones homosexuales. 25% Por relaciones heterosexuales, la principal vía de transmisión de HIV, sigue siendo la sexual con un 80%, de madre a hijo 5% a 10% y la sanguínea un 5%.

ONUSIDA proyecta que en el país, en el año 2004, las personas viviendo con HIV son 120.000.

Durante el 2003 contrajeron el virus del SIDA 4.8 millones de personas en todo el mundo, siendo el total de infectados 38 millones y murieron 3 millones.

Estos datos que habla del fracaso en la lucha contra el SIDA, nos debe hacer reflexionar sobre la imperiosa necesidad de llevar adelante como educadores una previsión basada en información y formación correcta a fin de evitar conductas promiscuas.

Pero no sólo es SIDA avanza, sino que todas las enfermedades de transmisión sexual también lo hacen.

## **12.19. Enfermedades de Transmisión Sexual**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de mayor frecuencia son, entre otras: sífilis, gonorrea o blenorragia, clamidia, herpes genital, HPV, o virus del papiloma humano, hepatitis B.

### **12.19.1. Sífilis**

Es causada por la bacteria *Treponema pallidum*; causa lesiones genitales dentro de las seis semanas en que se produjo el contagio (contacto sexual con enfermo). La lesión primaria es el "chancro" que suele ser una manchita roja que erosiona la piel y se endurece, al tacto parece un botón, no duele y en pocos días desaparece. Suele aparecer en el glande o prepucio en el hombre y en los labios vulvares o en el clítoris en la mujer. Si a esta enfermedad no se la trata adecuadamente puede llevar a la muerte. Como dato adicional podemos informar que en los últimos 10 años se ha duplicado.

### **12.19.2. Gonorrea o Blenorragia**

Es diez veces más común que la sífilis. Presenta signos y síntomas en el tracto urinario. Sin tratamiento específico, puede producir complicaciones como infertilidad y enfermedad crónica prostática. Entre su sintomatología podemos observar ardor al orinar y presencia de una secreción espesa en el hombre y flujo vaginal blanco amarillento en la mujer. Aparece entre los 2 y 7 días después del contagio.

### **12.19.3. Clamidia**

Es la más común de las ETS; presenta síntomas urinarios. No tratada, puede llevar a la

esterilidad.

En los varones los síntomas son: ardor al orinar, malestar en la uretra con abundante secreción que es acusada por la mañana.

En las mujeres muchas veces son asintomáticas, si bien pueden presentar flujo vaginal, ardor al orinar, dolor en pelvis.

#### **12.19.4. *Herpes genital***

El virus causa lesiones en el área genital que aparecen aproximadamente a los 10 días de la infección y se curan dentro de las 3 semanas. Las mujeres con herpes activo pueden infectar al bebé en el parto, causando muchas veces daños severos. Últimamente se nota que esta enfermedad ha crecido 7 veces más. El virus infecta de por vida.

#### **12.19.5. *HPV (Virus del papiloma humano)***

Es causado por un virus que la ciencia aún no ha podido dominar. La preocupación viene de sus posibles vínculos con el cáncer de pene, vulva y cuello uterino.

Se trata de verrugas genitales en forma de diminutos tumores blandos, húmedos, rosáceos que experimentan un rápido crecimiento pudiendo adoptar el aspecto de coliflor.

#### **12.19.6. *Hepatitis B***

El sexo homo o heterosexual es el principal modo de transmisión (50%). El virus de la hepatitis B ataca el hígado. La mayoría de las personas se cura naturalmente desarrollando inmunidad (90% -94 %). En algunos individuos (6% -10%) puede llevar a la cirrosis, al cáncer de hígado o a la hepatitis fulminante. Es fundamental realizarse el plan de vacunación completo como prevención de la enfermedad. Alrededor del 6% al 10% de los pacientes con hepatitis B se transforman en portadores del virus de por vida. El virus es 100 veces más contagioso que el SIDA. El grupo etario más afectado está constituido por adolescentes y adultos jóvenes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que entre uno a dos millones de personas mueren anualmente en el mundo.