

Dra. Rosario Laris

Abrazo de amor

El privilegio
de educar
en una sana
sexualidad





La Dra. Rosario Laris, es Médico Cirujano, Maestra en Salud Pública y Gobierno por el Instituto Nacional de Salud Pública y Doctora en Bioética por la Universidad Anáhuac. En el año 2011 fundó la organización Sexo Seguro. Ha publicado diversos libros y artículos académicos sobre sexualidad y Bioética. Fue reconocida con la Medalla al liderazgo Anáhuac en Bioética 2016.

Desde hace 15 años ha impartido numerosas conferencias, talleres y cursos sobre sexualidad a jóvenes y padres de familia en México, Chile y los Estados Unidos. Participa en noticieros de radio y televisión exponiendo temas de actualidad sobre medicina, sexualidad y familia. Está felizmente casada desde hace 17 años y es mamá de 3 hijos.

Abrazo de amor

El privilegio de educar en una sana sexualidad

Dra. Rosario Laris



Abrazo de amor
El privilegio de educar en una sana sexualidad

Primera edición, Septiembre 2020

© ISFEM 2020

Santiago, Chile
Todos los derechos reservados
Publicado en Santiago, Chile,
por ISFEM Producido en Chile

ISBN 978-956-09378-1-0

Este libro está protegido por la Ley Chilena No17.336
de la propiedad intelectual.

Por lo tanto, su contenido no puede ser copiado o distribuido por
ningún medio sin el permiso previo, expreso y por escrito del editor.
Sin embargo, los fragmentos pueden reproducirse, siempre que se
mencione la fuente, el título y el autor.

Diseño de Portada
Eloy Padilla

Diseño de interiores
Juan Antonio García Trejo

Ilustraciones
Eloy Padilla

A Paulo, mi amado esposo;
con quien por 17 felices años he descubierto, día a día, la alegría
de la entrega y la donación total al amar;
mi mejor amigo, confidente, y cómplice de vida.



A mis papás,
que respondieron desde mi primera infancia todas mis dudas
sobre sexualidad y generaron un vínculo
de confianza en mi adolescencia.



A Iñigo, Fátima y Regina,
esperando que el matrimonio que su papá y yo hemos forjado,
los llene de amor, seguridad y los motive para, en la adultez,
elegir, comprometerse, y vivir plenamente el amor humano.

• CONTENIDO •



• Capítulo 1 •

¿Sexualidad y relaciones sexuales? 13

Sexualidad humana ❖ Diferencias entre sexualidad humana y animal ❖ Mujeres y hombres ¿iguales?
Expresando el amor ❖ Relaciones sexuales y sus componentes ❖ Deseo y placer sexual ❖ La llegada de los hijos

• Capítulo 2 •

¿Qué es la paternidad responsable? 29

Paternidad responsable ❖ Fertilidad ❖ Ciclo menstrual
Métodos de reconocimiento natural de la fertilidad (MRNF) ❖ Caso real 1. Ana y Carlos
Clasificación de los MRNF ❖ ¿Un hijo más? ❖ Caso real 2. Nicolás y Clara

• Capítulo 3 •

Revolución sexual e ideología de género, ¿qué son? 47

¿De dónde proviene esta visión del "sexo basura"?
Ideología de género ❖ Efectos de la mentalidad anticonceptiva y de la ideología de género

• Capítulo 4 •

Infecciones sexuales, ¿cuáles son y cómo afectan a la salud? 59

Consecuencias de las ITS ❖ Jóvenes e ITS ❖ Infecciones de transmisión sexual más comunes:
1) Virus del papiloma humano, 2) Virus del Herpes Simple,
3) Clamidia, 4) Sífilis, 5) Gonorrea, 6) VIH/SIDA.
Las infecciones sexuales siguen en aumento ❖ Caso real 3. Mary y Octavio

• Capítulo 5 •

Los grandes mitos del condón: ¿protege contra infecciones sexuales y previene embarazos? 75

Embarazo y condón ❖ Deslizamiento y ruptura ❖ Condón e infecciones sexuales ❖ Estrategia fallida:
¿Sexo anal? ❖ ¿Sexo oral? ❖ Sexo oral vs preludio sexual ❖ El condón, ¿te protege?

• Capítulo 6 •

¿Por qué el embarazo en adolescentes es de alto riesgo? 89

Caso real 4. Paulina ❖ Embarazo adolescente en América ❖
¿En qué momento inicia la vida de una nueva persona?

• Capítulo 7 •

Métodos anticonceptivos, ¿qué efectos tienen en la salud de la mujer? 105

Caso real 5. Tyra y Alexis ❖ Tipos de anticonceptivos:

- 1.- Anticonceptivos de dosis regular (pastillas, parches, implantes, inyecciones y anillos vaginales),
- 2.- Antiimplantatorios (dispositivo intrauterino y píldora de emergencia),
- 3.- De barrera (condón masculino, espermicidas y esponjas, coito interrumpido),
- 4.- Definitivos (salpingoclasia y vasectomía)

• Capítulo 8 •

¿Qué consecuencias tiene el aborto? 121

Caso real 6. Maricela y Joel ❖ Consecuencias del aborto en la salud de la mujer
¿Cuál es la relación entre aborto y anticoncepción?

• Capítulo 9 •

¿Qué otras conductas de riesgo generan las relaciones sexuales durante la adolescencia? y ¿cómo prevenirlas? 131

Caso real 7. Carol ❖ Otros riesgos de las relaciones sexuales en la adolescencia
¿Tener relaciones sexuales afecta nuestras futuras relaciones?
Factores protectores contra el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia

• Capítulo 10 •

Prepárate y conversa con tus hijos sobre sexualidad (Parte I) 147

Caso real 8. Alvaro ❖ ¿Qué es la educación sexual?
¿En qué momento debe iniciarse la educación sexual? ❖ Educación sexual con naturalidad
De los 2 a los 3 años de edad ❖ De 4 a 6 años de edad ❖ De 7 a 9 años de edad ❖ Identificación con su propio sexo

• Capítulo 11 •

Prepárate y conversa con tus hijos sobre sexualidad (Parte II) 163

Educando en el cuidado del cuerpo y el pudor ❖ ¿Deben los niños bañarse y ver desnudos a sus padres?
Prevención del abuso sexual infantil ❖ 10 recomendaciones para prevenir el abuso sexual infantil
Educación sexual en la adolescencia ❖ Momentos inevitables en la adolescencia ¿cómo esperarlos?
Peligros que amenazan una sana educación sexual: *sexting* y pornografía
¿Cómo cuidar el acceso a la pornografía y contenido inapropiado para los niños y adolescentes?

• Capítulo 12 •

La importancia del papá en la educación sexual de sus hijos 189

Caso real 9. Paulina y su papá ❖ Diferencias entre maternidad y paternidad al momento de educar
Rol del papá en la educación sexual de sus hijas

Rol del papá en la educación sexual de sus hijos hombres

Dedicar tiempo a los hijos ❖ Se buscan... hombres... ❖ Las palabras mueven, el ejemplo arrastra

¿Como suplir la figura paterna en la educación sexual de mis hijos si soy madre soltera, separada o divorciada?

• Capítulo 13 •

Educando a tus hijos para el matrimonio 207

¿Unión libre? ❖ Caso real 10. Ángela ❖

Como oriento a mis hijos para que elijan correctamente para el matrimonio?

Recomendaciones a nuestros hijos adolescentes y jóvenes

¿Cómo orientarlos si ya han tenido relaciones sexuales?

• Capítulo 14 •

Diez razones por las que vale la pena esperar para tener relaciones sexuales 225

Nunca es tarde...

• Capítulo 15 •

Veinte preguntas frecuentes entre adolescentes y jóvenes 235

Noviazgo ❖ Infecciones sexuales ❖ Sexualidad

Unión libre ❖ Masturbación

• Capítulo 16 •

Reflexión final 247

• Anexo •

Conociendo el cuerpo humano 249

Órganos reproductores en el hombre ❖ Órganos reproductores en la mujer

¿Qué es la menarquia? ❖ ¿Qué es la menopausia?

• PRÓLOGO •



¿Cómo afrontar la educación sexual de nuestros hijos, si no hemos sido formados en ello? Esta es la pregunta que nos planteamos muchos padres cuando, cada vez más temprano que tarde, nos vemos enfrentados a este gran desafío. Nos gustaría que nuestros hijos pudieran vivir una sexualidad sana y evitar que cayeran en conductas de riesgo que sabemos los harán infelices, dejando una huella de dolor no solo en sus vidas, sino también en la de otros.

En la actualidad, somos testigos de la fuerte presión que se ejerce sobre los jóvenes a través de los medios de comunicación y, lamentablemente, no pocas veces por medio de políticas públicas profundamente equivocadas, instándolos, bajo una falsa promesa de libertad a vivir una sexualidad desordenada, egoísta, y ajena a cualquier tipo de compromiso o responsabilidad. ¿Cómo poder orientarlos para que aprendan a discernir aquello que hará sus vidas más plenas?

En este contexto, El Abrazo de Amor viene en nuestra ayuda, proporcionándonos información valiosa, datos “duros” científicamente comprobados, hoy en día fundamentales para dar argumentos de peso en un tema que suele ser controvertido y muchas veces confuso. Según avanzamos en su lectura, advertimos la importancia de formarnos en lo que realmente implica vivir la sexualidad y cómo ello determina el futuro de las personas. Pero si los argumentos científicos son importantes, tanto o más relevante es volver al sentido común, a distinguir lo bueno de lo malo, y rescatar valores como el respeto de sí mismo y del otro.

Con un lenguaje directo y sencillo, la Doctora Laris nos invita a asumir la misión de educar a nuestros hijos en la verdadera dimensión de la sexualidad. Los ejemplos de casos reales que nos presenta, hacen que la tarea sea más fácil y revelan lo importante que es ser padres presentes, dispuestos a invertir tiempo y energía en su formación.

No tengamos miedo; los padres somos los más indicados para llevar a cabo esta misión pues nadie conoce mejor a nuestros hijos que nosotros. No solo es nuestro deber, también es nuestro privilegio. Poder orientarlos, teniendo siempre presente sus edades e inquietudes, a vivir responsablemente la sexualidad, haciéndoles ver que todo acto tiene sus consecuencias y que las decisiones que tomarán en la juventud son importantes porque determinarán su futuro, es una maravillosa forma de demostrarles nuestro amor.

Solo tenemos palabras de agradecimiento para Rosario, quien ha dedicado sus mejores esfuerzos a transmitir su experiencia como esposa, madre, y profesional de la salud, en un sinnúmero de iniciativas que, a lo largo de los años, nos han ayudado a comprender mejor el por qué y para qué de la maravillosa sexualidad que Dios nos ha regalado.



Ismini Anastassiou
Presidenta de ISFEM

• QUERIDO LECTOR •



Inicio dándote las gracias por abrir este libro, en el cual te presentaré una visión posiblemente distinta a la que has escuchado sobre la sexualidad humana, poniendo un acento mayor en la relevancia de conocer, acompañar y orientar a tus hijos en este tema.

Son 16 capítulos en los abordaremos los problemas más comunes de la sexualidad que viven los adolescentes y jóvenes en nuestro tiempo, situaciones altamente sensibles para los adultos y padres de familia, quienes en muchas ocasiones no sabemos cómo tratarlos ni que consejos podemos ofrecer. Este libro tiene como base información médica y casi 500 investigaciones científicas recientes, casos reales, y la experiencia de atención de más de 10,000 correos electrónicos recibidos en la fundación Sexo Seguro sobre diversas preguntas de jóvenes en relación a su sexualidad.

Se trata de un esfuerzo para explicar, con un tono amable, el valor antropológico de la sexualidad humana. Incluye algunos consejos para tratar estos temas con los hijos desde su primera infancia. Esta investigación aborda diversos tópicos de actualidad y describe las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que implican las relaciones sexuales fuera de un contexto de amor, compromiso y fidelidad.

Eventualmente, la propuesta de este libro podría parecerte distante de tus vivencias o experiencia de vida; pero efectivamente aquí es donde como adultos y padres de familia tenemos el desafío de priorizar lo que es mejor para los hijos con relación a su sexualidad en un mundo tan complejo.

La visión de sexualidad propuesta, está íntimamente ligada a la dignidad de la persona humana, engrandeciendo su valor y contraargumentando las tendencias ideológicas de nuestra época, que tanta confusión y daño hacen a mujeres, adolescentes y jóvenes. El propósito de este libro es dotar a los adultos y padres de familia de información, cifras, argumentos y herramientas pedagógicas que les permitan propiciar una reflexión sobre la educación de sus hijos, ya sean niños o adolescentes, en torno a la sexualidad.

Cada uno de nosotros tiene una historia personal, un pasado propio y algunas heridas en nuestra niñez y juventud, las cuales nos marcan. También hemos sido de alguna u otra forma víctimas de una ideología que ha tratado de cosificar y desvalorar las relaciones sexuales desde hace más de 70 años. Y es por esto, que vale la pena escuchar algo distinto, reflexionarlo, ilusionarse, aspirar a cuidar ese tesoro para amar "nuestro cuerpo sexuado", y así, descubrir una nueva dimensión de nuestra sexualidad y vivirla a plenitud.

Si te sientes identificado con los casos que aquí presentaremos, conoces los efectos del "sexo basura" en carne propia o, por distintas razones, no has tenido una oportunidad de informarte sobre este tema; no te sientas juzgado; por el contrario, si tienes algún tipo de preocupación, ten la certeza que en las siguientes páginas encontrarás una visión humana, contemporánea y científica de la sexualidad, apoyada de consejos prácticos para ti y para tus hijos. La Vida nos regala cada mañana una nueva oportunidad de renovarnos, colmarnos de valor y optar por lo mejor.

Date la oportunidad de formar a tus hijos en la convicción de buscar esa relación de fidelidad para toda la vida, exclusividad, pequeños detalles diarios de cariño, compromiso e ilusiones compartidas. Pues una vía concreta de abonar un bien mayor al futuro de tus hijos, es orientarlos y guiarlos a lo largo de su adolescencia y juventud para que en la edad adulta puedan elegir a la persona indicada, con quien consoliden una relación personal, integral, llena de respeto y que les permita vivir a plenitud. Llamémosle "la elección de su vida".

¿Sexualidad y relaciones sexuales?

El placer sexual es la culminación del deseo sexual y del amor expresado entre los esposos.



La sexualidad y las relaciones sexuales son motivos que despiertan gran interés en nuestra sociedad contemporánea, pero persiste desinformación entre adolescentes, jóvenes y adultos sobre esta esencia de la naturaleza humana. En los medios masivos de comunicación, redes sociales y series de plataformas de *streaming*, encontramos contenidos con propuestas, conceptos, cuestionamientos y reflexiones de diversa índole... pero seguimos sin descubrir el propósito que nos permita identificar, profundizar y comprender este tema tan íntimo y trascendental para la vida de mujeres y hombres.

Por un lado, recibimos un bombardeo de películas, video clips, series de televisión y diversos géneros visuales, los cuales nos ofrecen estereotipos en torno a la sexualidad orientados a seguir nuestro "instinto", satisfacer el deseo que nos pida nuestro cuerpo, y que no implique mayor compromiso que sentir y disfrutar el momento. Y por otro lado, se nos siguen presentando antiguos estereotipos que consideran la sexualidad como algo malo, prohibido, extraño o pecaminoso. Todo lo anterior en poco ayuda a generar un entorno de reflexión sobre algo tan personal, profundo y vital para cada uno, nuestra sexualidad.

Sexualidad humana

La sexualidad humana expresa nuestro ser más íntimo, es parte esencial de nuestra personalidad. Gracias a ésta podemos conocer, comunicarnos con los demás y expresar el amor humano.¹ La comprensión que logramos cada uno de nosotros como personas, gira en torno a la sexualidad y ésta la identificamos en un primer lugar por nuestro cuerpo sexuado (cuerpo de hombre o de mujer), mismo que nos permite expresar, sonreír, mirar y abrazar.

La sexualidad humana se encuentra conformada por cuatro aspectos:

1. El primero es el **corporal** que incluye la **dimensión genética**, que son los cromosomas sexuales que forman parte del material genético de cada célula de nuestro cuerpo humano; la **dimensión la gonádica**, conformada por los órganos sexuales y reproductivos y, la **dimensión fisiológica**, que abarca el papel que juegan las hormonas y como estas coadyuvan a nuestro desarrollo.
2. Un segundo aspecto es el psicológico o **emocional**, que se refiere al modo de ser y reaccionar afectivamente que cada uno posee.
3. Un tercer aspecto **intelectual**, abarca nuestro pensamiento y forma de razonar.
4. Un cuarto aspecto que es el **espiritual**, lo podemos entender como la forma en que amamos y somos amados por los demás.

Desde el primer instante de nuestra existencia, (cuando el óvulo de nuestra madre fue fecundado por el espermatozoide de nuestro padre), se define algo que determinará toda nuestra existencia: nuestro sexo masculino o femenino, el cual queda registrado en el material genético, es decir en los genes. Nuestro desarrollo posterior tanto en la etapa embrionaria como fuera del útero al momento de nacer; es y será modulado por el

determinante de la sexualidad, es decir que nuestra conformación física, emocional y espiritual, será esencialmente distinta si somos hombres o mujeres.

La **genética de toda la humanidad está codificada en dos únicos grupos***: cromosomas **XX** en las mujeres (46 XX) y cromosomas **XY** en los hombres (46 XY), y de esta manera el ser hombre o mujer va edificando nuestro cuerpo, nuestra personalidad, la forma de pensar, sentir y vivir las emociones, y por supuesto la forma de amar.

Ser hombre o ser mujer no se reduce a un simple dato del acta de nacimiento, de la cartilla de vida o en la identificación oficial; es la dimensión más importante de nuestra identidad, el modo único de responder a la pregunta fundamental: **"¿quién soy yo?"** Y ante esta pregunta, que busca descubrir lo que somos, la interacción con los demás es inevitable, pues hemos sido engendrados por un papá y una mamá. Formamos parte de una familia con hermanos, abuelos, primos y tíos; y posemos la capacidad de ser procreadores, de dar vida y de ser padres; y todo esto está íntimamente ligado a nuestra sexualidad.

Razón por la cual, antes que nada, nuestra sexualidad es un elemento que nos permite comprendernos a nosotros mismos y a partir de la cual vamos conformando y generando todas las demás relaciones interpersonales.

Diferencias entre sexualidad humana y animal

A diferencia de los animales, donde la sexualidad es definida como el ser machos o hembras y la unión o "apareamiento" que se da, es únicamente con fines procreativos para preservar la especie; la sexualidad humana y las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer es algo completamente distinto. El siguiente cuadro describe las diferencias entre personas y animales en torno a esto:²

* A excepción de algunas personas que padecen alteraciones cromosómicas como el Síndrome de Klinefelter (Trisomía 47 XXY) o el Síndrome de Turner (45 X).

SEXUALIDAD HUMANA	SEXUALIDAD ANIMAL
Gracias a la inteligencia se pueden controlar los impulsos.	Todo se debe al instinto, los impulsos no se pueden controlar.
La posibilidad de tener relaciones sexuales está siempre presente, esté la mujer en periodo fértil o no.	El apareamiento se da cuando la hembra está en periodo fértil.
Las relaciones sexuales son un acto consciente.	El animal no entiende el sentido de este acto.
El proceso de excitación (sobre todo en la mujer) es complejo.	El proceso de excitación responde a reflejos.
La libertad y la voluntad hacen posible esperar las relaciones sexuales hasta el matrimonio.	Es determinista, es decir, que no se puede esperar, no se ve un bien mayor en esto.
Se puede elegir a la persona con quien compartir nuestra vida, en base a una escala de virtudes, valores, afinidades y plan de vida.	No existe elección por otro, el acto se realiza por instinto.
La relación sexual puede vivirse como expresión del amor entre un hombre y una mujer.	El animal realiza este acto por instinto.

La sexualidad humana tiene todo este potencial descrito, y tenemos la inteligencia y voluntad para optar por ello. Lamentablemente, en nuestra época hay corrientes de pensamiento que promueven una sexualidad a partir de los instintos, es decir más ajena a la experiencia humana en la cual puede dominar el instinto sobre la razón y el egoísmo sobre el bien del otro; y esto ha tenido graves consecuencias en los últimos 60 años; mismas que serán descritas en los siguientes capítulos.

Mujeres y hombres ¿iguales?

Las mujeres y los hombres poseemos la misma dignidad, inteligencia, voluntad y libertad; es decir, tenemos el mismo valor como personas. Podemos conquistar académica y laboralmente los mismos logros y elegir con la misma honestidad, empeño y rectitud las actividades que desempeñamos; pero todas estas similitudes no implican que seamos "iguales".

Hombres y mujeres somos distintos; pensamos, actuamos y sentimos en muchos casos de manera opuesta, lo cual es un valor pues nos permite atraernos, gustarnos, complementarnos, enriquecernos y elegirnos para amar.

En el caso de las mujeres, por ejemplo, en cada una de las más de 50 trillones de células que conforman nuestro cuerpo³ poseemos un par de cromosomas XX, y cada uno de estos posee un gran número de los genes que codifican los factores cerebrales, especialmente los que regulan el desarrollo antes del nacimiento en las niñas; así mismo, los cromosomas XX son los responsables de la feminización tanto del cuerpo como del cerebro de la mujer.⁴ Se ha determinado que las niñas recién nacidas tienen una proporción cerebral de materia blanca y de materia gris, así como un tamaño total de cerebro diferente que los niños.⁵

En el caso de los hombres, que poseen en cada célula un par de cromosomas XY, a partir de los nueve o diez años de edad, ciertos genes de dichos cromosomas secretan mayor cantidad de hormonas circulantes como los andrógenos.

A simple vista es evidente el contraste entre el cuerpo del hombre y la mujer. Por lo general, el hombre tiene más fuerza física y una estructura corporal de mayor altura y musculatura; y la mujer es más esbelta y pequeña. Así mismo, los llamados órganos reproductores, son signos físicos de las diferencias y la complementariedad entre el hombre y la mujer. El hombre tiene 2 testículos que se encuentran fuera de su cuerpo y la mujer dos ovarios dentro de la pelvis; ambos órganos tienen la misma función, producir células "reproductoras" y hormonas, espermatozoides en el caso del hombre y óvulos en el de la mujer.

En el aspecto emocional también son notables nuestras diferencias, y aunque las emociones y la forma de actuar es propia en cada persona, **las mujeres nos caracterizamos por ser más emocionales y los hombres más racionales.** Para el hombre la palabra tiene un valor absoluto y los gestos tienen un valor relativo, razón por la cual en muchos casos no se dan cuenta de ciertas situaciones de su entorno, que las mujeres captamos desde el primer instante. Por otro lado, para nosotras las palabras pueden ser relativas y los hechos tienen un valor mucho

más profundo; por ejemplo, podemos decir que “no” a algo, pero ese “no” puede significar un “tal vez”, o un “...bueno, si cambiaran las condiciones podría decir que si...”, es decir, no siempre el sí es sí, y el no es no; pero en relación a los hechos, cuando una mujer ha sido herida y se le pide perdón, las palabras no son suficientes, sino que necesitamos hechos que demuestren el verdadero arrepentimiento.

La mujer se aproxima al mundo exterior de manera integral, con toda su persona, inteligencia, emociones, determinación; y el hombre se aproxima al mundo exterior, inicialmente, con su inteligencia; por lo que su voluntad y los afectos quedan fuera del primer contacto. Así mismo, el hombre tiene una visión más global de su entorno y la mujer pone mucho mayor atención en los detalles. Las mujeres somos más sutiles, sensibles y cuidadoras del entorno; el hombre tiende a ser protector, proveedor y directo en sus intenciones.

Esta oposición y complementariedad de características entre ambos, permiten jugar el rol más importante que tenemos dentro de la familia y la sociedad, el ser esposo-padre y esposa-madre.

Las diferencias que nos hacen únicos e irremplazables, están determinadas desde la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide); y con el paso de los años las facetas física, emocional, intelectual y espiritual se van afianzando hasta permitirnos madurar, consolidar la personalidad, descubrir el amor, expresarlo a plenitud en una relación sexual y poder formar una familia de manera natural. Ambos somos complementarios: la mujer es la cerradura y el hombre la llave. Dos llaves o dos cerraduras no pueden complementarse. Se necesita de las características propias tanto de la cerradura como de la llave para poder embonar.

De la misma forma, son complementarias e irremplazables la paternidad y la maternidad. Biológica y emocionalmente ninguna es autosuficiente; así como **es imprescindible el óvulo de la madre y el espermatozoide del padre para engendrar una nueva vida**, es decir que **cada uno aporta un 50% al procrear a sus hijos**; en el plano psicológico ocurre algo muy parecido, se necesita la acción de los dos por igual, padre y madre, para

que el hijo crezca y se desarrolle de manera plena y armónica. Por lo que es preciso que el padre actúe como varón, es decir, masculinamente y que la madre lo haga como mujer, es decir, femeninamente.

La masculinidad y la feminidad no se distinguen por una distribución de cualidades o virtudes entre hombres y mujeres; sino por el modo peculiar que tiene cada uno de encarnarlas. Hay un modo masculino y otro femenino de hacer las mismas cosas. Lo que para el hombre son sus fortalezas, son debilidades y desafíos para la mujer; al igual que las fortalezas de la mujer resultan debilidades y desafíos para el hombre. Este antagonismo, debe servirnos a los padres de familia para integrar, ser recíprocos y construir un proyecto de vida juntos, que no sería igual si se hiciera por separado.

Por lo tanto, cada uno es mejor en lo suyo, pero ninguno es mejor en la totalidad; sino que se necesita de ambos para potenciarse; es decir, la suma de los talentos de un hombre y los talentos de una mujer no es la suma de cualidades del uno y del otro; sino que esas cualidades unidas, viviendo la fidelidad para toda la vida, y cuidándose como lo más valioso el uno al otro; potencian a ambos y los deben llevar a ser mucho mejor personas que lo que serían en soledad.

Expresando el amor

El cuerpo, tanto del hombre como de la mujer, nos permite expresar sentimientos. Por ejemplo, ofrecemos una sonrisa a quien camina por la calle, una palmada a un amigo para transmitirle nuestra solidaridad y una caricia de consuelo o apoyo a un hijo. Asimismo, por medio del cuerpo podemos manifestar el amor esponsal (amor entre esposos), entendido este como aquel amor íntimo, personal, apasionado, fiel y fecundo que estamos invitados a vivir dentro de una relación sexual.

El amor es mucho más que una declaración poética, o el sentir "mariposas en el estómago": es una elección porque es algo que uno quiere cuidar y engrandecer, es por lo que uno opta, algo que se elige todos los días. Conlleva atracción física, deseo por estar con el otro y mutua pasión; pero además

está protegido por una íntima amistad, complicidad, cuidado del bien del otro, crecimiento personal y de pareja; fidelidad para toda la vida, exclusividad y aceptación total del otro incluyendo su fertilidad. **El amor es un compromiso incondicional por toda la vida hacia una persona imperfecta, que busca trascender el tiempo.**

El verdadero amor nos reta día a día, nos invita a perdonar, a apoyar los sueños del otro, a consolarlo en momentos de dolor y mirar juntos hacia adelante con esperanza. Por eso las relaciones sexuales son el bálsamo que sella el compromiso de ambos, que impregna de gozo el matrimonio y que nos incita a renovar nuestra alianza.

Relaciones sexuales y sus componentes

Las relaciones sexuales tienen como único fin manifestar el amor humano; es decir, expresar amor al cónyuge, hacer sentir al otro amado con nuestro cuerpo. Que aquellos pequeños actos de entrega diaria, de esfuerzo, apoyo, cariño y cuidados de la casa, el trabajo y los hijos; puedan culminar en un "abrazo conyugal" que permita que ambos esposos se unan, renueven sus promesas y se fortalezca su compromiso.

Por eso no es tan precisa la expresión: "hacer el amor" para referirse a una relación sexual, sino que gracias a una relación sexual se puede expresar el amor que ya existe dentro del matrimonio. El compromiso que se demuestra al levantarse temprano todos los días para ir a buscar el sustento de la familia, la preocupación por la educación y formación de los hijos, el hacer de la casa un lugar de paz y descanso, el cariño para atender las necesidades del cónyuge, la fidelidad que debe vivirse de pensamiento, palabra y obra, y todos los pequeños esfuerzos de entrega diaria, permiten que se pueda expresar "todo ese amor" de manera íntima y personalísima por medio de una relación sexual.

Las relaciones sexuales son esa cereza del pastel que se disfruta sin prisa, es el gran regalo que tiene el matrimonio para renovarse, ver el futuro con esperanza, unirse y caminar de la mano.

Componentes de las relaciones sexuales

Las relaciones sexuales están conformadas por 4 componentes:

- **Libertad.** Esta nos invita con inteligencia y voluntad a buscar el bien del otro y, en cada relación sexual, entregarlo todo y hacer sentir amado al cónyuge.

- **Entrega total.** Las relaciones sexuales nos invitan a aceptar todo del cónyuge. Al vivirse dentro de un contexto de amor, compromiso y fidelidad por toda la vida, se alienta el valorar todo lo que es del "amado": su cuerpo, sus pensamientos, sus emociones y su ámbito espiritual; y esto también incluye aceptar su fertilidad. Sería deshonesto decir "te acepto", "quiero demostrarte con mi cuerpo el amor que te tengo" y dejar fuera la fertilidad como si fuera un peligro. La entrega y aceptación total en una relación sexual, nos exhorta a pensar en el bien del otro antes que en el propio y en el cuidado que se debe tener por su salud de manera integral.

- **Fidelidad y exclusividad.** Expresar el amor por medio de una relación sexual, nos implica desnudar el cuerpo, el alma, los pensamientos, las emociones, cualidades y defectos humanos. ¿Cómo entregarme dejando ver mi faceta más íntima con alguien que no está comprometido para toda la vida y que solo está junto a mí de forma casual; que me habla de amor pero también puede hablarle a alguien más el día de mañana o que, simplemente, no tengo certeza de volver a ver? Es por eso que, vivir un compromiso para toda la vida, permite que al momento de entregarlo todo, tengamos la certeza que ese amor que se expresa en una relación sexual será único e indisoluble.

- **Fecundidad.** Las relaciones sexuales implican en sí mismas la "fecundidad física" pues estas suponen de manera natural la posibilidad de tener hijos y el cometido de vivir una paternidad o maternidad responsables; es decir, planear la llegada de nuestros hijos conforme las capacidades físicas, emocionales, espirituales y materiales de ambos cónyuges. Así mismo, suponen la fecundidad emocional y espiritual, que es buscar la plenitud del amor día a día, crecer en alegría, capacidad de aceptación y donación a los demás; teniendo como objetivo final hacer feliz al cónyuge.

Es así que las relaciones sexuales poseen dos elementos indisolubles:

1. El “unitivo”. En cada relación sexual estamos invitados a **renovar la unión entre los cónyuges**, y crear un lazo imborrable entre el hombre y la mujer que nos permita atarnos de por vida a la presencia del otro y vivir la fidelidad a plenitud. El sexo nos debe llevar a fortalecer los lazos entre esposos, a enamorarnos constantemente, hacernos sentir únicos y especiales para el otro. Esta unión que se logra por medio de las relaciones sexuales, es el aliento que protege la relación, que nos permite ser los mejores amigos íntimos, cómplices, compañeros y amantes.

Este elemento unitivo implica el deseo sexual, que es el impulso de unirse, de ser un solo cuerpo, esa fuerza que permite amar y entregarse de manera plena. El placer sexual es la culminación del deseo sexual y del amor que se expresa en una relación sexual; y este placer debe concluir tanto para el hombre y como la mujer, pues es el goce que permite amar, entregar y “enamorarse” constantemente del cónyuge.

2. El “procreativo”. Es decir, que esa **entrega total de amor** entre el hombre y la mujer **debe ser fecunda** desde el punto de vista biológico, emocional y espiritual. Esta invita a abrirse a la vida, entregarse y donarse, a aceptar en totalidad al cónyuge sin barreras. Esta capacidad de entrega íntima posee una dimensión interpersonal tan grande que puede concretarse con la llegada de una nueva vida humana,⁶ es decir, de un hijo.

La compenetración de los dos elementos, unitivo y procreativo no implica que en cada relación sexual deba esperarse la llegada de un hijo. La naturaleza le ha otorgado a la mujer las herramientas suficientes para identificar sus días de fertilidad y de no fertilidad durante todo el mes, y de esa manera, junto con el hombre, planear la llegada de los hijos, pero si debe hacernos reflexionar sobre la indisolubilidad del placer y la paternidad. A diferencia de las mujeres, los hombres experimentan el orgasmo al momento de eyacular (salida de los espermatozoides por

el pene); es decir, que la culminación del placer sexual en ellos está íntimamente ligada con la procreación.

Las relaciones sexuales no son un juego, implican la entrega de toda nuestra persona, nos invitan a crecer en nuestra relación y abren las puertas a la paternidad. Es por eso, que el momento ideal para vivirlas es dentro del matrimonio, cuando se ha elegido a la persona con quien compartir la vida; cuando existe un compromiso frente a los padres, hermanos, amigos, y la sociedad; cuando se ha prometido compañía, cuidado y fidelidad para toda la vida, y se está seguro de la elección por el cónyuge.

Deseo y placer sexual

El **deseo sexual es el impulso de unirse, de ser un solo cuerpo.** El deseo sexual dentro del matrimonio es bueno, es deseable, pues permite que los esposos se amen y se entreguen de manera plena. El **placer sexual es la coronación del deseo sexual y del amor que se expresa con el cuerpo.**

El deseo sexual es diferente tanto en el hombre como en la mujer. El hombre es más sencillo, claro y por lo general no tiene un patrón del deseo, es decir, que ante la presencia de su esposa y cierta apertura o conducta que propicie, el deseo sexual puede estar presente en cualquier momento del mes con la misma intensidad. En el caso de la mujer es distinto. Nosotras tenemos un patrón mucho más complejo, desde el punto de vista emocional y fisiológico; y puede variar, por ejemplo, dependiendo de la producción de hormonas a lo largo del todo el ciclo menstrual durante el mes, siendo diferente en los días de fertilidad que en los de no fertilidad.

Por ejemplo, en algunos casos existe mayor deseo sexual en el periodo fértil de la mujer; pero debido a que en el deseo sexual el plano emocional juega un papel mucho más relevante que el biológico, este deseo puede ser evocado en cualquier momento si la mujer lo desea.

La excitación sexual del hombre es mucho más sencilla, muchas veces simplemente con imaginar el cuerpo de su esposa frente a él puede ser suficiente para lograrlo, situación que en

la mujer puede ser muy variado; pues en muchos casos se necesita del **“preludio sexual”**, es decir, besos y caricias que el marido puede proveer, el tiempo necesario, para que ella se sienta amada y así despertar el placer sexual. Este preludio es una de las grandes diferencias entre el amor humano y el animal; pues en el caso de los animales no existe, el macho por instinto solo busca “la copula” con la hembra; pero entre personas, el marido puede lograr fácilmente que su mujer se sienta amada y que ella desee el acto sexual con su esposo.

“El hombre es un cerillo y la mujer es una fogata...” Esta es una frase muy común que ejemplifica la diferencia en el deseo y el placer sexual entre el hombre y la mujer; el cerillo, al contacto rápido o fricción con el rascador rápidamente se enciende; en cambio prender la fogata toma tiempo; hay que saber encenderla y tener paciencia para que la luz y el fuego calienten y la madera se consuma....

Es muy importante que marido y mujer conversen sobre su vida sexual. En un principio, hablar sobre esto puede ser difícil, pero en ello radica la oportunidad de crecer y madurar juntos en cariño, comprensión y en la generosidad que se requiere para hacer feliz al otro.

El hombre debe saber lo que le gusta a su esposa y entender cómo vive ella el deseo sexual y que le ayuda a sentirse amada. **El objetivo principal del esposo debe enfocarse en hacer sentir amada a su mujer durante la relación sexual.** Así mismo, ella deberá hacer lo mismo por su esposo, enfocarse en que él se sienta amado, y así, si ambos logran plena unión en cada relación sexual, su matrimonio será sólido, se mantendrán enamorados y la fidelidad será el escudo protector de su compromiso.

Debido a que el deseo de amar es diferente entre hombre y mujer, es posible que en ocasiones la mujer no tenga deseo sexual, pero su esposo sí; y es aquí donde la generosidad debe prevalecer; es aquí donde estamos invitadas a salir de nosotras mismas y amar a nuestro cónyuge. Que no nos gane el cansancio, la apatía o las complicaciones del día a día; pues las relaciones sexuales no deben guiarse por el deseo ni las “ganas” que uno tenga, sino por el agrandar el anhelo de nuestro cónyuge, de sentirse amado.

Esposo, cada vez que sientas el deseo, la necesidad de amar a tu mujer, de renovar tus promesas de matrimonio, no pienses en ti, piensa solamente en ella, en hacerla feliz, en que ella se sienta la única mujer de tu vida, especial, amada. Aprende a esperar, a modular tu deseo para que ella, puede sentir, vivir ese momento contigo y poderse fusionar en un solo cuerpo.

La entrega vivida en una relación sexual entre los esposos no es únicamente corporal, sino que es una rendición total ante el otro. La masculinidad del hombre se manifiesta en el compromiso de serle fiel y el cuidado que tendrá en sus palabras y actitudes frente a otras mujeres. El esposo debe someter todo su ser de manera incondicional a su mujer. Ella, debe lograr que su marido se sienta el hombre más especial del mundo, el único en su vida y esforzarse por siempre ser generosa ante el deseo de amar de su cónyuge.

La llegada de los hijos

Los hijos merecen nacer del amor de sus padres, ser la hermosa consecuencia de la donación total de los esposos; pero no hay que confundir, el objetivo de las relaciones sexuales no es procrear, sino amar; y una consecuencia de la entrega del amor entre los esposos, es procrear un hijo.

Sería injusto vivir la sexualidad solo para engendrar un hijo, como si los padres fueran máquinas procreadoras. Por el contrario, al vivir la sexualidad para renovar el amor y las promesas matrimoniales, ponemos en primer lugar a nuestro cónyuge, y eso es lo que esperan los hijos, que lo más importante sea el amor entre sus padres, ese amor que los nutre, los sostiene, les brinda seguridad y les permite, desde el momento de la fecundación, estar protegidos y sentirse amados.

Al ser una maravillosa consecuencia del amor; los hijos merecen recibir el mejor ejemplo en casa, pues ellos serán el reflejo de sus padres. Si el amor entre los esposos es generoso, ellos serán generosos; si hay demostraciones de afecto, cariño y respeto, ellos serán niños cariñosos y respetuosos con los demás. Por el contrario, si la relación entre sus padres es fría, distante; ellos lo resentirán y serán fríos y distantes; si la relación es

egoísta, ellos tenderán al egoísmo; si existen faltas de respeto, será mucho más complejo que ellos asuman la dimensión del respeto en todas las relaciones humanas, incluso el respeto a ellos mismos. **El amor de los padres es el combustible que la familia necesita;** y si es profundo y generoso, los hijos se sentirán tranquilos y seguros en su familia.

Los niños no quieren padres perfectos, lo que ansían es que su papá y su mamá se quieran, se hablen con cariño y den un buen testimonio de saber perdonar y amar. Los hijos anhelan sentirse tranquilos en casa, vivir esa paz que emanan los hogares donde los padres se llevan bien y hay alegría en la familia cuando ellos están juntos. **Por lo tanto, el mayor compromiso que tenemos dentro del matrimonio y para nuestros hijos, es cuidar, respetar y hacer feliz a nuestro cónyuge.**

Recuerda...



- 1** Las relaciones sexuales expresan con el cuerpo, el amor intangible que vive nuestra dimensión emocional, intelectual y espiritual.
- 2** La entrega total en una relación sexual implica aceptar la fertilidad propia y de cónyuge.
- 3** Dentro del matrimonio, la culminación del placer sexual, permite a los cónyuges mantenerse unidos y enamorados.
- 4** Hombre y mujer somos diferentes, y gracias a eso nos complementamos y podemos elegirnos para amar.
- 5** Dentro de la familia, la relación más importante es entre los esposos.

Referencias

- 1.- Rivera SP. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Costa Rica: Educación. 2008, pág: 157-70.
- 2.- De Irala J. El valor de la espera. Editorial Palabra, Madrid 2011.
- 3.- Khan YS, Farhana A. Histology, Cell. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020; 2020 Feb 26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554382/>
- 4.- Uhlenhaut NH, Jakob S, Anlag K, Eisenberger T, Sekido R, Kress J, et al. Somatic sex reprogramming of adult ovaries to testes by FOXL2 ablation. Cell. 2009; 139(6):1130-42.
- 5.- Gilmore JH, Lin W, Prastawa MW, Looney CB, Vetsa YS, Knickmeyer RC, et al. Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain. J Neurosci. 2007; 27(6):1255-60.
- 6.- Sgreccia E, Spagnolo A, Di Pietro ML. Bioetica, manuale per i diplomati universitari della sanità. Milán: Vita e Pensiero. 2002; pág: 326.

¿Qué es la paternidad responsable?

La fertilidad es la capacidad corporal de transmitir y dar vida. Ser fértil es un regalo, aunque en la actualidad la tendencia social enfatice lo contrario.



Desde las antiguas civilizaciones como Egipto, Mesopotamia, China e incluso en las culturas prehispanicas, **la fecundidad ha sido valorada como un bien precioso**. Durante muchos siglos, esta facultad era considerada un don que permitía a las personas trascender a través de sus hijos. En contraste, la infertilidad y la esterilidad* se consideraban una calamidad. En la actualidad, prevalece una tendencia cultural que desvaloriza la fecundidad, convirtiendo la infertilidad en una forma de liberación. Hoy, la decisión de tener un bebé se fomenta como un acto “fríamente calculado”.

La fertilidad es un don de nuestra naturaleza humana. Ésta habilita al hombre y a la mujer a participar, por medio de un acto de amor, en la procreación de una nueva persona humana. Un hijo, es expresión de la convivencia entre su padre y su madre. La fertilidad es el mejor regalo de bodas que se ofrecen los esposos al momento de aceptarse para toda la vida. La mujer regala su fertilidad al marido y éste, a su vez, le entrega la suya.

* La esterilidad es la incapacidad de concebir después de 1 año de mantener relaciones sexuales con frecuencia normal y sin usar ningún método de anticonceptivo. La infertilidad es la imposibilidad de llevar un embarazo a término, aunque en muchos casos la mujer si se logra embarazar, pero no se produce el nacimiento por diferentes motivos.

Paternidad responsable

Vivir las relaciones sexuales con entrega total, NO implica traer al mundo todos los hijos que sean posibles. Por el contrario, gracias a la **paternidad responsable**, comprendemos que se debe **buscar la llegada de los hijos conforme las posibilidades personales, emocionales, de educación y económicas de ambos cónyuges**.

La paternidad responsable implica decidir, con amor, comunicación y generosidad, el número y espaciamiento de los hijos mediante un medio que no afecte la salud del hombre y la mujer, y les permita vivir las relaciones sexuales aceptando la fertilidad propia y del cónyuge, es decir, con entrega total.

Conociendo el cuerpo de la mujer y su ciclo menstrual, los esposos pueden decidir el número de hijos que son capaces de recibir conforme a sus circunstancias. Este es un tema que corresponde únicamente a los cónyuges y es una decisión que deben tomar ambos, pues sólo los padres conocen su capacidad real, al tiempo que son los principales educadores y formadores de sus hijos.

Fertilidad

Los periodos de fertilidad en el hombre y la mujer son distintos y es recomendable que ambos los conozcan para poder usarlos a su favor.

En el caso del **hombre, la fertilidad inicia desde el momento de las primeras poluciones nocturnas durante la adolescencia** (eyaculaciones involuntarias durante el sueño), así su cuerpo indica que los espermatozoides han madurado y que su periodo de fertilidad fisiológica ha iniciado. Esta etapa podrá durar muchísimos años, incluso en algunas personas hasta la vejez. Durante este largo periodo, el hombre es fértil cualquier día y a cualquier hora, es decir que la fertilidad en el hombre se encuentra presente todos los días del mes.

En el caso de la mujer, nuestra fertilidad es diferente; nosotras nacemos con un número limitado de óvulos, cuya calidad genética y viabilidad disminuye con la edad; y así, el periodo de fertilidad inicia con una primera menstruación que ocurre entre

los 11 y 15 años y comienza su declive al inicio de los 30 años. Tiene una gran caída a los 35, y se precipita a los 40. A partir de esta edad, la fertilidad se vuelve casi nula y termina completamente con la última menstruación entre los 45 y los 50 años, con la llamada menopausia.

Nuestra fertilidad se comprende a partir de ciclos conocidos como ciclos menstruales; se entiende como el día 1 el primer día del sangrado menstrual y termina el ciclo con el inicio de la siguiente menstruación. Cada ciclo menstrual puede durar entre 26 y 34 días, siendo el promedio de 28. Durante el ciclo menstrual, las mujeres liberamos un óvulo (en caso de liberar dos óvulos, esto se da en un intervalo entre 24 y 48 horas) y este óvulo tiene una vida aproximada de 24 horas desde que sale del ovario.¹

Después de tener una relación sexual, los espermatozoides pueden vivir dentro del cuerpo de la mujer hasta un máximo de 5 días; por lo que si consideramos estos datos fisiológicos, el periodo fértil de una mujer es de aproximadamente 7 días al mes.² Por ejemplo, si la mujer ovulara el día 14 del ciclo menstrual, podría embarazarse si tuviera relaciones sexuales el día 9; pero el óvulo sería inviable desde el día 16; por lo que para tener más certeza, en este caso consideraríamos como etapa fértil de día 9 al 18 del ciclo menstrual.

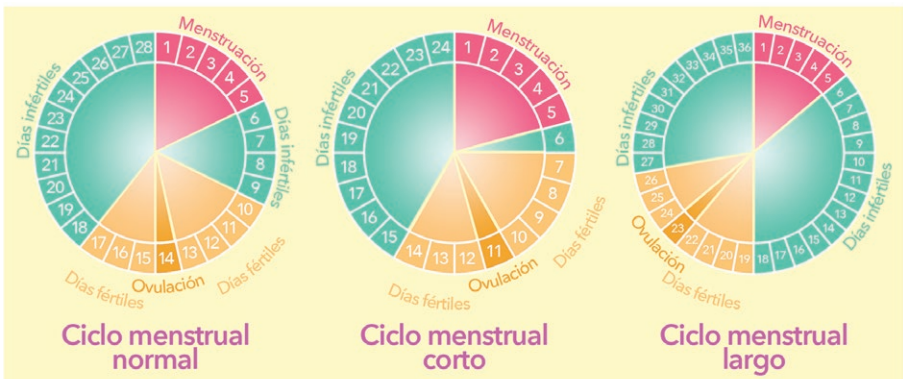


Foto 1. Duración diversa del ciclo menstrual de la mujer especificando días fértiles y no fértiles.

Respecto a la fertilidad, es importante comprender la maravilla que significa la selección natural, es decir, cómo el cuerpo de la mujer produce cientos de miles de óvulos y el hombre millones de espermatozoides, pero solo aquellas células que se encuentran en mejores condiciones podrán fusionarse para formar una nueva vida. Por ejemplo, **el hombre eyacula entre 50 y 400 millones de espermatozoides** en cada relación sexual;³ **y de estos millones, solamente 1, el más rápido, el más fuerte, y el más capacitado, logrará fecundar al óvulo.**

Así mismo, la mujer, en su etapa embrionaria, produce aproximadamente 200,000 óvulos en los ovarios, pero de estos solamente 400 madurarán durante toda su etapa reproductiva, es decir, que desde la menarquia o primera menstruación hasta la llegada de la menopausia, cada mes, uno de los dos ovarios expulsará un óvulo maduro, el más capacitado y que se encuentre en mejores condiciones. Es decir, que tanto el cuerpo del hombre como el de la mujer proveen las mejores células reproductoras para dar lugar a una nueva vida.

Ciclo menstrual

El cuerpo de la mujer se prepara mes con mes para un posible embarazo. Durante la primera mitad del ciclo menstrual, los niveles de la hormona llamada estrógeno aumentan y hacen que la pared interna del útero o endometrio, crezca y se ensanche. Al mismo tiempo, por el estímulo de diferentes hormonas, inicia la maduración del óvulo en uno de los ovarios. Por lo general, a la mitad del ciclo, el óvulo es expulsado del ovario, lo que se denomina ovulación. Así mismo, durante esta etapa de fertilidad, las hormonas generan cambios en la mujer para propiciar un embarazo. Tal es el caso del moco cervical, mismo que se produce en la vagina y tiene como objetivo favorecer que los espermatozoides ingresen y asciendan por su cuerpo con más facilidad.

El óvulo es expulsado por el ovario y llega a la trompa uterina, por donde viaja seis días y medio hasta llegar al útero. **Si se tienen relaciones sexuales y un espermatozoide se encuentra con el óvulo en la trompa uterina, lo puede fecundar, y en ese momento la mujer queda embarazada e inicia la vida de**

una nueva persona, única e irreplicable, quien en esos primeros momentos de gestación se denomina cigoto. Este cigoto, que por sí solo coordina su crecimiento y desarrollo, viajará ya como embrión hasta el útero, donde se implantará en el endometrio, entre los 6 y 8 días posteriores a la fecundación.

Si no se tuvieron relaciones sexuales o el óvulo no fue fecundado, éste se disuelve, es absorbido por el cuerpo de la mujer o es desechado. Cuando el embarazo no se produce, los niveles de hormonas disminuyen y el recubrimiento ensanchado del útero es liberado en forma de sangre, a lo que conocemos como menstruación.

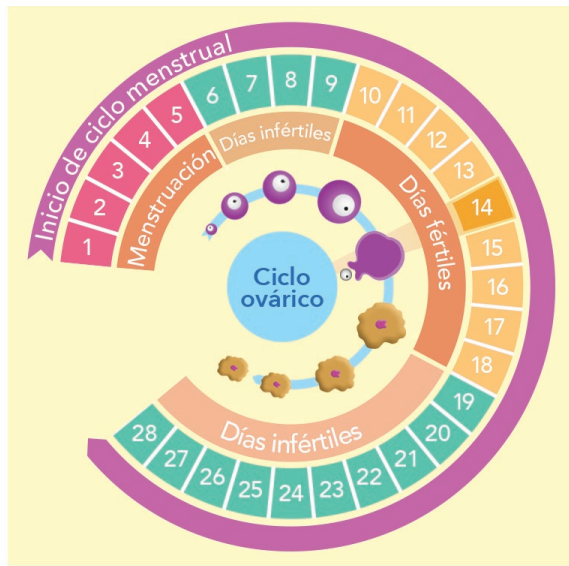


Foto 2. Ciclo menstrual de la mujer especificando la maduración y liberación del óvulo del ovario.

Es así que los cambios hormonales que se presentan a lo largo de todo el ciclo menstrual de la mujer, le permiten distinguir por medio de signos y síntomas los periodos de fertilidad y de no fertilidad, conocidos como **“métodos de reconocimiento natural de la fertilidad”**. Y por medio del reconocimiento de estos días de fertilidad se puede vivir cada relación sexual con entrega total en los periodos de no fertilidad, si es que se busca posponer la llegada de un hijo.

Métodos de reconocimiento natural de la fertilidad (MRNF)

Caso real 1. Ana y Carlos son un matrimonio que lleva 13 años de casados. Después de esperar ansiosamente 5 años a que llegara su primer hijo, pues ella no había podido quedar embarazada, tuvieron 3 hijos en el transcurso de 4 años, es decir, que al cumplir 9 años de casados tenían 3 hijos de 4 y 2 años y un bebé de 3 meses. Los dos decidieron esperar para la llegada de un nuevo hijo, pues Ana se encontraba cansada y sentía que necesitaba recuperarse y tener más energía. Fue así que eligieron usar un método de reconocimiento natural de la fertilidad. Ellos sabían que el método a usar era altamente efectivo, pero implicaba vivir “algunos días de abstinencia al mes”. Como llevaban muchos años sin vivir la abstinencia, no sabían si serían capaces de esperar algunos días al mes para tener relaciones sexuales.

Fue así que ambos emprendieron el desafío de vivir algunos días de “abstinencia” al mes, y su matrimonio resurgió. Para Carlos, el hecho de abstenerse de relaciones sexuales esos 9 o 10 días cada mes, le implicó un nuevo reto. Al descubrir ambos que esa espera los hacía desearse y amarse con mucha más intensidad, llenó de un aire nuevo su matrimonio. Cada mes, al pasar esos 10 días sin tener relaciones sexuales, su matrimonio resurgía, y las vivían intensamente como una nueva luna de miel (incluso teniendo hijos pequeños).

Pasaron los años, y Ana y Carlos decidieron tener un hijo más, así que ahora los días de abstinencia quedaban atrás, pero esa experiencia de esperar por el amado, llenó de alegría, felicidad y fortaleza su matrimonio...

Gracias a los MRNF, los esposos pueden identificar los días de fertilidad en la mujer, y así, en caso de querer esperar, posponer o espaciar la llegada de sus hijos, evitando tener relaciones sexuales los días fértiles. Si, por el contrario, están buscando la llegada de un hijo, el reconocer los días fértiles puede ayudarles a que el embarazo se logre más fácilmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los MRNF como las técnicas para buscar o evitar embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que naturalmente, ocurren

durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, evitando el coito en la etapa fértil sino se busca el embarazo.⁴

Las bases biológicas de los MRNF, se fundan en el reconocimiento de la ovulación en el periodo fértil de la mujer,⁵ por medio de la duración del ciclo menstrual, los cambios fisiológicos como la temperatura basal y la observación de moco cervical,⁶ así como la medición de hormonas en saliva, orina y sangre.

Ventajas para la salud al usar los MRNF:

- No se presentan efectos nocivos en la salud de las mujeres ni de los hombres.
- No existe ningún tipo de barrera física entre ambos cónyuges, ni interferencia de ningún tipo con la biología normal del cuerpo humano.
- Involucra al hombre en la decisión de la llegada de un nuevo hijo.
- Promueve la adaptación y comprensión del deseo sexual masculino a los ritmos de fertilidad de la mujer, con lo que se favorece la responsabilidad de la paternidad para ambos y dignifica a la mujer y su maternidad.

Gracias a estos métodos **los esposos están invitados a hablar de su sexualidad y a preguntarse recurrentemente sobre la pertinencia o no en la llegada de un nuevo hijo.** Es natural que se pueda expresar el amor dentro del matrimonio mediante las relaciones sexuales sin posibilidad embarazo,⁷ y es aquí donde los MRNF juegan un papel fundamental al ayudar a distinguir los periodos de fertilidad de los de no fertilidad, y de esa forma expresar el amor conyugal con entrega total en los días de no fertilidad.

La Agencia Internacional para el Desarrollo en los Estados Unidos, considera que **los métodos naturales cumplen con criterios de modernidad** tales como:⁸ efectividad para evitar un embarazo, son seguros, están basados en la comprensión de la biología reproductiva, incluyen protocolos definidos para su uso correcto, y han sido probados en estudios bien diseñados.

Los **MRNF no son anticonceptivos naturales**, y es importante aclarar porqué. Los anticonceptivos (que ya explicaremos a fondo en el capítulo 5), tienen como objetivo a toda costa, vol-

ver infértil a la mujer o a la relación sexual, sin importar el daño que estos ocasionen en su salud física, emocional o espiritual.

Con el paso del tiempo **la infertilidad corporal provocada por la anticoncepción, tiende a permear en la relación entre los esposos y dentro de la familia.** A diferencia de los MRNF, que únicamente nos ayudan a distinguir los días fértiles de los no fértiles (sin afectar la salud de la mujer, del hombre o volver infértil la relación sexual); los anticonceptivos intervienen en la fisiología propia de la mujer y del hombre, volviendo infértil todas las relaciones sexuales, razón por la cual se ha demostrado que los matrimonios que los utilizan tienen mayor riesgo de divorcio que aquellos que usan MRNF.⁹⁻¹¹

Así lo demuestra el estudio de Fehring que refiere que de las mujeres que usaban MRNF como el método de la ovulación o de la temperatura basal, **solo el 9.5 por ciento se divorció, comparado con el 18.3 por ciento que nunca usó MRNF.** Así mismo, las mujeres **a las que se les había practicado la salpingoclasia (o ligadura de trompas uterinas) tenían 240 por ciento más probabilidades de divorciarse.** Por el contrario, las mujeres estudiadas que alguna vez usaron MRNF en su vida matrimonial, tenían 53 por ciento menos probabilidades de divorciarse en comparación con aquellas que nunca usaron MRNF.

Clasificación de los MRNF

Podemos clasificar a los MRNF en:

1. Métodos naturales sencillos.

a) Método de la ovulación o del moco cervical. Se basa en **reconocer las características del moco cervical**, esto es, el moco que produce la mujer en la vagina durante todo el mes. Después de la menstruación, la mujer se siente seca, pero al paso de los días aumenta la humedad a medida que inicia la etapa de fertilidad. El periodo fértil es de cinco días antes de la ovulación y hasta cuatro días después de ésta, que es cuando deben evitarse las relaciones sexuales. **En el pico de fertilidad, el moco es muy elástico y transparente, como clara de huevo** y, la mujer lo nota porque se siente húmeda y puede verlo al ir al baño.

En la **etapa infértil, en cambio, el moco es escaso, amarillento, turbio, pegajoso y poco elástico**, existe una sensación de sequedad en los genitales y no hay posibilidad de un embarazo.¹²⁻¹⁴ Este método tiene una efectividad del 95%, es 100% natural y no tiene efectos negativos para la salud tanto del hombre como de la mujer.

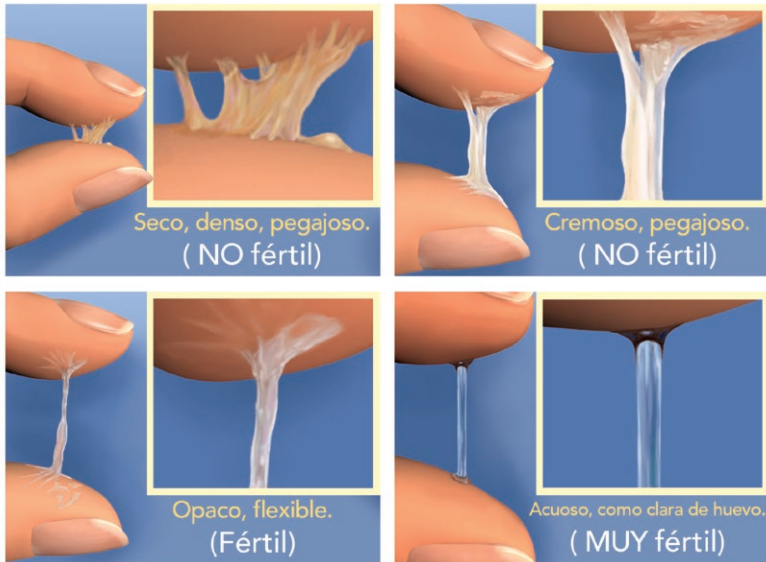


Foto 3. Diferencias de moco cervical para el Método de la ovulación.

b) Método Creighton. Tiene como base los mismos signos y síntomas que el método de la ovulación, pero el **Método Creighton valora la cantidad y particularidades físicas del moco cervical.**

Es importante llevar un registro diario, donde se anoten los cambios del moco y sus características. Si los esposos reciben capacitación de un instructor certificado y siguen las recomendaciones, la eficacia teórica es de 98.7 a 99.5% y su tasa de uso típico es 83 a 97%.; similar a los anticonceptivos hormonales (DIU, píldora, etc.) y mejor que los métodos anticonceptivos de barrera.¹⁵⁻¹⁷ Estudios demuestran que las parejas que deciden usar un MRNF reportan que su relación mejora, se sienten más respetados por su pareja y con un mayor control de su fertilidad.¹⁸

Las mujeres de cualquier edad, que lactan y las que acaban de discontinuar el uso de los anticonceptivos hormonales pue-

den usar el Método Creighton con éxito, pues les permite monitorear ciertos aspectos de su salud y reconocer alteraciones en el cuerpo.

2. Métodos modernos

a) **Lady Comp, Baby Comp y Pearly.**¹⁹ Utilizan minicomputadoras que **registran datos de temperatura y fechas de la menstruación**; y los analizan dando un pronóstico muy confiable sobre los días de fertilidad. Por las mañanas, al momento de levantarse, la mujer debe tomarse la temperatura con los termómetros que incluyen estos dispositivos, agregando las fechas de su menstruación cada mes.



Foto 4. Monitor Pearly.

Estos nuevos métodos han sido evaluados por médicos de la Universidad de Düsseldorf en Alemania y ofrecen una efectividad del 98% para detectar los días de fertilidad.²⁰⁻²² Su aprendizaje es mínimo, son 100% naturales, y no generan efectos negativos para la salud ni de la mujer ni del hombre.

b) **Persona.**²³ Es un monitor que **detecta los días de fertilidad por medio de la cuantificación de hormonas en orina**. Está compuesto por varillas de prueba de orina y un pequeño monitor manual. Con las varillas se recolecta orina en las mañanas y el monitor interpreta los datos. Se ha demostrado que el Persona tiene una efectividad del 94%.



Foto 5. Monitor Persona.

Esto significa que de cien mujeres que utilizan este método a lo largo de un año, únicamente seis pueden llegar a quedar embarazadas debido a la incorrecta identificación de los días fértiles.²⁴ Es 100% natural y no tiene efectos negativos para la salud tanto del hombre como de la mujer.

c) Cyclotest. Basado en el método sintotérmico,²⁵ el Cyclotest es un microprocesador que sirve para reconocer los días de fertilidad en la mujer. **Mide la temperatura al despertar, almacena los datos y los analiza; así mismo, pueden añadirse adicionalmente valores de pruebas de orina o de moco cervical.**

La efectividad del índice Pearl de Cyclotest es de entre 0.8 y 2.6^{26,27} cuando se utiliza junto con el método de la ovulación (conocido el uso de ambos como método sintotérmico). En la actualidad, ya existe Cyclotest mySense que consta de un termómetro digital con Bluetooth y una aplicación en el celular. La temperatura se toma todas las mañanas y el propio termómetro envía la medición a la aplicación, la cual almacena y procesa los datos (junto con la fecha de menstruación y signos de ovulación) para identificar si la mujer está en periodo fértil o no fértil.



Foto 6. Cyclotest aplicación para teléfono móvil.

Los MRNF son adaptables a cualquier condición socio-cultural, nivel de educación, nivel económico y etapa de la vida de la mujer. Estudios indican que el 95% de las mujeres reconoce los signos de fertilidad,²⁸ y estos llegan a tener una efectividad de un 95 hasta 99.7% para no embarazarse, con uso correcto,²⁹ es decir, que implica la determinación tanto de la mujer como del hombre de evitar las relaciones sexuales durante los días del periodo fértil de la mujer.³⁰

En estudios recientes, los MRNF modernos se han considerado muy eficientes para no embarazarse, en mujeres que no estén amamantando.³¹ Muchas mujeres deciden utilizarlos por la naturalidad del método y los beneficios del auto-conocimiento; así mismo, muestran confianza en la realización del método, lo que conlleva beneficios para ellas.³²

¿Un hijo más?

Una pregunta clave que hay que hacerse desde el noviazgo, es el número de hijos que uno quiere tener. En el entendido que los hijos son fruto del amor de sus padres, para aquellos novios que están pensado en matrimonio; este tema resulta esencial de conocer respecto del otro y es necesario haberlo conversado varias veces.

Ya en el matrimonio, y si uno tiene la bendición y gozo de haber tenido un primer hijo, llegarán las preguntas: ¿Qué sigue? ¿Y si tenemos un hijo más? Y podrá llegar el segundo, el tercero, incluso el cuarto o el quinto hijo. Para algunos, tres será poco, para otros cuatro es impensable. Pero no olvidemos que tener hijos no es un derecho adquirido o un objetivo a alcanzar; los hijos son un don, un regalo que nos ofrece la Vida.

Entonces, **el dotar a la fertilidad de su sentido trascendente, nos ayudará a orientar mejor las decisiones conyugales** para seguir interpretando los distintos momentos y etapas de la vida de la familia, del cónyuge e incluso escuchar el deseo de los hijos de tener un nuevo hermano.

Esa es la belleza de dignificar la sexualidad y la fertilidad; que las condiciones cambian, la vida avanza y nos sorprende; y si el día de hoy “no deseas”, “no puedes” o “no quieres” tener un hijo más, en unos años esto puede cambiar, y si como matrimonio deciden usar un MRNF, se habrán dado la oportunidad de escucharse, de respetar el regalo de la fertilidad en su vida y cuidar esa fertilidad que les permitió ser padres, que los ha llenado de alegrías, de sonrisas, y que les brindará la posibilidad de trascender el tiempo.

Cuando uno está abierto a la vida, la maternidad o paternidad se mira y asume como un lugar conocido y común, no como un problema.

Piensa por un momento cómo ha sido tu vida hasta el día de hoy y cómo cambia constantemente; pregúntate ¿qué esperabas del futuro hace 15 años, hace 10 o hace 5? ¿qué quieres ahora? En la vida, siempre será mejor dejar las puertas abiertas; y en este caso se trata de un matrimonio que hoy decide esperar, para estar en posibilidad de buscar un nuevo hijo más adelante.

La vida es tan solo un instante entre dos eternidades, y en este corto instante, ¿Cuánto durará nuestro matrimonio, hasta que uno de los dos deje este mundo? ¿De nuestros años de matrimonio, cuántos de ellos seremos fértiles? ¿De los años de fertilidad, cuántos meses lograremos un embarazo? ¿De nuestros embarazos, cuántos hijos nacerán? Nuestra fertilidad es mucho más frágil de lo que pensamos, y por eso merece el cuidado y la dignidad a la que nos invita el uso de un MRNF.

Cada vez que tus hijos ven un bebé, un niño más pequeño que ellos ¿No crees que quisieran uno así en casa? ¿Qué teniendo un hermano pequeño, sería la mejor forma en que tus actuales hijos pudieran entender cómo los amaste desde que estaban dentro de tu vientre? ¿Cómo los cuidaste de recién nacidos? ¿Cómo eran de pequeños? Ellos entenderán mucho mejor tu cariño, tus cuidados y los de su papá con la llegada de un nuevo hermano. Además de esto, en aquellas familias donde existen más hijos, todos los hermanos tiene que aprender habilidades y estrategias para salir adelante en la vida como el compartir, ceder, negociar, a ser humildes y darse a los demás.

Es mucho menos importante negarles a los hijos ciertas comodidades o “ventajas materiales” que privarles de la presencia de otro hermano o hermana que les ayuden a crecer en generosidad y a apreciar el milagro de la vida en todas sus etapas. Los hijos son siempre una bendición ante cualquier situación que se esté viviendo. **Uno no se arrepiente de los hijos que tuvo, pero sí de aquellos que pudiendo procrear, no se quiso tener.**

Caso real 2. Nicolás y Clara son padres de 3 hijos de 7, 9 y 13 años; tienen 15 años de casados. Ambos conversaron sobre este tema en el noviazgo, y aunque él venía de una familia de 7 hermanos, ella solo aceptó tener 3 hijos, pues antes de casarse sentía que la maternidad podría ser una carga en su vida. Nacieron Jorge, Daniela y María, estaban contentos con la familia que habían formado, incluso Clara descubrió que podría ser una buena madre. Debido a que ella no quería tener más hijos, le sugirió varias veces a Nicolás que se realizara la vasectomía. El no aceptó, pues algo en su corazón le decía que aquello terminaría con la esperanza de tener un cuarto hijo, además que presentía que esa decisión irreversible afectaría su masculinidad y por consiguiente su matrimonio. Al paso de los años la situación fue cambiando, Clara estaba por cumplir 40 años de edad y asumió que tenía la última oportunidad de ser nuevamente madre. Así fue como al paso de varias semanas, lo habló con Nicolás, quien ya tenía 44 años y se ilusionó profundamente con la idea de volver a ser padre. Un año después, el pequeño Raúl había nacido.

Este pequeño es 15 años menor que Jorge, su hermano mayor, y aunque esto podría parecer abismal para una buena convivencia familiar, todos han aprendido a ser generosos y darse a su hermano menor. Aquel egoísmo propio del adolescente, de pensar solo en él, ha quedado de lado cuando Jorge tiene que cuidar a su hermano, poner atención en él y sus necesidades y dejar de pensar en sí mismo. Así también, Daniela y María han comprendido el amor que su madre les tuvo desde el embarazo al ver como ella trata al pequeño Raúl.

Nicolás afirma que su pequeño hijo es un milagro para toda la familia, que los ha hecho crecer en generosidad y paciencia y sobre todo, los ha hecho una familia más unida y cariñosa.

Recuerda...



- 1** La fertilidad es la cualidad del cuerpo humano para poder dar vida.
- 2** La paternidad responsable, nos permite decidir con generosidad el número de hijos y vivir las relaciones sexuales con entrega y aceptación total del cónyuge.
- 3** Gracias a los MRNF, los esposos pueden espaciar la llegada de sus hijos, evitando tener relaciones sexuales los días fértiles.
- 4** Los MRNF no son anticonceptivos naturales, pues nunca vuelven infértil la relación sexual.
- 5** Nuestra fertilidad es mucho más frágil de lo que pensamos, por eso merece el cuidado y la dignidad a la que nos invita el uso de un MRNF.

Referencias

- 1.- Pyper CM. Fertility awareness and natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1997; 2(2):131-46.
- 2.- Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Eng J Med*. 1995; 333(23):1517-21.
- 3.- Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003627.htm>
- 4.- World Health Organization. Natural family planning: a guide to provision of services. Geneva: WHO, 1988.
- 5.- Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Pellicano M, Nappi C. The importance of user compliance on the effectiveness of natural family planning programs. *Gynecol Endocrinol* .2000; 14(2):81-9.
- 6.- Colombo B, Masarotto G. Daily fecundability: first results from a new data base. *Demogr Res*. 2000; 6(3):39.
- 7.- Rutllant M; Trullols LF. Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales. *Cuadernos de Bioética*. 2001; 45(2):131-39.
- 8.- Malarcher S, Spieler J, Short F M, Jordan S, Starbird E, Kenona C. Fertility Awareness Methods: Distinctive Modern Contraceptives. *Glob Health Sci Pract*. 2016; 4(1):13–15.
- 9.- Fehring, R. Under the microscope: The influence of ever use of natural family planning and contraceptive methods on divorce rates as found in the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *Current Medical Research*. 2013; 24.3&4 (Summer/Fall): 12–16.
- 10.- Fehring RJ. The influence of contraception, abortion, and natural family planning on divorce rates as found in the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Linacre Q*. 2015; 82(3):273-82.
- 11.- Klaus H, Cortés ME. Psychological, social, and spiritual effects of contraceptive steroid hormones. *Linacre Q*. 2015; 82(3):283-300.
- 12.- Billings EL, Brown JB, Billings JJ, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. *Lancet*. 1972; 1(7745):282-4.
- 13.- Flynn AM, Lynch SS. Cervical mucus and identification of the fertile phase of the menstrual cycle. *Br J Obstet Gynaecol*. 1976; 83(8):656-9.
- 14.- Marcó B. F. Métodos naturales de regulación de la fertilidad. *Medicina y Ética*. 1993; IV(4):75-97.
- 15.- Hilgers T. W., Stanford J. B. "Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness." *J Reprod Med*. 1998; 43:495-502.
- 16.- Hilgers T. W., Daly K. D., Prebil A. M., Hilgers S.K. "Cumulative pregnancy rates in patients with apparently normal fertility and fertility-focused intercourse." *J Reprod Med*. 1992; 37:864-866.
- 17.- Trussell, J., "Contraceptive failure in the United States." *Contraception* 2011; 83:397-404.
- 18.- VandeVusse L., Hanson L., Fehring R. J., Newman A., Fox J. "Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics." *J Nurs Scholarsh*. 2003; 35:171-176.
- 19.- Disponible en: <https://shop.valley-electronics.ch/de/?cat=1>
- 20.- Freundl G, Godehardt E, Kern PA, Frank-Herrmann P, Koubenec HJ, Gnath C. Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle. *Human Reproduction*. 2003; 18(12):2628-33.

- 21.- Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behavior during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reprod.* 2007; 22(5):1310-19.
- 22.- De Leizaola MA. Etude prospective d'efficacité d'une méthode sympto-thermique récente de planning familial naturel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1998; 27:174-80.
- 23.- Janssen CJ, van Lunsen RH. Profile and opinions of the female Persona user in The Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000; 5(2):141-6.
- 24.- Guida M, Bramante S, Acunzo G, Pellicano M, Cirillo D, Nappi C. Diagnosis of fertility with a personal hormonal evaluation test. *Minerva Ginecol.* 2003; 55(2):167-73.
- 25.- Frank-Herrmann P, Freundl G, Gnoth C, Godehardt E, Kunert J, Baur S, et al. Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. *Adv Contracept.* 1997; 13(2-3):179-89.
- 26.- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Köln 2011.
- 27.- Sources for peal indices: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.: Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen. 2004.
- 28.- Ryder B, Campbell H. Natural family planning in the 1990s. *Lancet.* 1995; 346(8969):233-4.
- 29.- Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010; 15(2):113-23.
- 30.- Fehring RJ, Schneider M, Barron ML, Pruszynski J. Influence of motivation on the efficacy of natural family planning. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013; 38(6):352-8.
- 31.- Fehring RJ, Schneider M. Effectiveness of a Natural Family Planning Service Program. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2017; 42(1):43-49.
- 32.- de Magalhães AC, Pereira Dda S, Jardim DM, Caillaux M, Sales VB. Woman's experience with the choice of the Billings Ovulation Method. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(4):485-92.

Revolución sexual e ideología de género, ¿qué son?

Unas de las consecuencias más graves del promover la anticoncepción, ha sido la aceptación social sobre la despenalización del aborto.



Desde hace 60 años, vivimos inmersos en una gran confusión en torno a la sexualidad, las relaciones sexuales y la vocación de la paternidad. Durante varias generaciones estos temas fueron considerados negativos, prohibidos o tabú; y en contraste, en las últimas décadas se han desvalorizado las relaciones sexuales al promoverlas como un placer pasajero, un juego y por tanto en una actividad superficial y desechable. Ambas formas de interpretar la sexualidad han tenido un resultado devastador para nuestra sociedad.

Una de estas consecuencias, ha sido el inicio de las relaciones sexuales a menor edad, lo que conlleva al aumento en el número de parejas sexuales, las infecciones de transmisión sexual y embarazos inesperados en la adolescencia, juventud y fuera del matrimonio. Así mismo, propicia la infidelidad matrimonial, el aumento en el número de divorcios, el debilitamiento del núcleo familiar y una afectación directa sobre el aspecto emocional de los niños y adolescentes, que viven inmersos en estos conflictos.

Promover las relaciones sexuales fuera de un contexto de amor, compromiso y fidelidad es lo que he denominado **“sexo basura”** o **“junk sex”**. Seguramente habrás oído hablar de la

“*junk food*” o comida chatarra; término que se refiere a los alimentos de muy mala calidad, altos en azúcares, sales y grasas dañinas, que no nutren y solo dañan la salud. Pues así como existe la “*junk food*”, también existe el “*junk sex*” o “sexo basura”, aquel que se vive sin amor, fuera de un compromiso para toda la vida, sexo “recreativo” para pasar el rato, y que lamentablemente tiene graves consecuencias físicas, emocionales y en el aspecto espiritual.

¿De dónde proviene esta visión del “sexo basura”?

Esta visión que promueve el “sexo basura” surge de la llamada revolución sexual de los años sesenta, sumado a la negligencia e indiferencia de ciertas esferas sociales respecto al rol del hombre como esposo y como padre, conocida comúnmente como “machismo”.

1. La revolución sexual. Aunque se considera que esta inició en los años sesenta con la entrada al mercado de la píldora anticonceptiva, dicho movimiento ideológico comenzó a formularse desde los siglos XVIII y XIX, cuando algunos intelectuales promovieron en Europa un modelo cultural contrario al pensamiento judeo-cristiano prevaleciente.

Ello dio lugar a diversas corrientes de pensamiento como el **utilitarismo**, que buscaba, entre otras cosas, obtener el máximo placer para el mayor número de personas, evitando a toda costa el esfuerzo o el dolor. Al paso del tiempo, **esta visión utilitarista dio lugar a una visión de la sexualidad enfocada estrictamente en el placer**, dejando de lado cualquier responsabilidad o compromiso, lo que desencadenó la búsqueda de nuevos métodos para eliminar el supuesto “riesgo” de la concepción de un hijo.

En este mismo periodo de tiempo surgió un cambio cultural muy importante relacionado al modo de comprender el matrimonio, especialmente después de la Revolución Francesa. Los intelectuales alemanes **Karl Marx** (1818-1883) y **Frederick Engels** (1820-1895) los llamados “padres del marxismo” (corriente de pensamiento que dio lugar al comunismo-socialismo), **cues-**

tionaron a la institución matrimonial, al considerar el matrimonio “patriarcal” y opresor de la mujer.

De manera paralela a estos pensadores **surgió el “feminismo”**, un **movimiento social del siglo XIX** donde las mujeres luchaban por vivir bajo condiciones de igualdad ante la ley respecto del hombre, por ejemplo, igualdad en derechos políticos como votar y ser votadas, y el poder participar en la vida pública, poder heredar, estudiar en las universidades y tener oportunidades similares para su desarrollo académico y profesional.

Sin duda, **todo avance en fortalecer la dignidad de la mujer es algo positivo, pero debido a que en el feminismo se suscitaron desviaciones desde su origen**, esto desvirtuó los propósitos de igualdad y libertad. Lamentablemente, al adoptar los postulados de la teoría marxista, esta lucha por la mujer degeneró en **lo que se conoce como el “feminismo radical” que promueve la desvinculación de la sexualidad respecto de la procreación y la familia.**

La francesa Simone de Beauvoir (1908-1986), autora del libro “El Segundo Sexo”, publicado en 1949, afirmaba que la mujer en su relación de pareja debía liberarse de la maternidad, lo que fue desarrollando una condición femenina cada vez más desligada de su rol de madre, como si este fuera un obstáculo para la plena realización de la mujer.

Así mismo la estadounidense Margaret Sanger (1879-1966), impulsó la “liberación de la mujer”, especialmente en el ámbito sexual. Difundió y promovió el uso de los anticonceptivos y fundó la *Birth Control Federation*, que desde 1942 pasó a llamarse *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA). Fue de esta organización que surgió la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), una de las principales organizaciones que promueven la anticoncepción y el aborto en todo el mundo.

En la actualidad, las **clínicas financiadas por Planned Parenthood realizan, tan solo en los Estados Unidos, cientos de miles de abortos al año**, especialmente en las zonas de menores ingresos y en población de raza afroamericana. Según sus cifras del 2011,¹ se realizaron 333,964 abortos en jóvenes norteamericanas y entre el año 2009 y el 2011, se practicaron

casi 1 millón de abortos (995,687)*. De los “servicios médicos” que ofrece esta institución, el 92% son abortos y menos de 8% cuidados del embarazo.

Margaret Sanger era apoyada en su “visión” sobre la sexualidad por Katherine McCormick (quien heredó de su esposo la fortuna de la International Harvester Company), por lo que en los años cincuenta se convirtió en la mayor patrocinadora del desarrollo de la píldora anticonceptiva.² Sanger y McCormick apoyaron las investigaciones del biólogo **Gregory Pincus, quien desarrolló la primera píldora anticonceptiva**, que el 23 de abril de 1960 ingresó al mercado al recibir la autorización para ser distribuida y vendida explícitamente como anticonceptivo oral en los Estados Unidos.

La aprobación por parte del Gobierno Americano para producir, distribuir y comercializar “la píldora”, desencadenó una “revolución” que afectaría la vida de millones de mujeres y familias de todo el mundo y detonaría graves consecuencias al paso de los años.

2. Machismo. Es un conjunto de **prácticas, comportamientos y conductas llevadas a cabo por el hombre, las cuáles lastiman, ofenden y denigran la dignidad de la mujer;** con actitudes de prepotencia o incluso de violencia hacia el sexo femenino. Se basa en la creencia errónea, que el hombre es un ser superior a la mujer y al “dominarla” la convierte, según su entender, en un objeto que se puede usar, poseer o destruir.

El machismo, considera a la mujer vulnerable por su constitución física más pequeña y frágil; cuando es sabido que la mujer está dotada con una mayor fortaleza interior ante los retos y desafíos de la vida, así como un umbral de tolerancia al dolor físico muy superior al hombre.

Durante muchos siglos, **la mujer ha sufrido las consecuencias del machismo en diversos aspectos de su vida**, y hoy, más que nunca, se nos debe dignificar en todas las dimensiones, como hijas, hermanas, amigas, estudiantes, profesionistas, es-

* De acuerdo con los reportes anuales de abortos llevados a cabo por Planned Parenthood: 332,278 en 2009; 329,445 en 2010; 333,964 en 2011.

posas y/o madres. Pero el dignificarnos, y encontrar el equilibrio en la relación hombre-mujer, no implica promover el desarraigo de nuestra feminidad, maternidad y alejarnos de la familia.

Por el contrario, conlleva educar y formar al hombre en el respeto, el compromiso y la fidelidad hacia la mujer y sus hijos, en el valor del matrimonio como la célula básica de la sociedad, en el cuidado de la fertilidad y la salud de la mujer, en la igualdad de acceso y oportunidades educativas, en el crecimiento profesional; y en una adecuación del ámbito laboral para recibir a la mujer con todo el talento que tiene para aportar, sin descuidar su casa, esposo e hijos.

Consecuencias del nuevo rol que propone el feminismo radical, en torno a la concepción antropológica del hombre y la mujer.

Al abanderar la igualdad de las mujeres y los hombres, desde una perspectiva contraria a la feminidad y a la naturaleza propia de la mujer; el feminismo radical y las consecuencias de la revolución sexual, han fragmentado la visión antropológica de la mujer y el hombre, en dos ámbitos principalmente:

1. Al negar la identidad biológica-psíquica-espiritual del genio "femenino" y del genio "masculino". El feminismo radical desprecia las diferencias propias que existen entre el hombre y la mujer y busca neutralizar aquello en que se complementan, es decir, promueve que ambos lleven a cabo las mismas actividades, las mismas competencias y asuman los mismos roles de la misma forma; en otras palabras, **busca "masculinizar" a la mujer y "feminizar" al hombre.** Esto carece de lógica, pues tanto física, intelectual, emocional y espiritualmente somos diferentes, cada genialidad es única, ambas se complementan, y ninguna posee la totalidad en sí misma. El ser mujer u hombre no es una elección personal o cultural, está inscrito en la propia naturaleza de cada persona, y querer igualarlos en todo, la distorsiona.

2. Al fomentar el rechazo de la mujer hacia su feminidad y maternidad. Así como el cuerpo del hombre está hecho para

la paternidad, el cuerpo de la mujer lo está para la maternidad. **No solo desde el aspecto biológico, sino emocional, intelectual y espiritualmente, la mujer posee el don de la maternidad, el acoger y cuidar de los demás es parte de su vocación natural.** Esto no implica que las mujeres no podamos estudiar, prepararnos y sobresalir en el ámbito académico y profesional; pero en el momento que tenemos familia propia, no podemos dejarla de lado: pues es prioritario para esos hijos, en sus primeros años de vida y durante su etapa escolar, contar con la presencia y el cuidado de su madre.

El feminismo radical busca desarraigar la maternidad de la naturaleza la mujer, y para lograr ese objetivo promueve masivamente: relaciones sexuales en la adolescencia, antes del matrimonio, fuera del matrimonio, anticoncepción en todas sus presentaciones posibles, y ante la falla de estos, el aborto como política pública y "derecho de la mujer". Y así, al intentar desarraigar la maternidad de su naturaleza humana, ha dejado a la mujer cada vez más sola al asumir la maternidad, y ha vuelto al hombre más irresponsable en torno al compromiso que debería de tener con ella.

Ideología de género

De la mano de la visión anticonceptiva y las consecuencias del machismo en la sociedad, en la segunda mitad del siglo XX surgió la "**ideología de género**", considerada como un sistema de pensamiento cerrado, que afirma que las diferencias entre hombre y mujer no corresponden a una naturaleza propia, sino que son meras construcciones culturales y convencionales, según los roles y estereotipos que cada sociedad asigna a los sexos.

Al igual que la revolución sexual, esta ideología encuentra eco nuevamente en la francesa Simone de Beauvoir y en su libro "El Segundo Sexo" (1949) cuya frase célebre "no se nace mujer, sino que llega una a serlo", enfatiza que el ser mujer no constituye una esencia específica ni distintiva del hombre, sino que es generado de manera artificial. Es decir, que los niños no son niños y las niñas no son niñas, sino que se desarrollan como tales solo si son educados de esa forma y no por el simple hecho de ser hombres o mujeres.

La ideología de género niega los componentes genéticos (un par de cromosomas XX para la mujer y un par de XY en el hombre), **fisiológicos** (producción de hormonas y el funcionamiento de cuerpo de manera distinta) y **corporales** (diferencias anatómicas desde la vida gestacional) del ser hombre o ser mujer; y sostiene que no se nace hombre o mujer, sino que esta construcción se genera a lo largo de la vida por medio de la cultura y la autopercepción.

Así mismo, **afirma que no existen los sexos sino los roles, y que la "orientación sexual" de una persona puede cambiar conforme las circunstancias que se presenten.** La ideología de género rechaza la experiencia cotidiana de ver como los niños desde pequeños actúan como niños y las niñas como niñas, afirmado que estos comportamientos son manipulados; de la misma forma promueve una lucha entre hombres y mujeres, donde estas últimas buscan desprestigiar, disminuir y, si les es posible eliminar la presencia masculina de la sociedad y la vida cotidiana.

Efectos de la mentalidad anticonceptiva y de la ideología de género

La promoción por más de 60 años de una "mentalidad anticonceptiva" en conjunto con la "ideología de género", han distorsionado la visión sobre el matrimonio y la familia, partiendo de 3 afirmaciones falsas:

1. Las relaciones sexuales no implican expresión del amor.

Esta premisa concibe las relaciones sexuales sin compromiso, a temprana edad, antes y fuera del matrimonio; y favorece la infidelidad conyugal. Ha propiciado un aumento en el número de parejas sexuales de hombres y mujeres a lo largo de la vida, embarazos inesperados antes y fuera del matrimonio, así como un incremento de las infecciones de transmisión sexual.

Desde la comercialización de la píldora anticonceptiva en los Estados Unidos en los años sesenta, los embarazos fuera del matrimonio han aumentado de 22 a 44 niños por cada 1000 mujeres entre los 15 y 44 años en el año 2018;³ así mismo, entre

1960 y 2010, los divorcios han aumentado de 9.2 a 20.9 casos por cada 1,000 mujeres mayores de 15 años.⁴

2. Se puede tener relaciones sexuales sin hijos, anulando la fertilidad. La cultura anticonceptiva consintió y favoreció relaciones sexuales “infértiles de manera artificial” entre un hombre y una mujer, lo que al paso de los años, dio lugar a la aceptación de prácticas sexuales infértiles intrínsecamente, considerándolas normales.

3. Es posible manipular la fertilidad para tener hijos, anulando las relaciones sexuales. Al desvincular las relaciones sexuales de la fertilidad, se desasoció la paternidad de la sexualidad; es decir, se abrió la puerta a la aceptación médica, científica y social de todas las técnicas de reproducción asistida, incluyendo la inseminación artificial, la fertilización in vitro, la donación de óvulos, de esperma, y el útero subrogado (renta de úteros para concebir hijos).

Cada día es más común escuchar sobre casos de mujeres, que incluso habiendo estado casadas, ante la “necesidad de ser madres” deciden inseminarse artificialmente con esperma de un donador desconocido. Poco se piensa en las lamentables consecuencias que ello tendrá sobre los hijos; como robarles el derecho a tener un padre y poder recibir de él, su ejemplo de masculinidad, contar con el cuidado y cariño paterno, así como el reconocerse hijos de alguien y asimilar la mitad de su identidad.

Con el paso de los años, la ciencia médica ha revelado que existen varias consecuencias respecto de la salud física, conductual y social ligadas a la visión anticonceptiva:

1. El fracaso de los métodos anticonceptivos. Muchas mujeres quedan embarazadas porque “su método” no funcionó correctamente. La visión anticonceptiva permite encuentros y relaciones sexuales que no habrían sucedido sin tales métodos; es decir, aumenta el número de relaciones sexuales “sin compro-

miso”, lo que genera un aumento en el número de embarazos, sobre todo en gente joven (incluso utilizando anticonceptivos).

2. La promoción y legalización de la práctica del aborto. La fractura entre sexualidad y procreación que derivó a partir del uso de la píldora anticonceptiva, estableció una nueva categoría de embarazos: “los deseados” y los “no deseados”, lo cual propició una agenda ideológica para despenalizar la práctica del aborto. Trece años después de introducida la píldora anticonceptiva en los Estados Unidos, en 1973, la Suprema Corte de Justicia despenalizó el aborto en todo el país, al resolver el caso de Roe vs Wade; y de ahí en adelante “el movimiento feminista radical” ha impulsado su legalización en todo el mundo.

3. El aumento en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS). El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, durante la adolescencia, la juventud temprana y fuera del matrimonio, ha generado un aumento en el número de parejas sexuales a lo largo de la vida y, como consecuencia directa, el aumento en el número de ITS, incluyendo el VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana).

4. Los efectos nocivos de los métodos anticonceptivos en la salud de la mujer. En la actualidad, se estima que 100 millones de mujeres en todo el mundo utilizan anticonceptivos hormonales; y desde hace varios lustros se han reportado efectos nocivos a corto, mediano y largo plazo en la salud de las usuarias, siendo entre los más relevantes el aumento en el riesgo de cáncer de mama y de trombosis venosa profunda.

El desarrollo de la anticoncepción hormonal significó, para muchos, un triunfo de la mujer, el cual resultó en el “derecho” de tener relaciones sexuales sin riesgo de maternidad. Pero **las heridas que la “revolución sexual”** ha ocasionado en nuestra cultura son acentuadas y profundas., y contrario a lo que se esperaba:

- Ésta **enfaticó el egoísmo y la irresponsabilidad del hombre** frente a la paternidad.
- Alentó a las **personas a tratarse mutuamente como objetos** de placer.
- Promovió las **relaciones sexuales sin compromiso**.
- Favoreció la **infidelidad matrimonial**
- **Devaluó el valor de la fertilidad** en mujeres y hombres.
- **Menospreció la importancia del matrimonio** para toda la vida.
- Desacreditó uno de los roles más importantes de la mujer: fortalecer su matrimonio, alumbrar el hogar y cuidar a sus hijos.

Recuerda...



- 1** El feminismo niega la identidad biológica de la mujer.
- 2** Unas de las consecuencias más graves de promover la anticoncepción, ha sido la aceptación social de la despenalización del aborto.
- 3** La ideología de género niega las diferencias genéticas (XX en la mujer y XY en el hombre), fisiológicas (producción de hormonas) y corporales (anatomía propia) entre el hombre y la mujer.
- 4** El desarrollo de la anticoncepción ha devaluado el valor de la fertilidad en mujeres y hombres.
- 5** En los Estados Unidos, la "revolución sexual" ha aumentado en más del 100% el número de niños nacidos fuera del matrimonio y el número matrimonios que terminan en divorcio.

Referencias

- 1.- Planned Parenthood 2011-2012 Annual Report. Disponible en: <http://www.plannedparenthood.org/about-us/annual-report-4661.htm>
- 2.- Revista UNAM. Disponible en: <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/197-revistas/revista-ciencias-48/1879-historia-de-la-p%C3%ADdora-anticonceptiva.html>
- 3.- Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births: Final data for 2018. National Vital Statistics Reports; vol 68, no 13. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2019.
- 4.- U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States, 2001, Table 117; Centers for Disease Control and Prevention, "Births, Marriages, Divorces, and Deaths: Provisional Data," 2000, in National Vital Statistics Report 49; and U.S. Census Bureau, American Community Survey, 2011, Tables S-1201 and S-1251.

Infecciones sexuales, ¿cuáles son y cómo afectan a la salud?

A mayor número de parejas sexuales, mayor posibilidad de contagio de una infección sexual, aunque se use condón.



Los genitales, tanto de la mujer como del hombre, **son órganos sumamente delicados**. En el caso de la mujer estos órganos son en su mayoría internos, los cuales tienen contacto con el medio externo a través de la vagina. Razón para ser en extremo cuidadosos y evitar cualquier tipo de infección, en especial las infecciones sexuales.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS)* también conocidas como **infecciones sexuales, se transmiten o contagian de persona a persona al tener contacto con los órganos genitales o mediante las relaciones sexuales**. También pueden transmitirse por sangre contaminada o por el uso de jeringas; y, algunas de ellas, pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre a su hijo.

Si uno nunca ha tenido relaciones sexuales, no se ha inyectado drogas ni ha tenido transfusiones de sangre, no hay posibilidad de contagio de una ITS. Si esperaste para tener relaciones

* Los profesionales de la salud utilizan los términos ETS (enfermedades de transmisión sexual) o ITS (infecciones de transmisión sexual) para referirse a las afecciones infecto contagiosas que se transmiten de una persona infectada a otra por medio de contacto sexual o relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Ambos términos son correctos pero el término más actualizado es "ITS", esto debido a que las personas pueden contraer una infección sin que se convierta en una enfermedad (y en muchos casos contagiar la misma sin presentar síntomas).

sexuales hasta casarte y tu cónyuge no tiene ninguna de estas infecciones y te es fiel siempre, no hay posibilidad de contagio sexual de estas infecciones. Pero si tuviste relaciones sexuales con alguien que a su vez las había tenido con alguien más, siempre existe riesgo de contagio. Por ello es importante ir al médico con regularidad, y claro, evitar volver a ponerse en riesgo.

Poco se habla de las infecciones sexuales en los medios sociales, pues no es lo mismo contar cuando uno está enfermo de gripe o tiene un dolor estomacal, que padecer alguna afección en los genitales, porque nuestra intimidad es reservada, es personal y evitamos compartirla con cualquiera; por eso, aunque estas infecciones son mucho más comunes de lo que se piensa, en realidad se habla poco de ellas.

Existen más de 35 ITS^{1,2} y pueden ser causadas por virus, parásitos, hongos o bacterias. Las más conocidas son: virus del papiloma humano (VPH), virus de Hepatitis B (VHB), virus de herpes simple (VHS), VIH/SIDA, citomegalovirus, gonorrea, sífilis, clamidia, chacroide, tricomonas, linfogranuloma venéreo, gardiasis, molusco contagioso, micoplasma vaginal, filariasis, candida, salmonelosis, shigela, meningococo, entre otras.

Varias estadísticas sobre estas infecciones, reflejan la gravedad del problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha calculado que **cada año se presentan más de 498 millones de nuevos casos** de personas entre 15 a 49 años de edad que padecen alguna de las cuatro ITS curables (clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis). Cada día, más de 1 millón de personas contrae una ITS. En la actualidad existen 530 millones de personas con infección por herpes genital en todo el mundo y 290 millones de mujeres con infección del virus del papiloma humano¹. En promedio, 1 de cada 25 personas en todo el mundo, padece al menos una ITS y de ellas, algunas experimentan múltiples infecciones al mismo tiempo.³

Como había comentado, **sobre todo en el caso de las mujeres, los genitales son muy delicados**. Las trompas uterinas (también conocidas como Trompas de Falopio) son los conductos que conectan ambos ovarios con el útero y es donde se lleva a cabo la fertilización o fecundación, es decir la fusión del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre. Pero el es-

pacio que existe dentro de las trompas es tan extremadamente angosto y fino como el grosor de un pelo de tu cabeza; por lo que si una mujer tiene relaciones sexuales y se contagia de una infección sexual, sus trompas pueden verse infectadas, generar una cicatriz y así, con el paso del tiempo, causar esterilidad.

Consecuencias de las ITS

Si las ITS no se diagnostican y tratan a tiempo, pueden generar **graves consecuencias en la salud de las mujeres como:**

- Un futuro embarazo fuera del útero (embarazo ectópico)
- **Úlceras en los genitales**
- Dolor e inflamación en el útero y trompas uterinas,⁴ llamada "enfermedad pélvica inflamatoria", que si no es tratada adecuadamente puede **generar cicatrización de los genitales y infertilidad en la mujer.**
- **Cáncer cervical** en la mujer⁵
- Cáncer en la zona genital⁶
- **Abortos espontáneos** o involuntarios⁷
- Artritis secundaria a infección por gonorrea y clamidia
- Mal funcionamiento de hígado y cáncer de hígado secundario al virus de la hepatitis B (VHB).
- Enfermedad del sistema nervioso central o meningoencefalitis secundaria a sífilis o al virus del herpes simple (VHS),¹ entre otras.

En el caso de los hombres, se puede presentar estenosis uretral, (congestión del conducto por el que sale la orina fuera del cuerpo) y epididimitis (inflamación del epidídimo).

También existe riesgo a la salud para los bebés si sus madres padecen de alguna ITS durante el embarazo, tales como: parto prematuro antes de las 32 y 35 semanas de gestación, 40% de probabilidades de muerte fetal,⁸ conjuntivitis neonatal, neumonía e infecciones rectales y vaginales y malformaciones congénitas.⁹

Jóvenes e ITS

Es importante que como papá, mamá o formador de un adolescente, sepas que **los jóvenes son las personas más afectadas por las ITS**, sobre todo las mujeres adolescentes y jóvenes¹⁰ y esto se debe a varias razones:

1. La inmadurez de su aparato reproductor¹¹ (aunque haya iniciado con la menstruación, su cuerpo tardará muchos años más en estar listo para las relaciones sexuales).
2. Por ciertas características psicológicas, de conducta¹² y sociales¹³ como la elección poco juiciosa de las parejas sexuales, el poco tiempo de conocerse antes de iniciar las relaciones sexuales, y tener muchas parejas sexuales.¹⁴ El inicio las relaciones sexuales a corta edad aumenta las probabilidades de contagiarse de ITS.¹⁵

Los jóvenes de entre 15 y 24 años son las personas más afectadas por las infecciones sexuales y el 50% de todas las personas en el mundo que tiene una infección sexual pertenece a este grupo de edad:^{16,17}

- Las adolescentes que inician las relaciones sexuales antes de los 15 años tienen 25% más posibilidades de infectarse por clamidia, un año después de iniciar la actividad sexual, y el 50% de riesgo a los dos años de tener relaciones sexuales.¹⁸
- El 25% de todas las mujeres adolescentes que tienen relaciones sexuales está contagiada de una infección sexual como clamidia o el VPH.¹⁹
- En el año 2017, en los Estados Unidos, el 62% de todos los casos reportados de clamidia, se presentaron en gente de entre 15 y 24 años (1,069,111 casos), con un aumento de 8.8% entre el año 2013 y 2016. Así mismo, en el año 2016 se presentaron 488,700 casos de clamidia, gonorrea y sífilis entre las personas de 15 a 19 años.²⁰

- En Chile, en el año 2018, se registró un aumento del 36% en comparación con el 2016, con relación a las ITS en personas de entre 15 y 24 años.

Infecciones de transmisión sexual más comunes

1. Virus del Papiloma Humano (VPH). Este es un virus de cual existen 200 tipos,²¹ y de éstos, más de 30 se transmiten sexualmente. De los que se adquieren por contacto sexual, 15 son considerados oncogénicos o de alto riesgo, es decir, que pueden causar cáncer.^{22,23} El VPH es la ITS más frecuente en los Estados Unidos^{24,25} y se estima que 14 millones de personas se infectan cada año.

Los tipos 6 y 11 son los más comunes y se presentan en forma de verrugas genitales. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, pues están relacionados con el desarrollo de cáncer cervicouterino.

Más del 80% de las mujeres que tienen relaciones sexuales, se han infectado o se infectarán con uno o más tipos de VPH en algún momento de su vida.²⁶ La transmisión de este virus puede darse con el solo contacto piel con piel de los genitales de una persona infectada con otra y este contagio puede darse incluso cuando la infección no presente síntomas.²⁷ También es importante mencionar que la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen durante los dos primeros años posteriores al contagio.²⁸

Hasta el 50% de las personas infectadas por este virus no tiene síntomas, es decir, no sabe que está infectado; pero sí pueden contagiar a otras personas si tienen relaciones sexuales. La infección por este virus se presenta en hombres y mujeres como lesiones tipo verruga o condilomas en los genitales y la zona del ano.

Se ha demostrado que **mientras más parejas sexuales se tenga a lo largo de la vida, mayor es el riesgo de contagio de VPH.**^{29,30} Alrededor del **80% de las personas infectadas con VPH tiene entre 17 y 33 años, con un grupo de edad pico de 20 a 24 años.**

Cáncer causado por el virus del papiloma humano

a) En mujeres. casi el 100% de las mujeres que padecen este cáncer presenta infección por VPH; esto no significa que todas las mujeres que tienen el virus papiloma humano vayan a desarrollar cáncer, pero sí podemos decir que todas las personas que tienen cáncer cervicouterino han tenido infección por papiloma humano. Así mismo, **es causa muy importante de cáncer en toda la zona genital;** por ejemplo, el 80% de las personas con cáncer de ano, presenta infección por este virus.³¹

El día de hoy se sabe que hay ciertos factores que aumentan en las mujeres el riesgo de presentar cáncer cervicouterino, por ejemplo; aquellas que empezaron a tener relaciones sexuales a más temprana edad, aquellas que acumulan más parejas sexuales a lo largo de su vida, **quienes utilizan anticonceptivos orales y por el consumo de cigarrillos.**³²

b) En hombres. la infección por papiloma humano puede dar lugar a neoplasia intraepitelial del pene y carcinoma de pene.³³

2. Virus del Herpes Simple (VHS). El virus del **herpes simple** es otra infección sexual incurable, muy común. En el año 2012, se estimó que este virus infectó a 417 millones de personas de entre 15 y 49 años a nivel global, con 19,2 millones de infecciones nuevas cada año.³⁴

Este virus afecta la piel o las mucosas de los genitales en hombres y mujeres.³⁵ La infección se transmite al tener relaciones o al tener contacto sexual con alguien que ya presenta el herpes, pero también puede contagiarse cuando no hay ninguna úlcera visible.

Esta infección se presenta como pequeñas ampollas muy dolorosas, llenas de un líquido claro, ubicados en la zona genital y las nalgas o muslos de hombres y mujeres. Antes que las ampollas aparezcan, se siente un hormigueo, ardor, picazón o dolor en esa zona de la piel. **Cuando las ampollas se rompen, dejan úlceras muy dolorosas, las cuales forman costra y sanan lentamente durante siete a catorce días.** También puede presentarse dolor al orinar, fiebre, malestar general, dolores musculares en la espalda, los glúteos, los muslos o las rodillas,

y ganglios linfáticos inflamados y sensibles en la ingle; y en las mujeres se observa la presencia de flujo vaginal anormal.

Un segundo brote puede aparecer semanas o meses después del primero, casi siempre menos intenso. El virus del herpes puede esconderse dentro de las células nerviosas del cuerpo y permanecer latente (dormido) durante mucho tiempo y reactivarse (despertar) en cualquier momento y volver a presentar los síntomas.³⁶ Los pacientes con herpes genital, tiene más posibilidades de presentar la infección por VIH.³⁷

3. Clamidia. Es la **infección sexual bacteriana más común en todo el mundo**,^{38,39} y afecta especialmente a las mujeres. La OMS calcula que cada año ocurren 101 millones de nuevas infecciones de clamidia en todo el mundo.^{40,41}

Esta infección **se presenta con inflamación de la uretra** (que es el conducto por el cual sale la orina del cuerpo), inflamación de los testículos o de la vejiga, inflamación aguda de las trompas uterinas, dolor al orinar y sangrado en las relaciones sexuales.⁴¹

Aunque **el 80% de los infectados no presenta síntomas**,⁴² con el paso del tiempo puede desarrollarse enfermedad pélvica inflamatoria (inflamación de la capa interior del útero y las trompas uterinas que causa cicatrización), la cual es una de las mayores causas de infertilidad en las mujeres. Así mismo, si existe además infección por el VPH aumenta el riesgo de presentar cáncer.^{43,44} La clamidia puede ser transmitida a los recién nacidos durante el parto, si la madre está infectada.

4. Sífilis. Es causada por una bacteria y **genera seis millones de nuevos casos al año en todo el mundo**, la mayoría en países de ingresos bajos y medios.⁴⁵

Se presenta generalmente sin síntomas; pero se puede diagnosticar de manera temprana y darse tratamiento inmediato con penicilina.⁴⁶ Cuando la sífilis no es tratada puede causar daños al sistema nervioso central y periférico, al sistema cardiovascular, al hígado, huesos y articulaciones.⁴⁷ Esta infección aumenta el riesgo de adquirir el VIH.

Entre el 50% y el 80%⁴⁸ de los hijos de mujeres embarazadas e infectadas con sífilis que no reciben tratamiento presentarán: muerte fetal, muerte en los primeros días posteriores al nacimiento y enfermedades congénitas.⁴⁹

5. Gonorrea. Es causada por una bacteria y **genera más de 100 millones de infecciones nuevas cada año en todo el mundo.**⁵⁰

Cuando presenta síntomas, estos aparecen entre dos y cinco días posteriores al contagio.

Los síntomas en las mujeres pueden ser **flujo vaginal, dolor y ardor al orinar, aumento en el número de veces que se va al baño a orinar, dolor intenso en la parte baja del abdomen y fiebre.** Muchas mujeres no tienen síntomas hasta que llegan las complicaciones como infertilidad y embarazos fuera del útero (embarazo ectópico).⁵¹ En los hombres, se manifiesta con: dolor y ardor al orinar, secreción del pene (de color blanco, amarillo o verde), uretra roja o inflamada, testículos sensibles o inflamados. Las mujeres que presentan gonorrea se contagian más fácilmente de VIH.⁵²

6. VIH/SIDA. Es una infección sexual incurable, causada por el virus de inmunodeficiencia humana. Hace casi 40 años se presentaron los primeros pacientes infectados en el mundo por este virus y para el año 2015 vivían 38,8 millones de personas con esta infección.⁵³

Una persona **se infecta de VIH cuando el virus entra al cuerpo, que puede ser por tres vías: la primera y más común, es por contacto sexual con una persona infectada (semen y secreciones vaginales), la segunda es a través de sangre, y la tercera tiene lugar de madre a hijo durante el parto o el periodo de lactancia.**⁵⁴ Tanto los hombres y mujeres menores de 24 años, así como los hombres que tienen penetración anal con otros hombres se ven desproporcionadamente más afectados.⁵⁵

A veces no queda muy clara cuál es la diferencia entre VIH y SIDA. Posterior a la infección, el VIH puede quedarse latente por un tiempo sin generar síntomas, pero al paso de los años, si no se recibe tratamiento, este virus ataca el sistema inmune y lo debilita, es decir, afecta las defensas que el propio cuerpo

produce para atacar las infecciones comunes; por eso los pacientes contagiados que no reciben el tratamiento adecuado, se debilitan rápidamente y mueren por infecciones comunes, que en ellos se vuelven mortales. Después de presentar el contagio por VIH, y si no se recibe tratamiento adecuado, pueden pasar meses, incluso años, para desarrollar SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el cual consiste en presentar un conteo de células CD4 (también llamadas células T4 o linfocitos T cooperadores) menor o igual a 200 células/mm³ de sangre y presentar infecciones oportunistas⁵⁶ o ciertos tipos de cánceres.

Cuando una persona se infecta de VIH, puede inicialmente presentar síntomas como diarrea, fiebre, dolor de cabeza, úlceras en la boca, infección por hongos como *Candida*, dolor en los músculos, sudores fríos, erupciones en la piel y dolor de garganta, entre otros; aunque muchas personas infectadas no presentan síntomas.

Las personas contagiadas por alguna ITS son más propensas a contagiarse del VIH^{57,58} llegando a presentar entre cinco a diez veces más posibilidades de infectarse de VIH. Esto se debe, entre otros factores, a que las infecciones sexuales causan ruptura de la piel y de las barreras de los genitales, lo que permite que el VIH entre más rápido al cuerpo.⁵⁹

Este virus no se transmite por darle un abrazo a una persona con VIH, por piquetes de mosquitos o tocar cosas que hayan sido tocadas por alguien contagiado.

Las infecciones sexuales siguen en aumento...

En México:

- La **gonorrea** aumentó de 1,383 casos en el año 2012 a 4,229 en 2018.
- La **sífilis adquirida** aumentó de 3,272 en el año 2012 a 5,703 en 2018.
- La **sífilis congénita** (que se transmite de una madre infectada a su hijo durante el embarazo) aumentó de 76 casos en el año 2012 a 302 en 2018.⁶⁰
- El **herpes genital** aumentó más del 50% del año 2014 (3,556 casos) al año 2018 (5,854 casos).

- El **VIH** aumentó de 8,153 casos en 2014 a 14,769 casos en el 2018,⁶⁰ siendo un total de 286,700 personas quienes padecen VIH/SIDA. El 82% son hombres y el 94% lo ha adquirido por vía sexual.⁶¹

En Chile:⁶²

- La tasa de **gonorrea** aumentó 36% del año 2016 al 2018.
- En **VIH** aumentó 18.3% entre el año 2017 (5,816 casos) y el año 2018 (6,984 casos).

En Perú:

- Del año 2013 al 2018, aumentaron los casos de **VIH** entre personas de 15 a 19 años (de 770 a 1,589 casos) y de 20 a 29 (de 2939 a 5072 casos).⁶³

En Estados Unidos:⁶⁴

- Del año 2017 al 2018 la **clamidia, gonorrea y sífilis** aumentaron en 200,000 casos, llegando a 2.3 millones de personas infectadas.
- El aumento de **clamidia** entre los años 2013 y 2017 fue de 8.8% en mujeres de entre 15 y 24 años.
- Las infecciones por gonorrea entre el año 2016 y 2017 registraron un aumento de 15.5% en personas de entre 15 y 19 años.
- La **sífilis primaria y secundaria** aumentó en un 83.3% entre el año 2013 y 2017.

Los factores de riesgo más frecuentes para contagiarse de una ITS son: edad temprana del inicio de las relaciones sexuales,⁶⁵⁻⁶⁷ haber tenido varias parejas sexuales,¹⁴ fumar tabaco, y la utilización de algunos métodos anticonceptivos.⁶⁸ Las mujeres jóvenes que inician relaciones sexuales a temprana edad y tienen más de 3 parejas sexuales, tienen más riesgo de contagio de VPH.⁶⁹ Los hombres que inician relaciones sexuales a temprana edad tienen más riesgo de contagio por VPH.⁷⁰

Además de las afectaciones a la salud física que conllevan las infecciones sexuales, éstas también generan problemas

emocionales, sobre todo en las mujeres jóvenes; pues las chicas con estas infecciones se sienten sucias, deprimidas y usadas al haberse contagiado por tener relaciones sexuales.

Caso real 3. Mary es una chica de 21 años que estudia una carrera técnica. Conoció a Octavio, que es dos años mayor que ella, y después de 3 meses iniciaron una relación de noviazgo. Él ya había tenido relaciones sexuales con otras 2 chicas tiempo antes; Mary también había tenido relaciones sexuales con otro chico antes que con Octavio. Mary nos compartió que tanto ella como Juan usaban condón en sus relaciones sexuales anteriores. A los seis meses de empezar a tener relaciones sexuales con Octavio, a Mary le salieron una especie de verrugas con forma de "coliflor" en la zona genital que fueron aumentando de tamaño.

Mary consultó por internet a **Sexo Seguro**, donde un médico especialista le recomendó acudir con el médico para que la examinaran, pues por los síntomas todo indicaba que se trataba de una infección sexual causada por el virus del papiloma humano. Mary acudió a consulta médica y, efectivamente, su doctor le confirmó que tenía esa infección y le hizo una cauterización con ácido en la zona genital afectada. Lamentablemente, al paso de los meses, estas verrugas volvieron a salir. Mary escribió a **Sexo Seguro** solicitando nuevamente un consejo pues se sentía desesperada: tenía 3 verrugas que sentía cada vez que se bañaba y mucho miedo que volvieran a cauterizarla pues le había dolido.

4 meses después, Mary volvió a escribir a **Sexo Seguro**, donde nos comentó que había ido al médico y nuevamente le habían "quemado" las verrugas. También nos confió que su relación había terminado, y la tristeza que sentía por haber arriesgado su salud teniendo relaciones sexuales con quien no había llegado a nada serio.

Recuerda...



- 1** Cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS.
- 2** Las mujeres jóvenes son las personas más afectadas por las ITS.
- 3** El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y el mayor número de parejas sexuales, aumentan las probabilidades de contagiarse de ITS.
- 4** Más del 80% de las mujeres que tienen relaciones sexuales se han infectado o se infectarán con uno o más tipos de VPH en algún momento de su vida.
- 5** Las personas contagiadas por alguna ITS son entre 5 y 10 veces más propensas a contagiarse del VIH.

Referencias

- 1.- Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, et al. Major Infectious Diseases: Key Messages from Disease Control Priorities, Third Edition. In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, et al., editors. Major Infectious Diseases. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 3. Chapter 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525197/>
- 2.- World Health Organization. 2019. Sexually transmitted infections (STIs). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- 3.- Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
- 4.- Satterwhite CL, Newman D, Collins D, Torrone E. Chlamydia Screening and Positivity in Juvenile Detention Centers, United States, 2009-2011. *Women Health*. 2014 Sep 4.
- 5.- Antic LG, Vukovic DS, Vasiljevic MD, Antic DZ, Aleksopoulos HG. Differences in risk factors for cervical dysplasia with the applied diagnostic method in serbia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; (16):6697-701.
- 6.- Freire MP, Pires D, Forjaz R, Sato S, Cotrim I, Stiepcich M, et al. Genital prevalence of HPV types and co-infection in men. *Int Braz J Urol*. 2014; 40(1):67-71.
- 7.- CDC. Incidence, Prevalence, and Cost of Sexually Transmitted Infections in the United States. 2013
- 8.- Liu B, Roberts CL, Clarke M, Jorm L, et al. Chlamydia and gonorrhoea infections and the risk of adverse obstetric outcomes: a retrospective cohort study. *Sex Transm Infect*. 2013; 89(8):672-8.
- 9.- Nguyen M, Cabeza J, Segura E, García PJ, Klausner JD. High Rate of Partner Treatment Among Chlamydia trachomatis-Infected Pregnant Women in Lima, Peru. *Sex Transm Dis*. 2016; 43(5):296-8.
- 10.- Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention. Fact Sheet.- Young People at Risk: HIV/AIDS Among American's Youth (on line). Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services, 2003. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/youth.htm>.
- 11.- Paul C, Van Roode T, Herbison P, Dickson N. Longitudinal study of self-reported sexually transmitted infection incidence by gender and age up to age thirty-two years. *Sex Transm Dis*. 2009; 36:63-69.
- 12.- Tarr ME, William ML. Sexually transmitted infections in adolescent women. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51(2):306-18.
- 13.- Feroli KL, BursteinGR. Adolescent sexually transmitted diseases: new recommendations for diagnosis, treatment and prevention. *MCN Am J Mater Child Nurs*. 2003; 28:113-8.
- 14.- Aral SO, Ward H. Behavioral Convergence: Implications for Mathematical Models of Sexually Transmitted Infection Transmission. *J Infect Dis*. 2014; 210(Suppl 2):S600-S604.
- 15.- Lee SY, Lee HJ, Kim TK, Lee SG, Park EC. Sexually Transmitted Infections and First Sexual Intercourse Age in Adolescents: The Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. 2015; 12(12):2313-23.
- 16.- Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 17.- Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, Su J, Xu F, Weinstock H. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis*. 2013; 40(3):187-93.
- 18.- Tu W, Batteiger BE, Wiehe S, Ofner S, Van Der Pol B, Katz BP, et al. Time from first intercourse to first sexually transmitted infection diagnosis among adolescent women. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(12):1106-11.

- 19.- Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, Berman SM, Markowitz LE. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*. 2009; 124(6):1505-12.
- 20.- Sexually transmitted disease surveillance 2016. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC_2016_STDS_Report-for508WebSep21_2017_1644.pdf
- 21.- Donovan B. Sexually transmissible infections other than HIV. *Lancet*. 2004; 363:545–56.
- 22.- Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, et al. EUROGIN 2014 roadmap: differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int J Cancer*. 2015; 136:2752–60.
- 23.- Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, et al. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *J Natl Cancer Inst*. 2015; 107:djv086–186.
- 24.- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2014; 63(RR-05):1–30.
- 25.- Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis*. 2013; 40(3):187–93.
- 26.- Chesson HW, Dunne EF, Harii S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sex Transm Dis*. 2014; 41(11): 660–664.
- 27.- Lin CC, Hsieh MC, Hung HC, Tsao SM, Chen SC, Yang HJ, et al. Human papillomavirus prevalence and behavioral risk factors among HIV-infected and HIV-uninfected men who have sex with men in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(45):e13201.
- 28.- Silva-Caso W, Olivera-Irazábal M, León-Álvarez P, Del Valle LJ, Díaz-Estacio S, Vargas M, et al. Identification of human papillomavirus as a preventive strategy for cervical cancer in asymptomatic women in the Peruvian Andes. *Asian Pac J Trop Med*. 2014; 7S1:S121-6.
- 29.- Renschmidt C, Kaufmann AM, Hagemann I, Vartazarova E, Wichmann O, Deleré Y. Risk factors for cervical human papillomavirus infection and high-grade intraepithelial lesion in women aged 20 to 31 years in Germany. *Int J Gynecol Cancer*. 2013; 23(3):519-26.
- 30.- Vardas E, Giuliano AR, Goldstone S, Palefsky JM, Moreira ED Jr, Penny ME, et al. External genital human papillomavirus prevalence and associated factors among heterosexual men on 5 continents. *J Infect Dis*. 2011; 203(1):58-65.
- 31.- Ravenda PS, Magni E, Botteri E, Manzotti M, Barberis M, Vacirca D, et al. Prognostic value of human papillomavirus in anal squamous cell carcinoma. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2014; 74(5):1033-8.
- 32.- Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26 Suppl 11:L16-36.
- 33.- Al-Awadhi R, Al-Mutairi N, Albatineh AN, Chehadeh W. Association of HPV genotypes with external anogenital warts: a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2019; 19(1):375.
- 34.- Looker KJ, Magaret AS, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM. Global estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 2 infections in 2012. *PLoS One*. 2015; 10(1):e114989.
- 35.- Eckert LO, Lentz GM. Infections of the Lower and Upper Genital Tract: Vulva, Vagina, Cervix, Toxic Shock Syndrome, Endometritis, and Salpingitis. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2012: chap 23.
- 36.- Schiffer JT, Corey L. Herpes simplex virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 136.

- 37.- Mehta B. A clinico-epidemiological study of ulcerative sexually transmitted diseases with human immunodeficiency virus status. *Indian J Sex Transm Dis.* 2014; 35(1):59-61
- 38.- Calil LN, Igansi CN, Meurer L, Edelweiss MI, Bozzetti MC. Chlamydia trachomatis and human papillomavirus coinfection: association with p16INK4a and Ki67 expression in biopsies of patients with pre-neoplastic and neoplastic lesions. *Braz J Infect Dis.* 2011; 15(2):126-31.
- 39.- Djoba-Siawaya JF. Chlamydia trachomatis, Human Immunodeficiency Virus (HIV) Distribution and Sexual Behaviors across Gender and Age Group in an African Setting. *PLoS ONE,* 2014; 9(3): e90174.
- 40.- de Vries HJ, Schim van der Loeff MF, Bruisten SM. High-resolution typing of Chlamydia trachomatis: epidemiological and clinical uses. *Curr Opin Infect Dis.* 2015; 28(1):61-71.
- 41.- Dimech W, Lim MS, Van Gemert C, Guy R, Boyle D, Donovan B, et al. Analysis of laboratory testing results collected in an enhanced chlamydia surveillance system in Australia, 2008-2010. *BMC Infect Dis.* 2014; 14:325.
- 42.- Ward J, Goller J, Ali H, Bowring A, Couzos S, Saunders M, et al. Chlamydia among Australian Aboriginal and/or Torres Strait Islander people attending sexual health services, general practices and Aboriginal community controlled health services. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:285
- 43.- Deluca GD, Basiletti J, Schelover E, Vásquez ND, Alonso JM, Marín HM, et al. Chlamydia trachomatis as a probable cofactor in human papillomavirus infection in aboriginal women from northeastern Argentina. *Braz J Infect Dis.* 2011; 15(6):567-72.
- 44.- Karim S, Souho T, Benlemlih M, Bennani B. Cervical Cancer Induction Enhancement Potential of Chlamydia Trachomatis: A Systematic Review. *Curr Microbiol.* 2018; 75(12):1667-1674.
- 45.- Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10(12):e0143304.
- 46.- World Health Organization (WHO). Investment Case for Eliminating Mother-to-Child Transmission of Syphilis: Promoting Better Maternal and Child Health and Stronger Health Systems. World Health Organization, 2012. Disponible en: [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/ 9789241504348_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf)
- 47.- Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Presentaciones poco comunes y peligros de la sífilis secundaria: periosteitis, tenosinovitis y anomalías hepáticas. *Reumatol Clin.* 2019; 15(4):242-245.
- 48.- Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health.* 2016; 4:e525–e533.
- 49.- Mallma P, Garcia P, Carcamo C, Torres- Rueda S, Peeling R, Mabey D, et al. Rapid Syphilis Testing Is Cost-Effective Even in Low- Prevalence Settings: The CISNE-PERU Experience. *PLoS ONE.* 2016;11(3): e0149568.
- 50.- Grad YH, Kirkcaldy RD, Trees D, Dordel J, Harris SR, Goldstein E, et al. Genomic epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* with reduced susceptibility to cefixime in the USA: a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis.* 2014; 14(3):220-6.
- 51.- Jamil MS, Hocking JS, Bauer HM, Ali H, Wand H, Smith K, et al. Home-based chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. *BMC Public Health.* 2013; 4:13:189.
- 52.- Peterman TA, Newman DR, Maddox L, Schmitt K, Shiver S. Risk for HIV following a diagnosis of syphilis, gonorrhoea or chlamydia: 328,456 women in Florida, 2000-2011. *Int J STD AIDS.* 2015; 26(2):113-9.

- 53.- GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. 2016; 3(8):e361-e387.
- 54.- National Library of Medicine. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
- 55.- UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
- 56.- Centers for Disease Control and Prevention website. PrEP. Disponible en: www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html.
- 57.- Nelson LE, Tharao W, Husbands W, Sa T, Zhang N, Kushwaha S, Absalom D, et al. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in African, Caribbean and Black men in Toronto, Canada. *BMC Infect Dis*. 2019; 19(1):294.
- 58.- Taylor M, Newman D, Gonzalez J, Skinner J, Khurana R, Mickey T. HIV status and viral loads among men testing positive for rectal gonorrhoea and chlamydia, Maricopa County, Arizona, USA, 2011-2013. *HIV Med*. 2015; 16(4):249-54.
- 59.- Da Ros CT; Da Silva SC. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Asian J Androl*. 2008; 10(1):110-14.
- 60.- Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. 2012 y 2018, México. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>
- 61.- Registro Nacional de Casos de SIDA al 31 de diciembre del 2018, CENSIDA. Secretaría de Salud, México 2018.
- 62.- Departamento de Epidemiología y Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Boletín Epidemiológico Trimestral Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) – Edición N°1, 2019. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/BET_VIH_MARZO_2019.pdf
- 63.- Ministerio de Salud del Perú. Boletín VIH/SIDA 2018. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=656
- 64.- CDC. New CDC analysis shows steep and sustained increases in STDs in recent years. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0828-increases-in-stds.html>
- 65.- Heeren GA, Mandeya A, Jemmott JB, Chiruka RT, Marange CS, Batidzirai JM, et al. Multiple partners and condom use among students at a South African University. *J Evid Based Soc Work*. 2014; 11(5):437-44.
- 66.- Remschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014; 14:1248.
- 67.- Castillo M, Castillo C, Aravena M. Sistematización de la información sobre cáncer cérvico uterino en Chile: Revisión y análisis de estudios de costo-efectividad de la vacuna contra VPH. Departamento de Economía de la Salud División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública MINSAL 2011.
- 68.- Boccalini S, Tiscione E, Bechini A, Levi M, Mencacci M, Petrucci F, et al. Sexual behavior, use of contraceptive methods and risk factors for HPV infections of students living in central Italy: implications for vaccination strategies. *J Prev Med Hyg*. 2012; 53(1):24-9.
- 69.- Del Río-Ospina L, Soto-De León SC, Camargo M, Sánchez R, Mancilla CL, Patarroyo ME, et al. The Prevalence of High-Risk HPV Types and Factors Determining Infection in Female Colombian Adolescents. *PLoS ONE* 2019; 11(11): e0166502.
- 70.- Rodríguez-Álvarez MI, Gómez-Urquiza JL, Husein-El Ahmed H, Albendín-García L, Gómez-Salgado J, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence and Risk Factors of Human Papillomavirus in Male Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10):2210.

Los grandes mitos del condón: ¿protege contra infecciones sexuales y previene embarazos?

El condón puede reducir el riesgo de contagio de algunas de las más de 35 ITS, pero NO elimina todos los riesgos.



El condón es una funda de látex que cubre el pene del hombre (condón masculino); también existe el condón femenino que se coloca dentro de la vagina de la mujer para impedir que el semen llegue a la vagina y al útero.

En nuestra sociedad actual, prevalece la “idea romántica” que el condón evita las infecciones sexuales y los embarazos, razón por la cual su uso es promovido por gobiernos y organizaciones de casi todo el mundo para prevenir el VIH/SIDA, las 35 infecciones sexuales y evitar embarazos no esperados. Nos quieren convencer que utilizar condón implica una “doble protección” y que con este “salvavidas” el sexo con cualquiera y sin reservas carece de riesgo; pero eso, es una gran falacia, un espejismo.

Así que ahora, con información científica, pongamos al señor condón en su lugar; y para ello le dedicaremos este capítulo de manera exclusiva.

Embarazo y condón

Entre los usuarios, estudios científicos reportan una probabilidad de embarazo que va del 13%,¹ 12%,² 17%³ y hasta el 50%⁴ con uso típico del condón*. **Entre un 35 y un 50% reportan deficiencias en el ajuste del mismo** (es decir, que puede quedarles grande o estrecho) y 33% reportan fallas en los últimos seis meses de uso.⁵

Deslizamiento y ruptura

Al ser una funda de plástico delgada, en muchos casos **el condón puede romperse,⁶ deslizarse^{7,8} o tener fugas.^{9,10}**

Varios estudios demuestran que en los jóvenes el deslizamiento y la ruptura del condón va desde un 27%¹¹ y hasta un 51%,¹²⁻¹⁴ siendo que el 67.7% de los fallos corresponde a las rupturas.¹⁵ Así mismo, mientras más viejo es el condón, mayor será el riesgo de romperse.¹⁶

Condón e infecciones sexuales

Con relación a las más de 35 ITS reportadas, los estudios científicos han demostrado que la efectividad del condón para prevenir el contagio de estas va de entre 0 hasta un 80% dependiendo el tipo de ITS,¹⁷ es decir, nunca es 100% seguro.¹⁸

Existen **dos grandes grupos de infecciones sexuales, considerando su medio de contagio:**

1. Aquellas que **se transmiten por fluidos** como el líquido preseminal y el semen en el hombre y el flujo vaginal de la mujer.
2. Las que **se transmiten por el contacto de la piel** de los genitales.

Por ejemplo, investigaciones sobre el condón masculino y su efectividad para prevenir infecciones virales, indican que ésta

*La eficacia del uso típico se refiere a la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso del método anticonceptivos de normal. Este significa como funciona el método cuando la gente lo usa en la vida real; es decir a que a veces presentará fallas o errores en su uso.

es del 59%.¹⁹ En relación al VIH, el cual se transmite por fluidos, los estudios revelan específicamente que la “protección” del condón oscila entre 70%^{20,21} y 80%²² por cada relación sexual, siempre y cuando el uso sea consistente (es decir, usándolo el 100% de las relaciones sexuales y de la manera correcta en todas ellas), y que de no usarse así, carece de esta efectividad.^{23,24}

Se ha demostrado que **la efectividad del condón es mínima para aquellas infecciones que se contagian por el contacto de la piel de los genitales**, como el VPH²⁵ y el VHS, sobre todo cuando la infección se encuentra fuera de la zona que cubre el condón.^{26,27}

Los condones podrían ayudar a prevenir algunas ITS que se contraen a través de los fluidos corporales, como la gonorrea y la clamidia. Sin embargo, brindan menos protección contra las ITS a través del contacto piel a piel, como el VPH (verrugas genitales), el VHS y la sífilis.²⁸

Con relación al condón y la infección por papiloma humano, el uso puede implicar una menor protección que con relación a otras ITS.²⁹ Estudios científicos han reportado que los hombres que siempre usan condón presentan desde 32%³⁰ hasta 37%³¹ de infección por papiloma humano, y actualmente se duda que el uso del condón proteja contra la infección del VPH.³² Algunos datos de México indican que para prevenir la infección por papiloma humano el condón no tiene efectividad.³³

Estrategia fallida

Diversas investigaciones demuestran que **el uso del condón no es una estrategia que haya presentado la confiabilidad esperada**, y que debido a diversos factores personales y sociales que influyen en las conductas sexuales de los jóvenes, ha aumentado aún más el riesgo de contagio de infecciones sexuales.³⁴

También, se ha demostrado que el uso del condón disminuye cuando se utiliza algún otro método anticonceptivo, como es el caso de los hormonales, y esto expone a las personas a un mayor riesgo de contagio de ITS, ya que de manera inadvertida el uso de otros anticonceptivos propicia la sensación de falsa seguridad.³⁵ El uso del condón en varios contextos ha sido de poca eficacia a través de los años.³⁶

La promoción de su uso no lleva a los jóvenes a disminuir las conductas sexuales de riesgo, al contrario, los incita a exponerse a contraer una ITS.^{37,38} Un estudio de 8,994 alumnos de entre 13 y 18 años, dejó en evidencia que 1 de cada siete adolescentes creía que los condones eran 100% seguros, reportando en dicho grupo un 82% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, que aquellos sin esa creencia.³⁹

Se ha demostrado que a mayor número de parejas sexuales, menor es el número veces que se usa el condón, y que incluso, se deja de usar por completo.⁴⁰

Con relación al uso del condón, los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos (CDC), afirman que **el uso consistente y correcto de los condones masculinos de látex puede reducir (aunque no eliminar) el riesgo de transmisión de ITS**, y que para lograr el máximo efecto protector, los condones deben usarse de manera consistente y correcta, pero que el uso inconsistente puede llevar a la adquisición de ITS porque la transmisión puede ocurrir incluso con un solo acto de coito con una pareja infectada. De manera similar, si los condones no se usan correctamente, el efecto protector puede disminuir incluso cuando se usan de manera consistente. Por lo que las formas más confiables de evitar la transmisión de ITS, incluido VIH, son abstenerse de la actividad sexual o estar en una relación mutuamente monógama a largo plazo con un compañero no infectado.⁴¹

¿Sexo anal?

Existe una tendencia a través de los medios de comunicación y ciertos grupos de la sociedad a presentar "ciertas prácticas pseudo sexuales" como si fueran una expresión valiosa del amor humano; siendo que son contradictoras y falsas en sí mismas.

Tal es el caso de los llamados "sexo anal" y "sexo oral". El sexo anal, no tiene nada de sexo, es únicamente "**penetración anal**", pues el ano no forma parte del aparato reproductor, ni en el hombre, ni en la mujer. Y aunque algunos "expertos" en sexualidad humana busquen propagarlo argumentando que el ano es una "zona erógena", ello sería tan absurdo como hablar

de "sexo ótico", porque la "oreja" y parte alta del cuello también podrían ser una zona erógena...

El ano es parte del sistema digestivo y sirve únicamente para la expulsión de todo aquello que uno comió el día anterior, es decir para la defecación, pues es un orificio de salida y no de entrada. Este concentra una cantidad increíblemente alta de bacterias nocivas, de manera que cualquier contacto directo con esa zona implicaría una infección bacteriana, que primero estaría sobre la piel. Al haber fricción durante la penetración, las bacterias pueden comenzar a permear la piel, y si hay diminutas lesiones, esas bacterias pueden entrar y llegar hasta al torrente sanguíneo, razón por la que las ITS son considerablemente más altas en estos casos, que en una relación sexual vaginal, debido a las diferencias anatómicas y fisiológicas entre el ano y la vagina.

La **vagina** está conformada por 4 epitelios o "capas": una mucosa, otra elástica, una fibromuscular y la capa externa. En la infancia, estas capas son delgadas, pero desde la pubertad, se engrosan durante el periodo fértil de la mujer y la protegen de infecciones por bacterias u hongos nocivos.

Por el contrario, en el **ano** cuyo objetivo es la defecación, su epitelio es muy delicado, posee abundante irrigación (gran paso de sangre) y múltiples células de absorción, por lo que es mucho más propicio para permitir la entrada de virus o bacterias al torrente sanguíneo.⁴² Así mismo, al someter el epitelio a la presión de la penetración, se generan desgarros, y se lastiman los anillos musculares del ano que ayudan a la contención de la materia fecal. Todo esto conlleva a 3 principales consecuencias negativas para la salud:

1. Desarrollo de fisuras anales. descritas como desgarros en el canal anal que se presentan con dolor, espasmos y/o sangrado al defecar,⁴³ las que pueden infectarse y generar problemas mayores.

2. Aumento de VIH e ITS. la penetración anal heterosexual tiene un alto riesgo de transmisión del VIH⁴⁴ y otras ITS.⁴⁵ El informe de los CDC sobre VIH/SIDA del 2015 entre mujeres, describe un aumento dramático en la transmisión heterosexual

del VIH, especificando el sexo anal receptivo como uno de los factores de riesgo para las mujeres.⁴⁶

La **penetración anal es una conducta sexual de riesgo** y las mujeres que lo practican tienen mucho mayor número de parejas sexuales que quienes no lo practican (más de 5 parejas sexuales),⁴⁷ así como aumento en el consumo de drogas.⁴⁸

Una revisión exhaustiva de la transmisión del VIH en parejas heterosexuales, determinó que la penetración anal receptiva tenía un riesgo del 1.7% de transmisión del VIH, en comparación con las relaciones sexuales vaginales que presentaron un riesgo del 0.08% de transmisión de hombre a mujer y del 0.04% de transmisión de mujer a hombre.⁴⁹

Con relación a la penetración anal entre hombres, un importante estudio en Holanda, en clínicas para tratar infecciones sexuales, refirió que un 68% presentó gonorrea, un 90% HIV y un 96% sífilis.⁵⁰ Asimismo, datos del 2015 indican que la proporción más alta de contagio de VIH en Europa se ha presentado en hombres que practican penetración anal, siendo de un 42% del total.⁵¹

Un estudio en China en 2018⁵² sobre 4,496 hombres que practicaban penetración anal con hombres, concluyó que aquellos entre los 16 y 21 años presentaron VIH en un 5.4%, hemorragias anales en un 19.8% y uso de drogas recreativas en un 19.5%. Así mismo, se ha reportado un aumento del cáncer de ano asociado al virus del papiloma humano.⁵³

3. Incontinencia fecal. El ano posee unos anillos musculares, llamados esfínteres. Esos esfínteres cumplen la función de permanecer cerrados, a fin de evitar evacuaciones involuntarias. Con la penetración anal, los esfínteres son expuestos a fuerzas opuestas, que eventualmente acabarán dañándolos. Estudios científicos han reportado aumento de incontinencia fecal en mujeres y hombres que practican penetración anal.^{54,55}

La penetración anal, nada tiene que ver con la expresión del amor en una relación sexual, por el contrario, esta práctica es violenta y lastima la dimensión corporal, emocional y espiritual de las personas.

¿Sexo oral?

El llamado **sexo oral**, se refiere a la estimulación de los órganos sexuales con la boca, los labios o la lengua, sobre los genitales masculinos, femeninos o ambos; e implica que el hombre eyacule dentro de la boca de la mujer.

Esta también es una **conducta sexual de riesgo que está relacionada con un aumento en las infecciones sexuales de la boca y la garganta**, el consumo de marihuana, edad más temprana de inicio de las relaciones sexuales, historia de clamidia y verrugas anogenitales⁵⁶ y más de 16 parejas sexuales.⁵⁷

Este tipo de prácticas aumenta el riesgo de contagio de ITS orofaríngeas (de boca y garganta)⁵⁸ como condiloma acumulado y papiloma/condiloma, sífilis oral o faríngea, faringitis gonocócica, infección por el virus del herpes simple y faringitis por clamidia;⁵⁹ así como un aumento dramático de carcinoma orofaríngeo inducido por el VPH. El estudio de Cossellu⁶⁰ reporta que las mujeres con diagnóstico de virus del papiloma humano cervical y sus parejas masculinas tienen un alto riesgo de infección subclínica por virus de papiloma humano oral, de 20.4% y 30.7% respectivamente.

El estudio de Nguyen de 2016,⁶¹ concluyó que el **60% de los casos de cáncer orofaríngeo reportados en los Estados Unidos, están asociados a infección por VPH vinculado estrechamente a la penetración oral**. En Alemania⁶² en 2017, se reportó que de los casos de cáncer atribuibles al VPH en hombres, el 46% fue orofaríngeo, el 36% anal y 16% cáncer de pene. En relación a las mujeres y los casos de cáncer atribuibles al VPH, el 70.9% fue cervical, el 14% anal y el 3.2% orofaríngeo.

Sexo oral vs preludio sexual

Es importante no confundir “sexo oral” con el “preludio sexual”, ambos son completamente diferentes. Como ya se comentó, el sexo oral implica la eyaculación del hombre dentro de la boca de la mujer y niega la entrega total entre ambos cónyuges. Esta práctica es muy común en las relaciones con mínimo o nulo compromiso donde el hombre busca su propio placer y

lograr el orgasmo sin ningún riesgo de embarazo “ni infección sexual”; y es muy propia de la prostitución.

Por otro lado, **el preludio sexual, o preparación para el acto sexual, se refiere a las muestras de cariño, besos y caricias en cualquier parte del cuerpo, que preceden al acto sexual.** Dentro del matrimonio éstas son necesarias para expresar el amor y en un contexto de cariño y respeto por el cónyuge, permiten la unión y pueden contribuir a la culminación del placer sexual tanto para el hombre como para la mujer. Sin todo este preludio, demostración de cariño y preocupación por el otro, el acto sexual se limitaría a una relación meramente instintiva o animal.

El condón, ¿te protege?

No sé si alguna vez has estado hospitalizado o en un quirófano; pero cuando los médicos operan a sus pacientes, lo hacen siempre vistiendo un “traje quirúrgico” completamente limpio y esterilizado que cubre todo su cuerpo; así mismo, usan guantes de látex grueso, cubre bocas especial, lentes, gorro y hasta botas; y todo esto lo hacen para cuidar la salud del paciente, pero también para evitar contagiarse de alguna probable enfermedad que el paciente pudiera tener. En especial, cuando se opera a una persona con VIH o hepatitis B (ambas son infecciones sexuales altamente contagiosas por sangre), después de la cirugía se destruyen todas las batas o ropa que haya tenido contacto con sangre o líquidos del paciente infectado.

En México, por ejemplo, las autoridades de salud recomiendan que si se tiene contacto con un paciente con VIH siempre hay que lavarse las manos antes y después de tocar al paciente, usar guantes, bata o ropa impermeable y usar máscara o lentes siempre que exista posibilidad de salpicaduras, todo esto para cuidar a los pacientes pero también al personal de salud de no resultar contagiado.

Todos estos cuidados y precauciones deben tenerse ante un posible contacto con sangre y fluidos de una persona que padezca ciertas infecciones sexuales... Conociendo esto y con toda la información presentada, **¿crees tú que, al inducir a los**

jóvenes a tener prácticas y relaciones sexuales totalmente desnudos y utilizando solo un condón “para protegerse”, se está previniendo eficazmente el contagio de las infecciones sexuales?

Actualmente, la mayoría de los gobiernos, las instituciones de salud pública, los organismos internacionales y fundaciones de la sociedad civil, promueven el uso del condón, sobre todo en jóvenes y, pareciera que consideran a la juventud incapaz de esperar y optar por mejores opciones para su vida y su futuro.

El bombardeo promocional del “uso del condón” le ha hecho creer a los jóvenes, y sobre todo a los hombres, que sus actos no tienen consecuencias, lo cual, además de falso, lastima a muchas personas en el camino.

En conclusión, el condón vuelve irresponsable al hombre y vulnerable a la mujer. ¿Sabías que en México hay más de 4,5 millones de mujeres que son madres solteras y muchas de ellas son adolescentes, y que, aunque se esfuercen todos los días por salir adelante, la vida de esas familias y de esos niños esta privada de la presencia masculina, del ejemplo, del cuidado y del cariño de un papá?

Fomentar el uso del condón indiscriminadamente ha sido un factor importante en el deterioro que actualmente vive la masculinidad, pues les ha hecho creer a los hombres que:

1. Ante un deseo, no se pueden controlar esperando de esto un bien mayor.
2. Sus actos no tienen consecuencias y pueden hacer lo que quieran, bueno o malo sin que nada suceda a futuro.
3. Se puede usar a las mujeres y después abandonarlas como objetos sin valor.

A las mujeres, lejos de dignificarlas, la irresponsabilidad del hombre las deja por lo general solas y lastimadas.

Cada uno de nuestros actos, sean buenos o malos, traen consigo consecuencias. Si uno tiene examen en la universidad, se

prepara estudiando, pues no hacerlo conlleva reprobar el examen; si uno come helado, papás fritas y toma refresco todo el día, al paso de las semanas subirá de peso; si uno se expone al sol por 8 horas seguidas sin protección se quema la piel. Todos nuestros actos tienen consecuencias, y nosotros, como adultos y padres de familia debemos orientar y formar a nuestros hijos para que sean responsables en las decisiones que toman y así puedan ejercer su libertad.

Recuerda...



- 1** La protección del condón es mínima contra aquellas infecciones sexuales que se contagian por el contacto de la piel de los genitales.
- 2** La promoción del uso del condón en jóvenes aumenta el riesgo de relaciones sexuales de riesgo.
- 3** La penetración anal aumenta riesgo de presentar desarrollo de fisuras anales, infecciones sexuales e incontinencia fecal.
- 4** La práctica del "sexo oral" aumenta el riesgo de infecciones sexuales en garganta y boca.
- 5** El preludio sexual, es la preparación para la relación sexual, y es necesario como demostración de cariño y preocupación por el otro.

Referencias

- 1.- Sundaram A, Vaughan B, Kost K, Bankole A, Finer L, Singh S, et al. Contraceptive Failure in the United States: Estimates from the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017; 49(1):7-16.
- 2.- Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health*. 2009; 44(1):55-63.
- 3.- Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008; 77(1):10-21.
- 4.- Gayón VE, Hernández OH, Sam SS, Lombardo AE. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex*. 2008; 76(2):88-96.
- 5.- Siegler AJ, Rosenthal EM, Sullivan PS, Ahlschlager L, Kelley CF, Mehta CC, Moore RH, Rosenberg ES, Cecil MP. Double-Blind, Single-Center, Randomized Three-Way Crossover Trial of Fitted, Thin, and Standard Condoms for Vaginal and Anal Sex: C-PLEASURE Study Protocol and Baseline Data *JMIR Res Protoc*. 2019; 8(4):e12205.
- 6.- Amengual Mde L, Canto ME, Berenguer IP, Pol MI. Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2733.
- 7.- Bauzà-Amengual ML, Esteva M, Ingla-Pol M, Font-Oliver MA, March S. Discourses on the postcoital pill in young women. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):803.
- 8.- Crosby R, Shrier LA, Charnigo RJ, Weathers C, Sanders SA, Graham CA, et al. A prospective event-level analysis of condom use experiences following STI testing among patients in three US cities. *Sex Transm Dis*. 2012; 39(10):756-60.
- 9.- Crosby R, Graham C, Milhausen R, et al Associations between rushed condom application and condom use errors and problems. *Sex Transm Infect*. 2015; 91:275-277.
- 10.- Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health*. 2012; 9(1):81-95.
- 11.- Crosby RA, Milhausen RR, Sanders SA, Graham CA, Yarber WL. Condoms are more effective when applied by males: a study of young black males in the United States. *Ann Epidemiol*. 2014 Aug 7. pii: S1047-2797(14)00368-8.
- 12.- Hall KM, Brieger DG, De Silva SH, Pfister BF, Youlden DJ, John-Leader F, Pit SW. Errors and Predictors of Confidence in Condom Use amongst Young Australians Attending a Music Festival. *J Sex Transm Dis*. 2016; 6054870.
- 13.- Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Gram CA, Arno JN. Slips, breaks and "falls": condom errors and problems reported by men attending an STD clinic. *Int J STD AIDS*. 2008; 19(2):90-3.
- 14.- Coyle KK, Franks HM, Glassman JR, Stanoff NM. Condom Use: Slippage, Breakage, and Steps for Proper Use Among Adolescents in Alternative School Settings. *J Sch Health*. 2012; 82(8):345-352.
- 15.- Oleribe OO, Okojie OH, Burstow NJ, Taylor-Robinson SD. Premarital sex and condom use among trainee healthcare workers: an exploratory study of selected healthcare training institutions in Enugu State, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019; 32:7.
- 16.- Kanakis, G. A., and D. G. Goulis. Male contraception: a clinically-oriented review. *Hormones (Athens)* 2015; 14(4):598-614.
- 17.- Winer RL, Huges JP, Qinghua F, O'Reilly BS, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Eng J Med*. 2006; 354(25):2645-54.

- 18.- Remis RS, Alary M, Liu J, Kaul R, Palmer RW. HIV Transmission among Men Who Have Sex with Men due to Condom Failure. *PLoS One*. 2014; 9(9):e107540.
- 19.- Crosby RA, Charnigo RA, Weathers C, Caliendo AM, Shrier LA. Condom effectiveness against non-viral sexually transmitted infections: a prospective study using electronic daily diaries. *Sex Transm Infect*. 2012; 88(7):484-9.
- 20.- Giannou FK, Tsiara CG, Nikolopoulos GK, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, Bonovas S, Hatzakis A. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2016; 16(4):489-99.
- 21.- Hughes JP, Baeten JM, Lingappa JR, Magaret AS, Wald A, de Bruyn G, et al. Determinants of per-coital-act HIV-1 infectivity among African HIV-1-serodiscordant couples. *J Infect Dis*. 2012; 205(3):358-65.
- 22.- Lasry A, Sansom SL, Wolitski RJ, Green TA, Borkowf CB, Patel P, et al. HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: assessing the effects of combining prevention strategies. *AIDS*. 2014; 28(10):1521-9.
- 23.- Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sexual Health*. 2012; 9:10-17.
- 24.- Warner L, Gallo MF, Macaluso M. Condom use around the globe: how can we fulfill the prevention potential of male condoms? *Sex Health*. 2012; 9(1):4-9.
- 25.- Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2002; 29(11):725-35.
- 26.- Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, Magaret AS, Langenberg A, Stanberry L, et al. A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition. *Arch Intern Med*. 2009; 169(13):1233-40.
- 27.- Genuis SJ, Genuis SK. Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. *Postgrad Med J*. 2005; 81:399-301.
- 28.- HIV/AIDS Prevention. Centers for Diseases Control and Prevention Web Site. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html>
- 29.- Renschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014; 14:1248.
- 30.- Pierce Campbell CM, Lin HY, Fulp W, Papenfuss MR, Salmerón JJ, Quiterio MM, et al. Consistent condom use reduces the genital human papillomavirus burden among high-risk men: the HPV infection in men study. *J Infect Dis*. 2013; 208(3):373-84.
- 31.- Nielson CM, Harris RB, Nyitray AG, Dunne EF, Stone KM, Giuliano AR. Consistent condom use is associated with lower prevalence of human papillomavirus infection in men. *J Infect Dis*. 2010; 202(3):445-51.
- 32.- Leslie SW, Kumar S. Genital Warts. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441884/>
- 33.- Repp KK, Nielson CM, Fu R, Schafer S, Lazcano-Ponce E, Salmerón J, et al. Male human papillomavirus prevalence and association with condom use in Brazil, Mexico, and the United States. *J Infect Dis*. 2012; 205(8):1287-93.
- 34.- Fedina L, Howard DE, Wang MQ, Murray K. Teen Dating Violence Victimization, Perpetration, and Sexual Health Correlates Among Urban, Low-Income, Ethnic, and Racial Minority Youth. *Int Q Community Health Educ*. 2016; 37(1):3-12.

- 35.- Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37(10):936-42
- 36.- No authors listed] For Disadvantaged Urban Blacks, Condom Use May Vary with Relationship Type and Partner's Drug Use. *Perspect Sex Reprod Health.* 2016; 48(4):238-239.
- 37.- Carvalho T, Alvarez MJ, Barz M, Schwarzer R. Preparatory behavior for condom use among heterosexual young men: a longitudinal mediation model. *Health Educ Behav.* 2015; 42(1):92-9.
- 38.- Edelman N, Cassell JA, de Visser R, Prah P, Mercer CH. Can psychosocial and socio-demographic questions help identify sexual risk among heterosexually-active women of reproductive age? Evidence from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health.* 2017; 17(1):5.
- 39.- Osorio A, Lopez-del Burgo C, Ruiz-Canela M, Carlos S, de Irala J. Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015; 5(4):e007826.
- 40.- Jacob C, Lindeman KV, Klewer J, Kugler J. Awareness of HIV Transmission Risks and Determinants of Sexual Behaviour: Descriptive and Multivariate Analyses among German Nursing Students. *Cent Eur J Public Health.* 2016; 24(4):255-261.
- 41.- Center for Disease Control and Prevention (Internet). Disponible en: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.html>
- 42.- Stevens A; Lowe J. *Texto y Atlas de Histología.* Mosby/Doyma; España: 1995, página: 170, 325.
- 43.- Beaty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016; 29(1): 30–37.
- 44.- Malunguza NJ, Hove-Musekwa SD, Mukandavire Z3. Projecting the impact of anal intercourse on HIV transmission among heterosexuals in high HIV prevalence settings. *J Theor Biol.* 2018 Jan 21;437:163-178.
- 45.- Stulhofer A, Baćak V. Is anal sex a marker for sexual risk-taking? Results from a population-based study of young Croatian adults. *Sex Health.* 2011; 8(3):384-9.
- 46.- Hatch-Maillette MA, Beadnell B, Campbell AN, Meade CS, Tross S, Calsyn DA. Heterosexual Anal Sex Among Men and Women in Substance Abuse Treatment: Secondary Analysis of Two Gender-Specific HIV-Prevention Trials. *J Sex Res.* 2017; 54(1):33-41.
- 47.- Chow EPF, Wigan R, McNulty A, Bell C, Johnson M, Marshall L6, et al. Early sexual experiences of teenage heterosexual males in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2017; 7(10):e016779.
- 48.- Benson LS, Martins SL, Whitaker AK. Correlates of Heterosexual Anal Intercourse among Women in the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *J Sex Med.* 2015; 12(8):1746-52.
- 49.- Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: Systematic review and meta analysis of observational studies. *The Lancet-Infectious Diseases.* 2009; 9:118–129.
- 50.- van den Broek IVF, van Aar F, van Oeffelen AAM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2015. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2016.
- 51.- World Health Organization. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015, 2016.
- 52.- Mao X, Wang Z, Hu Q, Huang C, Yan H, Wang Z, et al. HIV incidence is rapidly increasing with age among young men who have sex with men in China: a multicenter cross-sectional survey. *HIV Med.* 2018; 19(8): 513–522.

- 53.- Islami F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Bray F, Jemal A. International trends in anal cancer incidence rates. *Int J Epidemiol.* 2016; 46(3):924–38.
- 54.- Geynisman-Tan J, Kenton K, Leader-Cramer A, Dave B, Bochenska K, Mueller M, et al. Anal Penetrative Intercourse as a Risk Factor for Fecal Incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2018; 24(3):252-255
- 55.- Markland AD, Dunivan GC, Vaughan CP, Rogers RG. Anal Intercourse and Fecal Incontinence: Evidence from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Gastroenterol.* 2016; 111(2):269-74.
- 56.- Schlecht NF, Burk RD, Nucci-Sack A, Shankar V, Peake K, Lorde-Rollins E, et al. Cervical, anal and oral HPV in an adolescent inner-city health clinic providing free vaccinations. *PLoS One.* 2012; 7(5):e37419.
- 57.- Sonawane K, Suk R, Chiao EY, et al. Oral Human Papillomavirus Infection: Differences in Prevalence Between Sexes and Concordance With Genital Human Papillomavirus Infection, NHANES 2011 to 2014. *Ann Intern Med.* 2017; 167(10):714–724.
- 58.- Fernández-López C, Morales-Angulo C. Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017; 68(3):169-180.
- 59.- Gaspari V, Marangoni A, D'Antuono A, Roncarati G, Salvo M, Foschi C, et al. Pharyngeal Chlamydia and gonorrhoea: a hidden problem. *Int J STD AIDS.* 2019; 30(8):732-738.
- 60.- Cossellu G, Fedele L, Badaoui B, Angiero F, Farronato G, Monti E, et al. Prevalence and concordance of oral and genital HPV in women positive for cervical HPV infection and in their sexual stable partners: An Italian screening study. *PLoS One.* 2018 Oct 18;13(10):e0205574.
- 61.- Nguyen NP, Nguyen LN, Sroka T, Hong-Ly B, Chi A, Vos P, et al. Oral sex and oropharyngeal cancer: The role of the primary care physicians. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(28): e4228.
- 62.- Buttman-Schweiger N, Deléré Y, Klug SJ, Kraywinkel K. Cancer incidence in Germany attributable to human papillomavirus in 2013. *BMC Cancer.* 2017; 17(1):682.

¿Por qué el embarazo en adolescentes es de alto riesgo?

Una consecuencia de tener relaciones sexuales en la adolescencia y en la juventud temprana es el embarazo inesperado.



Caso real 4. Paulina es una chica de 17 años. Vive con su mamá y sus 2 hermanas; su padre abandonó el hogar hace varios años. Ella estudia el segundo año de preparatoria y nunca ha tenido novio. En la escuela conoció a Nacho de 18 años, quien empezó a hablarle e invitarla a salir; al poco tiempo de esto, empezaron a ser novios, sin el conocimiento de la mamá de Paulina. A los 2 meses de noviazgo, él la convenció de tener relaciones sexuales. Ella no estaba muy segura, pero al sentirse “ilusionada y enamorada” accedió. Nacho usaba condón para evitar un embarazo, no obstante, ella quedó embarazada a los tres meses de haber iniciado las relaciones sexuales.

Paulina escribió a **Sexo Seguro**:

Estoy desesperada, tengo dos meses sin mi periodo y me hice hace tres días dos pruebas de embarazo y salieron positivas. Mi novio me dice que estoy embarazada y que él me apoya en lo que yo decida, pero creo que no quiere el bebé. ¿Qué puedo hacer? No estoy lista para ser mamá todavía, pero nunca abortaría a mi hijo.

Un médico especialista de **Sexo Seguro** la orientó, le recomendó acudir con un médico para que la examinara. La invitó a escuchar su corazón, a conversarlo con su novio y a contarle a su mamá y sus hermanas.

Paulina volvió a escribir a los 15 días lo siguiente:

Hola, quiero contarles que me siento triste, lloro todo el día, no quiero comer y mi mamá ya sabe que estoy embarazada y está enojada, pero me dice que me va a apoyar para que lo tenga. Mi novio dice que él no quiere ser papá todavía; ya no quiero estar con él, me siento rechazada.

Durante los siguientes tres meses, Paulina realizó algunas consultas a **Sexo Seguro**; casi al sexto mes de su embarazo escribió:

Hola, desde hace unas semanas estoy viviendo algo muy especial y se los quería compartir. Mi bebé ya se mueve, está dentro de mí, lo siento; ya no me siento triste, me da ilusión conocer a mi bebé. Mi mamá ya no está enojada y estamos preparando con mis hermanas las cosas para recibirlo. He seguido estudiando y, aunque es más difícil, sé que tengo que salir adelante. Sobre el papá de mi bebé, ya no somos novios, él está confundido y por ahora mejor estamos distanciados. Voy a sacar a mi bebé adelante. Gracias por sus consejos.

Seguramente has escuchado la expresión “embarazo no deseado”, que se refiere a un embarazo en adolescentes, fuera de una relación estable, o cuando no se quiere asumir la paternidad después de una relación sexual en la etapa fértil de la mujer. ¿Qué piensas respecto a que existan personas en este mundo no deseadas por nadie, y que sería mejor que nunca nacieran? ¿No te parece que es una visión egoísta y discriminatoria, y que todos tenemos derecho a la vida?

Por esto, te propongo que **para hablar de embarazos que llegan de forma sorpresiva mejor nos refiramos a “embarazos inesperados”**, pues en un principio, ambos padres, uno de

ellos, o los abuelos, etc; podrían no saber cómo reaccionar ante la noticia de un embarazo; pero con el paso de las semanas, ello podría cambiar para bien y el bebé ser recibido con enorme alegría por la propia familia o por una nueva familia adoptiva.

El embarazo inesperado, es una de las consecuencias de tener relaciones sexuales en la adolescencia y la juventud.

Los jóvenes que inician relaciones sexuales a temprana edad tienen más posibilidad de acumular varias parejas sexuales a lo largo de toda su vida y de tener un embarazo inesperado a menor edad.¹

Un embarazo en esta etapa de la vida puede tener consecuencias negativas tanto para los padres como para el hijo; por ejemplo, exponer la salud del recién nacido así como la de su madre, contribuir a la pérdida de oportunidades educativas, limitar la posibilidad de conseguir empleo para los padres e incrementar el riesgo de vivir en pobreza.

Los **niños que nacen de mamás adolescentes tienen más probabilidad** de presentar los siguientes riesgos:

- **Nacer antes de tiempo**^{2,3}
- Tener talla pequeña para la edad gestacional⁴
- Tener bajo peso al nacer⁵
- Nacer con **malformaciones**⁶
- Presentar mayor **posibilidad de mortalidad neonatal**⁷⁻⁹ e infantil¹⁰
- Tener **accidentes en la infancia, problemas de aprendizaje, de salud mental,** y sufrir maltrato ¹¹

Los **niños que nacen de padres adolescentes tienen hasta 60% más posibilidades de morir.**¹² Cuanto más joven sea la madre (menor de 18 años), mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.¹³

La llegada de una nueva vida siempre es un regalo. **¿Cómo recibiríamos la noticia de habernos ganado la lotería?**, seguramente sería tal la sorpresa que querríamos compartirla con la familia y amigos cercanos. Pues bien, **la llegada de un hijo**

tiene un valor infinitamente mayor que ganarse la lotería; sin embargo, ese bebé merece nacer en una familia que le provea cariño, estabilidad y bienestar, es decir una familia donde sus padres estén juntos, casados y se quieran.

Aunque la llegada de un hijo es siempre una bendición, ser madre adolescente no es fácil, pues muchas chicas terminan enfrentando solas la maternidad, como madres solteras, o viviendo dentro de matrimonios forzados por la presión familiar, que resultan ser generalmente inestables.¹⁴ Todo esto se asocia con mayor **dependencia económica, abuso infantil, limitación para seguir estudiando,¹⁵ deserción escolar¹⁶ trabajos informales¹⁷ y actividad criminal.¹⁸**

Por ejemplo, las mujeres que tienen un bebé durante sus años de adolescencia, tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza y acudir a un menor número de consultas prenatales.¹⁹ Así mismo, tienen mayor riesgo de presentar **depresión²⁰**, de hecho, el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para presentar depresión durante el embarazo, en el postparto²¹ y en la edad adulta.²²

Datos de países de ingresos altos, indican que la depresión en adolescentes embarazadas va del 25 al 47%,²³⁻²⁵ y estudios en Latinoamérica demuestran rangos de entre 21 y 39%²⁶ de adolescentes embarazadas que presentan síntomas de depresión y un 12.9% presenta depresión clínica.

Las **adolescentes embarazadas, tienen mayor riesgo de dejar la escuela y vivir en pobreza,²⁷** así mismo, los hijos de padres adolescentes tiene más riesgo de dejar la escuela, ser encarcelados, tener problemas de conducta y, a su vez, tener hijos durante la adolescencia,²⁸ en tanto que las **niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes.²⁹**

Embarazo adolescente en América

Existen 252 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad en las distintas regiones en desarrollo en el mundo. De ese total, 38 millones son sexualmente activos. La Organización Panamericana de la Salud estima que anualmente hay cerca de

16 millones de embarazos en adolescentes en el rango de edad entre 15 a 19 años y 2 millones de embarazo en adolescentes menores de 15 años.³⁰

Estados Unidos sigue presentado la tasa más alta de embarazo adolescente entre los países desarrollados³¹ y la mayoría de estos embarazos son inesperados.³² Aproximadamente, cada año, 750,000 mujeres adolescentes menores de 20 años quedan embarazadas en los Estados Unidos y más de 75% de estos embarazos no son planeados.³³ En 2016, en chicas norteamericanas de entre 15 a 19 años, se presentaron 209,809 nacimientos.³⁴

Datos de la OMS estiman que **América Latina y el Caribe** cuentan con la segunda tasa de fecundidad más alta en todo el mundo. Mientras que la tasa mundial de nacimientos es de 46 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de entre 15 a 19 años, en la región de América Latina y el Caribe la tasa es de 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de este mismo rango de edad. De todos los embarazos registrados en la región de América Latina y el Caribe, alrededor del 15 % son en menores de 20 años.³⁰

Datos del Gobierno de **México** del 2018, refieren que el embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años ha disminuido paulatinamente; presentado un tasa de 77 nacimientos por cada 1,000 adolescentes en 2012, a 70.5 en 2018; lo que representa una disminución del 8.4%; pero en el caso de niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años, se presentó un aumento de 1.9 nacimientos por cada 1,000 niñas en el año 2012 (10,377), a 2.1 en 2015 (11,488), lo que representa un aumento del 9.5%.³⁵

Una de cada cinco adolescentes en **Colombia**, entre 15 y 19 años de edad, está o ha estado embarazada y el 64% de estos embarazos no fueron planeados.³⁵ En 2017 se registraron 420,047 niños recién nacidos, 20% de los cuales (86,239) nacieron de adolescentes entre 15 y 19 años. En Colombia, el número de nacimientos por cada 1,000 adolescentes en el grupo de 15 a 19 años en 2015, fue menor que en países de América Central, como Guatemala y Nicaragua, pero más alto que en otros países de Sudamérica como Chile y Perú.³⁶

En el **Perú**, el embarazo adolescente se presenta en 14.6% de esta población.³⁷ La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2014 encontró que el 25% de mujeres entre los 15 a 19 años de edad mantenían una vida sexual activa y habían tenido más de una pareja sexual. Un estudio en escolares de secundaria de Perú, evidenció que el 11% de los adolescentes mantiene una vida sexual activa, principalmente los varones.³⁸ Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en **Perú**, y este promedio sube a diez, cuando las menores llegan a esta edad.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar³⁹ realizada en 2017, revela que el 13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año, lo que significó un alza del 0.7% con respecto al 2016. El porcentaje se mantuvo en el mismo rango en los últimos cinco años, pues en 2013 hubo un 14 % de adolescentes embarazadas; en el 2014 la cifra fue 14.6 % y en 2015 fue 13.6 %.⁴⁰

Con relación al embarazo adolescente en **Chile**, Velarde⁴¹ reporta que de 1992 a 2012, la tasa de natalidad experimentó un descenso del 25%. Datos de la OPS indican que en **Chile**, entre el 2011 y el 2015, la tasa de fecundidad de las adolescentes se redujo en más de 10%. En el 2015, se situaba en 21.11 por 1,000 mujeres en edad fecunda, lo que era inferior al promedio de 24.4 registrado en los países de la OCDE.⁴²

Cifras de México indican que **las mujeres que inician las relaciones sexuales durante los primeros años de la adolescencia tienen mucho mayor probabilidad de ser madres adolescentes** que aquellas que retrasan la edad de inicio de la vida sexual.⁴³ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada por el Gobierno Mexicano reportó que de las chicas adolescentes (12 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales (21.5% de todo el país), el 51.9% (es decir, más de la mitad) habían estado o estaban embarazadas.⁴⁴

Los resultados del análisis de Wado⁴⁵ de 2019 a más de 21,000 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, concluye que las chicas que inician relaciones sexuales a temprana edad tienen mayores probabilidades embarazarse antes de los 19

años. Así mismo, las adolescentes que tienen mayor acceso a la educación, tienen menor posibilidad de vivir la maternidad temprana al mejorar su conocimiento y capacidad para prevenir embarazos, y retrasar las relaciones sexuales.

El estudio de 2019 de Hubert⁴⁶ que entrevistó a 1,639 adolescentes y jóvenes, concluyó que la asistencia a la escuela y mayor nivel educativo, disminuyen significativamente la probabilidad de haber estado alguna vez embarazada, y que retrasar el inicio de la vida sexual activa, puede reducir la tasa de embarazos en adolescentes.

¿En qué momento inicia la vida de una nueva persona?

La vida humana comienza desde el momento de la fecundación, es decir, de la unión del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre, casi siempre posterior a una relación sexual. **Desde el primer contacto y fusión de las membranas plasmáticas del óvulo y del espermatozoide, se inicia un proceso de desarrollo continuo de una nueva vida humana genéticamente diferente a su madre y su padre llamado en esta etapa "cigoto humano".**



Foto 7. Fecundación, unión del óvulo con el espermatozoide.

Durante toda la etapa embrionaria, el desarrollo es **continuo**, siempre y cuando no exista una intervención externa, se presentarán distintas etapas coordinadas unas con otras, cuyo orden no se altera.

Esta nueva persona posee material genético distinto al de sus padres y al de cualquier otro ser humano. Así mismo, la vida de esta nueva persona es autónoma: ella, por si sola, coordina su crecimiento y desarrollo, es decir, posee la fuerza interior que le permite crecer y desarrollarse por si misma durante nueve meses de vida intrauterina, y después de su nacimiento todos los días de su vida hasta la muerte. Claro que este pequeño cigoto (que después será embrión y feto) es dependiente, lo que implica que necesitará del cuerpo de su mamá, de los nutrientes y del oxígeno que ella le aporta para poder crecer y desarrollarse durante los 9 meses del embarazo. Esta necesidad es similar a la que tiene un niño recién nacido de ser cuidado por sus padres, pues si bien es autónomo (su crecimiento y desarrollo dependen de él), sigue necesitando de alguien más, sea su madre o algún adulto que lo alimente, lo cubra y lo cuide durante esta etapa de su vida, pues de otra manera, no podría sobrevivir.

En general, podemos identificar **3 estadios en el desarrollo embrionario de toda persona**: cigoto (desde la fecundación y durante el primer día de vida), embrión (desde el segundo día de vida hasta la octava semana de vida) y feto (desde la octava semana de vida hasta su nacimiento). El **cigoto es un ser humano** constituido por una sola célula que en su interior **contiene toda la información y la capacidad necesaria para desarrollarse** y dar lugar a diferentes etapas del desarrollo durante nueve meses hasta su nacimiento.

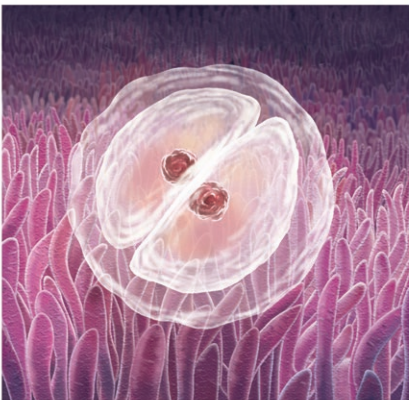


Foto 8A. Cigóto humano de 30 horas de vida.



Foto 8B. Embrión humano de 6 semanas de vida.

Una reciente investigación realizada en el Reino Unido,⁴⁷ demuestra como el cigoto humano dirige de manera autónoma su propio desarrollo desde los primeros momentos de su vida, incluso cuando no está en el vientre de su madre. El cigoto, conformado inicialmente por 1 sola célula recién formada, sabe precisamente lo que debe hacer después de la concepción, independientemente de si recibe o no señales del útero de la mujer, es decir, que el "cigoto humano" es un "ser vivo autónomo".

Así mismo desde el primer instante posterior a la fecundación, se desarrolla un diálogo intermolecular entre el cigoto y su madre. El cigoto debe atravesar las trompas uterinas de su madre para llegar a la capa interna de útero llamada endometrio y ahí implantarse. Durante estos días, el cigoto y después embrión, envía avisos moleculares y la madre responde, produciendo varias sustancias que **permiten su crecimiento y le proporcionan toda la vitalidad que necesita** porque, durante los 5 primeros días de vida, no dispone de más energía que la guardaba en el óvulo.

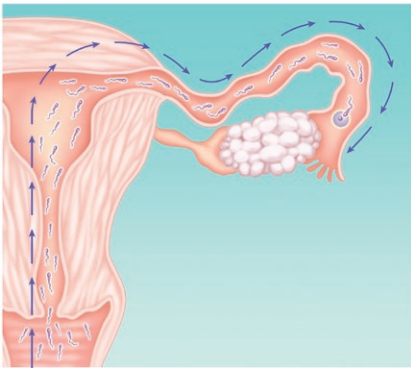


Foto 9A. Entrada de los espermatozoides al útero de la mujer.

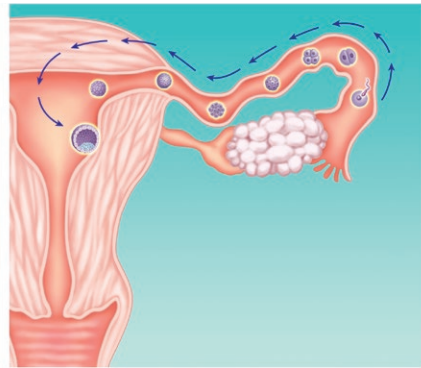


Foto 9B. Fecundación, avance por la trompa uterina e implantación del embrión humano.

Además, este diálogo intermolecular entre la madre y su hijo **evita que el sistema inmunológico de la madre**, considere al embrión como un ente extraño y lo ataque, como haría nuestro cuerpo ante una infección causada por un virus o una bacteria. **Esto se conoce como tolerancia inmunológica.**

En resumen, las **características del cigoto-embrión-feto humano son las siguientes:**

1. Es una **persona viva**, única e irrepetible.
2. Es un **individuo de la especie humana** que en cada célula **tiene 46 cromosomas**.
3. Tiene **su propio material genético** que es distinto al de su madre y su padre, y al de cualquier persona que haya existido en toda la humanidad.
4. Vive en un **desarrollo y crecimiento continuos desde la fecundación** y hasta la muerte natural, sin saltos cualitativos, **sin interrupciones, de forma gradual e irreversible**.
5. Es **autónomo**, es decir que por si solo **coordina todo su crecimiento y desarrollo**.



Foto 10. Embrión humano 8 semanas de vida intrauterina.

El tema del inicio de la vida no es cuestión de dogmas, sino que la ciencia lo ha afirmado desde hace muchos años. Varios científicos destacados a nivel mundial afirman que desde el momento de la fecundación existe una nueva persona humana. Tal es el caso del padre de la genética moderna, el **francés Jérôme Lejeune (1926-1994), quien pasó a la historia como el descubridor de la anomalía cromosómica Trisomía 21** (que permite el diagnóstico del Síndrome de Down) y fuera uno de los más importantes genetistas del siglo XX. **El defendió, con argumentos médicos, la existencia de la vida desde el momento de la concepción y rechazó el uso de términos como "pre-embrión".**⁴⁸

El Premio Nobel de Medicina 2012, el Dr. Shinya Yamanaka, también es un defensor de la vida humana desde la fecundación. A través de sus investigaciones, el Dr. Yamanaka logró la creación de células que se comportan de manera idéntica a las células de los embriones, sin tener que destruir embriones humanos. El Dr. Yamanaka era profesor asistente de farmacología y realizaba investigaciones con células de embriones. Por invitación de un amigo, acudió a una clínica donde se almacenaban embriones humanos y al mirar en el microscopio a uno de ellos, su carrera científica cambió: "Cuando vi el embrión, de repente comprendí que sólo había una pequeña diferencia entre el y mis hijas", declaró el reconocido doctor, y padre de dos hijas. **"Pensé: no podemos seguir destruyendo embriones para nuestra investigación; debe haber otra manera."**

Recuerda...



- 1** El embarazo inicia desde la fecundación, es decir, la unión del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre.
- 2** A menor edad de inicio de las relaciones sexuales, mayores serán las posibilidades de un embarazo no esperado, aunque se use un anticonceptivo.
- 3** A mayor nivel educativo, disminuye la posibilidad de embarazos en adolescentes.
- 4** El embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para presentar depresión.
- 5** El embrión humano es autónomo desde la fecundación, pues por sí mismo coordina su crecimiento y desarrollo.

Referencias

- 1.- Remschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014; 14:1248.
- 2.- Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(6):962-6.
- 3.- Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S, Batalha Sde J. Impact of maternal age on perinatal outcomes and mode of delivery. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7):326-34.
- 4.- Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New Engl J Med*. 1995; 332(17):1113-7.
- 5.- Martins Mda G, Dos Santos GH, Sousa Mda S, Da Costa JE, Simões VM. Association of pregnancy in adolescence and prematurity. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(11):354-60.
- 6.- Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med*. 2001; 10(6):393-7.
- 7.- Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007; 36(2):368-73.
- 8.- Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(7):688-94.
- 9.- Cunnington AJ. What's so bad about teenage pregnancy? *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001; 27(1):36-41.
- 10.- Donoso Siña E, Becker Valdivieso J, Villarroel del Pino L. Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14(1):3-8.
- 11.- Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Schootman M, Cottler LB, Bierut LJ. Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72(2):194-8.
- 12.- Tripa J, Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ*. 2005;330:590-93.
- 13.- Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2006; 3 Suppl 1:170-1.
- 14.- Lee SH, Yen CH, Wu WY, Lee MC. A review on adolescent childbearing in Taiwan: its characteristics, outcomes and risks. *Asia Pac J Public Health*. 2007; 19(1):40-2.
- 15.- Chagas de Almeida MC, Aquino EM. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12):2386-2400.
- 16.- Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. The relationship between teenage pregnancy and school desertion. *Rev Med Chil*. 2004; 132(1):65-70.
- 17.- Lara MA, Berenzon S, Juárez García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):102-8.
- 18.- Brindis CD. A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy. *Annu Rev Public Health*. 2006; 27:277-95.
- 19.- Dos Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S. Teenage pregnancy and factors associated with low birth weight. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):224-31.
- 20.- Pan American Health Organization. Adolescent and youth regional strategy and plan of action. Washington, DC: PAHO; 2010.

- 21.- Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(2):143-8.
- 22.- Holzman C, Eyster J, Tiedje LB, Roman LA, Seagull E, Rahbar MH. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Matern Child Health J.* 2006; 10(2):127-38.
- 23.- Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2007; 10(3):103-9.
- 24.- Holzman C, Eyster J, Tiedje L, Roman L, Seagull E, Rahbar M. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Matern Child Health J.* 2006; 10(2):127-38.
- 25.- Barnett B, Liu J, Devoe M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008; 162(3):246-52.
- 26.- Lara MA, Berenzon S, Juárez García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(2):102-8.
- 27.- Kost K, Henshaw S, Carlin L. US Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity. 2010. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/USTPTrends.pdf>. Accessed July 24, 2014.
- 28.- Centers for Disease Control and Prevention. Improving the Lives of Young People and Strengthening Communities by Reducing Teen Pregnancy: At a Glance 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/teen-preg.htm>.
- 29.- Whitehead E. Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: a comparative and analytical study. *Midwifery.* 2009; 25(2):147-54.
- 30.- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. 2016. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)
- 31.- McKay A, Barrett M. Trends in teen pregnancy rates from 1996-2006: a comparison of Canada, Sweden, U.S.A., and England/Wales. *Can J Hum Sex.* 2010; 19(1-2):43-52.
- 32.- Finer L, Henshaw S. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006; 38(2):90-96.
- 33.- Finer LB. Unintended pregnancy among U.S. adolescents: accounting for sexual activity. *J Adolesc Health.* 2010; 47(3):312-314.
- 34.- Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: final data for 2016. *Natl Vital Stat Rep.* 2018; 67:1-54. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr67/nvsr67_01.pdf
- 35.- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS. [National demographic and health survey, ENDS] 2015. Disponible en: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2834>
- 36.- OPS and UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Accelerate progress towards reducing adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean]. 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/acelerar-el-progreso-hacia-la-reduccion-del-embarazo-adolescente-en-america-latina-y-el>

- 37.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- 38.- Carmona G, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. [Contextualization of sexual initiation and individual barriers to the use of contraceptives by adolescents of Lima, Huamanga, and Iquitos]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017; 34(4):601-610.
- 39.- Gobierno del Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. 2017. Capítulo 3, fecundidad. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- 40.- INEI. Perú, fecundad adolescentes. Síntesis estadística. 2016. Disponible: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/fecundidad-adolescente-9529/1/>
- 41.- Velarde M, Zegers-Hochschild F. Measuring the distribution of adolescent births among 15-19-year-olds in Chile: an ecological study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;c43(4):302-308.
- 42.- Organización Panamericana de la Salud. Informe Salud en Adolescentes. Disponible en: <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/country-focus-chile.html>
- 43.- Waldron M, Heath AC, Turkheimer E, Emery R, Bucholz KK, Madden PA, et al Age at first sexual intercourse and teenage pregnancy in Australian female twins. *Twin Res Hum Genet*. 2007; 10(3):440-9.
- 44.- Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- 45.- Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):59.
- 46.- Hubert C, Villalobos A, Abreu AB, Suárez-López L, Castro F. Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(6):e00142318.
- 47.- Shahbazi MN, Jedrusik A, Vuoristo S, Recher G, Hupalowska A, Bolton V, et al. Self-organization of the human embryo in the absence of maternal tissues. *Nat Cell Biol*. 2016; 18(6):700-708.
- 48.- Fondation Jérôme Lejeune (Internet). Disponible en: <http://www.fondationlejeune.org/>

Métodos anticonceptivos, ¿qué efectos tienen en la salud de la mujer?

Debido a que la píldora de emergencia se vende sin receta médica y a menores de edad, existen adolescentes que llegan a usarla hasta 15 veces al año.



Caso real 5. Tyra es una estudiante de 20 años, que había tenido relaciones sexuales en una ocasión, 2 años antes. Inició un noviazgo con Alexis de 22 años, y después de dos meses empezaron a tener relaciones sexuales. Él ya había tenido relaciones sexuales con 3 chicas antes. Al año de noviazgo, Tyra contactó a **Sexo Seguro A.C.**, pues necesitaba orientación; a veces utilizaba condón para “no embarazarse”, pero muchas veces, ante el temor que este fallara, usaba la píldora de emergencia, por lo que en 8 meses la había consumido en 10 ocasiones. Tyra había tenido varios sangrados irregulares a lo largo de este tiempo, empezaba a subir de peso, pero sobre todo, se sentía muy afectada en sus emociones y lloraba constantemente. En **Sexo Seguro A.C.** recibió orientación por parte de un médico sobre cómo actuaba esta píldora de emergencia y el daño que estaba causando a su salud y se le recomendó dejar de utilizarla y asistir al médico para que le realizara un examen general.

Tres meses después, volvió a contactar a **Sexo Seguro**, ya que dudaba en tener relaciones sexuales, pero su novio le insistía constantemente. Tyra estaba nerviosa todo el tiempo, seguía con cambios bruscos de carácter, sentía que ya no valía para su novio; estaba muy triste y no sabía qué hacer. El médico de

Sexo Seguro la invitó a reflexionar sobre el objetivo del noviazgo, le explicó nuevamente los riesgos en el uso de la píldora de emergencia y el valor de no exponerse a circunstancias que sólo la hacían sentir insegura y vulnerable.

Tyra respondió nuevamente a **Sexo Seguro**:

¿Qué hago para que mi novio me respete?, le hablo, quiero platicar con él y sólo me dice: "ok está bien", no me pone atención como antes, parece que solo busca estar conmigo cuando quiere tener relaciones sexuales. Gracias por tu orientación y sí, me he sentido mal, parece que solo me quiere para el sexo, ya no me llama, ni me busca, ya casi no me dice te quiero.

Dos meses después, Tyra compartió lo siguiente:

He decidido terminar con mi novio, no sé cómo voy a hacerle para olvidarlo, ha sido el hombre más importante en mi vida, pero he lastimado mi salud y necesito estar mejor. Gracias por sus consejos...

Vivimos inmersos en una sociedad que día a día abre mayor espacio a la promoción del cuidado del cuerpo y la salud. Nos invita a ejercitarnos, a evitar el estrés, a alimentarnos sanamente, evitando aquello que contenga hormonas o pesticidas; pero, por otro lado, promueve el consumo directo de hormonas anticonceptivas en chicas desde los 14 años. Se fomenta la venta de la píldora de emergencia sin receta médica ni consentimiento de los padres, y en especial, se enfatiza el derecho sobre nuestra "vida reproductiva" sin alertarnos sobre los efectos nocivos de las hormonas al paso de los años y como su uso puede afectar nuestra fertilidad a futuro.

Los anticonceptivos se definen como sustancias, dispositivos o procedimientos que buscan impedir que se logre un embarazo o que este siga su curso.

Tipos de anticonceptivos

Existen diferentes tipos de anticonceptivos y se clasifican según la forma en que actúan en el cuerpo de la mujer, del hombre, si son a base de hormonas o por su tiempo de duración. Una forma de catalogarlos es la siguiente:

1. Anticonceptivos de dosis regular. Existen en presentación de pastillas, parches, implantes, inyecciones y anillos vaginales.

La mayoría de las personas piensan que al usar este tipo de anticonceptivos, la mujer deja de ovular y por lo tanto ya no hay posibilidad de embarazo después de una relación sexual. Así fue en un inicio, pero con el paso del tiempo esto ha ido cambiando y **en la actualidad se ha descrito que existen 4 formas en la que estos actúan en el cuerpo de la mujer:**

a) Reducen la frecuencia de la ovulación, es decir que algunos meses la mujer puede ovular y otros no.

b) Alteran la movilidad de las trompas uterinas.

c) Alteran la consistencia del moco cervical, para reducir la posibilidad de entrada de los espermatozoides.

d) Alteran el endometrio, que es la capa interna del útero de la mujer; lo que provoca, en caso de haber fecundación, la imposibilidad de implantación de esa nueva persona (llamada embrión esta etapa de su desarrollo)¹⁻⁵ es decir, que pueden actuar como abortivos.

Varios estudios científicos han demostrado que las **mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales tienen más riesgo de padecer:**

- **Hemorragias vaginales intensas**⁶
- Migraña⁷
- **Trombosis venosa** (en muchos casos se presenta como trombos en las piernas).⁸⁻¹²
- **Infartos al corazón** (infarto agudo al miocardio)¹³⁻¹⁶
- **Depresión** (sobre todo en adolescentes)¹⁷

- Hipertensión arterial¹⁸
- **Embolias pulmonares**¹⁹
- Tromboembolias²⁰ e **infartos cerebrales**²¹⁻²⁴
- **Hemorragias cerebrales**^{25,26}
- Aumento de **cáncer cervicouterino**^{27,28}
- Aumento de **cáncer de mama**²⁹⁻³⁴
- Aumento de **cáncer de ovario**,³⁵ entre otros³⁶

Investigaciones recientes han confirmado que el uso de hormonas de “nueva generación” (desogestrel y ciprosterona) aumenta el riesgo en las usuarias de presentar trombosis venosa.³⁷ Así mismo, en **las mujeres que usan parches anticonceptivos y anillos vaginales aumenta el riesgo de trombosis venosa**,³⁸ hasta 8 y 6.5 veces, respectivamente, que en aquellas que no usan hormonas.³⁹

Con relación a la presencia de enfermedades vasculares, estudios⁴⁰ han reportado que el 45% de los eventos tromboembólicos se desarrolla dentro de los 90 días desde el inicio del uso de los anticonceptivos orales combinados y que el 81% de los eventos se presenta antes del año de su uso.

El uso de varios anticonceptivos hormonales⁴¹ antes del embarazo, aumentó el riesgo que los hijos nacidos de esas mujeres presentaran rinitis alérgica. Así mismo se detectó riesgo mayor de infección por virus del herpes simple tipo dos en usuarias de inyecciones anticonceptivas.⁴²

Un estudio nacional llevado a cabo en Dinamarca entre 1996 y 2013⁴³ sobre el uso de anticonceptivos hormonales, intento de suicidio y el suicidio; dio seguimiento a casi medio millón de mujeres durante un promedio 8.3 años, concluyendo que **el uso de anticonceptivos hormonales se asociaba positivamente con el intento de suicidio** subsiguiente, alcanzando el suicidio su punto máximo después de 2 meses de uso de los mismos, **siendo las mujeres adolescentes quienes experimentaron el mayor riesgo.**

Otra importante investigación en Dinamarca⁴⁴ dio seguimiento por 10 años a 1,8 millones de mujeres, comparando la presencia de cáncer de mama entre aquellas que nunca habían usado hormonas anticonceptivas contra aquellas que si los ha-

bían usado. El estudio concluyó que **la presencia de cáncer de mama fue mayor en las mujeres que habían usado anticonceptivos hormonales, sobre todo en aquellas que llevaban más de 5 años de uso.**

Tan graves han sido las consecuencias negativas de los anticonceptivos en la salud de la mujer, que la Organización Mundial de la Salud los ha catalogado como cancerígenos tipo 1; es decir, que si se usan, el riesgo de presentar cáncer aumenta significativamente con el tiempo, de igual forma que ocurre con un fumador.⁴⁵

Debido a los efectos de los anticonceptivos hormonales en la salud de las mujeres, **tan solo en Estados Unidos, se han presentado miles de demandas contra las empresas que producen y venden anticonceptivos.** Un ejemplo claro es el caso de Bayer (que produce y distribuye anticonceptivos y dispositivos intrauterinos), farmacéutica que tuvo que pagar en el año 2014, la cantidad de 1,8 mil millones de dólares por más de 9,000 demandas interpuestas contra sus productos por usuarias de anticonceptivos que vieron su salud afectada al usar estas hormonas,⁴⁶ en especial por presentar trombosis venosa.

La efectividad de estos métodos para evitar o terminar un embarazo oscila entre el 90 y 97%.

2. Anti-implantatorios.

En este grupo encontramos el dispositivo intrauterino o DIU y, la "píldora de emergencia" o "del día siguiente". Los clasifico como anti-implantatorios porque uno de sus principales mecanismos de acción es evitar que el embrión humano se implante o anide en el útero de su madre.⁴⁷

a) Dispositivo intrauterino. Los dispositivos intrauterinos medicados y no medicados actúan de varias formas, ya sea alterando el moco cervical para evitar que los espermatozoides asciendan hasta las trompas uterinas y alguno de ellos fecunde al óvulo; o también **de manera local alterando e irritando la capa interna del útero o endometrio**^{48,49} (el lugar donde se anida o implanta el embrión humano); **de manera que la implantación no sea favorable,**⁵⁰ **en cuyo caso actuarían como abortivos.**

Su efectividad para evitar o terminar el embarazo fluctúa entre un 94 a un 98%.

El DIU, también puede tener **efectos nocivos en la salud de la mujer**, tales como:

- **Sangrados durante todo el mes**^{51,52}
- Quistes en los ovarios
- Embarazos fuera del útero (**embarazo ectópico**)
- **Infección en todo el cuerpo** (sepsis)
- **Infección del útero, trompas uterinas** y vagina de la mujer (enfermedad pélvica inflamatoria)⁵³⁻⁵⁵
- **Perforación del útero**⁵⁶ o fijarse en el ovario^{57,58}

Investigaciones científicas han encontrado una significativa relación al uso del dispositivo intrauterino con liberación hormonal (DIU-HR) y el riesgo de sufrir cáncer de mama⁵⁹ en comparación con personas que nunca han usado un dispositivo intrauterino.⁶⁰

b) Píldora de emergencia, del día siguiente o anticoncepción de emergencia (PAE). Esta píldora consiste en una gran dosis de hormonas. Tan solo en una pequeña pastilla se puede encontrar el equivalente de 15 dosis de anticonceptivos diarios, por lo que **usar la "dosis recomendada" de 2 pastillas de emergencia en menos de 24 horas, implica ingerir todo un mes de anticonceptivos hormonales en tan solo 1 día.**

Existen varios tipos de PAE y aunque inicialmente se sugirió que éstas inhibían o retrasaban la ovulación, **investigaciones recientes indican que existe un efecto post-ovulatorio, que en este caso afectaría la implantación del embrión, por lo que el efecto sería abortivo.**^{61,62}

Estas píldoras presentan diferentes mecanismos de acción, dependiente del momento del ciclo menstrual de la mujer en que se utilicen. La PAE puede actuar de las siguientes formas: si la mujer no ha ovulado, puede impedir la ovulación,⁶³⁻⁶⁵ pero debido a que algunas de estas pastillas afectan al endometrio,^{66,67} si la mujer ya ovuló, tuvo relaciones sexuales y hubo fecundación, la capa interna del útero no estaría preparada para

recibir al embrión, por lo que su efecto sería anti-implantatorio,⁶⁸⁻⁷³ esto es, abortivo.

También puede tener **efectos inmediatos en la salud** de la mujer como: **dolor intenso de cabeza**,⁷⁴ náusea, vómito y mareos, **intenso dolor abdominal**,⁷⁵ **letargia**,⁷⁶ es decir, presentar disminución del estado de alerta también conocido como "efecto zombie", **hemorragias vaginales intensas**^{77,78} y embarazos ectópicos⁷⁹ o que tienen lugar fuera del útero de la mujer, generalmente en las trompas uterinas.⁸⁰

Una investigación llevada a cabo en España encontró que jóvenes de entre 21 y 24 años acudieron con frecuencia al servicio de urgencias solicitando la PAE, después de haber tenido relaciones sexuales "sin protección" o por la ruptura del condón, determinando asimismo que **el aumento considerable en el uso de anticoncepción de emergencia, no había prevenido el aumento del número de abortos, y que una mayor disponibilidad de condones no había reducido la demanda de la PAE**. La razón principal que reportaron las mujeres para solicitar la PAE fue la rotura del condón.⁸¹

Otro estudio del 2018 respecto a la PAE, demuestra que las mujeres recurren a su uso comúnmente derivado de la rotura del condón, particularmente en su primera relación sexual; es decir que se recurre a ella por fallas asociadas al uso del condón.⁸²

Debido a que la PAE es una bomba de hormonas y su uso es relativamente reciente, todavía no se tienen estudios confiables que indiquen qué pasará con la salud de aquellas chicas que usaron regularmente esta píldora, pues al venderse sin receta médica a menores de edad, **existen adolescentes y jóvenes que llegan a usarla hasta 15 veces al año**.

Como hemos notado, los anticonceptivos hormonales, incluyendo a la PAE, dañan la salud y la dignidad de la mujer, y no fomentan el respeto y el amor en la pareja. Al considerar todas las consecuencias negativas que estos pueden tener en la salud de la mujer, ¿crees tú que es justo, que para vivir a plenitud una relación sexual -que debe ser un acto de entrega de amor entre el hombre y la mujer- nosotras tengamos que arriesgar nuestra salud?

3. De barrera.

a) **Condón masculino.** Véase todo el capítulo 5.

b) **Espemicidas y esponjas.** Son sustancias químicas que destruyen o inhiben la movilidad de los espermatozoides. El porcentaje de efectividad para prevenir un embarazo es de entre el 50% y el 60%; y pueden causar irritación y reacciones alérgicas en los genitales externos e internos de la mujer.

c) **Coito interrumpido.** no es propiamente un método de barrera, y consiste en la eyaculación de los espermatozoides fuera del cuerpo de la mujer. Su efectividad es del 73%,⁸³ con uso común. Debido a que el líquido preeyaculatorio contiene espermatozoides, si la mujer se encuentra en periodo fértil, podría haber fecundación.

Como lo comentamos en el capítulo 5, el uso masivo del condón sólo ha logrado alejar al hombre del amor y del compromiso hacia la mujer, y lo ha vuelto mucho más irresponsable en el tema de la sexualidad. Gracias a la fantasía que el condón "previene el embarazo", este ha sido un facilitador del sexo "fácil y gratuito" dentro de una relación, sin que esto implique ningún tipo de compromiso ni responsabilidad.

4. Definitivos.

a) **Salpingoclasia.** también conocida como ligadura de trompas, es la intervención en la que se extirpan parcial o completamente las trompas uterinas de la mujer, y tiene como efectos adversos aquellos relacionados con las intervenciones quirúrgicas, tales como consecuencias de la anestesia local o general, infecciones, y la posibilidad de lesionar el intestino.

b) **Vasectomía.** es una intervención quirúrgica donde se ligan o seccionan los conductos deferentes del hombre o se cierran con pequeños cilindros de nylon. Uno de los efectos adversos más graves es la producción de anticuerpos capaces de inducir infertilidad permanente incluso tras la recanalización, que se lleva

cabo cuando el paciente cambia de parecer sobre la paternidad y se vuelve a someter a una cirugía para revertir la vasectomía.

Es sabido que el **dolor testicular y escrotal crónico después de la vasectomía afecta a más del 25% de los hombres** que se someten a este procedimiento, llegando a ser hasta del 33%.^{84,85}

Esta complicación ha sido denominada síndrome doloroso post-vasectomía y sigue siendo unos de los problemas urológicos que más difícil resolución tienen, ya que no se cuenta con un esquema de diagnóstico preciso y no existe un tratamiento efectivo y confiable.⁸⁶

Algunas otras complicaciones reportadas por la vasectomía son: hematoma o moretones, sangrados, granulomas por reacción a cuerpo extraño, epididimitis o inflamación del epidídimo y abscesos. Se han reportado graves complicaciones de tipo infeccioso que han resultado en accidentes cerebrovasculares por embolia y endocarditis infecciosa.^{87,88}

Existen también complicaciones que competen a la psiquiatría, como la **depresión crónica que llega a durar años y es resistente al tratamiento con antidepresivos, disfunción sexual, efectos perjudiciales en las relaciones maritales, dolor crónico y ansiedad.**⁸⁹

Ser fértil es una condición que refleja una adecuada salud de la persona y no es una enfermedad; por lo tanto es contradictorio que un médico, cuya vocación consiste en cuidar la salud, opere a un paciente para lastimar o mutilar parte de su cuerpo.

La vasectomía y la salpingoclasia son las únicas cirugías que destruyen órganos sanos y saludables: se trata simple y llanamente de una "mutilación sexual".

Recuerda...



- 1** Los anticonceptivos hormonales aumentan ampliamente el riesgo de presentar cáncer de mama y trombosis venosa.
- 2** El principal mecanismo del dispositivo intrauterino es impedir la implantación del embrión en la pared interna del útero, es decir, actúa como abortivo.
- 3** La píldora de emergencia es una "bomba de hormonas", dos píldoras equivalen a tomar todo un mes de pastillas anticonceptivas.
- 4** La Organización Mundial de la Salud cataloga los anticonceptivos hormonales como cancerígenos tipo 1.
- 5** Prescribir hormonas anticonceptivas a una mujer saludable, es tan absurdo como inyectar insulina a un paciente sin diabetes.

Referencias

- 1.- Food and Drug Administration. Disponible en: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&ApplNo=021098>
- 2.- Food and Drug Administration. Disponible en: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&ApplNo=021187>
- 3.- Food and Drug Administration. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021529s004lbl.pdf
- 4.- Food and Drug Administration. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021180s026lbl.pdf
- 5.- Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. Contraception. De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-2014 Nov 11.
- 6.- Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016; 31(11):2491-2498.
- 7.- Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009; 339:b4380.
- 8.- Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*. 2001; 323(7305):131-4.
- 9.- Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism with oral contraceptives containing norgestimate or desogestrel compared with oral contraceptives containing levonorgestrel. *Contraception*. 2006; 73(6):566-70.
- 10.- Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*. 2000; 321(7270):1190-5.
- 11.- Królik M, Milnerowicz H. The effect of using estrogens in the light of scientific research. *Adv Clin Exp Med*. 2012; 21(4):535-43.
- 12.- Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2011; 342:d2139
- 13.- Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (8):CD011054.
- 14.- Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90(7):3863-70.
- 15.- Lewis MA, Heinemann LA, Spitzer WO, MacRae KD, Bruppacher R. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*. 1997; 56(3):129-40.
- 16.- Chasan-Taber L, Stampfer MJ. Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease. *Ann Intern Med*. 1998; 128(6):467-77.
- 17.- Skovlund CW1, Mørch LS1, Kessing LV2, Lidegaard Ø1. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(11):1154-1162.

- 18.- Noilhan C, Barigou M, Bieler L, Amar J, Chamontin B, Bouhanick B. Causes of secondary hypertension in the young population: A monocentric study. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2016; 65(3):159-64.
- 19.- Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, Ricordeau P, Blotière PO, Rudant J, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ*. 2016; 353:i2002.
- 20.- Selvan P, Piran P, Balucani C, Tark B, Adler Z, Levine SR. Stroke and Etonogestrel/Ethinyl Estradiol Ring (NuvaRing): Clinical, Radiological, and Prognostic Features. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016; pii: S1052-3057(16)30576-6.
- 21.- Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012; 366(24):2257-66.
- 22.- Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. *JAMA*. 2000; 284(1):72-8.
- 23.- Qureshi AI, Malik AA, Adil MM, Suri MF2. Oral contraceptive use and incident stroke in women with sickle cell disease. *Thromb Res*. 2015; 136(2):315-8.
- 24.- Baillargeon JP, McClish D, Essah PA, Nestler JE. Association Between the Current Use of Low-Dose Oral Contraceptives and Cardiovascular Arterial Disease: A Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90(7):3863-70.
- 25.- Food and Drug Administration Office of Surveillance and Epidemiology. Combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of cardiovascular disease endpoints. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf>
- 26.- Johnston SC, Colford JM Jr, Gress DR. Oral contraceptives and the risk of subarachnoid hemorrhage: a meta-analysis. *Neurology*. 1998; 51(2):411-8.
- 27.- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet*. 2007; 370:1609-21.
- 28.- Królik M, Milnerowicz H. The effect of using estrogens in the light of scientific research. *Adv Clin Exp Med*. 2012; 21(4):535-43.
- 29.- Zouré AA, Bambara AH, Sawadogo AY, Ouattara AK, Ouédraogo M, Traoré SS; et al. Multiparity and Breast Cancer Risk Factor among Women in Burkina Faso. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(12):5095-5099.
- 30.- Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ahmadpour P, Rahi P. Breast Cancer Risk Based on the Gail Model and its Predictors in Iranian Women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(8):3741-5.
- 31.- Królik M, Milnerowicz H. The effect of using estrogens in the light of scientific research. *Adv Clin Exp Med*. 2012; 21(4):535-43.
- 32.- Kahlenborn C, Modugno F, Severs WB. Oral contraceptives and breast cancer. *Mayo Clin Proc*. 2008; 83(7):849-50.
- 33.- Cibula D1, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. 2010; 16(6):631-50.
- 34.- Antoniou AC, Rookus M, Andrieu N, Brohet R, Chang-Claude J, et al. Reproductive and hormonal factors, and ovarian cancer risk for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009; 18(2):601-10.
- 35.- Bernstein L. The risk of breast, endometrial and ovarian cancer in users of hormonal preparations. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2006; 98(3):288-96.

- 36.- UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) Carcinogenicity of combined hormonal contraceptives and combined menopausal treatment. Statement, September 2005.
- 37.- Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2015; 350:h2135.
- 38.- Tepper NK, Dragoman MV, Gaffield ME, Curtis KM. Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism: a systematic review. *Contraception*. 2017; 95(2):130-139.
- 39.- Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*. 2012; 344:e2990.
- 40.- Sugiura K, Kobayashi T, Ojima T. Thromboembolism as the adverse event of combined oral contraceptives in Japan. *Thromb Res*. 2015; 136(6):1110-5.
- 41.- Keski-Nisula L, Pekkanen J, Xu B, Putus T, Koskela P. Does the pill make a difference? Previous maternal use of contraceptive pills and allergic diseases among offspring. *Allergy*. 2006; 61(12):1467-72.
- 42.- Deese J, Pradhan S, Goetz H, Morrison C. Contraceptive use and the risk of sexually transmitted infection: systematic review and current perspectives. *Open Access J Contracept*. 2018; 9:91-112.
- 43.- Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *Am J Psychiatry*. 2018; 175(4):336-342.
- 44.- Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2017; 377(23):2228-2239.
- 45.- World Health Organization. International Agency For Research on Cancer. IARC. Combined Estrogen-Progestogen Contraceptives and Combined Estrogen-Progestogen Menopausal Therapy. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Lyon, France 2007, Volume 91.
- 46.- Stockholders' Newsletter. Bayer Financial Report as of June 30, 2014. Second quarter of 2014. Disponible en: <http://www.stockholders-newsletter-q2-2014.bayer.com/en/bayer-stockholders-newsletter-q2-2014.pdf>
- 47.- Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol*. 2013; 121(5): 951-958.
- 48.- Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. Contraception. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2014.
- 49.- Disponible en: https://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf
- 50.- Wildemeersch D. Disponible en: <http://www.wildemeersch.com/misconceptions/> - item-5.
- 51.- Dickerson LM, Diaz VA, Jordon J, Davis E, Chirina S, et al. Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. *Fam Med*. 2013; 45(10):701-7.
- 52.- Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015; 30(11):2527-38.
- 53.- Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol*. 2013; 121(5): 951-958.

- 54.- Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016; 38(2):182-222.
- 55.- Zigler RE, McNicholas CP. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(5):443-450.
- 56.- Desteli GA, Gürsu T, Bircan HY, Kızılkılıç E, Demiralay E, Timurkaynak F. Thrombocytosis and small bowel perforation: unusual presentation of abdominopelvic actinomycosis. *J Infect Dev Ctries.* 2013; 7(12):1012-5.
- 57.- Rovati M, Raveglia F, Baisi A, De Simone M, Cioffi U. Ovarian transmigration of intrauterine device. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016; 42(12):1889-1890.
- 58.- Yang X, Duan X, Wu T. Ureteric Obstruction Caused by a Migrated Intrauterine Device. *Am J Obstet Gynecol. Urol Case Rep.* 2017; 10:33-35.
- 59.- Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Joensuu H, Pukkala E. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and the risk of breast cancer: A nationwide cohort study. *Acta Oncol.* 2016; 55(2):188-92.
- 60.- Heikkinen, S., Koskenvuo, M., Malila, N. et al. *Cancer Causes Control.* 2016; 27: 249.
- 61.- Peck R, Rella W, Tudela J, Aznar J, Mozzanega B. Does levonorgestrel emergency contraceptive have a post-fertilization effect? A review of its mechanism of action. *Linacre Q.* 2016; 83(1):35-51.
- 62.- Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol.* 2016; 6:315.
- 63.- Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception.* 2001; 63(3):123-9.
- 64.- Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A; et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception.* 2001; 64(4):227-34.
- 65.- Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B; Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol.* 2002; 100:65-71.
- 66.- Guida M1, Marra ML, Palatucci V, Pascale R, Visconti F, Zullo F. Emergency contraception: an updated review. *Transl Med UniSa.* 2011; 1:271-94.
- 67.- Kahlenborn C, Severs WB. Comment in: reply Emergency contraception. *Cleve Clin J Med.* 2013; 80(3):185.
- 68.- Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3er. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2):266-71.
- 69.- Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s000lbl.pdf
- 70.- Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2013; 7:23-35.
- 71.- Food and Drug Administration. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021998lbl.pdf
- 72.- MedLine Plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a610021.html>
- 73.- Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health.* 2014;14:54.

- 74.- Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. *Paediatr Child Health*. 2010 Jul;15(6):363-72.
- 75.- Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(2 Pt 1):257-63.
- 76.- Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Templeton A. Mifepristone versus the Yuzpe regimen (PC4) for emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004; 87(2):188-93.
- 77.- Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014;14:54.
- 78.- Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2006; 74(2):118-24.
- 79.- Cleland K, Raymond E, Trussell J, Cheng L, Zhu H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(6):1263-6.
- 80.- Ulipristal acetate for emergency contraception. *Australian Prescriber*. 2016;39(6):228-229.
- 81.- Amengual M de L, Canto ME, Berenguer IP, Pol MI. Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 24:e2733.
- 82.- Bauzà-Amengual ML, Esteva M, Ingla-Pol M, Font-Oliver MA, March S. Discourses on the postcoital pill in young women. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):803.
- 83.- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- 84.- Smith RP, Lipshultz LI, Kovac JR. Vasectomy reversal and other strategies to mitigate postvasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016; 18(3):338.
- 85.- Bhuyan K, Ali I, Sarma G, Das U. No Scalpel Vasectomy (NSV) with Ligation and Excision: A Single Centre Experience. *The Indian Journal of Surgery*. 2015;77(Suppl 3):1038-1040.
- 86.- Tan WP, Levine LA. An overview of the management of post-vasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016; 18(3):332-337.
- 87.- David M, Loftsgaarden M, Chukwudelunzu F. Embolic Stroke Caused by *Staphylococcus lugdunensis* Endocarditis Complicating Vasectomy in a 36-Year-Old Man. *Texas Heart Institute Journal*. 2015; 42(6):585-587.
- 88.- Schandiz H, Olav Hermansen N, Jørgensen T, Roald B. *Staphylococcus lugdunensis* endocarditis following vasectomy – report of a case history and review of the literature. *APMIS* 2015; 123: 726–729.
- 89.- Shaik S, Rajkumar RP. Post-Vasectomy Depression: A Case Report and Literature Review. *Mental Illness*. 2014; 6(2):5494.

¿Qué consecuencias tiene el aborto?

La promoción y el uso de anticonceptivos,
no disminuye el número de abortos.



Caso real 6. Maricela es actualmente una joven de 20 años. Vive con su mamá y su padrastro. Terminó el colegio hace unos meses. Tuvo un novio, Joel, de 22 años a quien conoció hace dos años; comenzaron a salir, se hicieron novios unas semanas después y empezaron a tener relaciones sexuales cuando ella cumplió 18 años. Maricela había tenido un novio anteriormente pero sólo con Joel había tenido relaciones sexuales. En cambio, Joel sí había tenido intimidad sexual con tres chicas anteriores a su relación con Maricela. A ella le gustaba estudiar, le iba bien en la escuela y quería entrar a la universidad a estudiar contabilidad.

Cuando empezaron a tener relaciones sexuales, acudieron a un centro de salud para solicitar un método anticonceptivo y ella optó por usar inyecciones mensuales. Después de cinco meses, había subido de peso, estaba de mal humor todo el tiempo, por lo que decidió dejarlas y usar condón. Pero luego de 8 meses de usar condón, Maricela quedó embarazada. La noticia la impactó; no sabía qué hacer, se sentía desesperada pues quería seguir estudiando; la colmaban los sentimientos encontrados. Al buscar apoyo en su novio, Joel le dijo que él no estaba listo para ser papá y que pensaba que lo mejor era que ella abortara. Maricela, al sentirse sola y sin querer hablar con su mamá de esta situación, acudió a una clínica de la Ciudad de México y le practicaron un aborto.

Unas semanas después del aborto, Maricela escribió a **Sexo Seguro A.C.:**

Me siento morir, no sé qué voy a hacer con esto. Ayer en la calle vi a un bebé y me puse a llorar, pues hace unas semanas tuve un aborto y estoy muy arrepentida. En mi casa me preguntan qué me pasa y no sé qué decirles; ya no quiero ver a mi novio, ya no quiero entrar a la universidad, solo quiero llorar... necesito ayuda.

Un médico especialista de **Sexo Seguro A.C.** la orientó, le recomendó acudir con una institución que ayuda a las mujeres en su situación. Le habló de la importancia de aceptar los errores, pero también de perdonarse.

Maricela volvió a escribir 1 mes después:

Hola, quiero decirles que hablé a la institución de ayuda a la mujer y me dieron una cita; espero que ahí me puedan ayudar. Estos últimos días han sido muy duros, terminé con mi novio, no quiero saber de él; creo que si realmente me hubiera querido habríamos tenido a nuestro hijo, pero él no me apoyó, me dejó sola y siento tanta culpa, no podré perdonarme por lo que hice.

A los tres meses escribió nuevamente a **Sexo Seguro A.C.:**

Hola, les escribo para agradecerles, estoy acudiendo a terapia, a la institución de ayuda a la mujer que ustedes me recomendaron y estoy un poco mejor. Todavía me siento triste, pero estoy tratando de perdonarme por lo que hice y de encontrar un nuevo camino en mi vida. Ojalá hubiera tenido a mi bebé, ahora estaría por nacer. Siempre hay algo que se puede hacer para quedarte con tu bebé. El aborto no soluciona las cosas. Gracias por sus consejos y su ayuda.

¿Sabías que cada año mueren abortados más 43 millones de niños no nacidos?¹ Es decir, mueren más niños por aborto por cualquier enfermedad o guerra. Las consecuencias del abor-

to en nuestra sociedad son profundas y muy graves; y como en muchos otros casos, las más afectadas son las mujeres.

El aborto voluntario es poner fin al embarazo desde la fecundación y hasta que el feto pueda vivir fuera del cuerpo de su madre,² en otras palabras, significa quitar la vida a una persona. La terminología “interrupción voluntaria del embarazo” que seguramente has escuchado, tiene un origen ideológico y debemos evitarla, pues solo genera confusión. El término “interrumpir” significa que algo, después de suspenderse, puede ser reanudado; y en el caso del aborto esto no es posible.

Consecuencias del aborto en la salud de la mujer

Un alto porcentaje de mujeres que se practican un aborto padecen de consecuencias físicas y psicológicas, que pueden permanecer por el resto de sus vidas. Los estudios científicos reportan que las mujeres que han tenido un aborto provocado presentan:

- **50% más posibilidades de tener depresión** y ansiedad que aquellas que tuvieron a sus bebés.^{3,4} **155 veces más riesgo de cometer un suicidio** y **81 veces mayor riesgo** de sufrir alguna **enfermedad mental**.
- **220 veces más riesgo de consumir marihuana** y **110 veces mayor probabilidad de consumir alcohol** que aquellas que no han abortado.
- **30% mayor uso de drogas**^{5,6} y alcohol en embarazos futuros.⁷⁻⁹ Mayor riesgo de **morir por problemas vasculares y cerebrovasculares**.¹⁰
- **80% mayor riesgo de muerte durante el primer año después del aborto** y un **40% más riesgo de muerte en 10 años**.¹¹
- **Mayor riesgo de muerte a largo plazo:** Aquellas mujeres que tuvieron **1, 2 o 3 abortos presentaron, respectivamente, 45%, 114% y 191% mayor porcentaje de muerte en los siguientes 25 años** que aquellas que no tuvieron abortos.¹²

Así mismo, las mujeres que han abortado tienen más posibilidad de tener **problemas en embarazos futuros**, por ejemplo:

- Mayor posibilidad de tener **hijos con bajo peso al nacer**.¹³⁻¹⁵
- Tener **hijos más pequeños** del tamaño normal.¹⁶
- **Hijos que nazcan antes de tiempo**.¹⁷⁻²⁰

Escuchamos recurrentemente a políticos y organizaciones respaldadas con recursos millonarios decir que el aborto es un derecho de las mujeres y que dicha práctica no afecta su integridad, pero eso es falso. **El hecho que la mujer decida libremente sobre su cuerpo, no incluye a otra persona, como lo es el niño en gestación**, el cual es una persona humana única e irrepetible en la historia de la humanidad, con plena dignidad. No se trata de un cúmulo de células, un órgano o miembro del cuerpo de la madre, sino de un nuevo ser humano. Así mismo, el aborto no es una decisión que competa solamente a la madre o a los padres del niño que está por nacer; pues está involucrada la vida de un tercero: una persona, distinta a sus padres, que debe ser defendida con mayor fuerza, precisamente por su condición de total inocencia e indefensión.

La situación de una mujer ante un embarazo inesperado, debe llevar a plantearnos como sociedad, varias interrogantes: **¿Por qué, generalmente, debe la mujer asumir toda con la responsabilidad de un embarazo inesperado, si para procrear se necesitó también del hombre?** ¿Por qué no promover políticas públicas que permitan a la mujer vivir de manera más segura su maternidad, en vez de hacer todo lo posible por separarla para siempre de su hijo? **¿Cuántas madres que recurren al aborto lo hacen con un profundo desgarramiento interior, impulsadas la mayoría de las veces, por un sentimiento de angustia y abandono?** ¿No existe actualmente un elevado número de parejas que son infértiles y desean adoptar un bebé? ¿No hay largas listas de espera en las instituciones públicas y privadas que se dedican a tramitar la adopción de menores pues los bebés dados para ser adoptados cada vez son más escasos?

Detrás de la decisión de abortar, se puede esconder el desamparo y la incompreensión del padre de su hijo, de la familia y

de la sociedad, lo que vuelve a la mujer profundamente vulnerable ante el reto que le permitiría llevar a feliz término su embarazo; por lo que es fundamental impulsar políticas públicas que apoyen tanto a la mujer como a su hijo no nacido.

¿Cuál es la relación entre aborto y anticoncepción?

Es común escuchar que las mujeres recurren al aborto por una falta de acceso a los anticonceptivos; por lo que la forma más sencilla de evitar el aborto sería promover la anticoncepción en todas sus formas. Este argumento es falso. Confunde a las mujeres, sobre todo a las más jóvenes, y como ya hemos visto, las expone a iniciar las relaciones sexuales antes de tiempo, a tener más parejas sexuales y, a lo largo del tiempo, a exponerse con mayores probabilidades a embarazos inesperados.

Un hecho irrefutable es que muchas técnicas anticonceptivas fallan en porcentajes considerables. De aquí el hecho que **muchos abortos se llevan a cabo, precisamente, como “complemento” a la anticoncepción: cuando estos fallan, se recurre con más facilidad al aborto**, precisamente porque la mujer, el hombre o ambos vivieron las relaciones sexuales sin compromiso y habían excluido de inicio la posibilidad de un hijo.

Es así que **promover la anticoncepción no disminuye los abortos**; por ejemplo, en el año 2012 el Gobierno Francés publicó el reporte llamado “*La interrupción voluntaria del embarazo 2010*”²¹ el cual indica que en el año 2010, se llevaron a cabo un total de 212,000 abortos inducidos en dicho país. **El 91% de las mujeres a las que se les practicó el aborto reportaron algún uso de anticonceptivos durante su vida, y en concreto, el 66% de las mujeres que recurrieron al aborto, eran usuarias de anticonceptivos.** Así mismo, estos resultados demuestran que las mujeres de entre 20 a 24 años, son las que en su mayoría recurrieron a la práctica del aborto.

Sobre el mismo tema, un estudio científico publicado en 2012 por la revista *Plos One*,²² indica que tanto en Rusia, Bielorrusia y Ucrania, (donde el aborto era legal y promovido como uno de los métodos anticonceptivos durante los gobiernos soviéticos), la tasa de abortos ha disminuido considerablemente;

sin embargo, la caída ha sido mucho menor en Rusia, donde el uso de métodos anticonceptivos se ha impuesto en mayor proporción que en Bielorrusia y Ucrania.

Así mismo, un análisis del gobierno en Inglaterra en 2006,²³ refiere que **posterior a la implantación de la estrategia nacional de embarazo en adolescentes del Gobierno Británico, enfocada en la promoción y distribución de anticonceptivos, los abortos aumentaron un 7.5%.**

Un estudio realizado en España en 2015, encontró que **de las mujeres que participaban en prostitución, un 52.7% había tenido un aborto inducido; todas referían haber usado condón y 35.5% usaban además otro método anticonceptivo.**²⁴

Un importante estudio en **Noruega** del año 2016 refirió que **del total de las mujeres que solicitaron un aborto en ese país (80,346 mujeres), el 36.5% reportó haber usado algún método anticonceptivo y aun así haber quedado embarazada.**²⁵

El aborto, se ha convertido en una falsa “solución” ante un embarazo inesperado; por lo que no es de sorprender que los países donde se promueve el sexo fuera de un contexto de amor, responsabilidad y fidelidad, existan de manera paralela, grupos de presión cuyo propósito sea despenalizar el aborto; todo ello en lugar de diseñar e implementar programas de política pública que aseguren a todos los bebés, el crecer y desarrollarse de manera integral tanto dentro como fuera del vientre materno.

Recuerda...



- 1** El aborto provocado es terminar con la vida de una persona, aunque sea muy pequeña.
- 2** Las mujeres que abortan, registran mayores riesgos de depresión, suicidio y consumo de drogas que quienes deciden tener a su hijo.
- 3** Aquellas mujeres que tuvieron 1, 2 o 3 abortos presentaron, respectivamente, 45%, 114% y 191% mayor porcentaje de muerte en los siguientes 25 años que aquellas que no se practicaron un aborto.
- 4** Promover el acceso de la mujer a la anticoncepción, no disminuye el número de abortos.
- 5** Que la mujer decida libremente sobre su cuerpo, no incluye a otra persona, como lo es el niño en gestación.

Referencias

- 1.- Orner PJ, de Bruyn M, Barbosa RM, Boonstra H, Gatsi-Mallet J, Cooper DD. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2011;14:54.
- 2.- Beckmann CR, Ling FW, Barzansky BM, Herbert L, Laube DW, Smith RP (Eds). *Obstetricia y Ginecología*. Lippincott Williams and Wilkins. USA, 2010.
- 3.- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(1):16-24.
- 4.- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord.* 2005; 19(1):137-42.
- 5.- Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Psychiatry.* 2005; 10(Pt 2):255-68.
- 6.- Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstetrics and Gynecology.* 2002; 187(6):1673-8.
- 7.- Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *Can Med Assoc J.* 1997; 156(6):789-94.
- 8.- Thomas T, Tori CD, Wile JR, Scheidt SD. Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients with reproductive losses. *J Health Care Poor Underserved.* 1996; 7(1):15-23.
- 9.- Reardon DC. Maternal age and fetal loss. Missing abortion stratification adds to confusion. *BMJ.* 2001; 322(7283):429-30.
- 10.- Reardon DC, Coleman P. Pregnancy-associated mortality after birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191(4):1506-7.
- 11.- Reardon DC, Coleman PK. Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980-2004. *Med Sci Monit.* 2012; 18(9):PH71-6.
- 12.- Coleman PK, Reardon DC, Calhoun BC. Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study. *Eur J Public Health.* 2013; 23(4):569-74.
- 13.- Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Hum Reprod.* 2012; 27(11):3315-20.
- 14.- Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and low birthweight in the following pregnancy. *Int J Epidemiol.* 2000; 29(1):100-6.
- 15.- Swingle HM, Colaizzi TT, Zimmerman MB, Morris FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med.* 2009; 54(2):95-108.
- 16.- Shah PS, Zao J; Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2009; 116(11):1425-42.
- 17.- Henriot L, Kaminski M. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national perinatal survey. *BJOG* 2001; 108(10):1036-42.
- 18.- Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol* 1999; 94(6):948-53.
- 19.- Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG.* 2005; 112(4):430-7.

- 20.- Ancel PY, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, EUROPOP. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod* 2004; 19(3):734-40.
- 21.- <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2010,10978.html>
- 22.- Denisov BP, Sakevich VI, Jasilioniene A. Divergent trends in abortion and birth control practices in belarus, Russia and Ukraine. *PLoS One*. 2012; 7(11):e49986.
- 23.- Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*. 2006 Nov 25;368(9550):1879-86.
- 24.- Cabrerizo Egea, MJ; Barroso Garcia, MP y Rodriguez-Contreras Pelayo, R. Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. *Gac Sanit*. 2015; 29(3): 205-208.
- 25.- Strøm-Roum, Ellen Marie, Julie Lid, and Anne Eskild. Use of contraception among women who request first trimester pregnancy termination in Norway. *Contraception*. 2016; 94(2):181-6.

¿Qué otras conductas de riesgo generan las relaciones sexuales durante la adolescencia? y ¿cómo prevenirlas?

Cuidado y cariño de los papás, convivencia familiar armoniosa, apego a los principios humanos, estudio, deporte, amistades afines a la formación familiar, y congruencia con los valores religiosos que se practican, son factores determinantes para prevenir conductas de riesgo en la adolescencia.



Caso real 7. Carol es una mujer de 28 años que compartió su historia con **Sexo Seguro A.C.**; aquí te la presentamos:

Hola, soy Carol y tengo 28 años. Escribo esto porque quisiera que mi historia ayudara a otras chicas. Cuando una está más joven, muchas veces no sabe que hacer frente a ciertas cosas que nos suceden; y no queremos oír un buen consejo de los papás o algún adulto cercano, y eso me ocurrió a mí.

A los 15 años conocí a Andrés, un chico que tenía seis años más que yo, ya había terminado el colegio y trabajaba. Me deslumbré con él pues para mí era el más guapo de todos los hombres, además era súper buena onda y se había fijado en mí. Empezamos a salir y a las dos semanas nos hicimos novios, él fue el primero en mi vida.

Mis papás no me dejaban salir con él de noche y solo podía ir a visitarme a mi casa. Después de tres meses de noviazgo, una tarde que mis papás no estaban, empezamos a tener caricias muy íntimas y sin contar mucho más; después de esa ocasión a las dos semanas ya estábamos teniendo relaciones sexuales. Él ya había tenido algunas parejas sexuales, nunca me dijo cuántas, pero creo que habrán sido como cuatro. Creí que me haría feliz haber tenido sexo con él, pues para mí era la demostración de mi amor por él; pero la alegría no duró mucho. Él esperaba más de mí, quería que saliera con él en la noche, que lo acompañara con sus amigos de antro, y mis padres no me dejaban, así que después de dos meses terminó conmigo.

Me sentía morir, le había entregado todo, y él había terminado la relación. Recuerdo que ese verano empecé a fumar, me sentía tan usada, tan triste, que una amiga me ofreció cigarros, salíamos a caminar y yo fumaba para sentirme más tranquila.

Entré al colegio y mis sentimientos por Andrés seguían. Fue muy triste para mí cuando me enteré que él ya estaba saliendo con una chica del último trimestre que tenía 18 años y era más bonita que yo. ¡Algo se rompió en mí! Y pasé así seis meses más hasta que empecé a salir con Rolo. Él tenía 17 años, estaba en el colegio y todos lo conocían porque vendía "churros", es decir droga. Parecía un chico amable, me hacía reír; y como me sentía triste y usada por Andrés, pues empezamos a salir. Después de salir algunas veces, me dijo que no buscaba nada serio, que quería salir, pasarla bien, y yo como estaba confundida, le dije que sí.

Empezó a pasar el tiempo, me gustaba estar con Rolo y poco a poco me empecé a enamorar y un día al escaparme de casa de mis papás para ir a una fiesta, me ofreció fumar marihuana, al principio no quería, pero insistió, así que me animé y la probé.

Después de unos meses de estar así, me pidió que fuéramos novios, le dije que sí; y empezamos a tener relaciones sexuales; al paso del tiempo ya llevábamos dos años juntos y yo era usuaria de marihuana casi todos los fines de semana. Cumplí 18 años, terminé el colegio, pero mis ilusiones

del pasado en estudiar una carrera y ser alguien en la vida quedaron atrás.

Rolo me dijo que nos fuéramos a vivir juntos y así lo hice. Me fui de casa de mis papás, sin su consentimiento, pues ya era mayor de edad, y empecé mi vida con él. Poco a poco me envolvió el mundo de las drogas, de la marihuana pase a la cocaína ocasional y de ahí cada vez fue más común que la usara; y aunque no me dedicaba a la venta de drogas vivía, con alguien que sí. Entré a trabajar de mesera en un café; aunque ganaba poco me sentía tranquila que fuera algo honesto, pero todo cambió cuando a los 20 años me quedé embarazada porque falló el DIU.

Rolo me dijo que me quería pero que él no estaba listo para ser padre, que lo mejor que podría hacer era abortar. Había hecho muchas cosas mal, había dejado la casa de mis papás, consumía drogas, no había estudiado como era mi sueño; pero no iba a matar a mi hijo... así que después de muchas lágrimas terminé mi relación con Rolo, lo dejé y regresé a casa de mis papás. Ellos me apoyaron, me abrieron las puertas y tuve a mi bebé.

Gracias a esto mi vida cambió, dejé las drogas y tuve que hacerme responsable. Mi niña tiene ya siete años y es mi alegría en la vida. Pude estudiar una carrera técnica y ahora tengo un mejor trabajo, aunque sé que siempre seré una adicta en rehabilitación. Me siento triste cuando veo que no pude darle una familia como la que yo tuve, no quería ser madre soltera pues mi hija no va a tener el cariño de su papá; pero no supe hacer las cosas mejor.

Me doy cuenta que todo lo que he vivido fue una consecuencia de haberme sentido usada por aquel primer novio que tuve llamado Andrés, le entregué todo y me usó, del mismo modo que después fue con Rolo. Tal vez si no hubiera tenido relaciones sexuales con él a los 15 años mi vida sería diferente; pero en este momento solo me queda perdonarme y sacar adelante a mi amada hija. Espero que mi historia les sirva de algo. ¡Recuerden que lo que sucede en la adolescencia puede marcarles la vida, tengan cuidado... escuchen a sus papás, ellos son sus mejores consejeros!

El sexo no es un juego, ni algo casual para pasarla bien. Las relaciones sexuales son el tesoro que tenemos para amar a la persona con quien compartamos toda la vida. Pero, ¿qué pasa cuando mujeres y hombres lo entregan sin este compromiso? Piensa por un momento: ¿cómo te hubieras sentido, si después de tener relaciones sexuales con quien crees amar y que te ama, al poco tiempo, terminara esa relación? ¿Cómo crees que podría sentirse una adolescente o una mujer joven ante eso?

Otros riesgos de las relaciones sexuales en la adolescencia

Las relaciones sexuales prematuras acarrearán consecuencias a la salud física y psicológica, sea en el corto o en el largo plazo. Existen numerosos datos científicos que revelan que los adolescentes que inician relaciones sexuales tienen más riesgo de:

1. Tener más parejas sexuales a lo largo de toda su vida.¹⁻³

Lo que a su vez aumenta el riesgo de contagio de una infección sexual,⁴ tener un embarazo inesperado⁵⁻¹⁰ y tener conductas sexuales de muy alto riesgo.^{11,12} Una investigación del año 2018¹³ aplicada a 60,611 mujeres de entre 15 y 49 años, refirió que aquellas que **iniciaron relaciones sexuales a temprana edad**, tuvieron múltiples parejas sexuales y un aumento en el **riesgo de infecciones sexuales**.

Un estudio de 2018 aplicado a 837¹⁴ adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años concluyó que las mujeres que **iniciaban las relaciones sexuales a temprana edad tenían mayor número de parejas sexuales**. Así mismo, un análisis de ese mismo año realizado a 8,337 jóvenes¹⁵ encontró que mientras menor es la edad del inicio de la vida sexual en los jóvenes, mayor será la cantidad de parejas sexuales; concluyendo que el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia es un problema de salud pública, con implicaciones a corto y a largo plazo.

Iniciar las relaciones sexuales en la adolescencia se asocia a presentar conductas sexuales de riesgo en la juventud y la edad adulta. Un estudio realizado a 22,000 hombres de entre 18 y 45 años en Dinamarca, concluyó que aquellos que habían tenido relaciones sexuales desde temprana edad, acumulaban

más de 8 parejas sexuales, sumando dos nuevas parejas sexuales en los últimos 6 meses y habiendo tenido sexo con sexo servidoras.^{16,17}

En Estados Unidos, un estudio realizado a 9,844 jóvenes de entre 18 y 26 años de edad que fueron examinados para detectar infección por clamidia, gonorrea y tricomoniasis, concluyó que **a menor edad de experimentar la primera relación sexual, mayor es la probabilidad de padecer una infección sexual.**¹⁸

De igual manera, los resultados de una investigación de 19,240 estudiantes mayores de 16 años, refieren que los alumnos que experimentaron su primera relación sexual antes de los 13 años fueron más propensos a tener más de 4 parejas sexuales durante la adolescencia.¹⁹

2. Consumo de alcohol, tabaco, drogas^{20,21} y conductas delictivas.^{22,23} El consumo del tabaco y el alcohol en la adolescencia está relacionado con el inicio de las relaciones sexuales en esta etapa.²⁴ Estudios demuestran que a menor edad que una mujer u hombre tiene relaciones sexuales, también se iniciará en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas;²⁵ así mismo se reporta, un incremento de 50 al 100% de consumir más tabaco y marihuana que quienes no han tenido relaciones sexuales.²⁶

Estudios indican que las **mujeres adolescentes que tienen relaciones sexuales**, tendrán mayor propensión a:

- **Consumir alcohol repetidamente**²⁷
- **Fumar tabaco diariamente**
- **Consumir marihuana**
- **Tener una apreciación negativa de la vida**²⁸

Datos de Francia, Finlandia, y Polonia indican que consumir cigarrillos, alcohol y otras drogas, aumenta el riesgo de tener relaciones sexuales en la adolescencia.^{29,30} Un estudio aplicado a 7,664 adolescentes de 2019,³¹ reportó que aquellos que empezaron a usar marihuana antes de los 15 años tenían mayores probabilidades de tener relaciones sexuales a temprana edad. Por el contrario, un estudio en 2016,³² realizado a 5,036 hombres y

mujeres concluyó que tener relaciones sexuales hasta después de los 18 años, reduce la posibilidad de usar marihuana.

3. Bajo desempeño educativo. Los adolescentes que tienen relaciones sexuales en esta etapa de su vida tienen más riesgo de dejar la escuela.³³ Así mismo, **tener un menor nivel educativo y dejar la escuela aumentó el riesgo de tener relaciones sexuales a temprana edad**³⁴ y otras conductas sexuales de riesgo.^{35,36} Por ejemplo, las mujeres que no terminan la preparatoria son más propensas a infectarse de VIH que aquellas que si terminan.³⁷

La asistencia a la escuela y un ambiente de compromiso por el estudio disminuye la probabilidad de tener relaciones sexuales;³⁸ por el contrario, los adolescentes que son sexualmente activos a temprana edad, tienen menos posibilidades de obtener un diploma de la preparatoria o acudir a la universidad.³⁹⁻⁴¹ Así mismo, se ha reportado que **los adolescentes que inician con las relaciones sexuales, tienen menor relación con instituciones como la escuela, la familia y los grupos religiosos.**⁴²

Diversos estudios recientes en adolescentes demuestran que:

- **Las mujeres que tienen relaciones sexuales abandonaron 5 veces más la escuela que las que no las tenían, y en el caso de los hombres, esto es mayor. De las adolescentes sexualmente activas a los 16 años, solo el 16% terminó la educación básica,** en comparación con el 70% que no tuvieron relaciones sexuales y terminaron su educación.⁴³
- Quienes **iniciaron relaciones sexuales a más temprana edad tuvieron menos probabilidades de terminar la escuela secundaria**⁴⁴ y obtuvieron calificaciones más bajas.⁴⁵
- Aquellas que **habían abandonado la escuela, tenían más relaciones sexuales y aumento de embarazos;** a diferencia de quienes seguían estudiando.⁴⁶
- Quienes faltaban a la escuela o fallaban más en las pruebas académicas, tenían en mayor proporción relaciones sexuales.⁴⁷

4. Presentar problemas de conducta⁴⁸ y agresividad, mayor número de alteraciones mentales⁴⁹ y pobre bienestar psicosocial.⁵⁰ Un estudio reciente⁵¹ del año 2019, en el que participaron 41,723 adolescentes con un promedio de 14 años de edad, encontró **que quienes practicaba el sexting (o sexo por texto), iniciaban las relaciones sexuales y tenían más parejas sexuales, y presentaban un aumento en alteraciones psiquiátricas como ansiedad y depresión.**

En el mismo sentido, un amplio estudio en Suecia del año 2015 llevado a cabo a más de 3,432 adolescentes, concluyó que aquellos que **tenían relaciones sexuales, mostraban** más comportamientos de riesgo, tales como: **aumento en el número de parejas sexuales, experimentar el sexo oral y anal, fumar tabaco, consumir drogas y alcohol y mostrar comportamientos antisociales como ser violento, mentir, robar y huir de sus hogares.** Las mujeres que tuvieron un inicio sexual prematuro, experimentaron significativamente mayores abusos sexuales; en el caso de los hombres, éstos mostraron mayores probabilidades de experimentar un débil sentido de coherencia, baja autoestima y mala salud mental, junto con experiencias de abuso sexual, venta de sexo y violencia física.⁵²

Estas consecuencias se agudizan en los adolescentes que inician las relaciones sexuales antes de los 16 años.^{53,54}

¿Tener relaciones sexuales afecta nuestras futuras relaciones?

El día de hoy se ha vuelto muy común la expresión: “lo que no fue en tu año, no fue en tu daño”; y otro dicho común que vemos en las películas: “lo que sucede en las Vegas, se queda en las Vegas”. Ambas frases se refieren a que aquello que uno hizo en su pasado, especialmente con relación a la sexualidad y las relaciones sentimentales con otras personas, no afecta nuestro futuro. En ambos dichos hay una gran hipocresía, pues se ha demostrado que cualquier tipo de relación sexual que se tuvo en el pasado, sí puede afectar el futuro de muchos adolescentes y jóvenes.

Diversas investigaciones demuestran que decisiones que se tomaron en el pasado sobre la vida sexual, pueden afectar futuras relaciones:

1. Las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de casarse con otras personas, tienen más posibilidad de divorcio.

Las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes del matrimonio con 1 pareja distinta a su marido, registraron 20% de probabilidades de divorciarse antes de los 5 años; las que habían tenido más de 2 parejas sexuales tenían 30% de riesgo de divorciarse en este mismo lapso de tiempo, y **las que tuvieron más de 10 parejas sexuales, tuvieron más de 33% de riesgo de divorcio**; todo esto en contraste con quienes no habían tenido otras parejas sexuales, registrando el 5% de divorcio antes de los 5 años de matrimonio.⁵⁵

2. Las personas que vivieron juntos antes de casarse, tiene menor satisfacción en el matrimonio.

Aquellos que se casaron sin haber vivido en unión libre tienen mejor relación matrimonial que aquellos que se casaron habiendo cohabitado juntos antes; y tienen mucho mejor relación que aquellos que viven en unión libre sin planes de casarse. **Los que se casaron sin haber vivido juntos antes, disfrutaron de los niveles más bajos de desilusión en las relaciones** y, entre las mujeres, los niveles más altos de felicidad en las relaciones.⁵⁶

3. A la gente si le importa el pasado. Los fantasmas de una relación anterior pueden afectar el matrimonio. Aquellas **personas que tuvieron relaciones sexuales o que vivieron con otra persona antes de casarse tiene menos posibilidades de tener buenos matrimonios**, que aquellas personas que no vivieron así su pasado.

4. Tener hijos en relaciones pasadas, afecta el matrimonio futuro. Tener hijos de relaciones previas a la persona con la que te casas, sí, afecta el matrimonio. **Aquellas personas que tuvieron hijos con otras personas antes de casarse, tienen menos posibilidades de tener buenos matrimonios.**⁵⁷

Factores protectores contra el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia

Así como describimos algunas de las consecuencias negativas que tiene a corto, mediano y largo plazo el iniciar las relaciones sexuales en la adolescencia y la juventud; también se han reportado ciertas condiciones que ayudan y motivan a los adolescentes y jóvenes a esperar por las relaciones sexuales. Algunas de estas son:

1. Presencia, cuidado y relación con los padres de familia. Varios estudios han demostrado que **es posible un menor consumo de alcohol, evitar las relaciones sexuales a temprana edad y un embarazo en los adolescentes que:**

- **Son acompañados y supervisados por sus padres** durante sus actividades diarias.
- Son hijos de **padres que les especifican las reglas de la casa** y les previenen sobre las conductas de riesgo.⁵⁸
- **Mantienen una buena comunicación con sus padres.**⁵⁹
- **Saben que tienen el apoyo de sus padres y familia.**⁶⁰
- **Sus padres les hablan favorablemente del matrimonio.**⁶¹

Por otro lado, se ha documentado que poca supervisión por parte de los padres de familia se asocia con aumento en conductas de riesgo como consumo de drogas, tráfico de drogas, conductas violentas y, relaciones sexuales.⁶²

2. Mayor nivel educativo. Los adolescentes que tienen mayor educación escolar logran retrasar el inicio de la vida sexual activa^{26,63} y los embarazos inesperados.⁶⁴ Varios estudios han demostrado que los adolescentes que se abstienen de las relaciones sexuales son más propensos a graduarse de la preparatoria y acudir a la universidad que aquellos que tiene relaciones sexuales.⁶⁵

3. Amigos y percepción del medio que los rodea. Las adolescentes identifican a su familia, amigos y compañeros de escuela como los referentes que influirán de forma decisiva en su co-

nocimiento sobre su vida sexual.⁶⁶ **Los jóvenes que se sienten menos presionados por sus amigos para iniciar la vida sexual y que están más seguros de sus habilidades para decir "NO" a determinadas situaciones, retrasan el inicio de la vida sexual más fácilmente.**^{67,68} Así mismo, los jóvenes que perciben que sus amigos no tienen o no favorecen la vida sexual activa, son menos propensos a tener relaciones sexuales.⁶⁹

Las actitudes y percepciones negativas hacia las relaciones sexuales en esta etapa de la vida, y las actitudes positivas hacia la abstinencia sexual,⁷⁰ retrasan el inicio de la vida sexual en los jóvenes.⁷¹

4. Prácticas religiosas. La vida espiritual y religiosa está asociada de manera positiva con actitudes saludables en los adolescentes,⁷² por ejemplo, disminuye las conductas sexuales de riesgo y retrasa el inicio de la vida sexual. Estudios científicos han demostrado que **los adolescentes que asisten frecuentemente a los servicios religiosos, a las actividades religiosas que existen para los jóvenes⁷³ y que le dan alta importancia a la vida interior y religiosa en el día a día, posponen hasta en un 50%⁷⁴ el inicio de su vida sexual.**^{63,75-80}

Estudios sobre adolescentes y jóvenes concluyen que:

- Quienes acuden frecuentemente a la iglesia y tiene actitudes positivas hacia la religión, tienden a disminuir de 27 a 54%⁸¹ la vida sexual en su adolescencia.
- Cuando hay apego a los principios y valores de la religión, se retrasa el inicio de las relaciones sexuales.^{82,83}
- Cuando los **adolescentes observan que sus padres practican⁸⁴ su fe y acuden a los servicios religiosos, esto contribuye al retraso del inicio de la vida sexual de sus hijos.**⁸⁵
- Vivir convicciones religiosas es un factor protector para prevenir conductas de riesgo como el consumo de alcohol y el inicio de relaciones sexuales.^{86,87}
- Mientras **mayores son las convicciones religiosas, mayor es la presencia de actitudes positivas hacia la abstinencia^{88,89} hasta el matrimonio⁹⁰ y el cuidado de la sexualidad.**⁹¹

Recuerda...



- 1** Las relaciones sexuales en la adolescencia aumentan el riesgo de consumo de alcohol, drogas y presentar conductas delictivas.
- 2** Los adolescentes que inician las relaciones sexuales en esta etapa, logran un menor nivel educativo.
- 3** Las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con otras personas antes de casarse, tienen más posibilidad de divorcio.
- 4** La supervisión y cuidado de los padres en el día a día, disminuye el riesgo de iniciar las relaciones sexuales en la adolescencia.
- 5** Los adolescentes que le dan alta importancia a la vida interior y que asisten frecuentemente a los servicios religiosos posponen hasta en un 50% el inicio de la vida sexual en esta etapa.

Referencias

- 1.- Genuis SJ, Genuis SK. Adolescent behaviour should be priority. *BMJ*. 2004; 328:894.
- 2.- Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results From a National US Study. *Am J Public Health*. 2008; 98:155-61.
- 3.- Jarrett SB, Udell W, Sutherland S, McFarland W, Scott M, Skyers N. Age at Sexual Initiation and Sexual and Health Risk Behaviors Among Jamaican Adolescents and Young Adults. *AIDS Behav*. 2018; 22(Suppl 1):57-64.
- 4.- Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol*. 2005; 161:774-80.
- 5.- Magnusson C, Trost K. Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006; 27(4):237-44.
- 6.- Dearnorff J, Gonzales NA, Christopher FS, Roosa MW, Millsap RE. Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics*. 2005; 116(6):1451-6.
- 7.- Waldron M, Heath AC, Turkheimer E, Emery R, Bucholz KK, Madden PA, et al. Age at first sexual intercourse and teenage pregnancy in Australian female twins. *Twin Res Hum Genet*. 2007; 10(3):440-9.
- 8.- Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008; 36(2):176-82.
- 9.- Vinodhini K, Shanmughapriya S, Das BC, Natarajaseenivasan K. Prevalence and risk factors of HPV infection among women from various provinces of the world. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285: 771- 777.
- 10.- Renschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Delere Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014; 14:1248
- 11.- Brook D, Brook J, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(11):1039-44.
- 12.- Stanton B, Li X, Cottrell L, Kaljee L. Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation-seeking among urban, low-income African-American adolescents. *J Natl Med Assoc*. 2001; 93(4):129-38.
- 13.- Yaya S, Bishwajit G. Age at First Sexual Intercourse and Multiple Sexual Partnerships Among Women in Nigeria: A Cross-Sectional Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2018; 5:171.
- 14.- Jarrett SB, Udell W, Sutherland S, McFarland W, Scott M, Skyers N. Age at Sexual Initiation and Sexual and Health Risk Behaviors Among Jamaican Adolescents and Young Adults. *AIDS Behav*. 2018; 22(Suppl 1):57-64.
- 15.- Warner TD. Adolescent Sexual Risk Taking: The Distribution of Youth Behaviors and Perceived Peer Attitudes Across Neighborhood Contexts. *J Adolesc Health*. 2018; 62(2):226-233.
- 16.- Buttman N, Nielsen A, Munk C, Liaw KL, Kjaer SK. Sexual risk taking behaviour: prevalence and associated factors. A population-based study of 22,000 Danish men. *BMC Public Health*. 2011; 5(11):764).
- 17.- Pechansky F, Remy L, Surratt HL, Kurtz SP, Rocha TB, Von Diemen L, et al. Age of Sexual Initiation, Psychiatric Symptoms, and Sexual Risk Behavior among Ecstasy and LSD Users in Porto Alegre, Brazil: A Preliminary Analysis. *J Drug Issues*. 2011; 41(2):217.

- 18.- Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol.* 2005; 161:774–80.
- 19.- Lowry R, Robin L, Kann L. Effect of Forced Sexual Intercourse on Associations Between Early Sexual Debut and Other Health Risk Behaviors Among US High School Students. *J Sch Health.* 2017; 87(6):435-447.
- 20.- Connell CM, Gilreath TD, Hansen NB. A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behavior among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009; 70(6):943–51.
- 21.- Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open.* 2012; 8(2):e000661.
- 22.- Martín MJ. Violencia juvenil exogrupal, hacia la construcción de un modelo causal. Madrid: Ministerio de educación y ciencia, España; 2005; 33-34.
- 23.- Kuzman M, Simetin IP, Franelić IP. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol.* 2007; 31 Suppl 2:121-30.
- 24.- Stueve A, O'Donnell LN. Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *Am J Public Health.* 2005; 95:887-93.
- 25.- Rothman EF, Wise LA, Bernstein E, Bernstein J. The timing of alcohol use and sexual initiation among a sample of Black, Hispanic, and White adolescents. *J Ethn Subst Abuse.* 2009; 8(2):129-45.
- 26.- Gutierrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sanchez-Aleman MA. Risk behaviors of 15–21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health.* 2006; 6:49.
- 27.- Buttman N, Nielsen A, Munk C, Liaw KL, Kjaer SK. Sexual risk taking behaviour: prevalence and associated factors. A population-based study of 22,000 Danish men. *BMC Public Health.* 2011; 5(11):764.
- 28.- Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008; 36(2):176-82.
- 29.- Lavikainen HM, Lintonen T, Kosunen E. Sexual behavior and drinking style among teenagers: a population-based study in Finland. *Health Promot Int.* 2009; 24(2):108–19.
- 30.- Woyrnarowska B, Tabak I. Risk factors of early sexual initiation. *Med Wieku Rozwoj.* 2008; 12(2):541–547.
- 31.- El-Menshawi M, Castro G, Rodriguez de la Vega P, Ruiz Peláez JG, Barengo NC. First Time Cannabis Use and Sexual Debut in U.S. High School Adolescents. *J Adolesc Health.* 2019; 64(2):194-200.
- 32.- Cha S, Masho SW, Mezuk B. Age of Sexual Debut and Cannabis Use in the United States. *Subst Use Misuse.* 2016; 51(4):439-48.
- 33.- Blum RW, Halcón L, Beuhring T, Pate E, Campell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the caribbean: risk and protective factors. *Am J Public Health.* 2003; 93:456–60.
- 34.- Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health.* 2004; 34(3):200-8.
- 35.- Bennett DL, Bauman A. Adolescent mental health and risky sexual behavior. *BMJ.* 2000; 321:251-52.
- 36.- Blum RW, Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey. *J Adolesc Health.* 2004; 35:493-500.

- 37.- Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008; 37:1266–73.
- 38.- Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*. 2002; 39:27–33.
- 39.- Harden KP, Mendle J. Why don't smart teens have sex? A behavioral genetic approach. *Child Dev*. 2011; 82(4):1327–44.
- 40.- Frisco ML. Adolescents' sexual behavior and academic attainment. *Sociology of Education*. 2008; 81:284–311.
- 41.- Spriggs AL, Halpern CT. Timing of sexual debut and initiation of postsecondary education by early adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2008; 40:152–61.
- 42.- Ream GL. Reciprocal effects between the perceived environment and heterosexual intercourse among adolescents. *J Youth Adolesc*. 2006; 35(5):771–85.
- 43.- Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Price A, Kaonga AM, Kondowe S, et al. Lusting, learning and lasting in school: sexual debut, school performance and dropout among adolescents in primary schools in Karonga district, northern Malawi. *J Biosoc Sci*. 2019; 29:1–17.
- 44.- Bengesai AV, Khan HTA, Dube R. Effect of early sexual debut on high school completion in South Africa. *J Biosoc Sci*. 2018; 50(1):124–143.
- 45.- Whitworth TR, Paik A. Sex and Education: Does Sexual Debut During Adolescence Lead to Poor Grades? *Perspect Sex Reprod Health*. 2019; 51(2):81–89.
- 46.- Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ1, et al. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. *PLoS One*. 2018; 13(5):e0196041.
- 47.- Hensel DJ, Sorge BH. Adolescent women's daily academic behaviors, sexual behaviors, and sexually related emotions. *J Adolesc Health*. 2014; 55(6):845–7.
- 48.- Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health*. 2010; 47(4):389–98.
- 49.- Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, et al. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med*. 2004; 27(3):224–31.
- 50.- Kuzman M, Simetin IP, Franelić IP. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol*. 2007; 31 Suppl 2:121–30.
- 51.- Mori C, Temple JR, Browne D, Madigan S. Association of Sexting With Sexual Behaviors and Mental Health Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2019; 173(8):770–779.
- 52.- Kastbom ÅA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatr*. 2015; 104(1):91–100.
- 53.- Spriggs AL, Halpern CT. Sexual debut timing and depressive symptoms in emerging adulthood. *J Youth Adolesc*. 2008; 37(9):1085–96.
- 54.- Meier AM. Adolescent first sex and subsequent mental health. *American Journal of Sociology*. 2007; 112(6):1811–47.
- 55.- Wolfinger H. Counterintuitive Trends in the Link Between Premarital Sex and Marital Stability. Institute for Family Studies. 2016. Disponible en: <https://ifstudies.org/blog/counterintuitive-trends-in-the-link-between-premarital-sex-and-marital-stability/>
- 56.- Brown SL, Manning WD, Payne KK. Relationship Quality among Cohabiting versus Married Couples. *J Fam Issues*. 2017; 38(12):1730–1753.

- 57.- Rhoades GK, Stanley SM. The National Marriage Project at the University of Virginia. Before "I Do" What Do Premarital Experiences Have to Do with Marital Quality Among Today's Young Adults? 2014. University of Virginia. Disponible en: <http://nationalmarriageproject.org/>
- 58.- O'Donnell L, Stueve A, Duran R, Myint-U A, Agronick G, Doval A, et al. Parenting practices, parents' underestimation of daughters' risks and alcohol and sexual behaviors of urban girls. *J Adolesc Health*. 2008; 42(5):496-502.
- 59.- Sieving RE, McRee AL, McMorris BJ, Schlafer RJ, Gower AL, Kapa HM, et al. Youth-Adult Connectedness:: A Key Protective Factor for Adolescent Health. *Am J Prev Med*. 2017; 52(3S3):S275-S278.
- 60.- Bruederle A, Delany-Moretlwe S, Mmari K, Brahmabhatt H. Social Support and Its Effects on Adolescent Sexual Risk Taking: A Look at Vulnerable Populations in Baltimore and Johannesburg. *J Adolesc Health*. 2019; 64(1):56-62.
- 61.- Ruiz-Canela M, López-Del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, Irala Jd. Family, friends, and other sources of information associated with the initiation of sexual relations by adolescents in El Salvador. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(1):54-61.
- 62.- Li X, Feigelman S, Stanton B. Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *J Adolesc Health*. 2000; 27:43-48.
- 63.- Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years. *J Adols Health*. 2000; 26:42-48.
- 64.- Magadi MA, Agwanda AO. Determinants of transitions to first sexual intercourse, marriage and pregnancy among female adolescents: evidence from South Nyanza, Kenya. *J Biosoc Sci*. 2009; 41(3):409-27.
- 65.- Sabia JJ, Rees DI. The effect of sexual abstinence on females' educational attainment. *Demography*. 2009; 46(4):695-715.
- 66.- Teitelman AM, Bohinski JM, Boente BA. The social contexts of sexual health and sexual risk for urban adolescent girls in the United Status. *Issues Mentl Health Nurs*. 2009; 30(7):460-69.
- 67.- Tenkorang EY, Maticka-Tyndale E. Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya. *Ins Fam Plan Perspect*. 2008; 34(4):177-88.
- 68.- Kahn JA, Huang B, Austin B, Aweh GN, Colditz GA, Frazier AL. Development of a scale to measure adolescents' beliefs and attitudes about postponing sexual initiation. *J Adoelc Health*. 2004; 35(3):425.e1- 425.e10.
- 69.- Wallace SA, Miller KS, Forehand R. Perceived peer norms and sexual intentions among African American preadolescents. *AIDS Educ Prev*. 2008; 20(4):360-9.
- 70.- Dilorio C, Dudley WN, Kelly M, Soet JE, Mbwarra J, Potter JS. Social cognitive correlates of sexual experiences and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *J Adolesc Health*. 2001; 29:208-16.
- 71.- Fatusi AO, Blum RW. Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health*. 2008; 8(136).
- 72.- Rew L, Wong YL. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 2006; 38(4):433-42.
- 73.- Doss JR, Vesely SK, Oman RF, Aspa CB, Tolma E, Rodino S, et al. A matched case-control study: investigating the relationship between youth assets and sexual intercourse among 13- to 14-year-olds. *Child Care Health Dev*. 2007; 33(1):40-4.

- 74.- Haglund KA, Fehring RJ. The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *J Relig Health*. 2010; 49(4):460-72.
- 75.- Holder DW, Durant RH, Harris TL, Daniel JH, Obeidallah D, Goodman E. The association between adolescent spirituality and voluntary sexual activity. *J Adolesc Health*. 2000; 26(4):295-302.
- 76.- Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviours: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Science Med*. 2003; 57:2049-54.
- 77.- Rotosky S, Regnerus M, Wright M. Coital debut. The role of religiosity and sex attitudes in the add health survey. *J Sex Research*. 2003; 40:358-67.
- 78.- Zaleski EH, Schiaffino KM. Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to collage. *J Adolesc*. 2000; 23(2):223-27.
- 79.- Cotton S, Berry D. Religiosity, spirituality and adolescent sexuality. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007; 18(3):471-83.
- 80.- Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL. Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes durinf emerging adulthood. *J Sex Research*. 2004; 41(2):150-9.
- 81.- Haglund KA, Fehring RJ. The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *J Relig Health*. 2010; 49(4):460-72.
- 82.- Edwards LM, Haglund K, Fehring RJ, Pruszynski J. Religiosity and sexual risk behaviors among Latina adolescents: trends from 1995 to 2008. *J Womens Health*. 2011; 20(6):871-7.
- 83.- McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *J Adoles Health*. 2003; 33(1):2-8.
- 84.- Manlove JS, Terry-Humen E, Ikramullah EN, Moore KA. The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *J Adolesc Health*. 2006; 39(4):578-87.
- 85.- Manlove J, Logan C, Moore KA, Ikramullah E. Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspec Sexual Reprod Health*. 2008; 40(2):105-17.
- 86.- Poulson RL, Eppler MA, Satterwhite TN, Wuensch KL, Bass LA. Alcohol consumption, strength of religious beliefs, and risky sexual behavior in collage students. *J Am Coll Health*. 1998; 46(5):227-32.
- 87.- De Visser RO, Smith AM, Richters, Rissel CE. Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of australian adults. *Arch Sex Behav*. 2007; 36:33-46.
- 88.- Belgrave FZ, Van Oss Marin B, Chambers DB. Cultural, contextual, and intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among urban African-American girls in early adolescence. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2000; 6(3):309-22.
- 89.- Shirazi KK, Morowatisharifabad EM. Religiosity and determinants of safe sex in iranian non-medical male students. *J Relig Health*. 2009; 48:29-36.
- 90.- Halpern CT, Waller MW, Spriggs A; Hallfors DD. Adolescent predictors of emerging adult sexual patterns. *J Adolesc Health*. 2006; 39(6):926.e1-10.
- 91.- Ahrold TK, Farmer M, Trapnell PD, Meston CM. The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity. *Arch Sex Behav*. 2011; 40(3):619-30.

Prepárate y conversa con tus hijos sobre sexualidad (Parte I)

En la educación sexual, más vale llegar un año antes, que un segundo después.

Rosario Laris



Caso real 8. Alvarito es un niño de 6 años, inquieto y cariñoso, que comprende que su mamá y su papá están casados, y aspira cuando sea grande, a casarse y ser como su papá. Las preguntas que hace a sus padres sobre su nacimiento han sido constantes en las últimas semanas, pues su mamá tiene seis meses de embarazo de su hermanita. Esto ha sido una gran novedad para él y le ha despertado mucha curiosidad.

En el kinder, un compañero le contó que cuando nacían los hermanos, a las mamás “les abrían la panza para que saliera el bebé”. Ese día, Alvarito llegó a su casa preocupado porque a su mamá le tendrían que “abrir” la panza para que naciera su hermanita. LuzMa, su mamá, que es enfermera, le explicó que existen dos formas en que pueden nacer los niños, por cesárea (que efectivamente, es “abrir” la panza de la mamá), o por parto, como nacieron él y su hermano Jorge, de 3 años, es decir por un pequeño orificio cercano a donde hacen pipí las mujeres.

Alvarito comprendió esto, y después de un par de días regresó con su mamá a preguntarle como había entrado su hermana a su panza. LuzMa, le dijo que esperarían a que papá llegara para contarle esa historia; así que esa tarde Carlos y LuzMa le explicaron a su hijo que para el inicio de la vida tanto de su her-

manita, que venía en camino, su hermano Jorgito, y del propio Alvarito, tuvieron que juntarse dos semillas dentro del cuerpo de LuzMa; una semilla de Carlos y otra semilla de LuzMa, y que así había iniciado el crecimiento de su hermanita, de Jorgito y del propio Alvarito dentro de la panza de su mamá.

Con esta explicación, Alvarito quedó tranquilo, pero es probable que pronto se cuestione como entró la semilla de su papá al cuerpo de LuzMa, por lo que ellos tendrán que estar preparados para explicar como por medio de un **“abrazo de amor”** entre esposos, llegó la semilla al cuerpo de la mamá.

¿Qué es la educación sexual?

En los capítulos anteriores, hemos comentado que la sexualidad es una parte esencial de nuestro ser, de nuestra personalidad; que gracias a ella podemos conocer, comunicarnos con los demás y expresar el amor humano. Comprendiendo esto, es posible afirmar que **la educación sexual es la educación para el amor**, razón por la cual, nosotros, los padres de familia, somos los indicados para formar a los hijos en este tema.

Y no podría ser de otra forma, pues el papá y la mamá somos los únicos facultados para hablarle a los hijos sobre amor, nuestro amor, y cómo llegaron ellos a este mundo. **Educación en la sexualidad, más que una obligación o responsabilidad, es un privilegio;** es la gran oportunidad de enseñarles a cuidar y respetar su cuerpo y exigir este respeto a todos los demás, explicarles el valor que tendrá la sexualidad para su vida, las ventajas de vivir las relaciones sexuales dentro de una relación exclusiva en el matrimonio y el gran regalo que significará la llegada de un hijo en ese contexto.

Muchos de nosotros provenimos de familias donde nunca se nos habló abiertamente de sexualidad, donde la palabra era tabú o un tema difícil que se reducía a una “charla” de nuestros padres, explicándonos temerosamente y avergonzados, lo que era una relación sexual. **Pero la educación sexual no puede reducirse a una conversación de media tarde entre padres e hijos, o a explicarle a las chicas de 11 o 12 años lo que es la menstruación;** sino que debe ser un espacio de confianza entre

padres e hijos, generada a través del tiempo, que les permita a los niños desde pequeños expresar todas sus dudas relacionadas con el cuerpo, con su crecimiento y desarrollo; y todo lo que suceda alrededor de su vida en torno a su relación con los demás, con ellos mismos y la comprensión de su sexualidad.

Claro que para muchos de nosotros, pensar en dar respuesta a todas las interrogantes que puedan tener nuestros hijos es complicado, pues no sabemos con exactitud qué decir, las palabras que deberíamos usar o los consejos que ofrecer. Pero es aquí donde nuestro amor y responsabilidad como padres debe impulsarnos a leer, prepararnos, cuestionarnos, actualizarlos y buscar respuestas a todas las inquietudes que tengan nuestros hijos y, de esta forma, ser un referente importante sobre las preguntas en torno al amor y la sexualidad que ellos tendrán.

En este capítulo y los siguientes, recomendaremos algunos argumentos sencillos para entablar conversaciones con nuestros hijos sobre su sexualidad, y como responder a las preguntas más comunes que los inquietan desde las primeras etapas de su vida.

¿En qué momento debe iniciarse la educación sexual?

La educación sexual debe iniciarse desde el embarazo, pues al ser la educación en el amor, el niño en gestación necesita sentir el amor de sus padres. Los latidos del corazón de su mamá y el escuchar la voz del papá, son su primer contacto con ellos. Durante todo el embarazo, el nuevo "integrante de la familia" debe sentirse bienvenido y querido por sus padres, y en caso de ya tener hermanos, también sentirse esperado por ellos.

Hablarle a un niño en gestación, que sienta la voz de su mamá, papá y los demás miembros de la familia, lo hará sentirse querido, protegido, esperado. Ya al momento de nacer, el rumbo de la educación sexual tomará un camino mucho más concreto.

La relación entre un hijo y su madre es íntima desde la fecundación, es decir, desde la fusión del espermatozoide del papá con el óvulo de la mamá. Como señalamos en el capítulo 6, desde la concepción inicia un diálogo intermolecular entre la

mujer y su hijo. A lo largo de todo el trayecto del embrión por la trompa uterina, hasta que llega al útero, éste envía señales moleculares a su madre, a la que ella responderá produciendo sustancias que le permitirán crecer en esta etapa y que le proporcionarán la vitalidad necesaria para implantarse en el útero. Durante el resto del embarazo, el embrión, después llamado feto, por medio del cordón umbilical y la placenta, recibirá de su madre el oxígeno y nutrientes necesarios para seguir creciendo y desarrollándose hasta su nacimiento.

Cuando el bebé nace, se alimenta de leche materna de su madre, y ella lo arrulla, limpia, baña y atiende durante todo el día. El papá lo carga, arropa, le habla, lo acaricia; y los hermanos lo abrazan, juegan, brincan a su lado y lo hacen sonreír. Con estos gestos de cuidado, el niño de tan solo unos meses, comienza a darse cuenta que ocupa un lugar imprescindible en la familia, es decir, empieza a ser educado en la sexualidad, educado en el y para el amor.

En caso de tener otros hijos, este es un buen momento para formarlos a ellos también. **Con la llegada un nuevo hermano, los hijos mayores pueden aprender cómo fueron recibidos por sus padres desde el embarazo;** observarán la entrega y el cariño de su madre expresado en cada momento de la maternidad: como los alimentaba, bañaba, cambiaba de pañales, arrullaba. El amor que despiertan los bebés, llena de alegría a los hermanos mayores, quienes pueden disfrutar de este momento de dar y recibir cariño de su hermano menor; y así descubrir cómo fueron queridos y cuidados en su primera infancia.

Nuestra sexualidad es nuestro cuerpo, nosotros mismos; y gracias a este cuerpo podemos expresar el amor. **Desde pequeños, nuestros hijos deben darse cuenta que son únicos, irremplazables, que para nosotros, la vida sin ellos no sería igual y que ocupan un lugar especial en su familia.** Debemos generar un sólido vínculo emocional con ellos, el cual les permita al paso del tiempo tener gran confianza en comunicar y confiarnos sus inquietudes más personales, en especial aquellas relacionadas con su cuerpo y su sexualidad. Esta vinculación afectiva entre padres e hijos puede forjarse con sencillos actos de amor desde que los niños son pequeños:

- **Abrazarlos todos los días** y decirles que los queremos y que son especiales.
- **Felicitarlos en cada uno de sus pequeños logros.**
- **Escucharlos** ante sus primeras preguntas e inquietudes; y siempre dar respuesta (aunque parezcan preguntas sin sentido o de poca importancia).
- **Ante un error, corregirlos y enseñarles con cariño el camino correcto.** Si estamos muy enojados, es mejor conversar con ellos cuando nos serenemos.

Educación sexual con naturalidad

Al ser la sexualidad parte esencial de nuestra persona, el tema debe abordarse con naturalidad, sencillez y sin tabúes; pero al ser a la vez, un asunto tan íntimo y sensible, es recomendable abordarlo con el mayor respeto y consideración para nuestros hijos.

1. Comprensión de nuestra propia sexualidad. Para “educar con naturalidad y respeto”, nuestro primer objetivo como padres de familia debe ser comprender la sexualidad en nuestra vida cotidiana. **¿Cómo abordar este tema si nosotros como adultos sentimos temor, vergüenza, nunca lo hemos reflexionado y simplemente no lo comprendemos?**

Por ejemplo, supongamos que nuestra profesión es la enfermería y, por tanto, hemos inyectado medicamentos a cientos de niños a lo largo de nuestra vida profesional. Si nuestra hija nos preguntara cual es la técnica correcta de inyectar, sería muy sencillo explicárselo, sin ningún tipo de vergüenza, pues estudiamos las técnicas para inyectar y después las llevamos a la práctica tantas veces, que forma parte de nuestro conocimiento y experiencia. Si fuera el caso del hijo de un zapatero, y éste le preguntara a su papá como arreglar una suela del zapato, para él sería sencillo explicárselo, pues ha arreglado cientos de zapatos como parte de su oficio. O si somos expertos en elaborar alguna receta de comida elaborada, sería sencillo compartirla a nuestros hijos, pues la hemos cocinado muchas veces y seguramente, cada vez nos queda mejor.

En caso contrario, si un niño tiene alguna pregunta sobre la vida de los animales en el fondo del mar y nosotros desconoce-

mos este tema, será difícil poder darle una respuesta acertada, aunque siempre nos queda el recurso de ir a investigar y brindarle una respuesta general a sus inquietudes.

Con la educación sexual sucede algo muy parecido, será mucho más fácil para los padres hablar del tema con naturalidad y respeto, si es algo cotidiano y comprendido por ellos; que si es un tema que les despierta cierta "vergüenza".

Al comprender que por medio de las relaciones sexuales dentro del matrimonio se renueva y fortalece nuestra alianza como esposos y, de esa manera creceremos en el amor; será mucho más sencillo expresar a nuestros hijos el valor del cuerpo y la sexualidad así como el cuidado y respeto que merecen. En los capítulos 1 y 2 se abordan con mayor profundidad estos conceptos.

2. Dar respuestas sencillas y claras a todas las preguntas. El segundo objetivo para "educar con naturalidad y respeto" es **responder a todas las preguntas que los hijos nos hagan en torno a la sexualidad, desde que son pequeños.**

En la educación sexual **no existen preguntas "no aptas para la edad del niño"**, pues si alguno de nuestros hijos de 4, 5 o 6 años tuviera una pregunta relacionada con la sexualidad: ¿qué es la vagina, mamá?, ¿papá, por donde salen los bebés?, ¿cómo entro su bebé a la panza de esa mujer?, ¿para que sirven los pechos? o cualquier otra, esa pregunta es legítima y **merece siempre una respuesta.** Esto no implica dar largas explicaciones o entrar en detalles, sino únicamente responder de manera sencilla y clara a su inquietud, lo cual permitirá tranquilizar la inquietud del niño, lo animará a seguir reflexionando sobre el tema y así, al momento de surgir nuevas dudas, se acercará nuevamente a nosotros.

Pero **¿qué sucede cuando consideramos que la pregunta no es apta para su edad, que es muy pequeño para saber sobre el tema, que es algo que todavía no le corresponde saber o que sería mejor responderle con una mentira "piadosa"?** Es muy probable que nuestro hijo vaya a buscar mejores respuestas a otros lados (amiguitos, primos, conocidos, otros adultos e internet) y, en el futuro, es probable que ya no acuda a nosotros ante cualquier nueva inquietud. Esto es precisamente

lo que hay que evitar; pues nadie debe tener una mejor respuesta sobre amor y sexualidad que los padres de cada niño.

Si no respondemos a las primeras preguntas de nuestros niños en torno a este tema, estaremos desperdiciando la oportunidad de vida de ir construyendo un espacio de confianza e intimidad para abordar los temas de sexualidad y ser el referente en estos cuando lleguen a la adolescencia.

Un niño al que sus padres le responden todas sus dudas, que se siente escuchado, atendido, y sabe que le hablan con la verdad, seguirá compartiendo con ellos sus inquietudes más íntimas y personales, y al continuar alimentando este vínculo de confianza, se acercará a sus padres durante la adolescencia con preguntas más complicadas.

Hay que tener en consideración que **cada uno de nuestros hijos es diferente**, algunos se desarrollarán antes, cuestionarán todo y habrá muchas preguntas que responder; otros, serán más introspectivos, reservados y tal vez no externalizarán sus dudas de manera abierta; pero **en el corazón de todos ellos existe la curiosidad por descubrir el mundo, el anhelo de sentirse escuchados y de recibir respuestas de parte de sus padres.**

De los 2 a los 3 años de edad

Los niños empiezan a descubrir su cuerpo y a hacer preguntas a partir de los 2 o 3 años; a esa edad, muchos de ellos ya hablan y de cierta forma se dan a entender con sus padres o cuidadores. En esta etapa, se presenta un hecho importante, los niños dejan de usar pañal de día; lo cual les permite seguir descubriendo su cuerpo, sus genitales y la diferencia que existe con niños del sexo opuesto.

En el caso del niño, el momento de empezar a ir solo al baño sin usar "pañal", le permite reconocer su cuerpo de hombre, al identificar el pene y los testículos y la función que estos llevan a cabo. Aquí es donde el papá juega un papel muy importante pues el niño aprende por medio de su padre que el pene forma parte de su cuerpo masculino, que es por donde los hombres hacen pipí y que debe cuidarlo.

En esta etapa, el papá tiene 4 responsabilidades específicas en torno a la sexualidad de su hijo:

1. Educarlo en como ir al baño a hacer pipí: esto lo puede lograr invitando a su hijo a acompañarlo cuando el vaya al baño; y así el niño verá y aprenderá como los hombres hacen pipí.
2. Enseñarle a nombrar de manera correcta los genitales: el pene se llama pene y los testículos, testículos.
3. Reforzar su masculinidad al “enseñarle a ir al baño” y hacerlo participe de esta primer actividad que diferencia a los hombres de las mujeres.
4. Explicarle el cuidado y respeto del cuerpo al enfatizar con cariño que los genitales son partes privadas y que nadie debe verlos o tocarlos.

Este es un buen momento para iniciar la prevención del abuso sexual. Un niño que desde pequeño **1)** sabe identificar los genitales por su nombre, **2)** comprende que son partes privadas del cuerpo y que nadie debe verlos o tocarlos y, **3)** que tiene una relación de confianza con sus padres; será un niño mucho más seguro de si mismo, que podrá identificar un intento de abuso y denunciar esto ante sus padres.

En el caso de la niña sucede algo similar pero con su mamá. Al dejar de usar pañal y empezar a ir al baño a hacer pipí por sí sola, ella reconocerá sus genitales externos y aprenderá a expresarse correctamente sobre éstos, así como a cuidarlos.

La mamá tiene 4 responsabilidades específicas con su hija:

1. Enseñarle a ir al baño a hacer pipí, que será sencillo si la niña la acompaña y así aprenderá a reconocer como las mujeres van a baño.
2. Enseñarle el nombre adecuado de los genitales externos de la mujer, es decir, llamar vulva a la vulva.
3. Reforzar la feminidad de su hija al resaltar la belleza y diferencia del cuerpo de la mujer frente al del hombre.

4. Explicar a su hija sobre el cuidado y respeto de su cuerpo, al enfatizar con cariño que los genitales son partes privadas que nadie debe verlas o tocarlas.

De la misma forma, **esta etapa es un buen momento para iniciar la prevención del abuso sexual**, pues una niña que desde pequeña **1)** sabe identificar los genitales por su nombre, **2)** comprende que son partes privadas del cuerpo y que nadie debe verlos o tocarlos y, **3)** que sigue consolidando una relación de confianza con sus padres, será una niña mucho más segura de sí misma, por lo cual podrá identificar un intento de abuso y denunciar esto ante sus padres.

Es común que durante esta etapa de reconocimiento personal, los niños y niñas toquen sus genitales para descubrir su cuerpo, a esto se le denomina **"autoexploración"**. A veces esto nos puede desconcertar como padres de familia, pero es importante tener calma, nunca regañarlos ni enojarse con los niños por esto. Por el contrario, **debemos orientarlos de manera cariñosa hacia otras actividades que los distraigan y les permitan concentrarse en algo distinto.**

De 4 a 6 años de edad

En esta etapa, **pueden surgir inquietudes mucho más concretas en torno a la sexualidad**, por ejemplo, al momento de ver una mujer embarazada ya sea alguien de la familia, la propia madre o una mujer caminando por la calle, puede surgir la curiosidad del porqué está así, que tiene dentro, preguntar como nacen los niños, por donde salen y como han nacido él y sus hermanos.

Como lo comentamos, es recomendable seguir esta sencilla recomendación: **"siempre responder todas las dudas de los niños (pregunten lo que pregunten), pero solo responder su duda específica"**. Por ejemplo:

- Mamá ¿dónde nacen los niños? En los hospitales o centros de salud.

- Mamá ¿pero cómo sale el bebé de la panza de esa señora? La mayoría de los bebés salen por un orificio que tienen las mujeres cerca de donde hacen pipí, pero a otras mamás les abren su panza para que salga el bebé.
- Mamá ¿y cómo se llama ese orificio por donde salen los bebés? Se llama vagina.
- ¿Pero cómo salen por un orificio si no caben por ahí? Porque cuando va a nacer el bebé, ese orificio se abre grande y por ahí sale el bebé.
- Mamá ¿y yo nací por ese orificio?, no, tu naciste por mi panza, el médico me abrió la panza y por ahí naciste, eso se llama cesárea.

Hay que responder todo con la verdad y de forma concreta. Si para el niño la respuesta es suficiente estará tranquilo; pero, poco a poco, irán surgiendo más dudas y será importante que sienta que sus padres nunca lo evaden, que tienen una respuesta para él y que cuando no conocen la respuesta, ofrecen averiguar y después responder al hijo. Así, el niño regresará con sus padres al surgir nuevas inquietudes, y esto irá afianzando la relación de confianza entre los padres y sus hijos.

Pasará el tiempo y **un niño de 4 o 5 años**, al ver y tocar sus genitales (sobre todo a la hora de baño), se dará cuenta que tiene dos bolitas a los lados del pene; es importante que su papá le explique que se llaman testículos, que debe cuidarlos y protegerlos pues gracias a ellos crecerá grande como su papá, le saldrá barba y será muy fuerte. También es posible que el niño tenga pequeñas erecciones, que sienta que su pene crece y después se hace pequeño, y esto le puede causar molestia, inquietud, dudas o ponerlo nervioso; hay que explicarle que esto es normal, que el pene puede crecer y que después regresará a su tamaño normal, que es importante que no lo esté tocando y orientarlo hacia otra actividad que lo distraiga y tranquilice.

De 7 a 9 años de edad

Cada niño es diferente y las inquietudes pueden llegar a edades más tempranas o tardías. Por lo general, **cuando los niños y**

niñas tienen entre 7 y 9 años surge la pregunta concreta de cómo llegan los niños al mundo, cómo llegaron ellos y cómo se forman los bebés en la panza de su mamá.

La historia del “¿cómo llegan los niños al mundo?”, debe contarse del final al principio. Para un niño es fácil comprender la realidad que percibe con los sentidos, lo que ve, escucha o siente; por lo que si ve un bebé recién nacido, podrá entender más fácilmente que ese bebé creció dentro de la panza de su mamá, y que alguna vez fue tan pequeño como el tamaño de una semilla.

Si nuestro hijo ya sabe que los bebés nacen de la panza de la mamá es probable que al paso del tiempo siga el interés por el tema; y ante las preguntas más comunes, podemos responder así:

- ¿De qué tamaño estaba el bebé en la panza de su mamá? ¿Siempre fue grande? no, al principio era pequeño como del tamaño de una semilla y fue creciendo hasta que nació.
- ¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en la panza de su mamá? El bebé estuvo por 9 meses en la panza de su mamá hasta que nació.
- ¿Y cómo entró esa semilla a la panza de la mamá? Las mamás tenemos una semilla dentro que al juntarse con una semilla del papá hace que se forme un bebé.
- ¿Y cómo se juntaron la semilla de la mamá y del papá? **El papá y la mamá después de casarse, se dan un “abrazo de amor” muy grande y el papá pone su semilla dentro de la mamá y después la semilla del papá se junta con la semilla de la mamá.**
- ¿Y cómo puso el papá esa semilla dentro del cuerpo de la mamá? **En un “abrazo de amor”, el papá puso su pene en la vagina de la mamá y ahí puso la semilla.**
- ¿Y mi papá te puso esa semilla para que yo naciera? Si claro, todos los niños llegan así al mundo, con un gran “abrazo de amor” de su papá y su mamá.

Con estas sencillas respuestas **hemos explicado a un niño pequeño lo que es “una relación sexual”** en un entorno de

respeto, cariño, por medio de las palabras y acompañamiento de sus papás y dejando claro 3 aspectos:

- **Que el papá y la mamá debe estar comprometidos y casados, antes de darse ese abrazo de amor.**
- **Que los niños merecen llegar a este mundo por un acto de amor y ser amados así durante toda su vida.**
- **Que el papá es igual de importante que la mamá para poder procrear un hijo.**

Es importante después de hablar de esto, **recordarle a nuestro hijo que este es un tema privado, personal y que cada niño debe platicarlo con sus papás, por lo que él debe ser discreto y no comentarlo con hermanos menores ni mayores, primos, amigos u otros niños.** Así mismo que ante cualquier pregunta que tenga sobre ese tema y cualquier otro, siempre vamos a estar dispuestos a escucharlo y responder todas sus dudas.

Al conversar de este tema, vale la pena si es posible, enseñarle a nuestro hijo alguna fotografía de cuando estábamos embarazadas de él o ella, y compartirle como festejamos su llegada a este mundo con la familia, con los abuelitos, los tíos y amistades; y así el comprenderá que la llegada de un nuevo hijo siempre es un “regalo”, trae alegría, y se sentirá muy amado por sus padres.

El gran privilegio de hablarles a nuestros hijos sobre sexualidad, también implica profundos retos; debemos estar informados, actualizados y ser fuente de veracidad y experiencia sobre el amor y la sexualidad que nuestros niños, adolescentes y jóvenes están esperando.

¿Qué pasa si alguno de mis hijos tiene más de 10 años y nunca me ha preguntado “como se tienen los hijos”? **Al hablar de educación sexual, más vale llegar un año antes, que un segundo después. Los niños merecen escuchar sobre sexualidad de la boca de sus padres.** Por lo tanto, si a los 10 años tu hijo nunca ha preguntado nada sobre este tema, es recomendable generar la inquietud sobre el mismo para que los padres puedan abordarlo, antes que lo escuche en otro lado. Un momento adecuado sería (a solas o junto a su papá), ense-

ñarle algún álbum de fotos que incluya fotografías de nuestro embarazo y de ahí poco a poco, comentar el tema. O si hay alguna mujer embarazada cercana, tratar de generarle inquietud al platicarle cuando estábamos embarazadas de él o ella. Es importante respetar la madurez de cada niño, pero vale la pena abordar el tema en casa, con cuidado y respeto, antes que su primer conocimiento del tema se dé fuera del entorno familiar.

Identificación con su propio sexo

En el momento de la fecundación se determina si somos hombre o mujer, y nuestra conformación física, emocional e intelectual, queda determinada por este simple hecho genético. Pero aunque se nazca hombre o mujer, es necesario reafirmar la masculinidad y feminidad desde la primera infancia, por lo que desde los 2 años de edad, es momento ideal para iniciar y enfatizar esta identificación.

Los niños necesitan identificarse con su papá y esto puede ser más complejo que el proceso de las niñas con su mamá, y te explico porqué. **El primer amor que todo niño y niña conoce es el amor de su madre**, quien después de haberlos llevado 9 meses dentro de ella durante su embarazo, los alimentó y cuidó casi en su totalidad hasta los 2 años de edad. Razón por la cual, es mucho más sencillo para la niña identificarse con esta figura materna, pues desde que nació ha estado a su lado y ha sentido ese cariño y cuidado constante; pero **en el caso del niño, para identificarse con su padre, debe desligarse de este cuidado o apego materno y así, poco a poco, descubrirse como parte del sexo masculino**, y al paso de los años, "formar parte del club de Toby" o del grupo de los hombres.

Un niño tiene ciertas necesidades que solamente su padre puede satisfacer, las que pueden resumirse en tres palabras: fortaleza, poder y protección. Bajo el cuidado de su padre, el niño debe sentirse libre para explorar su mundo y aprender mediante prueba y error; y solo la fortaleza, el poder y protección de su padre permiten que esto sea posible. Una adecuada identificación del niño con su padre, permitirá la afirmación de su masculinidad y lograr ese sentido de pertenencia; así mismo,

si el niño está seguro en la identidad de su padre, el aceptará esa identidad para él.

Hay diversas estrategias que coadyuvan a la identificación del niño con su padre y que permiten satisfacer las necesidades emocionales que el hijo puede tener:

1. Generar intimidad emocional entre el padre y su hijo. La primera y más importante es lograr intimidad emocional entre el padre y su hijo. **El niño debe sentirse querido, escuchado y comprendido por su padre;** debe mirarlo con admiración y desear, en su futuro, ser como él. Esto puede lograrlo el padre de 3 formas:

a) Por medio de expresiones de afecto, es decir abrazando y llenando de cariño a su hijo, pues al igual que las niñas, los niños necesitan ser abrazados, besados y sentir que son queridos por su padre.

b) Dedicándole tiempo, preguntándole cómo se encuentra, pasando tiempo con el, acompañándolo y escuchando lo que el niño quiera compartirle.

c) Afirmando su masculinidad, es decir, brindándole consejos sobre los problemas o dudas que el hijo pueda tener y el cómo, desde la perspectiva del hombre, deben resolverse.

2. Realizar actividades "solo para hombres". Llevar a cabo actividades en conjunto, padre e hijo, les permite generar un ambiente de confidencialidad y camaradería, por ejemplo: escalar un monte, ir de campamento, ayudar en labores, arreglos o necesidades en casa que realice el papá, practicar el mismo deporte juntos como jugar fútbol, entre otras. Esto propicia un sentido de pertenencia y reafirma la masculinidad del niño, por lo que es importante que estas actividades se realicen solo entre el padre y sus hijos varones sin la presencia de la madre. Los padres imponen retos, exigen y dirigen de una forma diferente que las mujeres (que tendemos a ser cuidadoras, afectuosas y preocupadas); y los hijos necesitan ser provocados por su padre para ir reafirmado su propia masculinidad.

Si el papá tiene una buena relación con su hijo hombre, éste deseará ser como el padre y lo seguirá como modelo; y ahí reside un formidable espacio de influencia y formación para los chicos. **El mejor ejemplo es el testimonio que ofrece el papá al hijo, en los pequeños detalles y hábitos diarios.** Por ejemplo, si el padre se viste de cierta forma para jugar algún deporte como el fútbol, el hijo querrá hacer lo mismo, usar la misma camiseta y los mismos shorts y tenis; y entonces, a partir de esa capacidad de influencia, el papá puede explicar al hijo cómo vestirse, como peinarse y como comportarse en un espacio o grupo exclusivo de hombres. Así mismo en el día a día en casa, el niño aprenderá cómo se debe tratar a una mujer, con el ejemplo de trato hacia su mamá y sus hermanas. En los pequeños detalles y hábitos, se empieza a sembrar la masculinidad.

3. Engrandecer la figura del papá. Es preciso que el niño se identifique con su papá, que desee ser como él; y las mamás jugamos un papel importante en esa labor, sobre todo cuando el papá está fuera de casa, sale de viaje o está en el trabajo. Si la mamá habla bien del papá, resalta todas sus cualidades y le demuestra cariño cuando está presente; el hijo percibirá lo maravilloso de ser hombre y lo importante y necesario que su papá es para la familia; y como consecuencia de esto, deseará ser como él. Por el contrario, si la mamá hace comentarios críticos del papá y aminora su papel, es probable que ese hijo no desee identificarse más con su papá, sino con quien “valga la pena” identificarse.

4. Incluir al papá en la educación sexual de sus hijos. Durante todo este andar de la educación sexual, el niño pequeño externará sus preguntas cuando le surja la duda, y es probable que sea su mamá a quien se acerque primero. Aunque su madre responda a las preguntas que pueda tener, es importante que cuando el papá llegue a casa, aborde el tema con su hijo. Es fundamental, como mujeres, dar espacio y referir a nuestros hijos con su papá, para que el responda la mayor cantidad de preguntas posibles, sobre todo aquellas relacionadas con el reconocimiento corporal de los hijos hombres.

En el caso de las niñas, también necesitan ir reafirmado su feminidad a lo largo de la infancia y en la adolescencia. Para esto, deben identificarse con su mamá, aunque como lo comenté, generalmente esta identificación se lleva a cabo de manera más sencilla, por haber recibido desde el inicio de su nacimiento, los cuidados y el cariño de brazos de su mamá. Las hijas deben sentir el cariño y el cuidado que ella provee; y así su feminidad podrá irse expresando a lo largo del tiempo.

Las niñas necesitan pasar tiempo en actividades que reafirmen su feminidad, por ejemplo, **jugar con su mamá a peinarse, arreglarse y ayudar en ciertas labores de casa que realice la mamá. Es importante que escuchen palabras de afecto, cariño y orgullo de boca de su mamá.**

Recuerda...



- 1** Papá y mamá somos los primeros responsables en hablar con nuestros hijos sobre sexualidad.
- 2** Para proveer educación sexual, debemos haber comprendido el papel de la sexualidad en nuestra vida.
- 3** Hay que responder a nuestros hijos todas las dudas sobre sexualidad con la verdad y de forma concreta.
- 4** El papá satisface las necesidades de su hijo gracias a su: fortaleza, poder y protección.
- 5** El papá es quien debe fortalecer la masculinidad en su hijo, conviviendo mucho tiempo con él, haciendo actividades exclusivas entre los dos, como el deporte.

Prepárate y conversa con tus hijos sobre sexualidad (Parte II)

Educar y guiar a los hijos en la sexualidad es un privilegio de los padres; nadie mejor que ellos para formar a sus hijos en un tema de amor y responsabilidad.



Educando en el cuidado del cuerpo y el pudor

En su lógica de niños, los pequeños intuyen que **cada parte de su cuerpo tiene una función específica**, una razón de ser; saben que sus ojos son para mirar, los oídos para escuchar, que con sus piernas pueden correr y con sus manos, sujetar. De la misma forma, tendrán que ir reconociendo que sus genitales tiene una función, que en los niños el pene es para hacer pipí y los testículos les permitirán crecer grandes y tener cuerpo de hombre, y en el caso de las niñas, identificarán que por sus genitales es por donde hacen pipí y que gracias a los pechos puede una madre alimentar a su bebé.

Es importante que los niños aprendan a cuidar su cuerpo, mantenerlo limpio, protegerlo y a identificar las partes que son privadas; siendo la mejor forma para lograrlo, el fomento del pudor desde pequeños.

Podemos definir el pudor, como el cuidado con el que se guarda y protege aquello que es lo más íntimo de nosotros, algo que es sagrado, es la precaución o vigilancia que se tiene de exhibir desnudo el propio cuerpo. No hay que educar el pudor como algo que da "vergüenza por feo o malo", por el contrario, al ser nuestro cuerpo nosotros mismos, es nuestro te-

soro y el pudor es su guardián. Es como tener un cofre lleno de oro y joyas preciosas, ¿lo mostraríamos a cualquiera que pasa, sabiendo que lo podría robar? o, mejor, ¿lo tendríamos guardado en un lugar secreto para, en su momento, compartirlo solo con una persona muy, muy, especial?

El pudor es un valor que debe fomentarse tanto en las niñas como en los niños; es el respeto a la dignidad del cuerpo y el derecho a la intimidad que toda persona tiene. **Los papás deben procurar que, tanto los hijos como las hijas, tengan la privacidad que necesitan** y, aunque esto se complica en las pequeñas viviendas modernas, se debe hacer un esfuerzo por formarlo y hacerles comprender el valor de vigilar su intimidad.

Si el pudor se alienta y educa desde la infancia, sembraremos en nuestros hijos el respeto a su cuerpo y al de los demás; y esto les permitirá tomar buenas decisiones respecto a su sexualidad en la adolescencia y la juventud.

Los padres podemos ayudar a cuidar el pudor de nuestros hijos con pequeñas actitudes desde la infancia:

1. Enfatizar en ellos que el cuerpo es bueno y debe cuidarse.

Enseñar de esta forma a las niñas que los pechos, el abdomen, los glúteos y la vulva son partes privadas que nadie debe ver ni tocar. Así mismo, en los niños las partes privadas son los glúteos, el pene y los testículos. **Es fácil explicar que las partes privadas son aquellas que se cubren con ropa interior.**

2. Los niños deben dormir en su propia habitación. No con los padres, y de ser posible, si se tienen hijos e hijas y un tercer cuarto en la casa, deben dormir separados las niñas de los niños.

3. Enseñar a los niños y niñas a acudir solos al baño. Los padres pueden ir enseñando esto, e impulsando a que lo empiecen a hacer por ellos mismos. En el caso de las mujeres, es más complicado que aprendan tempranamente como limpiarse.

4. Respetar el momento en que los niños y las niñas se quieran bañar solos y ya no necesiten de la ayuda del papá o la mamá.

5. Enseñarles cómo deben expresarse sobre el cuerpo frente a otras personas. Las “partes privadas” tiene un nombre y deben ser llamadas de esa forma. Por ejemplo, el pene se llama pene, no pito, pirulín, pajarito; así mismo los pechos de la mujer se llaman pechos, no pechugas, chichis, tetas, bubies u otra expresión similar. Esto es importante enfatizarlo en niños y niñas, porque al referirnos con sobrenombres a las partes privadas, propiciamos morbo en relación al tema. Lo que buscamos como padres es que el cuerpo se respete y se valore como es. Los genitales en un hombre y en una mujer son partes del cuerpo, que deben ser nombrados tal cual y respetarse.

6. Orientar a niñas y niños cómo vestirse adecuadamente. Las mamás somos quienes damos ejemplo a nuestras hijas de cómo una mujer debe vestir y a nuestros hijos sobre aquello que deben esperar en un futuro de las mujeres. Si aspiramos a tener hijas que cuiden su cuerpo y se den a respetar, cuidamos en nuestro vestir el uso de escotes, faldas cortas, ropa, actitudes y posturas provocativas.

Cuando los padres todavía elegimos la ropa de nuestros hijos, debemos procurar vestirlos acorde a su edad, no disfrazarlos de adultos ni ponerles ropa provocativa, aunque esté de moda; y en la etapa que los hijos quieren elegir su propia ropa, no dejarlos solos; ayudarlos y orientarlos. **Con relación a posibles abusos sexuales, la educación y formación en el cuidado que deben tener en la forma de vestirse y actitudes de respeto de sí mismos y hacia los demás,** van creando una muralla externa, que los protege ante los ojos de los depredadores.

7. Los padres debemos cuidar nuestra intimidad frente a los hijos. Con esto me refiero a que los hijos deben ser tratados como invitados. Por ejemplo, evitemos estar en toalla o ropa interior frente a los hijos, sobre todo si ellos son del sexo opuesto, y repito, no porque el cuerpo sea malo, sino porque es tan valioso, que al darles este testimonio los invitamos a cuidar su propio cuerpo.

¿Deben los niños bañarse y ver desnudos a sus padres?

Uno de los temas que despierta dudas en los padres, es si debemos o no bañarnos con los hijos y hasta qué edad es apropiado hacerlo o si entre hermanos deben bañarse desnudos y si es adecuado que los padres andemos en ropa interior por la casa. La respuesta a estas preguntas varía de familia en familia, según la educación, la comprensión del cuerpo y las propias vivencias.

Trataré de dar algunos consejos con relación al desarrollo de los niños y la educación en el pudor en este tema.

Desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, el niño o la niña podrían bañarse con cualquiera de sus padres y no habría problema en esto. Entre los 2 y 3 años de edad, los niños comienzan a observar con interés su cuerpo desnudo, y la diferencia con el cuerpo de sus padres les puede generar curiosidad; por lo que en este momento sería recomendable que los padres ya no se bañaran con hijos del sexo opuesto.

Posterior a este momento, los padres podrían bañarse con sus hijos del mismo sexo, hasta los 5 o 6 años de edad, siempre y cuando ni el hijo ni el papá se sintieran incómodos. **Llegará un momento en que los hijos necesiten su espacio, por vergüenza, pudor o deseo de mayor privacidad, y es muy importante respetarlo.**

¿Bañarse con los hermanos del sexo opuesto? En muchos casos, la decisión de bañar a los hijos juntos cuando son pequeños tiene relación con el tiempo invertido en esto y la organización de la rutina en casa. Por lo que no existe un momento específico para esto, pero podríamos considerar que cuando los niños tienen suficiente conciencia sobre su propio cuerpo y les genere inquietud las diferencias con el sexo opuesto, podría ser buen momento para llevar a cabo esta separación. Por lo general, sería entre los 3 y 5 años de edad.

Una recomendación sería que **desde que se bañen por separado, es conveniente que el padre del propio sexo sea quien supervise el baño.** Así los niños van comprendiendo con naturalidad que cuando son pequeños no importa que sus padres los vean desnudos; que al crecer, si son niños solo los verá el papá y si son niñas solo las verá la mamá, pero que cuando son mayores ya nadie verá su cuerpo, y solo, en casos excep-

cionales, lo harán sus papás o el médico, si es necesario para cuidar su salud.

¿Cómo reaccionar si mi hijo del sexo opuesto me ve desnudo? Aunque debemos cuidar nuestra intimidad frente a los hijos y, sobre todo la de los niños, no debemos reaccionar con extrema vergüenza o generar un escándalo si, por casualidad, alguno de nuestros hijos nos encuentra desnudos en el baño o en ropa interior en el pasillo. Sería importante guardar la calma, que el niño no se sienta mal por ello y enfatizar el cuidado y respeto que merece nuestro cuerpo y el de los demás.

Los padres educamos en buena parte con el ejemplo. Si después de descubrir naturalmente su cuerpo, el niño observa que sus padres se cambian de ropa en la intimidad, cierran la puerta para ir al baño y tocan para entrar al baño si hay otra persona; los niños aprenderán a respetar la intimidad de los demás y la de ellos mismos.

Por otro lado, el niño que habitualmente ve a sus padres circular en ropa interior por la casa (incluso desnudos), puede confundirse y no comprender por qué otras personas mayores no deben hacer lo mismo frente a ellos.

Particularmente, **hay que evitar que reciban sobreestimulación sexual**, lo cual puede incitarlos a ciertas conductas sexuales o generar inquietudes sobre su sexualidad, mucho antes que por su madurez intelectual y emocional pudieran asimilarlo. Por ello, es importante cuidar lo que miran y el ambiente en que se desenvuelven; y enfatizar el respeto y pudor que como adultos debemos tener hacia nuestro cuerpo y el de ellos.

Prevención del abuso sexual infantil

De la mano de la formación en el pudor de los niños y adolescentes, se encuentra la prevención del abuso sexual. Mucho podemos hacer como papás para prevenir un abuso sexual en nuestros hijos.

¿Qué es el abuso sexual infantil? El abuso sexual infantil es un problema mundial y se calcula que entre el 8% y el 31% de las niñas y el 3% y el 17% de los niños han sido víctimas de él antes de los 18 años.¹ Datos recientes indican que este se

presenta en 9.2% de niños en Europa, en 10.1% en América y 23.9% en Asia.²

Datos de Estados Unidos, reportan abuso sexual infantil de entre 2.5 y 4% en hombres y de 9.7 a 13.5% en mujeres.^{3,4} La edad promedio en niñas es de entre 7 y 10 años⁵ (antes de los 12 años), y en niños antes de la adolescencia entre los 12 y 13 años.⁶

Podemos **definir el abuso sexual infantil, como cualquier conducta de tipo sexual que se realice con un niño o una niña, sea de manera forzada o no forzada. Puede ser llevada a cabo por un niño de más edad (con diferencia igual o mayor de 5 años), un adolescente, o un adulto.** Debido a que se requiere mayoría de edad legal para el consentimiento, todos los actos sexuales entre un adulto y un niño menor de edad (incluso con el consentimiento del niño) son, por definición, abuso sexual infantil.⁷

Esta es una forma gravísima de maltrato a un menor de edad (incluso, está tipificado como un delito que amerita cárcel), e incluye tocamientos de los genitales u otras partes del cuerpo de un menor de edad, incitación al tocamiento o exhibición de los genitales, penetración vaginal o anal, contacto de la boca con los genitales, exposición del menor a material pornográfico o utilización del niño o niña en la elaboración del mismo, todo esto llevado a cabo por el abusador hacia un menor de edad. Cada uno de estos hechos tan agraviantes puede darse por separado o en forma conjunta; y ser efectuado en una sola oportunidad o en repetidas ocasiones, e incluso durante años.

¿Quiénes son los abusadores infantiles? Los datos han demostrado que **la mayoría de los abusadores de niños son personas cercanas a ellos:** parientes, amigos o personas muy relacionadas con los niños. Datos de México,⁸ indican que el 9.4 de las mujeres sufren abuso sexual infantil, siendo llevado a cabo por: tíos(as) (20.1%); un no familiar (vecino, conocido) (16%); primo(a) (15.7%); desconocido (11.5%); hermano(a) (8.5%); otro familiar (6.4%); padrastro/madrastra (6.3%); padre (5.8%); otro (5.5%), abuelo(a) (3.7%), madre (0.5%). Así mismo, el 84% de los abusos ocurren sin violencia, y por lo general, el abusador posee alguna relación de autoridad ante el niño o niña, existiendo "respeto", confianza y cercanía.

¿Qué tipo de niño o niña puede ser víctima de abuso?

Cualquier niño o niña puede ser víctima de abuso sexual, sin importar la edad, clase social, religión, o nivel sociocultural; aunque se ha reportado que, en una gran mayoría, las víctimas son del sexo femenino (hasta 75% más frecuente que en los hombres).⁹

Así mismo, existen **ciertas características que constituyen factores de riesgo** inherentes a los menores de edad abusados, como aquellos **emocionalmente necesitados que presentan baja autoestima, carencia de afecto o atención, con tendencia a la sumisión, con baja capacidad de toma de decisiones, timidez, aislamiento y ausencia de educación sexual;** como también aquellos con discapacidades físicas o de aprendizaje, problemas de salud mental o que utilizan sustancias o drogas.¹⁰

También **coexisten ciertos contextos familiares y sociales** que propician el abuso sexual infantil, tales como: **un entorno familiar disfuncional, separación de los padres, ausencia de uno o ambos padres, convivencia con un hombre ajeno a la familia en la casa, convivencia con diversidad de parientes en casa (tíos, abuelos y primos), métodos disciplinarios fuertes y físicos con el niño, aislamiento social de la familia, cuidadores o familiares farmacodependientes y/o alcohólicos, falta de vinculación emocional entre el cuidador y el niño, psicopatología de los padres, negligencia y abuso físico.** Lamentablemente, las familias en situación de marginación y hacinamiento son más propicias a situaciones de abuso sexual, pero el abuso se da en todos los niveles económicos o sociales.⁹

¿Dónde y cómo actúan los abusadores? La agresión suele ocurrir dentro de la casa de las víctimas o del abusador, por lo general en sitios supuestamente seguros para los niños, espacios que el abusador conoce. Con menor frecuencia el abuso se lleva a cabo en lugares oscuros, extraños, solitarios o abandonados. Lo anterior también responde a que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por personas cercanas al niño.

Estudios reportan que los abusos sexuales cometidos contra menores de edad se llevan a cabo dentro del hogar de la víctima en el 43% de las ocasiones, 15% en casas de familiares o conocidos, y el 15% en otro tipo de sitios (guarderías por ejemplo).¹¹

El abusador suele premeditar y planificar el abuso (está siempre al acecho de cualquier oportunidad, tan pronto como los padres descuidan momentos y circunstancias que es su obligación supervisar), y **utiliza distintas técnicas psicológicas para acercarse al niño, como es convencerlo, a través de engaños y sobornos, decirle que es parte de un juego y “que compartirán un secreto muy especial”**. Utilizan el afecto como herramienta y hace uso de la seducción o de la fuerza. La amenaza de acusarlo con sus padres o un adulto cercano, es también un recurso común.

Los abusadores hacen todo lo posible para ganarse la confianza de los niños con regalos, juegos y promesas. También buscan ganar la confianza de los padres fingiendo bondad y cariño hacia los niños, y alejarlos de cualquier posible sospecha.

¿Qué consecuencias genera el abuso sexual en los niños?

Un niño abusado sexualmente, es afectado profundamente en su integridad y esto genera múltiples consecuencias en su salud emocional y cognitiva a corto, mediano y largo plazo; tales como: irritabilidad, vergüenza, culpa, baja en el rendimiento escolar, conductas agresivas, trastornos del sueño como insomnio o terrores nocturnos, trastornos en la alimentación como anorexia o bulimia, abuso de alcohol y sustancias, baja autoestima, revictimización sexual, depresión, intentos suicidas y suicidios.¹²⁻¹⁵ Un importante estudio encontró que el abuso sexual infantil también se asoció con afecciones a la salud física, como problemas gastrointestinales, ginecológicos, cardiovasculares, y obesidad.¹⁶

10 recomendaciones para prevenir el abuso sexual infantil

1. Expresar cariño a los hijos. Los padres tenemos que expresar cariño físico a los niños desde que son pequeños. Tanto el papá como la mamá debemos abrazarlos, besarlos; hacerlos sentir queridos, únicos e irremplazables. **Un niño que se siente amado por sus padres, no necesitará buscar cariño ni atención desmedida en otros jóvenes o adultos.** Recordemos que los abusadores inicialmente fingen bondad y cariño hacia los niños, por lo que si nuestros hijos reciben cotidianamente atención y cuidado de nosotros, tendrán menos posibilidades de ser víctimas de abuso sexual.

2. Generar vínculo de confianza con los hijos. Como hemos mencionado en capítulos anteriores, es muy importante generar un vínculo emocional con cada uno de nuestros hijos. **Éste debe iniciarse desde que son pequeños, dedicándoles tiempo, conversando con ellos y atendiendo aquellos aspectos que les inquietan.** Si generamos vínculos y fomentamos un ambiente de confianza, el niño acudirá a nosotros directamente para pedir ayuda ante cualquier amenaza.

3. Estar constantemente alerta en el cuidado de los hijos. Debido a que la mayoría de los abusos los cometen personas allegadas a las víctimas, estos se generan en lugares conocidos para los niños (su propia casa o la casa del abusador).

Se ha reportado que en el caso de adolescentes que abusan sexualmente de niños, el abuso se lleva a cabo cuando, supuestamente, “juegan con ellos” o están a su cuidado, es decir, son abusos oportunistas.¹⁷ Por esta razón, **los padres debemos vigilar constantemente a familiares, amigos, visitas, o cualquier persona que se acerque a nuestros hijos;** y no delegar la responsabilidad de su cuidado a cualquier adulto o persona mayor.

4. Evitar situaciones de riesgo. Los niños deben saber y sentir que su casa es su espacio, es a donde ellos pertenecen y desean estar. **Nuestros hijos deben dormir en su casa y en su cama, solos y sin adultos en su cuarto;** así mismo, deben tener intimidad a la hora de ir al baño y cambiarse la ropa. No deben dormir en casas ajenas, o estar lejos de sus padres todo el día, a cargo de otras personas.

Los niños que pasan tiempo con adolescentes o adultos sin supervisión, quedan expuestos a mayor riesgo de abusos, tal es el caso de hogares de madres o padres solteros o donde papá y mamá trabajan todo el día y dejan al niño solo con entrenadores, instructores, profesores, vecinos o amigos de la familia.

En el caso que haya parientes o amigos, que convivan en la casa, la visiten, o tengan relaciones con los hijos; es fundamental imponer normas muy claras y contundentes sobre la convivencia; teniendo precaución de gestos, miradas, acercamien-

tos, regalos o posturas impropias. Ante una situación de esta índole, la prioridad debe ser el cuidado y la integridad física de nuestros hijos.

5. Formación y educación de los padres. Las escuelas cumplen con la función de transmitir a los niños el conocimiento general de nuestra cultura y son un entorno natural para aprender a socializar. Pero **los padres de familia somos los responsables del cuidado, educación y formación de nuestros hijos; debemos ser conscientes de las obligaciones familiares y de prevención** que voluntariamente hemos asumido con nuestros hijos o con niños a nuestro cargo. En consecuencia, tenemos que capacitarnos y actualizarnos en los aspectos relacionados a la formación del carácter y a la educación sexual, por medio de libros, de cursos y conferencias, de consultar a los expertos, etc.

6. Educar en la sexualidad y en el pudor desde la primera infancia. Los padres atesoramos el privilegio y la responsabilidad de educar a nuestros hijos sobre su sexualidad, inculcándoles el pudor desde la primera infancia. **Debemos enseñarles el valor de la intimidad del cuerpo, que no debe ser exhibido desnudo, ni medio desnudo, ni en el entorno familiar y menos públicamente.** Si el niño reconoce a temprana edad el cuidado y el respeto que su cuerpo merece y que existen "zonas privadas" que nadie debe tocar, será mucho más fácil que ante algún posible intento o abuso, él pueda identificarlo y acudir con sus padres a denunciarlo.

7. Alertar a los niños sobre el abuso sexual. Los padres debemos alertar a nuestros hijos sobre el abuso sexual, con mucho cariño, pero de forma muy clara y contundente. Tenemos que explicar que existen algunos niños mayores, jóvenes o adultos que se comportan de manera inadecuada con los niños y, que buscan tocar las "partes privadas" de su cuerpo. **Que ante cualquier intento de alguna persona por tocarlos o hacerlos sentir "raros" ellos deben gritar, salir corriendo y venir con nosotros inmediatamente; hay que sembrar en ellos la confianza que siempre vamos a creer en su palabra y que estamos para**

protegerlos y defenderlos. Así mismo, es importante hacer hincapié en que no deben guardar secretos a nadie que se los pida o proponga, ellos deben venir a contarlo a los papás a la brevedad posible.

8. Evitar el acceso a la tecnología sin supervisión. Los niños con acceso a la tecnología e internet sin supervisión tienen un mayor riesgo de ser abusados; por ejemplo, con el uso de teléfonos celulares, tabletas y computadores con acceso a internet. Esto es debido a que en muchos casos los abusadores contactan a los menores de edad vía remota, antes que tenga lugar el contacto físico. Esto incluye la creación de relaciones íntimas en los medios electrónicos y redes sociales. Así mismo, niños y adolescentes expuestos a videos, música, televisión, imágenes e insinuaciones con contenido sexual, son más propensos a ser abusados sexualmente.

Un menor de edad expuesto a material visual explícito, poco a poco, va distorsionando su comprensión de lo que es una sana sexualidad y adopta esas imágenes como su referencia. Por ello, para protegerlos, **es de vital importancia la supervisión de nuestros hijos cuando usan la tecnología en computadoras, tabletas y celulares, así como mantener conversaciones abiertas con ellos sobre los peligros que hay en internet y los cuidados que se deben tener cuando se usa la red.** Como padres de familia es necesario conocer y autorizar las aplicaciones y plataformas con contenidos amigables y pedagógicos para nuestros hijos, mismos que deben ofrecer controles parentales que permitan bloquear información no apta para menores.

9. Educarlos a través de un "trato amable". La mejor forma de prevenir el maltrato y abuso infantil es a través de una educación con "trato amable". **Los niños y las niñas que son educados a través del cariño, buen trato y donde se evitan regaños excesivos, malas palabras y castigos severos, tendrán mayor confianza en sí mismos, y lograrán un desarrollo afectivo, psicológico, sexual, intelectual, físico y emocional saludable.** Para educar en la sexualidad con amabilidad hay que tener presentes los siguientes aspectos: poner límites claros y coherentes, dirigir-

nos a los niños siempre de manera positiva, definir previamente cuáles aspectos si pueden negociarse y cuáles no, explicar razones a los niños cuando hicieron algo mal y porqué fue incorrecto, establecer reglas de convivencia familiar y predicar con el ejemplo. Este último punto es el más complicado para todos, y **como padres de familia debemos esforzarnos en dar buen ejemplo, pues los menores aprenden la mayoría de sus comportamientos observando a los adultos que tienen a su alrededor.**

10. Fortalecer la autoestima en cada uno de nuestros hijos. Todos nacemos con habilidades y tenemos la capacidad para destacar; pero es prioritario que los padres de familia ayudemos a cada hijo a descubrir y potenciar sus cualidades. **Una actitud positiva hacia ellos, les permitirá fortalecer su autoestima, que como hemos visto, es una condición muy importante para prevenir el abuso sexual** y, en general, para cualquier conducta de riesgo en la infancia, la adolescencia y la juventud temprana.

Las actitudes que los padres **debemos EVITAR** son:

- Compararlo con otros hermanos, amigos o familiares.
- Hacer comentarios graciosos o negativos sobre su aspecto físico.
- Permitir que en casa alguien se burle de él.

Así mismo, **debemos AYUDARLO** a:

- Identificar sus cualidades y habilidades, y potenciarlas.
- Otorgarle responsabilidades conforme a su edad.
- Demostrarle, en todo momento, que es valioso e importante.
- Reconocer su esfuerzo y logros.
- Consolidar una comunicación asertiva, es decir, que aprenda a expresar lo que siente y piensa sin temor a lo que los demás digan de él, enseñarle a decir claramente lo que SI le gusta y lo que NO, a ser responsable en lo que dice o hace, y a ponerse en lugar de los demás.

Educación sexual en la adolescencia

Características del adolescente. La adolescencia se considera una etapa bien definida entre la niñez y la edad adulta, caracterizada por cambios notables en el desarrollo corporal, psicológico y social de la persona, durante la cual se adquieren habilidades para asumir roles y responsabilidades de la adultez.¹⁸ Se considera un periodo de gran estrés¹⁹ debido a la importante transición hacia la madurez física, de búsqueda de independencia, de mayor desarrollo cerebral e interacción entre iguales.

La OMS define a la adolescencia como la etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida, es decir, entre los 10 y los 19 años.²⁰ Así mismo, se conoce como “gente joven” al grupo de personas de entre los 10 y los 24 años de edad y puede dividirse en: adolescencia temprana, que va de entre los 10 a los 14 años, la adolescencia tardía, de entre los 15 a los 19, y la juventud temprana, de los 20 a los 24 años.²¹ Por último, la “edad adulta”, es el momento en que los adolescentes ya poseen derechos legales, y ocurre a los 18 años en la mayoría de los países.

Adolescencia temprana de 10-14 años: en ambos sexos, se presentan cambios físicos como crecimiento de vello, aumenta la producción de grasa en el cuerpo y en el pelo, aumento de peso y talla. En las mujeres, hay desarrollo de las glándulas mamarias; en los hombres hay crecimiento de los testículos, el pene y cambio de la voz. Dentro del desarrollo cognitivo, aumenta el interés intelectual, el pensamiento profundo y el interés en el futuro. **En el desarrollo emocional y social, se inicia la búsqueda sobre el sentido de identidad; se sienten incómodos sobre sí mismos y su cuerpo,** se dan cuenta que los padres no son perfectos, aumentan los conflictos con ellos, y cada vez más son más influenciados por sus amigos. **Esta etapa se caracteriza por un elevado deseo de independencia;** cuando se estresan, presentan comportamiento infantil, son propensos a cambios de humor, buscan privacidad y tienen un creciente interés por la sexualidad.

Adolescencia tardía de 15-19 años: el crecimiento físico se vuelve más lento en las mujeres, y continúa en los hombres. En cuando al desarrollo cognitivo, aumenta la capacidad de es-

tablecer metas y reflexionar en el significado de la vida. Con relación a los cambios emocionales y sociales, se presenta un intenso desarrollo de la personalidad, con altas expectativas de sí mismo. Continúan entendiendo los cambios de su cuerpo, **necesitan destacar, tienden a distanciarse de sus padres, siguen buscando su independencia y hacer amigos; y "ser popular" se vuelve importante en su contexto social.** A su vez, tienen una mayor capacidad de regular sus emociones; experimentan sentimientos de amor y pasión; y la sexualidad se convierte en un tema recurrente en las inquietudes personales y en las conversaciones con los más cercanos.

Juventud temprana de 20 a 24 años: en esta etapa, las mujeres terminan su desarrollo físico, y en los hombres continúa el aumento de peso, talla, masa muscular y de vello en el cuerpo. Dentro del desarrollo cognitivo, aumenta la capacidad de generar ideas de principio a fin; de esperar por las gratificaciones, y hay mayor preocupación por el futuro; así como continuo interés en el razonamiento moral. **En lo que respecta al desarrollo emocional y social, se tiene un sentido firme de identidad, aumenta la preocupación por los demás, la independencia, la autosuficiencia y la estabilidad emocional.** Todavía son importantes las relaciones con sus pares; desarrollan relaciones más serias; y recuperan cierto interés en las tradiciones sociales y culturales.²¹

Durante las etapas antes descritas, la sexualidad es una inquietud constante. La transición de la adolescencia a la adultez, trae consigo varias preocupaciones para el ámbito de la salud, pues aumentan las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones, la depresión, el consumo de drogas y los accidentes.²² En este periodo, el ambiente social cambia, pues pasan más tiempo con sus pares que con adultos, y se presentan mayores conflictos entre los adolescentes y sus padres.²³

¿Cómo hablar con mis hijos adolescentes sobre sexualidad?

Si se generó intimidad emocional con los hijos desde pequeños, y ellos encontraron respuestas en sus padres sobre sus primeras inquietudes del cuerpo y la sexualidad, no será problema

abordar estos temas cuando sean adolescentes; incluso que de ellos mismos surja la iniciativa para compartir sus vivencias, dudas y escuchar consejos.

Pero ¿qué sucede cuando no se generó un vínculo de confianza o comunicación, o cuando los hijos están pasando por una etapa “de rebeldía”? Es entonces cuando hablar con ellos sobre la sexualidad se vuelve mucho más complicado. Por ello, recomendamos algunas estrategias para tratar estos temas con los hijos adolescentes:

1. Propiciar un momento adecuado para abordar el tema.

Aunque el momento perfecto para hablar de sexualidad nunca va a llegar; sí existen ciertas situaciones que favorecen el que padres e hijos se sientan más relajados para abordar estos temas de manera casual. Por ejemplo, al realizar actividades manuales conjuntas como cocinar, hacer el jardín, acomodar cosas o manejar un largo trayecto en coche solos. **Hay que buscar estos momentos donde nadie pueda levantarse y huir, y se evite el contacto visual.** Esto disminuye el estrés y permite abordar el tema sin tanta formalidad.

2. Compartir las propias experiencias. Cuando no se sabe cómo empezar, es recomendable hablar de las propias experiencias; esto genera en los adolescentes confianza sobre las “vivencias” de sus padres y es más fácil lograr empatía.

3. Conversar, pero sin interrogar. Hay que buscar que la conversación surja de alguna anécdota, noticia de los medios, o situación que alguien más esté viviendo; y **debe fluir como una charla evitando hacer preguntas negativas**, pues esto puede agregar estrés a la situación y despertar sentimientos de “culpabilidad” en el adolescente.

4. Utilizar términos y palabras adecuadas conforme a la edad.

No es lo mismo abordar los temas con adolescentes de 13 o de 17 años. El lenguaje debe ser acorde a cada edad y según la madurez de los hijos. Nosotros somos los padres, no los ami-

gos; y podemos ser grandes consejeros si cuidamos nuestras expresiones.

5. Buscar cierta complicidad. Al abordar los temas, podemos generar cierta “complicidad”, que no haga sentir a los adolescentes que nosotros pensamos que ellos no saben nada, ni tampoco que lo saben todo; por ejemplo, podemos empezar diciendo: “Esto seguramente tú ya lo sabes, pero...”, aunque pensemos que no lo saben. Otras formas para generar complicidad pueden ser: “Tu hermano a tu edad me preguntó sobre este tema, y yo le dije...”, “fíjate que yo a tu edad no sabía...”, “seguramente ahora tú lo sabes, pero...”.

6. Considerar el punto de vista de tu hijo adolescente. Para afianzar la confianza con los hijos sobre temas de sexualidad, es importante escucharlos atentamente, no regañarlos, ni asustarlos; por el contrario, es necesario comprender las presiones, preocupaciones y desafíos que puedan tener sobre el tema. **Preguntarles su opinión personal, y el sentir de sus amigos sobre el tema,** te permitirá tener un panorama más claro sobre los conocimientos y opiniones de tu hijo, y así poder orientarlo mejor.

Si pregunta algo y no sé que responder. Si esto sucede (que es muy probable), se puede responder con naturalidad diciendo “no lo sé, pero voy a averiguar y lo conversamos”. Como sucede con los niños, es importante que ellos vean que tenemos la voluntad de escucharlos, de atender sus dudas, y que pueden contar con nosotros.

Abordar el tema en soledad. Si el tema a tratar es muy personal, es importante hablarlo a solas con cada hijo. Lo ideal, es que estuvieran presentes el papá y la mamá, pero si no es posible estar con ambos, ayudaría hablarlo con el padre del mismo sexo. La educación sexual es un tema personal y, aunque algunas veces los temas se pueden conversar con varios hijos a la vez, e incluso en una sobre mesa; debemos cuidar la intimidad del adolescente y no hacer públicos sus problemas, dudas

o cuestionamientos frente a otros hermanos o miembros de la familia, como abuelos, tíos o primos.

Momentos inevitables en la adolescencia ¿cómo esperarlos?

1. Primera menstruación. La primera menstruación es un acontecimiento muy importante en la vida de toda mujer, pues nos indica que nuestro cuerpo está preparándose, tanto física como psicológicamente, para algún día poder ser madres. Como tal, el sangrado de la menstruación es el resultado del desprendimiento del endometrio (la capa más interna del útero), que se prepara mes con mes para un embarazo; pero al no tener lugar, todo ese tejido debe ser regenerado, es decir, mes con mes, el útero debe limpiarse para nuevamente poder regenerarse.

Antes de la llegada de la primera menstruación, es común que una chica presente aumento en la estatura, ensanchamiento de la cadera, secreciones vaginales claras y crecimiento de vello en el pubis, las axilas y las piernas. Por lo general, la primera menstruación aparece entre los 11 y 15 años, pero también puede ocurrir antes, o más tarde, incluso hasta los 17 años, y que esto sea normal.

Vale la pena abordar el tema de la menstruación, uno o dos años antes que ocurra, lo que permitirá a la adolescente comprender los cambios que están por suceder en su cuerpo, resolver sus dudas y prepararse para la llegada de la misma.

2. Primera eyaculación nocturna. La llegada a la adolescencia en los chicos, implica que su cuerpo está creciendo y desarrollándose para algún día ser esposos y padres. Alrededor de los 12 años, debido a la producción de la hormona testosterona, el cuerpo de los chicos empieza a producir espermatozoides diariamente.

Como los chicos no tienen relaciones sexuales, estos espermatozoides no utilizados son desechados como parte del proceso natural. Uno de estos mecanismos es la expulsión espontánea por medio de "eyaculación nocturna o sueños húme-

dos”, que implican la salida del semen por las noches durante el sueño.

Es importante resaltar que esta forma de eliminación de los espermatozoides sobrantes, que se producen diariamente en un adolescente, explica por qué no es necesaria la masturbación para este fin. Así mismo, esta eyaculación nocturna suele venir acompañada de una sensación placentera, misma que es natural y no debe causar vergüenza o culpa.

Por lo general, la primera vez que el que el chico experimenta una eyaculación nocturna, es similar a un sueño en el que quiere “hacer pipí” y no llega a tiempo al baño. De forma similar, así mismo, puede ocurrir como parte de un sueño, sin que él se dé cuenta; pero la humedad del pijama lo hará despertarse y sentirse sorprendido, o tal vez, no lo advertirá hasta la mañana siguiente, cuando el mismo observe manchas en el pijama o la ropa interior.

Cada papá debe conversar esto con su hijo, uno o dos años antes de la llegada de estas eyaculaciones nocturnas, de forma muy natural, con respeto y sobre todo procurándole seguridad ante todos los cambios que experimentará durante la adolescencia.

Peligros que amenazan una sana educación sexual: pornografía y sexting

1. Pornografía, la droga visual. Existen diversas definiciones sobre la pornografía. Una que me parece muy apropiada, es considerarla cualquier imagen que conduce a la persona a usar a alguien más para su propio placer sexual. Dicha imagen puede ser visual, auditiva o literaria; pues se considera material pornográfico los chats eróticos y cierta literatura. La pornografía está vacía de amor, intimidad, relación o responsabilidad²⁴ y es altamente adictiva.

La cobertura actual que tiene el internet y las nuevas tecnologías, ha ampliado el acceso de los adolescentes a la pornografía, la cual difiere notablemente del contenido que existía en el pasado, en los siguientes aspectos:

a) Las imágenes y vídeos en línea son portátiles y se encuentran siempre disponibles, lo que permite el acceso en cualquier lugar y momento.

b) La participación es privada y anónima, lo que incita a los niños y adolescentes buscar materiales que no podrían buscar en los medios tradicionales.

c) Debido a que el contenido puede ser interactivo, aumenta el tiempo de exposición.

d) El contenido sexual violento es más frecuentes en internet.

e) La exposición a los medios en línea es más difícil de monitorear para los padres de familia.

Investigaciones revelan que **la exposición a la pornografía en línea es común entre los niños, y no es infrecuente entre las niñas. Dentro de los Estados Unidos, el 42% de los jóvenes de 10 a 17 años han visto pornografía en línea, el 27% dijo haber visto dichos materiales intencionalmente²⁵ y el 11% recibe solicitudes no deseadas para participar en actividades sexuales o conversaciones, o para proporcionar imágenes sexuales.²⁶ En el Reino Unido, se estima que el 50% de los adolescentes de 13 a 14 años y el 70% de aquellos de 15 a 16 años, han visto pornografía en línea.²⁷**

Estudios científicos sobre la pornografía en adolescentes concluyen que:

- Ver pornografía **se asocia con actitudes sexuales más permisivas, incluyendo el tener relaciones sexuales, una mayor experiencia con el comportamiento sexual casual, conductas de riesgo como penetración anal²⁸ y más agresión sexual.²⁹**
- **Hasta el 24% de los usuarios refiere disminución en la satisfacción sexual y casi el 20% reporta mayor necesidad de estímulos sexuales.³⁰**

En adultos, investigaciones científicas han demostrado que:

- **Los hombres que miran pornografía tienen menos materia gris en el lóbulo derecho y registran una reducción de su actividad cerebral; además de necesitar cada**

vez imágenes más explícitas y gráficas para conseguir el mismo nivel de estímulo sexual.³¹

- **La pornografía es la causante entre el 51% y el 58% de los divorcios en los Estados Unidos.**³²

Los jóvenes que miran pornografía de manera regular, tienden a cosificar a los demás, viéndolos como juguetes sexuales que existen sólo para su satisfacción personal, y disminuye su sensibilidad hacia las mujeres, mostrándose más agresivos y sintiendo menos respeto hacia ellas.

2. Sexting, exponiendo nuestra intimidad. En 2018, el 95% de los adolescentes en Estados Unidos poseía o tenía acceso a un teléfono inteligente. Dichos teléfonos, son el mecanismo a través del cual muchos adolescentes comparten imágenes y videos de ellos mismos, con otros adolescentes.³³ **El sexting implica el intercambio de contenido sexual (textos o imágenes) a través del teléfono celular, una cámara digital, una computadora³⁴ o incluso por medio de videojuegos.**³⁵

Al paso del tiempo, el uso de las redes sociales se ha diversificado por parte de los jóvenes, pero Facebook sigue siendo la red social más utilizada (71%) entre usuarios de 13 a 17 años en Estados Unidos. Investigaciones han demostrado que compartir imágenes propias o materiales con contenido sexual en redes sociales genera en los adolescentes la creencia que es importante ser “extrovertido sexualmente” (coqueto, salvaje, seductor y dando la impresión de que uno está sexualmente disponible).³⁶

Estudios demuestran diferentes niveles de exposición al sexting en adolescentes menores de 18 años; 7%,³⁷ 15%³⁸ y hasta un 27% han recibido imágenes de otras personas desnudas o semi desnudas; y un 14.8%³⁹ las han enviado.

En muchos casos, el sexting se lleva a cabo por presión, coacción,⁴⁰ o las imágenes y vídeos son reenviados a un tercero⁴¹ como método de intimidación o venganza. Finalmente, **el sexting se ha asociado con otra serie de conductas de riesgos en adolescentes, tales como: relaciones sexuales, consumo de alcohol y drogas, así también problemas mentales como depresión e intentos suicidas.**⁴²

¿Cómo cuidar el acceso a la pornografía y contenido inapropiado para los niños y adolescentes?

Como padres de familia, tenemos la responsabilidad de cuidar, en todo momento, el contenido al que nuestros hijos tiene acceso, ya sea a través de los celulares o la computadora; para esto, sugerimos las siguientes medidas:

1. Posponer lo más que puedas el tiempo para entregar un teléfono con acceso a internet a tu hijo. Se ha advertido que la responsabilidad que adquiere una persona al recibir un teléfono con acceso a internet y cámara fotográfica, sería la misma que conlleva manejar un auto... por lo que la pregunta obligada sería: ¿entregarías las llaves de un coche a un niño de 11 años? Por ello, la sugerencia es retardar lo más posible la entrega de este tipo de dispositivos, los cuales les permitirá madurar, adquirir mayores herramientas emocionales y de toma de decisiones, y hacer frente a los retos de utilizar un celular.

2. Pactar el uso del teléfono móvil. Si entregaste ya un celular con acceso a internet, pacta el uso del mismo, explicándole a tu hijo que este no es privado y que los padres son responsables del uso que él haga de su dispositivo. Para eso, tiene que comprender y aceptar que debes conocer sus contraseñas, saber qué páginas de internet visita y que podemos verificar, en cualquier momento, todo el contenido de grupos de WhatsApp, chats, llamadas, fotografías y cualquier información en el teléfono.

3. Limitar el horario de uso del celular. Se puede configurar el *router* para limitar el acceso a internet a ciertas horas del día o en algunas habitaciones de casa, y así evitar que se encierren en su cuarto o lo vean cuando estén solos. Así mismo, deben existir horarios para el uso del teléfono, y por las noches es recomendable guardarles el celular, para que no tengan acceso desde su cuarto antes de dormir. Además, durante las comidas, no permitir que ningún miembro de la familia (esto nos incluye a los padres) tenga su celular sobre la mesa, y de esa forma pondremos el ejemplo.

4. Colocar las computadoras a la vista de todos. Para disminuir el riesgo de utilizar inadecuadamente las computadoras, es importante evitar que los menores tengan la privacidad necesaria para usar las *webcams* u otros dispositivos de forma inadecuada, por lo que se sugiere que no haya en casa computadoras personales, y que los ordenadores se encuentren instalados en zonas comunes y de paso.

5. Explicar cuáles son los enlaces sospechosos y qué hacer ante ellos. La mayoría nos hemos topado con páginas pornográficas cuando navegamos por internet y, de inmediato, las hemos eliminado. Pero nuestros hijos aún están en proceso de desarrollo y pueden pinchar enlaces publicitarios que conducen a páginas pornográficas. Es importante explicarles que existen, los riesgos de acceder a ellas, e invitarlos a avisarnos a la brevedad si aparecen en su pantalla del teléfono o la computadora.

6. Conocer sus redes sociales. Es importante conocer y tener acceso a todas las redes sociales de un menor de edad; verificar constantemente qué amigos tiene agregados en su perfil, cómo se llaman, qué edad tienen y donde se conocieron. Hay que estar atento con quien chatean o se comunican a través de las redes y especialmente, por medio de los programas de mensajería instantánea.

7. Descargar una aplicación de control parental. Esta permitirá cuidarlos del acceso a páginas pornográficas, pero no los protegerá de recibir imágenes, vídeos o contenido inapropiado de grupos de WhatsApp, mensajes de texto o cualquier red social; por lo que es importante hacer énfasis en los riesgos que pueden presentarse y mantener el vínculo de confianza para conversar sobre esto constantemente.

¿Qué deben hacer los niños y adolescentes si ven una imagen o video pornográfico por error? Lo más importante es haber hablado con los hijos sobre este riesgo potencial desde que son niños, advertirles que es altamente posible que encuentren este tipo de contenidos en la red, y que si alguna vez llegan a

ver cualquier tipo de imagen que les genere impacto o haga sentir incómodos:

a) Lo primero que deben de hacer es cerrar los ojos (pues se ha demostrado que el impacto de la pornografía está relacionado con el tiempo que se estuvo expuesto a dicho contenido).

b) Irnos a buscar inmediatamente, y si no estamos cerca de ellos, acudir con el adulto que esté a su cuidado.

c) Respirar profundo y tratar de comprender que la imagen que se ha visto es negativa, que es pornografía, y nombrarlo de esta forma para tener la referencia que es dañina.

d) Distraerse con otra actividad positiva para que el cerebro deje de pensar en esa imagen, como podría ser hacer ejercicio, ir a jugar o cantar una canción.⁴³

Recuerda...



- 1** El pudor, es un sano sentimiento que nos invita a cuidar y respetar el cuerpo.
- 2** El abuso sexual infantil es mucho más común de lo que pensamos, por ellos tenemos que estar al pendiente de nuestros hijos en todo momento.
- 3** Los adolescentes necesitan hablar con sus padres sobre sexualidad, aunque muchas veces pareciera lo contrario.
- 4** La pornografía es "fake" pero sus afectos negativos son reales.
- 5** Siempre será un riesgo entregar un celular con internet a un niño y adolescente.

Referencias

- 1.- Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013; 58(3):469–483.
- 2.- Seth R, Srivastava R. Child Sexual Abuse: Management and Prevention, and Protection of Children From Sexual Offences (POCSO) Act. *Indian Pediatr*. 2017; 54(11):949-953.
- 3.- Eisenberg, ME, Ackard, DM, Resnick, MD. Protective Factors and Suicide Risk in Adolescents with a History of Sexual Abuse. *J Pediatr*. 2007; 151:482-487.
- 4.- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001; 91(5), 753-760.
- 5.- Cortés, M.R.; Cantón, J. y Cantón, D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*. 2011; 25(2):157-165.
- 6.- Luo, Y.; Parish, W.L. y Laumann, E.O. A Population-Based Study of Childhood Sexual Contact in China: Prevalence and Long-Term Consequences. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(7), 721-731.
- 7.- Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014; 23(2):321-37.
- 8.- INEGI. Resultado de la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares 2016. Boletín de Prensa número 379/17, México, 2017.
- 9.- Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and Correlates of Child Sexual Abuse: A National Study. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(1): 16–27.
- 10.- Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014; 23(2):321-37.
- 11.- Acuña-navas MJ. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Med Leg. Costa Rica [online]*. 2014; 31(1):57-69.
- 12.- Hébert M, Amédée LM, Blais M, Gauthier-Duchesne A. Child Sexual Abuse among a Representative Sample of Quebec High School Students: Prevalence and Association with Mental Health Problems and Health-Risk Behaviors. *Can J Psychiatry*. 2019; 64(12): 846–854.
- 13.- A Jakubczyk, A Klimkiewicz, A Krasowska, M Kopera, A Stawińska-Ceran, K J Brower, et al. History of Sexual Abuse and Suicide Attempts in Alcohol-Dependent Patients. *Child Abuse Negl*. 2014; 38(9):1560-8.
- 14.- Baytunca MB, Ata E, Ozbaran B, Kaya A, Kose S, Aktas EO, et al. Childhood sexual abuse and supportive factors. *Pediatr Int*. 2017; 59(1):10-15.
- 15.- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 4, Art. No.: CD004380.
- 16.- Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(5):450-61.
- 17.- Letourneau EJ, Schaeffer CM, Bradshaw CP, Feder KA. Preventing the Onset of Child Sexual Abuse by Targeting Young Adolescents With Universal Prevention Programming. *Child Maltreat*. 2017; 22(2): 100–111.
- 18.- Ernst M, Pine DS, Hardin M. Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychol Med*. 2006; 36(3):299-312.
- 19.- Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000; 24(4):417-63.
- 20.- WHO. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2001.
- 21.- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379(9826):1630-40.

- 22.- Sadeh A, Dahl RE, Shahar G, Rosenblat-Stein S. Sleep and the transition to adolescence: a longitudinal study. *Sleep*. 2009; 32(12):1602-9.
- 23.- Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008; 1124:111–26.
- 24.- Kleponis P. Integrity Restored: Helping Catholic Families Win the Battle Against Pornography. Emmaus Road Publishing. Kindle Edition. 2014.
- 25.- Wright PJ, Donnerstein E. Sex online: pornography, sexual solicitation, and sexting. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014; 25(3):574–589.
- 26.- Madigan S, Villani V, Azzopardi C, Laut D, Smith T, Jeff R, et al. The Prevalence of Unwanted Online Sexual Exposure and Solicitation Among Youth: A Meta-Analysis. *J Adolesc Health*. 2018; 63(2):133-141.
- 27.- BBFC. Young people, Pornography & Age-verification, 2020. United Kingdom.
- 28.- Mattebo M, Tydén T, Häggström-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Pornography consumption among adolescent girls in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016; 21(4):295-302.
- 29.- Jochen P, Valkenburg PM. Adolescents and Pornography: A Review of 20 Years of Research. *J Sex Res*. 2016; 53(4-5):509-31.
- 30.- Dwulit AD, Rzymiski P. Prevalence, Patterns and Self-Perceived Effects of Pornography Consumption in Polish University Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(10):1861.
- 31.- Kühn S, Gallinat J. Brain Structure and Functional Connectivity Associated With Pornography Consumption: The Brain on Porn. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71(7):827-34.
- 32.- Paul, P. Pornified: How Pornography Is Transforming Our Lives, Our Relationships, and Our Families (pp. 166-167). Henry Holt and Co. Kindle Edition.
- 33.- Strasburger VC, Zimmerman H, Temple JR, Madigan S. Teenagers, Sexting, and the Law. *Pediatrics*. 2019; 143(5):e20183183.
- 34.- Ybarra ML, Mitchell KJ. “Sexting” and its relation to sexual activity and sexual risk behavior in a national survey of adolescents. *J Adolesc Health*. 2014; 55(6):757–764.
- 35.- National Center for Missing and Exploited Children. Policy statement on sexting. 2009. Disponible en: www.missingkids.com/home.
- 36.- Collins RL, Strasburger VC, Brown JD, Donnerstein E, Lenhart A, Ward M. Sexual Media and Childhood Well-being and Health. *Pediatrics*. 2017; 140: S162-S166.
- 37.- Mitchell KJ, Finkelhor D, Jones LM, Wolak J. Prevalence and Characteristics of Youth Sexting: A National Study. *Pediatrics*. 2012; 129(1):13-20.
- 38.- Lenhart A. Teens and sexting: how and why minor teens are sending sexually suggestive nude or nearly-nude images via text messaging. 2009. Disponible en: www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2009/
- 39.- Madigan S, Ly A, Rash CL, Van Ouytsel J, Temple JR. Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior Among Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* . 2018; 172(4):327-335.
- 40.- Ross JM, Drouin M, Coupe A. Sexting Coercion as a Component of Intimate Partner Polyvictimization. *J Interpers Violence*. 2019; 34(11):2269-2291.
- 41.- Janis Wolak J, Finkelhor D, Mitchell KJ. How Often Are Teens Arrested for Sexting? Data From a National Sample of Police Cases. *Pediatrics*. 2012; 129(1):4-12.
- 42.- Frankel AS, Bass SB, Patterson F, Dai T, Brown D. Sexting, Risk Behavior, and Mental Health in Adolescents: An Examination of 2015 Pennsylvania Youth Risk Behavior Survey Data. *J Sch Health*. 2018; 88(3):190-199.
- 43.- Jenson KA, Poyner GA. Imágenes buenas, imágenes malas. Glen Cove Press. 2016.

La importancia del papá en la educación sexual de sus hijos

Con la colaboración de Paulo Tort

“Al tener cada día pequeños detalles de cariño con mi esposa, deseo mostrar a mis hijas el tipo de trato que deben esperar y exigir de los hombres; simultáneamente le elevo a mi hijo el estándar con el que debe tratar a las mujeres”.



Caso real 9. Paulina es una adolescente de 14 años, y tiene 3 hermanos, 2 mayores y uno menor. Fue invitada por un grupo de amigas a una fiesta de graduación de chicos que eran 4 años mayores que ellas; la invitación no fue personalizada, es decir, Paulina no iba como pareja de nadie, sino que llegarían a la fiesta al final de la cena. Su mamá, Ana Lau, ya no sabía cómo explicarle a Paulina que no tenía la edad para asistir a esa fiesta y que esa no era una invitación personal o exclusiva; porque esto habría causado peleas constantes entre ambas y actitudes de rebeldía por parte de Paulina.

Preocupada por este tema, Ana Lau acudió a una conferencia sobre educación sexual, en particular sobre la importancia del padre en la formación de los hijos; la conferencista enfatizó el papel irremplazable que jugaba el papá para reafirmar la feminidad y seguridad de sus hijas, enseñando y orientando sobre el comportamiento de los hombres.

A Francisco, el papá de Paulina, no le gustaba involucrarse con este tipo de permisos, de orientaciones y discusiones con

sus hijos, pero después de lo que Ana Lau había escuchado en la conferencia, él accedió a hablar con Paulina y le explicó que ella no tenía edad para asistir a este tipo de eventos, y que una chica como ella no merecía menos que ser invitada de pareja al baile, y que el chico que quisiera invitarla tenía que hacerlo con la responsabilidad que eso implica. Esto fue suficiente para que Paulina comprendiera que no era ni el momento ni la circunstancia para asistir a la fiesta, y se quedó tranquila después que su padre habló con ella. Tiempo después, le dijo a su mamá que estaba impresionada que su papá hubiera hablado de estas cosas con ella y que le hubiera hecho ver lo que ella valía.

Como hemos expuesto a lo largo del todo el libro, tanto el padre como la madre somos únicos e irremplazables para nuestros hijos, y respecto a su formación, incluyendo la educación sexual, la presencia e involucramiento de ambos es indispensable. El papá y la mamá son tan importantes, que cuando falta alguno, difícilmente puede sustituirse. Lo que tanto el uno como el otro no hagamos por nuestros hijos, nadie lo hará, de ahí la responsabilidad y el privilegio que tenemos de educarlos, formarlos, orientarlos y acompañarlos en todas las etapas de su vida.

Diferencias entre maternidad y paternidad al momento de educar

La maternidad es incondicional, mamá es omnipresente para sus hijos; es un amor que acepta y quiere al hijo por el simple hecho de ser eso, hijo. **Desde la adolescencia, la conformación física, el funcionamiento corporal y los ciclos hormonales de la mujer, la preparan mes a mes para la maternidad;** al momento de concebir, protege a su hijo por 9 meses dentro de sí misma, y al nacer, lo alimenta de su propio cuerpo; características tan propias de nosotras que hacen que el amor se vuelva un lazo incondicional hacia los hijos, y como consecuencia de este, sea más complicado poner límites.

Las mujeres poseemos múltiples aptitudes para criar mujeres o niños pequeños, pues por lo general tenemos más

tiempo para compartir con los hijos, y nuestra propia intuición nos permite identificar gestos, necesidades y las primeras palabras de los niños. Así mismo, en el caso de las hijas, ellas maduran afectiva y sexualmente viendo a su madre, siguiendo su ejemplo.

Cuando hay varios hijos en la casa, este amor incondicional de la madre se vuelca en proteger al más necesitado, según cada circunstancia: el que tiene una enfermedad, quien está con problemas en el colegio, quien discutió o peleó con algún amigo, quien necesita más apoyo en las tareas, etc. En muchos casos, esto ocasiona que la madre sea vista ante los otros hijos como "injusta" y su autoridad sea discutible.

En el caso de la paternidad, el amor es condicionado, es decir, que pone límites, exige y se enfoca en conseguir lo mejor de cada uno de sus hijos. Así mismo, un buen padre tiene autoridad porque hace lo que tiene que hacer, razón por la cual puede exigir a los hijos que hagan lo que les corresponde hacer.

El padre no cuenta con todas las cualidades físicas y emocionales de una madre para educar hijos pequeños; pero es el responsable de forjar el carácter de los hijos hombres y juega un papel crucial en la educación sexual de sus hijas durante la adolescencia. Las mujeres no contamos con todas las herramientas necesarias para educar hombres, pues para esto se necesita de otro hombre, y quien mejor que el papá.

Rol del papá en la educación sexual de sus hijas

El papá es responsable de llevar a cabo cinco objetivos principales en la educación sexual de sus hijas.

1. Ser el depositario del afecto de sus hijas adolescentes. Los cambios hormonales en la mujer adolescente la hacen experimentar una explosión de afectividad constante. En esta etapa de su vida, la chica necesita volcar toda esta afectividad con alguien del sexo opuesto y nadie mejor que su papá para recibir tal efusividad de sentimientos. Pero si el padre está ausente, es indiferente o ignora tal afectividad, es muy probable que la chi-

ca busque “los brazos” de otra persona para externar toda su emotividad. Esto terminará por lastimarla, suscitar heridas emocionales y será mucho más complicado que madure su afectividad y que en la edad adulta elija objetivamente al hombre con quien compartir su vida.

2. Reafirmar la feminidad de sus hijas. Aunque una chica va comprendiendo y haciendo suya la feminidad gracias a lo que observa en su mamá, es la presencia y actitudes del papá lo que le permite reafirmar tal feminidad. La presencia y la guía del padre poseen una influencia determinante para que la hija se sienta cómoda en su papel de ser mujer. El papá debe ser el primero que valore y reafirme su belleza, inteligencia y cualidades (es conveniente que desde la infancia, el papá les externé piropos espontáneos y constantes a cada una de sus hijas) y, es también quien debe enseñarles el coraje de darse a respetar frente a los demás, sobre todo frente a los chicos.

En la actualidad, existe una cantidad descomunal de casos de chicos y chicas adolescentes muy confundidos sobre su sexualidad. Al llegar a la adolescencia, muchas mujeres sienten que no se están desarrollando físicamente conforme a los estándares de belleza física que dictan la moda, música, televisión, series, películas y el entorno social en el que se desenvuelven. Ante las inseguridades típicas de esta etapa de la vida y la falta de apoyo y orientación que encuentran en casa, **muchas de ellas viven confundidas, dudando del valor que tienen como mujeres, y esto puede empujarlas a “tomar decisiones equivocadas”**, cuando lo único que necesitaban era tiempo para crecer, desarrollarse correctamente y ser alentadas en casa, sobre todo por el hombre más cercano de su vida, es decir, de su papá...

3. Escuchar a sus hijas. Es por todos sabido que las mujeres hablamos mucho más que los hombres, esto debido a causas neurológicas y emocionales. Nosotras contamos con mayores conexiones cerebrales entre los dos hemisferios, que facilitan que podamos hablar y realizar otras tareas al mismo tiempo. Así

mismo, emocionalmente, la mayoría de nosotras necesitamos de la palabra para aliviar el estrés.

En las adolescentes, esto se potencia, pues necesitan hablar de sus problemas, inquietudes, amistades y compartirse constantemente; a la vez que **necesitan ser escuchadas, sin requerir una solución o respuesta, sino simplemente para sentirse acompañadas.**

Aunque algunos papás se quejen que sus hijas no quieren hablar con ellos, esto es falso; ellas quieren, necesitan ser escuchadas, sin regaños ni imposiciones; sino simplemente ser escuchadas. Necesitan un guía, un confidente, un hombre que las escuche, les preste atención y que, en su momento y de manera sutil pueda orientarlas. Es aquí donde el papá desempeña un papel muy importante, pues gracias a su madurez, puede escuchar, acompañar, y si se propicia el momento, brindar un buen consejo.

Generalmente, los papás de chicas adolescentes creen que tienen muy poca influencia en sus hijas, y piensan que ellas necesitan vivir la vida a su manera; pero es completamente falso... **hoy más que nunca las adolescentes necesitan desesperadamente de la atención, escucha y comprensión de su papá.**

A veces escucharlas puede ser complicado, pues hablan de temas superficiales, sin sentido, con poco contenido y un elevado nivel de emotividad; pero aquí es cuando el amor del padre y su madurez debe reflejarse en la dedicación de tiempo a su hija; sobre todo en mostrar un interés genuino en sus preocupaciones.

Si aún no tienes este tipo de relación con tu hija y ella no se acerca a ti para compartirte sus inquietudes y conflictos, es hora de empezar a desarrollar una comunicación básica. **Dedícale 15 minutos, todos los días, exclusivamente a ella; a escucharla y de manera prudente, orientarla,** y de esa forma, después de un par de semanas ella querrá que esos tiempos se repitan cotidianamente, con lo que mejorarán notoriamente su relación y su autoestima, lo cual será un escudo protector contra las amenazas a lo largo de su día a día.

4. Mostrar y orientar a sus hijas sobre el mundo y mentalidad de los hombres. En nuestro tiempo, los amigos y parientes estamos más conectados que nunca, pero nuestros vínculos sentimentales se han vuelto mucho menos personales. Cada vez es más sencillo entablar conversaciones y relaciones por Facebook, chats, WhatsApp, mensajitos y cualquier red virtual que elimina el esfuerzo que implica para el hombre “buscar y cortejar a la mujer”: ir a casa de la chica que le gusta, “sentir el frío” de conocer a sus papás, llamarle por teléfono, invitarla a salir y esforzarse por alguien que él considera que realmente vale la pena.

Si desde los inicios de la adolescencia el papá enseña a su hija la importancia que el hombre tome la iniciativa, es más probable que el chico que le gusta se sienta atraído por ella y que desde un inicio le quede claro que es una mujer valiosa, que tiene una familia y un papá que ven por ella.

Imagina, papá, por un momento, que tu hija te dijera que va a salir con un chico que tu no conoces y que, al momento que llega por ella, le envía un mensaje a su celular para avisarle que ya la espera afuera (hoy en día sería muy probable que así sucediera); entonces tu hija se despediría de ti, saldría de tu casa y se subiría a su coche... O un mejor escenario: al llegar el chico por tu hija, tú le pides a ella conocer a ese chico, entonces él tendrá que bajarse del coche, tocar en la casa, entrar, saludarte, presentarse y platicar un rato contigo; y tu podrás preguntarle a él donde van a ir y a qué hora regresarán. **¿Crees que ese chico tratará de forma diferente a tu hija?** ¿No crees que con esto sentiría la presencia del padre en la casa y sería más respetuoso con ella, al saber que hay un hombre más grande que él, su papá, que está pendiente de esa chica, tu hija?

A todos los chicos les gustan las mujeres que se arreglan y que son atractivas; pero su interés real despierta en la manera en que ellas se comportan. Una mujer que se da su lugar, a la larga despierta mucho más interés en los hombres que aquellas mujeres que no saben darse a respetar; y es aquí donde el papá juega un papel imprescindible, al hablar con sus hijas al respecto y reafirmarles que son especiales y valiosas.

El hombre, debe esforzarse por la mujer desde el inicio de una relación, y más si esta se concreta en un noviazgo. ¡Qué fáciles pueden ser las relaciones virtuales!, declararse a alguien por chat, mail o WhatsApp, sin que ella esté presente... es muy distinto ir su casa, invitarla a salir, conocer a su familia y amigos, y pedirle que sea su novia viéndola a los ojos, estando seguro del compromiso que ello implica. Nuestras hijas son valiosas, merecen ser tratadas así.

Si el chico que "busca o pretende" a una de nuestras hijas está listo para salir con ella, se esforzará en conocerla, buscarla, hablarle, ir a su casa y presentarse con los papás. Si no la busca de esta forma, y quiere una relación fácil, por mensajes y sin conocer a los papás y la familia, es porque no la está valorando, entonces no vale la pena que conozca más a tu hija, y tú, como papá, debes de hacérselo ver.

¡Cuidado! **En la adolescencia y juventud pueden darse relaciones tipo "amigos con derechos", "aminovios", "free" y cualquier otra variación que no implique compromiso.** Para los hombres, es muy cómodo estar con una chica que les gusta, que pueden besar o acariciar sin compromiso, y es aquí donde cada papá debe estar presente y en permanente estado de alerta, para orientar a sus hijas.

Una relación que empieza en el anonimato, sin dar señales de formalidad, sin querer presentarse a los demás, no es una relación que vaya a cambiar con el tiempo. Por el contrario, nuestras hijas e hijos saldrán lastimados. El papá juega un papel fundamental para hablar de esto. **¿Quién mejor puede orientar a una chica joven sobre los hombres, que su propio papá, que es hombre, que alguna vez fue joven y que sabe cómo piensan los chicos?**

En este proceso de formación en la sexualidad, el papá puede orientar a su hija en el cuidado que debe tener al elegir su ropa y cómo hablar y comportarse con los chicos. El papá, que fue adolescente y joven, es la referencia que la hija necesita para comprender el pensamiento e intereses del mundo masculino.

5. Mostrar cariño y fortalecer la seguridad de tu hija. Hombre y mujer no se relacionan de la misma forma. **Ellos son más**

visuales; es decir, predomina el sentido de la vista; el gusto les entra por los ojos. En el caso de las mujeres, somos más auditivas y táctiles; el gusto irrumpe por las palabras y por el tacto; de ahí el conocido dicho “verbo mata carita”, que se refiere a que para una chica importan más las cosas que le dice el chico que le gusta, que el físico del chico en sí mismo.

Conociendo que el uso de los sentidos es distinto según el sexo, como padres de familia debemos aprovecharlo. **Desde que son niñas y en la adolescencia, a las chicas hay que decirles palabras bonitas, repetir halagos.** El papá debe hacer esto de manera cotidiana, pues nuestras hijas necesitan oír que las queremos y que son valiosas por sí mismas, importantes para sus padres y aceptadas tal cual son. Esto deben escucharlo cuando tienen 6 y 7 años, pero también a los 13 y 14 y a los 18 y 20.

Tu hija necesita que seas una persona amable, sonriente, que la abracés y le digas que las quieres mucho, y necesita eso todos los días, desde que es un bebé hasta que tenga 24 años; de esta forma, su autoestima ira creciendo y como un radar, detectará rápidamente a los chicos que solo quieren “pasar el rato”, para así evitar su compañía.

A tu hija adolescente hay que hablarle en positivo de todas las virtudes que tiene y, evitar recalcar lo externo; sobre todo en esta etapa, no es recomendable hacer comentarios sobre su aspecto externo, ni dar indicaciones que pongan en evidencia alguna “característica negativa”, por ejemplo; nunca decirles que tienen que bajar de peso, hacer dieta o ejercicio por el aspecto físico; sino enfatizarlo desde el área de la salud: promoverles hacer ejercicio para mantener el cuerpo sano, comer sanamente dándoles el ejemplo, y tener actitudes positivas que les ayuden a su sano desarrollo físico y emocional.

De la misma forma, **nunca hay que compararlas con amigas, primas o conocidas, ni resaltar cualidades físicas de otras personas.** Las hijas prefieren que se les quiera por sus cualidades intrínsecas, por sus valores, pero que no se les compare con otras chicas.

En este forjar la autoestima, hay que recalcar la importancia de poner límites: horarios restringidos para las salidas,

firmeza para fijarle la hora de llegada, saber quiénes son sus amistades y conocerlos personalmente. Al poner normas, nos preocupamos por ellas, las hijas lo intuyen con el tiempo y ellas, de esta forma, aprenden a establecer normas y límites para ellas mismas. Así mismo, **es fundamental el “buen trato” del papá a las hijas, particularmente en esta etapa.** Si tú eres un papá educado, respetuoso, amable y cariñoso, tus hijas aprenderán que ése debe ser el tono que deben mostrar los chicos para relacionarse con ellas y para tratarlas.

6. Orientarla para elegir lo mejor. Por más incómodo que te puedas sentir al hablar con tu hija sobre sexualidad, noviazgos o relaciones sexuales, es tu deber como padre aconsejarla para que vaya tomando las decisiones más adecuadas para forjar el mejor futuro. **Respecto a las relaciones sexuales, la mejor elección que tu hija puede hacer es esperar hasta el matrimonio para vivirlas;** e incluso, si los papás tuvieron relaciones sexuales antes de casarse con otras mujeres, también tienen la “autoridad moral” de orientarlas hacia lo que es mejor y promover en ellas conductas más sanas que les permitan elegir mejor, casarse y formar una familia.

Rol del papá en la educación sexual de sus hijos hombres

Como lo abordamos en el capítulo 10, el papá es el primer responsable en ayudar a su hijo a identificarse con su propio sexo y a fortalecer su masculinidad. Tanto en la infancia como en la adolescencia, un chico tiene necesidades que solamente su padre puede satisfacer; por ejemplo, el sentirse protegido, pero a la vez guiado e impulsado para conocer y descubrir el mundo; y con esto ir afianzando su fortaleza. El padre aporta 3 elementos al desarrollo de sus hijos:

1. Identidad. El padre irrumpe en la compleja relación madre-hijo, que se vivió desde el embarazo y durante los 2 primeros años de la vida. **Gracias a una relación cariñosa y a su presencia física con el hijo, el padre aporta a éste la conciencia de ser alguien distinto a su madre o una prolongación de ella,**

en otras palabras, ser independiente, alguien con existencia y vida propia. Ya al final de la niñez y en la adolescencia, el padre aporta buena parte del rol que tiene la familia dentro de la sociedad (es el famoso “soy hijo/a de ...”).

2. Masculinidad. el padre es la primera persona que transmite el elemento de masculinidad en la vida de cada hijo. Su presencia, cariño y orientación durante la niñez, permite que el hijo se identifiquen con él y, como consecuencia, con su masculinidad. El llevar a cabo actividades propias de hombres y el aprender a asumir riesgos, genera esta identificación con su propio sexo, misma que será indispensable para que en la adolescencia se consolide la atracción por quien es distinto a él: por las chicas. La presencia del padre, es un referente y guía durante todas las etapas de la vida, iniciando en la niñez y terminando en la edad adulta. **Los padres son el ejemplo de masculinidad y hombría para los hijos.** ¿Quién mejor para orientar a un hijo sobre cómo deben conducirse los hombres y la delicadeza con la que deben tratar a una mujer, que su padre? Y el mejor ejemplo para esto, será la forma en que los hijos observan como su papá trata a su mamá.

3. Seguridad. El niño se sabe pequeño y frágil, está iniciando su crecimiento, dándose cuenta del lugar que ocupa en el mundo. Frente a esta debilidad, se alza un hombre que es sabio y fuerte su papa; esta presencia contante que acompañará a su hijo por toda su vida (incluso después de la muerte del padre). **Bajo esta figura paterna, el hijo se sentirá protegido y cuidado. Gracias a su naturaleza masculina, el papá ayudará a templar el carácter de su hijo, lo impulsará a competir y defenderse, a elegir buenos amigos, a jugar y trabajar junto a los demás, así como a divertirse con ellos.** El padre le enseñará a conquistar con esfuerzo lo deseado: su palabra y su ejemplo son imprescindibles.

El amor del padre hacia su hijo lo motiva a tomar riesgos, lo anima a subirse a un árbol, a jugar con la pelota, a prender cerillos sin quemarse, a emprender con determinación lo que no se le facilita. Esto da al niño un sentido de seguridad, pues

estos primeros riesgos los afronta junto a alguien que le inspira confianza y seguridad, y que lo motiva para ser, al igual que él, una persona segura y valiente.

Dedicar tiempo a los hijos

Los hijos ven el tiempo que invertimos en ellos de una manera muy diferente a como nosotros lo percibimos. Acompañar a los niños y adolescentes a la hora de la comida, ayudarlos por las tardes en sus tareas del colegio, limpiar la casa juntos, cocinar, hacer reparaciones domesticas los sábados o trabajos de jardinería; o simplemente ver juntos la televisión; son actividades hogareñas que cambiarán su vida de manera radical; y que los ayudarán a disminuir la mayoría de las conductas de riesgo como: el inicio de las relaciones sexuales en esta etapa de su vida, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la deserción escolar y las conductas violentas.

Hay que aprender a disfrutar y contemplar a nuestros niños, pues “los hijos son para gozarlos, no para sufrirlos”. Debemos educarlos, pero no olvidemos que debemos disfrutarlos. Al contemplarlos en silencio, podremos conocer mucho de ellos. Dedicar tiempo a los hijos, no es estar con ellos “matando el tiempo”, sino ponerles atención, escucharlos, y tratar de realizar juntos actividades que ambos disfrutemos.

Si todavía tienes hijos pequeños, permítete escucharlos, verlos jugar, reír, aprenderás mucho sobre cada uno si ves cómo se desenvuelven por sí solos. Es una maravilla verlos crecer, cuestionarse el mundo, imaginar y pensar sobre su futuro; verlos jugar como hermanos y darse cuenta del papel tan importante que cada uno juega en la familia.

El hogar es un medio natural para que los hijos aprendan a vivir en sociedad, es ahí donde aprenden a respetar, compartir, ceder, negociar y defenderse de los peligros y riesgos del exterior. Dentro de los retos intelectuales que debemos procurar, hay que enseñar a los niños a pensar asertivamente, para que sean capaces de decidir por lo mejor, es decir, educarlos para la vida. Así, podrán tomar buenas decisiones al momento de elegir su profesión y estado de vida. Son esas etapas

claves de la vida cuando los padres, en un ambiente de confianza y respeto construido previamente, podrán dar consejos y opiniones a sus hijos. Y de igual manera, y aunque la decisión será solamente de ellos, podrán orientarlos sobre la elección de su futuro cónyuge con consejos oportunos y juiciosos.

1. Atención especial para cada hijo. Para que los hijos se sientan amados y aceptados en la familia, tanto el padre como la madre debemos dedicarles tiempo especial, un tiempo único para cada hijo. Por ejemplo, tanto papá como mamá podrían salir una vez al mes, a solas, con cada uno de sus hijos; ya sea a tomar un helado, a hacer las compras de la casa; pero en un espacio que ellos se sientan tratados de manera especial, como si fueran los únicos.

Así mismo, si somos padres de varios hijos, al momento de prestarles atención en casa debemos enfocarla. **Como muchas veces el tiempo no sobra y todos hablan y buscan nuestra atención, hay que focalizarnos uno por uno, darles 10 minutos específicos a cada cual;** es decir ante una necesidad, poner toda nuestra concentración por 10 minutos en cada uno de ellos, sin permitir que otros hermanos interrumpan, y así cada uno será atendido de manera particular.

2. Hablar de cada hijo. Los padres tienen que conversar todo el tiempo sobre lo que ven de sus hijos, pero no en términos generales, sino hablar en específico de cada uno de ellos, de sus circunstancias, de sus problemas, de cómo evolucionan o los problemas que pudieran tener en la escuela, sobre quienes son sus amigos y cómo son las familias de los amigos. Así también, de sus cualidades específicas, gustos, habilidades, y de las áreas de oportunidad en que se les puede ayudar a mejorar. Papá y mamá deben encontrar la forma de potenciar todo esto, para ayudar al hijo a identificar lo que es su vocación de vida, respetando su libertad pero orientándolo sobre cómo evitar ciertas circunstancias que le hagan daño.

Papá y mamá deben conversar por lo menos 1 vez a la semana sobre cada uno de sus hijos en particular; pero debido a que hay hijos más confidentes del papá y otros de la mamá,

deberán compartir esto entre ambos y así tomar las mejores decisiones entre los dos.

Para lograr esta tarea con éxito, es importante tener la visión del papá y de la mamá, lo que cada uno aporta con su comprensión, visión de la vida y experiencias personales. Son dos visiones diferentes que, al complementarse, generan una visión integral de cada hijo.

En la educación de los hijos deben jugar armónicamente la maternidad y la paternidad. Existe riesgo que si alguno busca imponer su visión y educar desde su punto de vista; esto afecte a los hijos. Cuando los papás no viven en armonía, no juegan como equipo y por el contrario uno sabotea las decisiones del otro; lo único que ocasionan es una catástrofe donde los hijos son los que terminan determinando lo que se hace. De ahí, la importancia que los padres conversen y lleguen a acuerdos sobre cada aspecto de la educación de sus hijos.

Se buscan... hombres...

La sociedad actual está necesitada de hombres —no machos ni desobligados—; para cuidar y amarnos; en quienes descansa la autoridad de la familia y la responsabilidad, que sepan que lo mejor que pueden dar a sus hijos no son bienes materiales (por los cuales pasen horas incansables de trabajo), sino darse a sí mismos, su tiempo, su presencia, su afecto, su cariño, su disciplina.

La autoridad del padre se encuentra menospreciada. Lamentablemente, la ideología de género y el movimiento feminista radical, han relegado al hombre a un abismal segundo plano dentro de la familia y en la educación de los hijos. Sobre todo, han generado una gran confusión sobre el significado de la masculinidad y la adecuada autoridad. Los hombres son líderes naturales, y los hijos e hijas necesitan de las cualidades que solo el hombre de la casa puede aportar.

Necesitamos hombres que rompan las cadenas del machismo, de la ausencia paterna, de la violencia intrafamiliar y de la falta de comunicación en los matrimonios. Padres que sepan poner límites a sus hijos para criar niños seguros, con un rumbo

claro por donde transitar, que sean ejemplo de protección, provisión y liderazgo amoroso, mostrando gestos de cariño constantes a su esposa e hijos.

Se buscan hombres cariñosos que no se cansen de bendecir a sus hijos y den ejemplo de amor dentro de su matrimonio. Padres que puedan decir con libertad: "Te amo esposa; te amo hijo; te amo, hija". Padres forjadores de nuevas generaciones de hombres y mujeres íntegros, que den testimonio de amor abierto por su familia, y que de esta forma la sociedad crezca en solidaridad y generosidad.

Las palabras mueven, el ejemplo arrastra

Mucho podemos hablar con nuestros hijos sobre amor, sexualidad y cuidado del cuerpo; pero no olvidemos que, en no pocos casos, "las palabras se las lleva el viento", por eso, lo más importante es el ejemplo que damos en este aspecto. Debido a que la sexualidad se comprende entorno al amor, el primer ejemplo de amor que viven los hijos es el de sus padres: la calidad del amor que vivimos y transmitimos en nuestra relación conyugal como esposos.

En casa, el primer amor debe ser el de los esposos, y de ahí fluir el amor hacia los hijos. La prioridad del marido debe ser la esposa, y esto no solo de palabra sino que debe notarse en la relación de todos los días. De la misma forma, la prioridad para nosotras, debe ser el esposo. **El amor entre el papá y la mamá debe ser tan grande y especial, que irradie a los hijos para que así estos puedan sentirse seguros sobre el matrimonio de sus padres y sobre su futuro con relación a este amor.**

1. Comprensión de nuestra sexualidad en el matrimonio. Como abordamos ampliamente en el capítulo 1, para que los esposos puedan dar ejemplo de amor dentro de su matrimonio, es fundamental que vivan su sexualidad plenamente, para expresar el amor y renovar sus promesas matrimoniales. Y aunque como papás nunca hablemos de nuestra sexualidad matrimonial, sí irradiamos a nuestros hijos el tipo de relación que como esposos vivimos. Si nuestro amor está vivo y lo expresamos por

medio de las relaciones sexuales, nuestros hijos desde pequeños notarán que entre sus padres existe una relación única, especial, que los hace vivir en plenitud y ellos podrán aspirar a vivir una relación así en el futuro.

2. Demostrarse el amor. Expresar el amor frente a los hijos por medio de un abrazo, tomarse de la mano, darse un beso, permite que ellos vean que entre su papá y su mamá hay una relación muy especial.

El demostrarse amor, implica también hablar bien del cónyuge cuando no está presente. Mamás, siempre hablemos bien de nuestro esposo a los hijos (incluso en momentos difíciles); ellos merecen escuchar únicamente las cosas buenas de su papá; y así mismo el papá deberá expresarse siempre bien de su esposa frente a los hijos. Cuando los hijos saben que sus padres se aman y que se demuestran ese amor; ellos se sentirán tranquilos y seguros; pues el futuro de los hijos depende del amor de sus padres; mientras mayor sea ese amor y compromiso, el futuro de los hijos será más certero.

3. Presencia de los padres. Los hijos deben sentir amor incondicional y desinteresado de parte de sus padres. Aunque haya veces que tendremos que corregirlos, el amor sigue siendo el mismo, y así lo deben de sentir.

Los padres deben estar presentes. Es importante que los hijos no estén solos durante las tardes o en el tiempo en que no acuden a la escuela. Su papá o su mamá deben acompañarlos constantemente en estos ratos y los fines de semana, pues deben sentir que sus padres están presentes para ellos en todo momento.

La relación de los padres con sus hijos requiere tiempo, presencia y paciencia. Aquel dicho cada día más usado: "darles tiempo de calidad y no cantidad", es erróneo, es una falsa premisa. Los hijos necesitan saber que su padre o su madre están en casa para ellos; aunque uno haga trabajo en casa y ellos estén estudiando o jugando, es decir, aunque no estén juntos realizando actividades, los hijos deben saber que uno de sus padres está siempre ahí. También hay que hacerse presentes,

es decir, poner atención en sus necesidades o situaciones que ellos nos quieran comentar, y ser pacientes, en especial cuando son pequeños o están pasando por un momento difícil.

4. Educar en el respeto hacia los tiempos de los padres. Es importante enseñar a los hijos el respeto por los momentos de descanso o de conversación que debe haber entre sus padres. Los hijos necesitan comprender que hay momentos en que sus padres necesitan salir a solas, para renovar su relación y pasar tiempo juntos, por lo menos una vez por semana, pues esto les permite afianzar su amor. Eso si, siempre y cuando los hijos se queden en casa bajo la supervisión de alguien de nuestra absoluta confianza, como los abuelos.

Un buen criterio en el hogar, que favorece el respeto a la intimidad de los papás, es que los hijos duerman en su propia habitación; esto es importante propiciarlo desde que son pequeños.

Hoy más que nunca, tenemos la responsabilidad de cuidar a nuestros hijos, pero sobre todo, cuidar nuestro matrimonio. Vivimos en un mundo que no ayuda a lograr el objetivo de "amarse para toda la vida", algo que parecía sencillo durante el noviazgo y la luna de miel, puede complicarse a lo largo de los años si lo dejamos en un conjunto de buenas intenciones, pero no ponemos "manos a la obra".

¿Como suplir la figura paterna en la educación sexual de mis hijos si soy madre soltera, separada o divorciada?

Si estás separada o divorciada, y el padre de tus hijos está presente en sus vidas; la recomendación sería, por el bien de los hijos, tener una relación lo más cordial posible y evitar hablar frente a ellos de manera negativa de su papá. Expresarse mal del padre de tus hijos (aunque tengas razón) genera tristeza en los hijos. Por el contrario, hacer un esfuerzo por resaltar las cualidades del papá y evitar hablar de sus defectos, ayudará a que tus hijos se sientan más confiados y pongan en una mejor perspectiva lo que su papá les aporta; al paso de los años te lo agradecerán.

Si eres madre soltera, o el padre de tus hijos es completamente ausente; sería recomendable buscar una figura masculina cercana que pueda suplir la presencia del padre, como por ejemplo el abuelo o algún tío de tu absoluta confianza. Ellos pueden ser un buen ejemplo de masculinidad y permitir al hijo, desde pequeño, sentirse identificado con una figura paterna.

Recuerda...



- 1** El amor más importante en una familia, es el amor entre el papá y la mamá.
- 2** Las adolescentes necesitan ser abrazadas, escuchadas y guiadas por su padre.
- 3** El papá es indispensable para fortalecer la masculinidad de sus hijos desde la infancia.
- 4** Papá y mamá debemos dedicar tiempo para hablar de cada uno de nuestros hijos y buscar, en equipo, la mejor forma para educarlos y orientarlos.
- 5** Como mujeres, no hay nada que nos haga más felices y especiales que ser tratadas con cariño, respeto y total compromiso por parte del hombre que amamos.

Educando a tus hijos para el matrimonio

Llegará el momento que como hombre y mujer libres se den cuenta que se pertenecen el uno al otro y, ambos querrán ser protegidos y protegerse de cualquier otra intención o mirada; en este instante, es cuando se concreta la decisión más importante de la vida, unirse en matrimonio.



Los padres de familia deseamos el mejor futuro para nuestros hijos. Los abuelos que ayudan a sus hijos en el cuidado de los nietos también quieren lo mejor para ellos; incluso, si por actividades profesionales o de apoyo a algún familiar, se tiene la bendición de cuidar, criar y orientar a niños o adolescentes a lo largo de su vida, también se desea lo mejor para ellos. **Anhelamos ver a los hijos adultos con un gran corazón, enfocados y dedicados a su vocación, compartiendo con los demás, aportando a la sociedad y claro, también realizados como mujeres y hombres, viviendo a plenitud el matrimonio y la paternidad.**

Pero en nuestros tiempos y ante la desvalorización que observamos del matrimonio, el párrafo anterior asemejaría un sueño inalcanzable o una ilusión pasajera; pues pareciera que el divorcio se ha convertido en una regla, no en la excepción; y desde hace 3 décadas ha habido un incremento de madres solteras.

Divorcio e hijos de madres (y algunos padres) solteros, son situaciones que tocan la vida de millones de personas; realidades que complican hablarle a un adolescente o joven de los beneficios que tiene el compromiso, la fidelidad y el unirse con

alguien para el resto de su vida. Más difícil aún, es sugerir a nuestros hijos que, si quieren un matrimonio para toda la vida, deben amar plenamente a su cónyuge.

¿Quién no quiere ver a una pareja de novios formalizar y casarse? **¿Quién no quiere ver a sus hijos elegir a la persona indicada en una ceremonia religiosa, haciéndolo frente a toda su comunidad: padres, amigos, familiares, y arriesgando el resto a esta gran aventura llamada matrimonio?** Pues hoy, más que nunca, debemos brindar a nuestros hijos las herramientas necesarias para que puedan elegir correctamente y vivir una vida “de pareja” en un matrimonio de vida y amor, que les permita realizarse plenamente y vivir su vocación esponsal-paternal.

La familia sigue siendo una institución central en América Latina, pero está experimentando cambios vertiginosos. Algunos positivos, como una mayor preparación y profesionalización de la mujer y una mayor participación del papá en tareas domésticas y en la formación de sus hijos, circunstancias que favorecen que las decisiones matrimoniales se den con un mayor equilibrio y correspondencia entre cónyuges. Pero, al mismo tiempo; hoy los jóvenes deciden “juntarse” sin casarse, tener hijos fuera del matrimonio y a lo largo de la vida pueden llegar a acumular varias parejas sexuales, con todas las consecuencias negativas que esto puede tener para ellos y el adecuado desarrollo de sus hijos.

¿Unión libre?

Vivir en unión libre, cohabitar o “vivir juntos” se refiere a que un hombre y mujer vivan como si estuvieran casados, pero en realidad no lo están, ni por su confesión religiosa ni por las leyes del Estado, pero comparten techo y cama. Cada día es más común ver parejas que viven así, “juntadas”; que no ven en el matrimonio más que un *pedazo de papel*, el cual ellos no necesitan.

La unión libre se considera como una “etapa de prueba” para comprobar si la relación funciona, valorar cómo se llevan, experimentar si pueden convivir juntos por un tiempo largo, si son “sexualmente compatibles” y en el caso que ambos cum-

plan las expectativas del otro, entonces, tal vez, casarse; ese "entonces" generalmente nunca llega. **La mejor garantía de ser compatibles social y sexualmente a lo largo del tiempo es el cariño, el empeño en crecer juntos en el amor entre ambos, demostrándolo a través del matrimonio con comprensión, comunicación y afecto.**

En el fondo, la unión libre destruye lo que es una verdadera familia, pues la pareja duda en establecer esa familia legal o religiosamente, si es el caso. Generalmente, se trata de relaciones inestables, en las cuáles cualquier dificultad hace tambalear el compromiso y propicia que la pareja se separe, con las consecuencias emocionales que esto tiene para la mujer y los hijos.

En muchos casos, **la unión libre lastima la fecundidad; pues al ser una "relación a prueba" se evita tener hijos, y en caso de tenerlos, será difícil transmitir valores como la lealtad y el compromiso,** si los propios padres no lo demuestran comprometiéndose abiertamente.

La unión libre no puede equipararse al matrimonio pues este último reclama una elección de vida, donde la entrega o donación es total hacia el cónyuge; en donde se puede vivir plenamente el verdadero significado de las relaciones sexuales, es decir unirse y abrirse a la posibilidad de una nueva vida; pero, sobre todo, es el mejor espacio de estabilidad para el desarrollo de la mujer y sus futuros hijos.

1. El matrimonio es el espacio donde se logra el mayor bienestar para los hijos. Un estudio publicado en 2013 con información de 16 países y 589 publicaciones académicas,¹ concluye que **en los matrimonios donde los hijos biológicos viven con sus padres, presentan casi en un 80% mayor bienestar en relación a educación (71%), seguridad física (79%), relación padres e hijos (67%), vivienda (94%) y prevención de adicciones (73%)** entre otros, en comparación con aquellos que viven en familias que cohabitan, divorciadas, padres o madres solos, padres vueltos a casar, y otros tipos de familias. Estudios de 2017² concluyen que **dentro del matrimonio, a mayor nivel de comunicación y mejor satisfacción entre el papá y la mamá, mayor será el bienestar infantil a lo largo del tiempo.**

2. Los hijos que viven con sus padres biológicos casados, tienen menor riesgo de abuso. Un importante estudio nacional llevado a cabo en los Estados Unidos³ analizó 553,300 casos de niños que habían sufrido algún tipo de abuso emocional, físico o sexual, en relación a la estructura familiar. Dicho estudio concluyó que **los niños que vivían con sus padres biológicos casados tuvieron la tasa más baja de abuso**, mientras que los que vivían con un padre soltero que tenía un compañero de convivencia en el hogar, registraron la tasa más alta en todas las categorías de maltrato.

En comparación con los niños que vivían con padres biológicos casados, **aquellos cuyo padre soltero tenía una pareja que vivía con ellos, sufrían 8 veces más maltrato, 10 veces más abuso** y casi 8 veces más negligencia.

En México, los resultados de la Encuesta Nacional de la Juventud 2010,⁴ representativa a 28,005 jóvenes de entre 12 y 29 años de edad, concluyó que aquellos de entre 12 a 17 años que **vivían solamente con el papá o la mamá, padrastros, madras tras u otros tipos de familia padecían 5.7 veces abuso sexual** que aquellos que vivían con ambos padres biológicos.

3. El matrimonio brinda mayor estabilidad a los hijos. La estabilidad familiar contribuye sustancialmente al mejor desarrollo de los niños. Investigaciones reportan que **solo el 33% de los niños que han nacido en familias que viven en unión libre, permanece en esa familia estable hasta la edad de 12 años, en contraste con más del 70% de los niños nacidos de padres casados.**⁵ Además, los niños nacidos de padres en unión libre, experimentan casi tres veces más transiciones familiares (vivir dentro de nuevos matrimonios o cohabitaciones de sus padres) que aquellos nacidos de padres casados.

4. El matrimonio disminuye riesgo de violencia hacia la mujer y los hijos. Con relación al bienestar de la mujer, en aquellas familias o parejas que sólo existe el vínculo de la cohabitación, se presentan mayores riesgos de sufrir violencia. Investigaciones de 2016⁶ reportan que **las mujeres que cohabitan presentan 2.1 veces más riesgo de sufrir violencia con múltiples lesio-**

nes corporales y casi dos veces más probabilidades de padecer violencia física que las mujeres casadas.

Así mismo, en relación con la delincuencia, un estudio en Noruega⁷ que dio seguimiento por 22 años a todos los niños nacidos desde 1982 reportó que: a) Los niños y jóvenes que vivían con su papá y su mamá biológicos habían cometido algún delito el 8.9% de los casos. b) **Los niños y jóvenes que vivían en familias con divorcios, padres o madres solas u otros tipos de familia, habían cometido delitos en el 21.5% de los casos.**

5. El matrimonio genera el mejor nivel de salud para los hijos. Los hijos de padres casados en matrimonios estables, tienen ventajas en su desarrollo cognitivo, de comportamiento y de salud, con relación a los niños criados en otras estructuras familiares. Investigaciones⁸ reportan que el matrimonio estable está asociado con las puntuaciones cognitivas más altas y con la menor cantidad de problemas de conducta; así como con menor obesidad y probabilidad de episodios asmáticos, en contraste con familias monoparentales, y con padrastros respectivamente.

Caso real 10. Ángela tiene 20 años; terminó el colegio y ya no siguió estudiando. Rulo es su novio desde hace 2 años, él tiene 22 y trabaja; tampoco estudió una carrera pero si terminó el colegio. Ángela previamente había tenido relaciones sexuales con otros 3 chicos; era muy insegura y trataba de retener a los hombres teniendo relaciones sexuales. Cuando llevaban 6 meses de novios, Rulo le propuso que vivieran juntos; ella aceptó y dejó la casa de su mamá.

Después de 1 año de vivir juntos, Ángela escribió a **Sexo Seguro** lo siguiente:

Hola, necesito su ayuda, me siento mal, vivo desde hace 1 año con mi pareja, pero desde hace varias semanas discutimos por todo y me grita y habla muy mal. Yo nunca imaginé esto cuando deje mi casa, pensé que sería feliz con él...

El médico especialista de **Sexo Seguro** le recomendó que estuviera tranquila, y tratara de entender porqué estaba viviendo todo esto, que tenía que reflexionar sobre esta situación y no permitir ningún tipo de violencia. También le recomendó que acudiera con el médico para que la examinara, pues llevaba varios años teniendo vida sexual y varias parejas y le dio ciertas recomendaciones para cuidar su salud. Tres meses después, nuevamente Ángela escribió:

Hola, ya acudí al médico, y me mandó a hacer algunas pruebas, pues parece que tengo una infección sexual. También dejé a mi pareja, y regresé a la casa de mi mamá. Me siento triste, a veces lo extraño, pero no quiero vivir así, no quiero más violencia en mi vida.

En **Sexo Seguro** la animaron a seguir las indicaciones del médico y le explicaron cómo como prevenir las infecciones sexuales, pero sobre todo le aconsejaron aprender a escucharse y a quererse. Después de algunos meses, Ángela volvió a escribirnos.

Hola amigos, les escribo para compartirles que el médico me dijo hace algunas semanas que tengo la infección por clamidia y me dio tratamiento, ya estoy mejor. El médico me alertó que debo ser muy cuidadosa con mi salud y no exponerme a otro contagio de alguna infección sexual.

Al principio culpaba a los demás por lo que había pasado, sobre todo a mi papá que nos dejó hace muchos años; pero ya me di cuenta, que también soy culpable. Por ahora ya no quiero tener novio, no quiero que solo me usen los hombres. Lo bueno, es que mi mamá me va a apoyar y voy a volver a estudiar, pues siempre quise ser maestra. Gracias por escucharme y sus consejos.

¿Como oriento a mis hijos para que elijan correctamente para el matrimonio?

El primer paso para orientar sobre la importancia de la elección para casarse, es reconocer las fases o periodos que existen entre el “conocer a alguien que nos gusta” hasta “llegar al matrimonio”.

Existen 4 etapas definidas desde el enamoramiento hasta la madurez propia del amor. Cada una de estas etapas corresponde a un estado de madurez de la persona y su relación con el otro, y por lo tanto las 4 etapas generan una sensación de plenitud, es decir, que en cada etapa uno siente que nada podría ser mejor, y que la relación se vive al límite. Esto sería como la diferencia entre el volumen de diversos contenedores de agua, el primero es un simple vaso, el segundo es una cubeta, el tercero es una tina, y el cuarto es una alberca; si todos se encuentran llenos de agua cada uno vivirá a plenitud, pero evidentemente es mucho mayor la cantidad de agua de una tina que de un vaso; o de una alberca con relación a una cubeta.

1. Ilusión. Este primer estadio lo denominaremos “etapa de la ilusión” donde se experimenta el amor a primera vista, gusto o enamoramiento. Es cuando se conoce a alguien que parece único, que nos atrae, nos gusta y que consideramos un bien. **Para que esta etapa sea auténtica desde su inicio, es importante tener una escala de valores de lo que consideramos un bien para nosotros.** Para algunos ese bien puede implicar atracción física inicial, pero si se posee cierta madurez (además del gusto por las características físicas de la persona), se considerarán valores más profundos como los emocionales, intelectuales y espirituales.

En este momento, el conocimiento que se tiene de la otra persona es superficial y, nos ilusionamos al pensar en lo que él o ella podrían ser. Se le atribuye cualidades que quisiéramos que tuviera; pero son sentimientos pasajeros cuya base es la imaginación y no la realidad.

Si esta atracción o “gusto a primera vista” es recíproco, ambos tratarán de conocerse y tener un mayor acercamiento, anhelando que si el chico está realmente interesado, sea él

quien busque con mayor énfasis a la mujer. Cuando este enamoramiento se da solo en uno de los dos involucrados, al paso de unas semanas o un mes desaparecerá.

2. Deseo. Posterior a la etapa de la ilusión y si la atracción a primera vista fue recíproca, surge la faceta del deseo; donde **se da la oportunidad que ambos se conozcan mejor.** Uno desea estar con la otra persona, pasar tiempo juntos, compartir momentos y adentrarse en sus misterios. Pero debemos tener cuidado, porque en esta etapa puede existir un "engaño", pues si este deseo por estar cerca del otro no es modulado por la premisa de buscar su bien, podemos caer en una circunstancia donde la atracción y el sentido narcisista sean quien conduzca la relación.

En diversas ocasiones, **este deseo permanece en un ámbito superficial dirigido hacia el ámbito sexual, y si a esto se le suma el hecho que el bien del otro no ocupa un lugar prioritario, es posible que esta relación sea pasajera;** pero también existe el riesgo que se permitan relaciones sin compromiso como "amigos con derechos", "aminovios", "frees" o cualquier otra nomenclatura que si bien prevalece un deseo mutuo, la madurez o la situación personal motivará a rehuir del compromiso llamado noviazgo y perder progresivamente interés.

En esta etapa, muchas chicas queda atrapadas en relaciones que existe gusto o atracción, pero el hombre evita comprometerse y ellas (con tal de mantenerlo cerca) entregan mucho, esperando que este sea el primer paso para lograr un noviazgo. En la mayoría de los casos esto no sucede, pues si el chico desde un inicio no se quiere comprometer, seguramente es inmaduro y no lo hará. En una mentalidad masculina inmadura o irresponsable, estas relaciones son convenientes para muchos hombres, pues se tienen todos los *derechos* y ninguna *obligación* que exige una relación formal. Es en este tipo de situaciones, es cuando debemos como padres de familia orientar a los hijos, sobre todo a las mujeres y resaltar el gran valor que tienen y las razones por las que no deben permitir este tipo de relaciones sin compromiso, en las cuáles generalmente terminan muy lastimadas.

Dilemas de los adolescentes y jóvenes, después de salir un par de veces, platicar y conocerse:

- Pueden decidir no salir más, por no tener puntos en común que les permita consolidar una relación o una amistad más profunda.
- Podrían darse cuenta que dicha atracción solamente los llevará a una amistad y mantener en ese nivel la relación.
- Pero si existe atracción, deseo y cierta madurez de ambos para buscar un primer compromiso, mirando también por el bien del otro, dicho deseo generalmente se dirige hacia la tercera etapa, conocida como noviazgo.

3. Noviazgo. Si existe atracción, gusto por estar con el otro de manera recíproca y hay un evidente respeto por la dignidad del otro, el siguiente paso sería llegar al noviazgo. **Al inicio del noviazgo, el cariño entre ellos es joven y generalmente inestable sobre todo entre adolescentes, por lo que los noviazgos concluyen después de un par de meses;** por lo que para amalgamarse y forjar el "amor" a toda esta exaltación de sentimientos, atracción y cariño, hay que insuflarle madurez, estabilidad, intimidad emocional y empezar a consolidar un proyecto de vida a futuro.

El noviazgo es una etapa muy valiosa de conocimiento personal y de pareja durante el cual es indispensable conversar y vivir situaciones cotidianas de la vida. **Hay que darle tiempo al tiempo y observar cómo reaccionan ambos ante eventuales desacuerdos y cómo resuelven sus diferencias.**

En un noviazgo maduro no puede haber secretos; ambos deben platicar sin vergüenza, y sin temor, ya que esa confianza será la que ayude a forjar el amor cada jornada. Así mismo, la fidelidad es una virtud que debe vivirse desde esta etapa y valorar **¿Cómo cuidan los sentimientos del otro? ¿Cómo le dan el lugar de exclusividad y respeto al otro? ¿Cómo tratan ambos a las personas del sexo opuesto?**

Hay que evaluar el plan de vida personal y conocer si sus planes futuros van en la misma dirección. Hay que conversar sobre el número de hijos, el tipo de educación que se les dará

y en relación a la forma en que se administrarán los ingresos de la familia (asumiendo que el matrimonio implica ver los ingresos como los recursos de ambos para solventar los gastos de la familia y las necesidades de cada uno). Hay que conversar el tiempo que dedicarán a sus padres, hermanos y amigos. Y sobre todo, **hay que tener claro que el matrimonio no es para uno; el matrimonio es para amar y hacer feliz al cónyuge**, pues sólo de esta forma se deja fuera el egoísmo y podemos crecer en el amor.

¿Cómo imaginar en casarse y pasar los siguientes 50 años de la vida al lado de alguien con quien no se han platicado de todos los temas importantes y no se tiene un plan de vida en común?

Siendo así podríamos considerar que el noviazgo tiene **3 objetivos concretos**:

a) Lograr intimidad emocional y pleno conocimiento del otro, lo cual implica ser los mejores amigos, confidentes y cuidar la fidelidad en todas sus dimensiones. Es decir, ir creciendo en pareja y amalgamándose el uno al otro.

b) Profundizar sobre el conocimiento individual, es decir, crecer como persona y tener claros los objetivos que se quieren lograr en la vida a nivel personal e ir madurando la vida interior, emociones y conflictos personales.

c) Aprender a transformar la vida de la otra persona de manera cotidiana, ayudándole a ser mejor, feliz todos los días y ante la adversidad, salir adelante como equipo.

Para crecer dentro del noviazgo, hay que tener cierta madurez humana y determinación para encarar el compromiso y las responsabilidades implicadas; por ejemplo, tener autodominio y capacidad de entrega; pues para poder dar lo mejor de uno es importante primer dominarse a sí mismo.

También hay que considerar desde esta etapa cómo es el trato frente a su familia y a sus amigos; así mismo **si para alguno es importante la vida espiritual y la religión, sería preferible**

que para el otro también lo fuera. Es un gran regalo el compartir la vida espiritual, crecer como novios en la fe y posteriormente dentro del matrimonio.

Al paso del tiempo (para algunos serán meses y en otros casos años) y, dependiendo de la madurez personal y de pareja, **se llegará a un momento clave, donde existe una profunda intimidad emocional,** ambos compartan sus valores más arraigados, se han trazado un proyecto de vida común a futuro, existe cierta solvencia económica y **como hombre y mujer libres se den cuenta que se pertenecen el uno al otro y, ambos quedarán ser protegidos y protegerse de cualquier otra persona, intención o mirada; en este momento es cuando se concreta la decisión más importante de la vida, unirse en matrimonio.**

Es por esto que “el amor no es un sentimiento, es una elección”. El amor no es aquel flechazo del deseo, gusto a primera vista o una fantasía; sino implica que con objetividad optar a la persona que nos haga ilusionarnos, soñar, pero a la vez, que cumpla con las expectativas de aquello que es importante para nosotros: mismos valores y religión, respeto, fidelidad, compromiso con el trabajo, mismos intereses y nivel cultural, entre otros.

4. Amor esponsal. La última etapa se refiere al matrimonio, a la alianza entre un hombre y una mujer, con la promesa de unirse para toda la vida, crecer en el amor personal y hacia los hijos. Considerando esto, el matrimonio posee 3 características únicas:

a) Indisolubilidad. Es ceder mi persona y **donarme en cuerpo, mente y espíritu;** y al ser un regalo para el otro, la entrega es total y de por vida. **Es estar unidos hasta que la muerte nos separe apostando todo mi futuro.** Al saber que estaremos siempre juntos, la donación hacia el cónyuge puede ser absoluta.

b) Unidad. el hombre y la mujer son mundos diferentes, dos genialidades únicas y a la vez recíprocas, que se complementan y pueden construir un proyecto común potenciado. **Aquí se com-**

parten ambos, lo mejor de la masculinidad y la feminidad que se integran para fusionarse, crecer en el amor y criar a los hijos.

c) Apertura a la vida. El que ama, busca comprometerse, unirse de por vida, vive feliz y busca compartir esta felicidad; por eso el amor es imposible no compartirlo. **Si los cónyuges se han entregado la vida de manera recíproca, ese amor necesita proyectarse en una nueva vida humana, la presencia de un hijo en la familia.**

Es así que el *amor matrimonial* nos reta a seguir creciendo y evolucionando afectivamente; en primer lugar entre los esposos, y posteriormente con los hijos. El matrimonio es un espacio de crecimiento personal potenciado por el amor del cónyuge, que debe reflejarse en un bien para toda la familia. Así mismo, este amor complementario entre los esposos, es el ámbito necesario para lograr el mejor cuidado y la crianza de los hijos; es el mejor ejemplo de compromiso, apoyo mutuo y trabajo en equipo que podemos ofrecer a los pequeños.

Recomendaciones a nuestros hijos adolescentes y jóvenes

Habiendo definido cuales son las cuatro etapas, desde el “enamoramamiento” a la consolidación del “amor y el matrimonio”, me permito mencionar algunas recomendaciones para que orientemos mejor a nuestros hijos adolescentes y jóvenes:

1. Hay que tener amigos. Es importante que antes de llegar a las etapas de ilusión y deseo, los adolescentes tengan amigos; solamente amigos y amigas; no aminovios, ni amigos “con derechos”, ni amigos que se besen, ni nada por el estilo, sino solamente amigos, que les permitan adentrarse el mundo del sexo contrario.

Al conocer gente y divertirse sanamente; poco a poco, los adolescentes irán formando su propio criterio para distinguir en un futuro por quién “valdría la pena ilusionarse”.

La única forma para conocer chicos y chicas es conversando con ellos, sobre sus gustos, sueños y anhelos.

2. La mujer madura antes que el hombre. Estudios han demostrado que a nivel cerebral, debido a una reorganización más rápida de las conexiones neuronales,⁹ así como por acción de las hormonas; la mujer madura antes que el hombre. Por eso, **es posible que a los 20 años, la mujer ya esté pensando y buscando una relación de noviazgo que con el tiempo se concrete en matrimonio, a diferencia de un chico de 20 años, que no está buscando ninguna relación seria.** La madurez del hombre depende de varios aspectos: haber cosechado algunos logros profesionales o académicos como por ejemplo, haber terminado la universidad y tener un trabajo o fuente de ingreso estable, madurar objetivos y metas profesionales a corto, mediano y largo plazo, haber aprendido a comunicar sus sentimientos, escuchar a los demás y reconocer sus errores. Se considera que antes de los 22 o 23 años, pocos hombres están buscando una relación seria; por tanto, si la chica posee ya cierta madurez, debería buscar a un hombre mínimo 4 años mayor que ella.

3. El futuro matrimonio no es la cura a nuestros problemas. El matrimonio no cambia a las personas, ni cura de ciertos vicios; es decir, que si un joven tiende a la infidelidad, no por casarse vivirá en fidelidad; aquel que consume mucho alcohol en la etapa de noviazgo, lo seguirá haciendo dentro del matrimonio; quien no trabaja antes de casarse, no se entusiasmará por el trabajo en un futuro. **Por eso es tan importante la etapa del noviazgo y el vivirla de la manera más objetiva posible, para poder valorar a la otra persona en todas sus dimensiones.** Con los rasgos con los que se inicie un matrimonio, así se vivirá dentro de él.

4. Es mejor, no enseñar de más. Como lo comentamos, las mujeres somos auditivas, y los hombres son más visuales, **esto implica en muchos casos que la primera impresión jamás se olvida.** Si al salir o conocer a una chica, ella viste con un gran

escote, extra-mini falda y enseña el ombligo; y el chico es inmaduro, solo verá un cuerpo y no el valor que la chica tiene como mujer; y es muy probable que solo la busque para obtener ese cuerpo que ella “está ofreciendo”. Ocurre algo similar con la forma de bailar. El baile refleja una parte externa de la mujer, pero no su totalidad. Si una chica baila de forma vulgar, provocadora y se presta para el *regetón* o el *perreo*, dejará ver solamente aquella parte sexual que los hombres inmaduros buscan, y no les permitirá reconocer todo el valor que tiene como mujer.

Es aquí donde educar en *la discreción* tiene un valor incalculable y, con esto no me refiero a verse aburrída o fea; sino por el contrario, **guiar a nuestras hijas para que aprendan a vestir y bailar de una forma donde su belleza y feminidad reflejen el valor que tienen como mujeres y el cómo merecen ser tratadas por los hombres;** y no solo despertar la faceta visual en ellos.

5. Aprender a escuchar la conciencia. *Pedro dormía tranquilamente en su cama y a las 3 am su perro empezó a ladrar, Pedro bajó a la cocina y le dijo que callara pues no podía dormir; a los 10 minutos ladró nuevamente y Pedro bajó enojado y le gritó que lo dejara dormir; a los 10 minutos volvió a ladrar y Pedro volvió a bajar y le puso un bozal y lo mandó fuera de la casa, para poder dormir. En ese instante salió el ladrón de la despensa donde estaba escondido, y le robó a Pedro todo lo que tenía. El perro al que Pedro no quiso escuchar es nuestra conciencia, que muchas veces buscamos silenciar a toda costa, para poder hacer lo que queremos sin consecuencias, aunque esto nunca resulta.*

Hay que forjar la conciencia de nuestros hijos, esa voz interior que les dice: ¡cuidado!, no te arriesgues, no te la juegues.

Es ese sentimiento que una chica experimenta si al conocer a alguien que le gusta, él trata de besarla y sobrepasarse. Claro, el chico le gusta, pero hay algo dentro de ella que le transmite una alerta; si lo permite esa noche, mañana ya no habrá nada.

Todos los que somos padres, queremos lo mejor para nuestros hijos, verlos felices, realizados, crecer, desarrollarse plenamente y encontrar su vocación. Si nosotros estamos casados

y tenemos la bendición de tener un matrimonio estable, de muchos años, y vivimos plenamente nuestra relación conyugal, quisiéramos ver a nuestros hijos en un matrimonio semejante, basado en el respeto y cariño. **Por otro lado, si somos separados, divorciados, padre o madre solteros, comprendemos el dolor de haber vivido una relación que terminó, y el efecto tan negativo que tal ruptura ocasionó en nuestros hijos, y no quisiéramos esto para ellos, sino que eligieran correctamente y se casaran para toda la vida.** Es por eso que si dedicamos tanto tiempo, esfuerzo y recursos para ayudarlos a encontrar su vocación profesional, ¿porqué no dedicarles el mismo tiempo y esfuerzo a orientarlos para que elijan correctamente a la persona con quien casarse, si esta será la decisión más importante que tomen para su vida?

¿Cómo orientarlos si ya han tenido relaciones sexuales?

Lo primero y más importante es que, aunque los adolescentes y jóvenes hayan tenido relaciones sexuales, (con uno/a o varios/as chicos/as), también tienen la capacidad de comprender todo lo que ganan al esperar hasta el matrimonio y decidir ya no tenerlas más.

Cuando un joven se da cuenta que ha cometido un error, y lo asume como tal, esta es una demostración de madurez y vale la pena verlo como un logro. **En muchos casos, los jóvenes tienen relaciones sexuales a temprana edad porque están confundidos, por presión de "amistades", o del novio o la novia, o simplemente porque nunca habían reflexionado sobre todas las ventajas de aprender a esperar y elegir de manera objetiva sus relaciones.**

Aunque hayan tenido relaciones sexuales con una o más personas, si deciden reconsiderar y esperar, pueden optar por la "segunda virginidad", guardarse, esperar y darse la oportunidad de conocer de manera objetiva a la persona con quien compartir su vida. Nadie tiene derecho a juzgarlos, todos hemos cometido errores y la actitud de madurez y perdón personal es levantarse y saber que siempre se tiene una nueva oportunidad de empezar de cero y hacer bien las cosas.

Si es que tienen un noviazgo “formal” con miras al matrimonio y ya han tenido relaciones sexuales, con mayor razón vale la pena que dejen de tenerlas y que se den la oportunidad de valorar su compromiso y calidad de relación, sin sexo. Así aprenderán a valorar momentos de convivencia con sus familias o sus amigos, comprender como procesan sus problemas y resuelven las situaciones cotidianas de la vida. De esa manera, podrán dedicar más tiempo, concentración y energía a terminar con sus estudios, salir adelante en el trabajo, y sobre todo, darse ambos cuenta “sin tener la vista nublada” si la elección y el amor que existe es genuino y son el uno para otro.

Recuerda...



- 1** Los hijos que viven con sus padres biológicos casados tienen menos riesgo de abuso.
- 2** Existen cuatro etapas definidas desde el enamoramiento hasta la madurez propia del amor: ilusión, deseo, noviazgo y amor esponsal.
- 3** El amor no es un sentimiento, es una elección.
- 4** El matrimonio es el proyecto más desafiante y extenso en la vida de las personas, y la base para ser felices y plenos.
- 5** La segunda virginidad, es la oportunidad que se da un adolescente o joven de cicatrizar sus heridas pasadas y aprender a esperar por las relaciones sexuales.

Referencias

- 1.- Pliego F. Estructura Tipos de familia y bienestar de niños y adultos, México 2013.
- 2.- Knopp K, Rhoades GK, Allen ES, Parsons A, Ritchie LL, Markman HJ, et al. Within- and Between-Family Associations of Marital Functioning and Child Well-being. *J Marriage Fam.* 2017; 79(2):451-461.
- 3.- Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. 2010.
- 4.- Gobierno de México. Encuesta Nacional de la Juventud 2010, 2010.
- 5.- Manning WD. Cohabitation and Child Wellbeing. *Future Child.* 2015; 25(2):51-66.
- 6.- Wong JY, Choi AW, Fong DY, Choi EP, Wong JK, So FL, et al. A comparison of intimate partner violence and associated physical injuries between cohabitating and married women: a 5-year medical chart review. *BMC Public Health.* 2016; 16(1):1207.
- 7.- Skarðhamar, T. Family Dissolution and Children's Criminal Careers. *European Journal of Criminology.* 2009; 6(3):203-223.
- 8.- Craigie TA, Brooks-Gunn J, Waldfogel J Family Structure, Family Stability, and Outcomes of Five-Year-Old Children. *Fam Relatsh Soc.* 2012; 1(1):43-61.
- 9.- Lim S, Han CE, Uhlhaas PJ, Kaiser M. Preferential detachment during human brain development: age- and sex-specific structural connectivity in diffusion tensor imaging (DTI) data. *Cereb Cortex.* 2015; 25(6):1477-89.

Diez razones por las que vale la pena esperar para tener relaciones sexuales

Esperar el momento indicado para vivir gozosamente las relaciones sexuales, permite elegir de manera mucho más objetiva a la persona con quien queremos compartir toda la vida...



A lo largo del libro, hemos expuesto ampliamente las consecuencias negativas que padecen adolescentes y jóvenes cuando optan por iniciar las relaciones sexuales en esta etapa de su vida; asimismo, hemos mencionado algunas de las ventajas que tiene el matrimonio en el bienestar de la mujer, los hijos y la sociedad; así como el valor de esperar hasta el matrimonio por las relaciones sexuales y cómo ayudar a los padres de familia con información útil y consejos prácticos para orientar a los hijos a lograr tan buenos propósitos.

Mencionaremos 10 ventajas específicas que obtienen los adolescentes y jóvenes que deciden esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio:

1. Librarse del contagio de las más de 35 infecciones sexuales. La abstinencia sexual significa no tener relaciones sexuales o juegos sexuales. Una persona abstinentes, es alguien que nunca ha tenido relaciones sexuales o es quien sí las tuvo, pero ha decidido no seguir teniéndolas durante alguna nueva etapa de su vida. **Aprender a esperar por las relaciones sexuales es la única forma 100% efectiva de prevenir el contagio del VIH y**

de otras ITS.¹ Las personas que no son sexualmente activas, o las que sí lo son pero en relaciones de fidelidad y exclusividad absoluta con parejas no infectadas, no tienen riesgo de presentar una ITS² por vía sexual.

2. Evitar los riesgos para la salud de la mujer por el uso de hormonas anticonceptivas. Como abordamos en el capítulo 7, las hormonas anticonceptivas afectan la salud de las mujeres, sobre todos de las más jóvenes. Utilizar hormonas por largos periodos del tiempo aumenta el riesgo de desarrollar síntomas depresivos,³ dislipidemias (padecer niveles excesivamente elevados de colesterol o lípidos en la sangre),⁴ problemas periodontales (del cuidado bucal),⁵ alteraciones de vasculares como trombosis venosa profunda,⁶ tromboembolia pulmonar,⁷ infarto al miocardio o corazón, accidentes cerebrovasculares,⁸ colitis ulcerativa,⁹ y cáncer de mama,¹⁰ entre otras.

Un reciente estudio publicado en 2019,¹¹ llevado a cabo en más de 7,800 mujeres concluyó que **el 4% que usaban el dispositivo intrauterino y hormonas anticonceptivas inyectables, presentaron efectos adversos muy graves a la salud y el 9%, efectos secundarios, por los que dejaron de usar estos anticonceptivos.**

Aprender a esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, reduce el riesgo de presentar cualquier efecto nocivo relacionado con el uso de hormonas externas que no son necesarias si la mujer está sana. **La anticoncepción es un absurdo que busca generar en nosotras la falsa idea que la fertilidad es una enfermedad, cuando no lo es, por el contrario, significa que el organismo de la mujer está en su plenitud, saludable:** un regalo que nos da la Vida, precisamente, para poder transmitirla.

3. Evitar la posibilidad de un embarazo antes de tiempo. Un embarazo en la adolescencia no es el escenario con el que sueñen la mayoría de las adolescentes que tienen relaciones sexuales, utilicen o no anticonceptivos. **Aprender a esperar por las relaciones sexuales, elimina esta posibilidad, lo que les permite, sobre todo a las mujeres jóvenes, seguir estudian-**

do y prepararse para el futuro. El momento ideal para la maternidad, tanto para la madre como para sus hijos, es dentro del matrimonio, cuando se tiene certeza de la familia que se ha formado, y tanto el hombre como la mujer están dispuestos a asumir su rol de padres formadores.

4. Disminuir la posibilidad de iniciar otras conductas de riesgo y propiciar un ambiente positivo hacia el estudio y la planeación de un futuro familiar y profesional positivo. La juventud es un período crítico para conocerse y templar la personalidad; para aprender, desarrollarse y sentar las bases para una vida de logros.

Los adolescentes que están involucrados en una relación donde existe intimidad sexual, se atan o apegan a esta relación más que a otra actividad, justo en una etapa en la que deberían estar estudiando y labrando su futuro, desarrollando habilidades, descubriendo nuevos intereses, forjando amistades y asumiendo mayores responsabilidades sociales. **Un estudio llevado a cabo a más de 17,000 jóvenes de entre 15 y 24 años, refiere que aquellos que inician relaciones sexuales en esta etapa tienen más probabilidad de tener menor nivel educativo, mayor consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y drogas e involucrase en otras conductas de riesgo, incluso huir de casa.**¹²

5. Ayuda a elegir de manera más objetiva a la persona con quien casarse. Las relaciones sexuales generan entre los amantes un lazo afectivo y emotivo del tal intimidad, que ninguna otra relación lo puede igualar. **Desde el punto de vista fisiológico (funcionamiento del cuerpo humano), durante la formación de los vínculos afectivos de pareja y de manera más intensa en las relaciones sexuales, se secretan oxitocina y vasopresina que son las hormonas del apego.**^{13,14} Estas hormonas producen una sensación de vinculación especial con la pareja y, como consecuencia, la relación se vuelve sea más sólida.

Para los esposos este apego que generan las relaciones sexuales es muy positivo, pues ayuda a que los cónyuges se mantengan unidos, fieles y felices a lo largo del tiempo; pero fuera

del matrimonio, si se tienen relaciones sexuales, el apego que se genera entre ambos disminuye la objetividad al interior de la relación y, en muchos casos, al sentirse atados uno al otro, motiva a continuar con una relación conflictiva.

La espera por las relaciones sexuales hasta el matrimonio permite, durante el noviazgo, darse la oportunidad de conocer al otro de la manera más "objetiva" posible, y conversar abiertamente lo que cada uno espera del futuro; por ejemplo, hablar de lo que es fundamental para cada quien: el tipo de matrimonio que se desea, de los hijos que se piensan tener y el tipo de educación que se les dará; incluso acordar aquello en lo que se puede ceder y en lo que no. Vivir la intimidad sexual antes de tiempo, limita la capacidad de elección, lo que puede conllevar a una elección inadecuada de la persona para contraer matrimonio.

6. Anima a sentirse seguro de uno mismo. Debido a que las relaciones sexuales tienen en sí mismas el poder de unir al hombre y a la mujer, si esta unión se da antes de elegirse objetivamente y casarse; se puede prolongar una relación basada tan solo en la atracción física y el interés sexual. **En muchos casos, las mujeres jóvenes se sienten "atrapadas" en una relación de la cual quisieran salir, pero no encuentran cómo, se sienten esclavizadas al novio que busca tener relaciones,** no saben decir que no, pues nunca lo aprendieron, y temen ser abandonadas si se niegan a tener relaciones sexuales.

Por lo general, estas mujeres viven sus relaciones sexuales en la clandestinidad, creando un entorno de temor de ser descubiertas, al tiempo que sienten miedo de ser traicionadas después haberlo entregado todo, ser juzgadas socialmente y quedar embarazadas (aún usando anticonceptivos).

Además de esto, las relaciones sexuales promueven un temperamento celoso, pues la falta de vínculo matrimonial hace temer constantemente, en los adolescentes y jóvenes, el abandono o desencanto instantáneo del novio o novia, por lo que la intimidad sexual antes del matrimonio engendra en los novios, la sospecha de la infidelidad.

Por el contrario, **decidir esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, hace a las mujeres más seguras de sí mismas y se sienten en una mayor libertad para cuestionar si la relación de noviazgo que llevan les conviene o no.** Al no incluir la intimidad sexual en la relación, la mujer observa con una mirada más objetiva su relación, al tiempo de tener plena certeza que no quedará embarazada. Los elementos anteriores ayudan a las mujeres a crecer en autoconfianza y las hace más determinadas para luchar por sus metas y a futuro poder donarse de manera más plena y segura.

7. Suscita intimidad emocional entre la pareja. La mejor forma de conocerse es hablando, viviendo momentos juntos, situaciones cotidianas a lo largo del tiempo, y para eso es el noviazgo. Una relación romántica consiste esencialmente en cultivar una amistad, y no hay amistad sin conversación continua y sin compartir intereses.

La conversación personal crea lazos de amistad, y ayuda a que uno descubra al otro, que conozca sus defectos y sus cualidades. **Cuando una pareja de novios espera por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, su comunicación es buena porque no se ha centrado en el placer, sino en la alegría de compartir puntos de vista,** vivencias del día a día e incluso fomentar las conversaciones a profundidad. Un hombre y una mujer deben tener una profunda amistad antes de planear su matrimonio e iniciar las relaciones sexuales.

Al tener relaciones sexuales, la intimidad física propicia que los jóvenes piensen que están emocionalmente cercanos, cuando en realidad no lo están, pues solo los une la intimidad del cuerpo, pero no la intimidad emocional. Esta intimidad física pareciera una manera fácil de relacionarse, pero eclipsa otras formas de comunicación; es un modo de evitar el esfuerzo que supone la verdadera intimidad emocional, el tener que abrirse a hablar de temas personales y profundos y trabajar en las diferencias básicas que existan entre ambos, es decir, todo aquello que les podrá permitir discernir si son el uno para el otro, por toda la vida.

8. Genera certeza de ser valorado por uno mismo y no por el sexo. Las relaciones sexuales durante la adolescencia y juventud se presentan casi siempre en situaciones “inapropiadas”, son espontáneas, apresuradas, a escondidas, donde el hombre busca la relación por la experiencia de la culminación del placer sexual u orgasmo, que se produce durante la eyaculación (expulsión de los espermatozoides por la uretra). Esta vivencia del placer sexual (que es diferente para el hombre que para la mujer) genera un gusto o apego físico inicial hacia ella, pero no implica que exista un compromiso a largo plazo.

Así mismo, se ha demostrado que un importante número de chicos adolescentes tienen relaciones sexuales por curiosidad, por experimentar la excitación sexual, por estar presionados por sus amigos que ya tuvieron relaciones sexuales o simplemente por divertirse o porque querían ser más populares.¹⁵

¿Cómo podría una mujer tener certeza que es valorada por ella misma y no solo porque tiene relaciones sexuales con su novio? La verdadera prueba de amor que existe entre un hombre y una mujer es que puedan vivir sin sexo durante su noviazgo, solo así sabrán si realmente se están eligiendo el uno al otro.

9. El dolor será menor si termina el noviazgo. Las relaciones sexuales antes del matrimonio generan un “efecto de vidrio empañado” que disminuye la percepción objetiva de la realidad, pues la intimidad y entrega llega a ser tan intensa, que ensombrece la elección por la otra persona.

El noviazgo es el tiempo adecuado para conocer y elegir a la persona con quien compartir toda la vida. Si al paso del tiempo, la relación es poco satisfactoria y no tuvieron relaciones sexuales, se podrá identificar mucho más rápido si ambos son incompatibles y así tomar cada uno su propio camino. **Pero cuando se han tenido relaciones sexuales, muchos deciden casarse sin cuestionarse si esa decisión es verdaderamente resultado de una elección auténtica y sincera, pues la intimidad sexual enmascara las incompatibilidades que después se manifestarán en el matrimonio.** En cambio, cuando la ruptura se suscita en el noviazgo entre parejas que tienen relaciones sexuales; la

recuperación es dolorosa y lleva tiempo, pues será como vivir anticipadamente un divorcio sin haber estado casados.

10. Aumentan las probabilidades que funcione el futuro matrimonio. Como mencionamos en el capítulo 9, una reciente investigación de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar en los Estados Unidos,¹⁶ sobre mujeres casadas y su vida sexual antes del matrimonio, concluye que **quienes no las habían tenido presentaban las tasas más bajas de divorcio** (del 5%) a los 5 años de matrimonio, comparado contra el 20% de quienes habían tenido una pareja sexual anterior, 30% de quienes habían tenido más de 2 parejas sexuales y 33% de quienes habían tenido más de 10 parejas sexuales.

Así mismo, un estudio en 2017¹⁷ refiere que **las personas que se casan sin haber cohabitado, tienen una mejor relación matrimonial que aquellas que se casaron habiendo vivido antes juntas**; y que el entendimiento y la armonía es muy superior en aquellos que viven en unión libre sin planes de casarse. Quienes se casaron sin haber vivido juntos antes, disfrutaron de los niveles más bajos de desilusión en sus relaciones y, entre las mujeres, de los niveles más altos de felicidad.

Esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, permite ser más objetivo y claro al elegir dentro de noviazgo, no existe presión interna de “tener que quedarse” con esa persona, o externa (por ejemplo por el nacimiento de un hijo antes de casarse), lo que disminuye las relaciones forzadas, y por el contrario, contribuye a generar matrimonios más sólidos y felices.

Nunca es tarde...

Muchos adolescentes y jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales cometen el error de pensar “es demasiado tarde para mí, aunque quisiera, ya no puedo cambiar mi historia”. Pero en realidad, sin importar la edad, todos tenemos la libertad de cambiar y optar por mejores opciones. **Si tus hijos ya tuvieron relaciones sexuales, e incluso varias parejas; siempre pueden recibir un consejo de parte de sus padres, mirar hacia adelante, aprender a esperar** y darse la oportunidad de conocer-

se mejor ellos mismos, escucharse, plantear prioridades para la vida y abrirse a conocer nuevas personas de forma clara y objetiva.

Si ya tienen una relación de noviazgo, debemos orientarlos hacia el valor de esperar, como la mejor herramienta que les permitirá conocer objetivamente a la persona con quien compartir toda su vida. Esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio motiva a los jóvenes a invertir su tiempo en concretar metas estudiantiles o laborales, valorar si los sentimientos de su relación son genuinos, vivir situaciones cotidianas de la vida, tomar decisiones que permitan prepararse para el matrimonio y crecer en el amor en el noviazgo.

La intimidad sexual como expresión del amor, es una fuente de alegría, gozo y placer, al saberse un hombre y una mujer unidos para toda la vida, con certeza de la entrega y compromiso del otro ante cualquier situación. **Las relaciones sexuales más felices, significativas y gratificantes para el hombre y la mujer ocurren en un contexto de aceptación y entrega total, cuando la dimensión unitiva y procreativa se entrelazan;** es decir cuando el sexo refleja la fusión de dos personas en matrimonio, por toda la vida.

Recuerda...



- 1** Esperar por las relaciones sexuales evita que las jóvenes arriesguen su salud por el uso de hormonas anticonceptivas.
- 2** Las relaciones sexuales en los jóvenes promueven un temperamento celoso, pues la falta de matrimonio los hace temer constantemente un posible rompimiento o abandono.
- 3** Esperar por las relaciones sexuales, ayuda a elegir de manera más objetiva y libre a la persona con quien casarse.
- 4** Un hombre y una mujer deben tener una profunda amistad antes de planear su matrimonio e iniciar las relaciones sexuales.
- 5** Nunca es demasiado tarde, y siempre se está a tiempo para esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio.

Referencias

- 1.- HIV/AIDS Prevention. Centers for Diseases Control and Prevention Web Site. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html>
- 2.- Moyer VA. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 159(1):51-60.
- 3.- Smith K, Nayyar S, Rana T, Archibong AE, Looney KR, Nayyar T. Do Progestin-Only Contraceptives Contribute to the Risk of Developing Depression as Implied by Beta-Arrestin 1 Levels in Leukocytes? A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(9).
- 4.- Sufa B, Abebe G, Cheneke W. Dyslipidemia and associated factors among women using hormonal contraceptives in Harar town, Eastern Ethiopia. *BMC Res Notes.* 2019; 12(1):120.
- 5.- Prachi S, Jitender S, Rahul C, Jitendra K, Priyanka M, Disha S. Impact of oral contraceptives on periodontal health. *Afr Health Sci.* 2019; 19(1):1795-1800.
- 6.- de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; (3):CD010813.
- 7.- Kobayashi T, Sugiura K, Ojima T. Risks of thromboembolism associated with hormone contraceptives in Japanese compared with Western women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017; 43(5):789-797.
- 8.- Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino PS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(3):647-655.
- 9.- Wang X, Fan X, Deng H, Zhang X, Zhang K, Xu J, et al. Use of oral contraceptives and risk of ulcerative colitis - A systematic review and meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2019; 139:367-374.
- 10.- Zolfaroli I, Tarín JJ, Cano A. Hormonal contraceptives and breast cancer: Clinical data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 230:212-216.
- 11.- Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet.* 2019; 394(10195):303-313.
- 12.- Tu X, Lou C, Gao E, Li N, Zabin LS. The relationship between sexual behavior and nonsexual risk behaviors among unmarried youth in three Asian cities. *J Adolesc Health.* 2012; 50(3 Suppl):S75-82.
- 13.- Scheele D, Striepens N, Güntürkün O, Deutschländer S, Maier W, Kendrick KM, Hurlmann R. Oxytocin modulates social distance between males and females. *Journal of Neuroscience.* 2012; 32(46):16074-9.
- 14.- Schneiderman I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Oxytocin during the initial stages of romantic attachment: relations to couples' interactive reciprocity. *Psychoneuroendocrinology.* 2012; 37(8):1277-85.
- 15.- Osorio A, López-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. *J Adolesc Health.* 2012; 50(3):271-8.
- 16.- Wolfinger H. Counterintuitive Trends in the Link Between Premarital Sex and Marital Stability. Institute for Family Studies. 2016. Disponible en: <https://ifstudies.org/blog/counterintuitive-trends-in-the-link-between-premarital-sex-and-marital-stability/>
- 17.- Brown SL, Manning WD, Payne KK. Relationship Quality among Cohabiting versus Married Couples. *J Fam Issues.* 2017; 38(12):1730-1753.

Veinte preguntas frecuentes entre adolescentes y jóvenes

A continuación, se transcriben algunas preguntas que jóvenes han realizado a la plataforma de Sexo Seguro. Son casos reales, en los que sólo se han cambiado los nombres para garantizar la privacidad.



Noviazgo

1. Mariana, 19 años, Colombia.

Vi en internet que cuando una mujer se embaraza, puede seguir menstruando. ¿Esto es posible?

No es posible que una mujer embarazada siga menstruando tal como lo entendemos. La razón se debe a que mes a mes, la mujer tiene un ciclo hormonal que prepara a todos sus órganos reproductores para que, en caso de haber tenido una relación sexual y darse la fecundación, su cuerpo esté listo para poder recibir a esa nueva persona en el útero.

Este útero tiene una capa interna llamada endometrio, que todos los meses se vuelve gruesa, llena de sangre y nutrientes, para que si hay fecundación, ese embrión humano se pueda implantar y de esta forma crecer y desarrollarse por nueve meses hasta su nacimiento. Ahora bien, cuando no hay fecundación, toda esa capa interna debe desecharse, para estar en condiciones de renovarse el siguiente mes. Ese desecho es la sangre que sale en la menstruación, por lo que es imposible estar embarazada y menstruar a la vez.

Sin embargo, si pueden presentarse sangrados durante el embarazo, pero no son normales y nos indican que hay un problema con el bebé y se debe ir con urgencia al médico. En ese caso, estaríamos hablando de una emergencia médica y no algo que se dé en forma cotidiana.

2. Nelly, 17 años, Chile.

Conocí a un chico que me gusta, ya nos besamos, pero me dice que él no quiere nada serio porque se pierde la magia de la relación, que mejor seamos amigos con derechos, ¿qué hago?

El tema de los “amigos con derechos” se ha puesto muy de moda; pero refleja inmadurez e incapacidad para comprometerse y amar. En el caso de muchos chicos, es muy cómodo tener acceso a una relación de ese tipo, pues de alguna manera tienen todo lo desean, pero sin dar nada a cambio; eso define lo que es una relación desequilibrada: ¿Todos los derechos, ninguna responsabilidad? No te permitas una relación así, puedes salir muy lastimada. Tú vales la pena para una relación seria, para compartirla con alguien que respete tu dignidad al 100%. Si a él eso no le interesa, entonces no es el chico para ti y es mejor tenerlo lejos.

3. Joel, 21 años, Bolivia.

Me gustaría creer que el amor para toda la vida existe, pero mis papás se divorciaron cuando era chico y ahora realmente no creo que ese amor sea posible.

Mira, el hecho de que tus papás se hayan divorciado no debe hacerte pensar que el amor exclusivo para toda la vida no existe. Lo más importante para que un matrimonio se mantenga unido es la comunicación, la fidelidad, el trabajo diario de escucha, comprensión, el amor al otro y, por supuesto, haber elegido a nuestra compañera en base a virtudes y valores, así como tener un plan de vida en común. No te desanimes, a veces el vivir de cerca estas situaciones en el hogar, nos puede servir para aprender de esos errores y no cometerlos nosotros.

4. Karla, 17 años, Panamá.

Mi novio y yo terminamos hace unos meses, yo quiero regresar con él; pero mi mamá me dice que si el quisiera ya me habría llamado. No sé qué hacer.

Karla, tu mamá tienen razón. Cuando un hombre quiere algo, lucha por ello y lo consigue. Debes reflexionar por qué se terminó esa relación (tal vez fue porque él lo quiso o dio pie a eso), lo cual te indicaría que es muy probable que él ya no quiere volver, por lo menos por ahora. También existe la posibilidad que pase el tiempo y si realmente tuvieron una relación importante, él reconsidere y entonces te busque; pero debes dejar que él viva ese proceso, que te valore, te extrañe y entonces así decida volver, si es que es para ti.

Recuerda que eres una chica muy especial y merece la pena que te des tu lugar. Trata de analizar tus sentimientos de manera objetiva y porqué quisieras regresar con él; sus cualidades y virtudes, por su físico, popularidad o porque no quieres estar sola y extrañas "tener novio".

5. Alicia, 22 años, Argentina

Llevo 1 año con mi novio, ¿cómo puedo saber si él me toma en serio o sólo quiere jugar conmigo, y si de verdad me conviene esta relación?

Lo primero que debes valorar y estar muy atenta en tu relación son los valores y virtudes que tenga tu novio, es decir: observa si es honesto, generoso, si siempre piensa en ti antes que en él y si busca lo mejor para ti. Debes confirmar si te es fiel o si, por el contrario, le gusta conocer y coquetear con otras chicas; si te demuestra respeto y él se respeta a sí mismo.

También debes comprobar que no tenga vicios de alcoholismo o drogas, y la calidad de detalles que tenga contigo; por ejemplo, observa como trata a los demás y el lugar que te da a ti frente a sus amigos y familia; valora si el proyecto de vida que él tiene es compatible con el que tú quieres para tu vida. Te recomendamos hagas una lista de tus valores, aquellos que son importantes para ti, y reflexiones si tu novio los comparte y si conduce su comportamiento de acuerdo con esos valores.

6. Roberto, 18 años, México.

Hace unos meses, mi mejor amiga y yo nos hicimos novios; pero ahora se pone celosa de todo y no quiere que tenga otras amigas. No quiero terminar con ella, ni dejar a mis amigas. ¿Qué hago?

Ella no puede prohibirte amistades, pero por alguna razón, está insegura o celosa al pensar que no forma parte de tu grupo de amigas. Recuerda que en una relación de noviazgo y pensando en un futuro, el otro, siempre el otro, debe ser nuestra prioridad y eso es algo que debes aprender desde ahora. Si tú disfrutas más estar con tus amigos y amigas que con ella, tal vez debas reconsiderar este noviazgo.

Puedes conversar con ella sobre lo que sientes y cómo te hace sentir que te cele, pero también podrías invitarla a compartir tiempo con tus amigos y amigas; es decir, que puedan convivir todos y de esa forma ella se sienta integrada. Si tú le demuestras que ella es más importante que tu grupo de amigos, no darás pie a que se ponga celosa; pero sí esto no mejora, deberás valorar esta relación.

7. Karina, 16 años, Guatemala.

Me gusta un chico de la escuela, lo veo casi diario y conversamos. Me mandó un mensajito donde dice que me quiere y me pide que sea su novia. Mis papás me han dicho que lo invite a la casa pues quieren conocerlo, pero él no quiere venir; parece que le da vergüenza. ¿Qué hago?

En la actualidad, se ha puesto muy de "moda" que las relaciones de noviazgo inicien de manera virtual. El tener un celular nos permite estar mejor comunicados; pero al momento de entablar una relación, no es lo mejor. El hombre es quien debe cortejar a la mujer y se debe esforzar por ella. Piensa por un momento lo complicado que puede ser decir "te quiero" cara a cara; o que este chico te pida que seas su novia viéndote a los ojos. ¡Pero qué fácil se vuelve expresarlo de forma virtual!

Karina, eres una chica inteligente y valiosa y eso lo saben tus papás, quienes seguramente desean saber quién te pretende, y por tu bien, saber si ese chico está a la altura de un noviazgo contigo. Si él quiere que seas su novia, que se esfuerce por ello,

y el primer paso es que se quite los miedos y la vergüenza y vaya a tu casa a conocer a tus papás; y si no puede o no quiere, es que no está listo para comprometerse contigo.

Un hombre joven responsable, puede sentir nerviosismo o vergüenza, pero debe vencerlos, conocer a los papás de la novia y tratarlos recurrentemente. Hoy en día muchos jóvenes evitan esos encuentros enviándoles un mensaje a las chicas cuando llegan por ellas, para que salgan y así no tener que entrar a la casa y encontrarse con los padres.

Infecciones sexuales

8. Ely, 21 años, Nicaragua.

¿Cómo evito contagiarme de una infección sexual y qué hago si ya tengo una?

La única forma 100% segura para evitar el contagio de cualquiera de las más de 30 infecciones sexuales que existen, es no teniendo relaciones sexuales ni contactos físicos-sexuales de ningún tipo. El condón solamente disminuye el riesgo de contagio pero no es 100% seguro para evitar el VIH; y tienen baja efectividad para evitar infecciones que se contagian por el contacto de la piel de los genitales como es el papiloma humano, herpes, sífilis y chancroide.

En caso de que consideres haberte contagiado o ya tengas una infección sexual u observes algún síntoma, como por ejemplo, dolor al orinar, secreciones vaginales de olor desagradable, prurito o comezón en los genitales, aparición de ronchas, granitos, o verrugas. Es necesario que acudas cuando antes al médico, de preferencia a un ginecólogo, para que te pueda examinar y te dé las indicaciones a seguir y un tratamiento.

9. Miguel, 18 años, Chile.

¿Las infecciones sexuales se pueden contagiar sólo por tocarse los genitales?

Sí claro, pues existen infecciones sexuales que se contagian por el simple contacto de la piel con la piel, como el virus del papiloma humano, el virus del herpes simple, la sífilis y chancroide. Si un hombre que padece alguna infección sexual toca

con su piel los genitales de una mujer, eso podría ser suficiente para exponerse a un eventual contagio de esa infección.

10. Esteban, 18 años, México.

¿Cómo podría darme cuenta que tengo una infección sexual?

En el caso que no hayas tenido contactos sexuales o relaciones sexuales, no deberías tener ninguna infección sexual; pero si ya tuviste relaciones sexuales y tienes una infección sexual, éstas se manifiestan en algunos casos a través de síntomas. Los más comunes son: dolor al orinar, presencia de secreción que sale por el pene, comezón o irritación en la zona genital, lesiones como ronchas, granitos, o verrugas, y dolor en la parte baja del abdomen.

Sexualidad

11. Yanin, 19 años, Ecuador.

Mi novio me dice todo el tiempo que me ama y que como tenemos varios meses de relación, ya es momento de entregarnos completamente y tener relaciones sexuales, pues de esta forma me amaré más, ¡no sé qué hacer!

Este es un argumento que muchos chicos usan para convencer a sus novias que ya es momento de las relaciones sexuales. Es el viejo recurso chantajista de: *"dame una prueba de amor"*. La realidad es otra; esta actitud y presión que tu novio está generando en ti, deja ver que es un hombre inmaduro, que solo está pensando en él y no en lo que es mejor para ti y para la relación.

Debes tener cuidado con esto; tener relaciones con tu novio no implicará que se comprometa más y que en un futuro formalicen y se casen; por el contrario, tener relaciones sexuales en esta etapa de tu vida, te va a nublar la vista, tu relación se volverá mucho más subjetiva, te sentirás aprensiva, insegura y celosa; y perderás oportunidades y momentos muy valiosos para conocerlo mejor desde una perspectiva objetiva.

12. Alexis, 19 años, Colombia.

¿Es posible que embarace a mi novia con un "faje"? (expresión coloquial usada en muchos países para referirse a contacto sexual o íntimo, sin llegar a una relación sexual).

El "faje" es algo indefinido y subjetivo y por tanto: sí, sí es posible que una mujer se embarazase con un "faje". Lo más importante para que se dé un embarazo es que la mujer esté en sus días fértiles y exista contacto genital con un hombre, así como eyaculación en sus genitales; entonces, aunque sea remota, sí existe la posibilidad de un embarazo, aun sin llegar a la penetración completa. Si el semen del hombre o el líquido seminal (previo a la eyaculación) llega a los genitales de la mujer, puede darse un embarazo, siempre y cuando ella esté en sus días fértiles.

13. Inés, 18 años, Paraguay.

Mi mejor amiga me cuenta sobre sus experiencias sexuales con el novio. Yo soy virgen y a veces se ríe de mí y me hacen sentir tonta. ¿Qué hago?

Las relaciones sexuales son la expresión más íntima del amor que puede darse entre un hombre y una mujer cuando hay compromiso y fidelidad, y es algo que debe quedar en su privacidad, entre ellos; no es para compartir con los demás ni conversarlo con amigos. El hecho de que tu amiga hable de esto y te haga sentir mal por no haber tenido relaciones sexuales, refleja que ella es insegura e inmadura, y es muy probable que la relación con su novio no sea seria, y que en un tiempo termine.

Ser virgen no es para avergonzarse, ni mucho menos, es un tesoro que tienes para regalar el día que te cases, cuídalo. Lo mejor que puedes hacer es hablar con ella, explicarle esto, pero si ves que su actitud no cambia contigo, valora si debes seguir siendo su amiga; pues la verdadera amistad respeta, busca lo mejor del otro y nunca se burla. Y si ya hubieras tenido relaciones sexuales, recuerda que siempre puedes elegir el esperar nuevamente y vivir la "segunda virginidad", hasta que exista un compromiso y fidelidad para toda la vida.

14. Ana, 20 años, México.**¿Cómo es el orgasmo femenino? ¿Qué se siente?**

El orgasmo femenino es la culminación del deseo sexual en la mujer. Desde el punto de vista fisiológico (es decir lo que le sucede y como funciona tu cuerpo), es un momento donde la respiración se vuelve más rápida y profunda, se eleva tu pulso y llega más sangre a toda la zona pélvica y se da una explosión de tensión nerviosa denominada orgasmo. La sensación del orgasmo está centrada en la región pélvica, en el clítoris, la vagina y el útero de la mujer, y se acompaña del enrojecimiento de diversas zonas de la piel y movimientos musculares de intensidad variable no voluntarios. Generalmente dura entre 3 y 10 segundos.

Para las mujeres especialmente, el amor, la intimidad emocional, el cariño, la cercanía, el compromiso y el compartir sentimientos profundos con la pareja, refuerza el vínculo sentimental-amoroso. Por ello, para sentirse realmente segura en el ámbito sexual y poder vivir las relaciones sexuales a plenitud, hay que tener una relación de compromiso para toda la vida, fidelidad, detalles de cariño y siempre mucha comunicación.

15. Carlos, 18 años, Venezuela.**¿Puedo embarazar a mi novia si tenemos relaciones cuando ella está menstruando?**

Sí puedes dejar embarazada a tu novia si tienes relaciones sexuales durante la menstruación, sobre todo en los días finales de esta; pues para que se dé un embarazo depende del momento en que ella ovule. Después de una relación sexual, los espermatozoides pueden vivir hasta 5 días dentro del cuerpo de la mujer y si ella tiene ciclos menstruales cortos y la ovulación se lleva a cabo el día 10 y 11 del ciclo y, por ejemplo, hubieran tenido relaciones sexuales el día 5, sí podría darse el embarazo. Por otro lado, debes saber que el tener relaciones sexuales en los primeros días de la menstruación expones a la mujer a contraer una infección, además que puede irritarle la zona vaginal.

16. Mauricio, 19 años, Chile.

Deseo tener relaciones sexuales, pero no quiero embarazar a mi novia, le he propuesto tener relaciones sexuales anales, pero ella no está segura.

Mira, sobre la penetración anal debes saber que estas son peligrosas desde el punto de vista anatómico. Cada parte del cuerpo tiene una razón de ser, un objetivo que cumplir. Así como la vagina está hecha para recibir la entrada del pene, el ano, que es la última parte del sistema digestivo, está hecho para expulsar materia fecal. Desde el punto de vista de su conformación, el ano tiene una piel interna muy delicada, con muchos vasos sanguíneos; por lo tanto, al tener penetración anal, se lleva a cabo mucha presión en esta zona y pueden presentarse microfracturas que expongan a tu novia a contagiarse de una infección sexual, además que esta zona termina muy lastimada, con mucho dolor y puede haber problemas posteriores por ejemplo para la defecación.

También, desde el punto de vista psicológico, la penetración anal es una práctica violenta, no contribuye al ambiente de amor y cariño que debe haber en una relación sexual, donde el primer objetivo de éstas es amar al otro.

Cada parte del cuerpo tiene un objetivo y funciones específicas; usarla de manera inapropiada puede afectarlas. La penetración anal no es sexo, y si realmente quieres a tu novia, no le sugieras este tipo de prácticas que solo lastimarán su cuerpo, sus emociones y su dignidad. En cambio, si realmente quieres a esta chica, aprende a esperar por ella y respétala; y si no la quieres en verdad, termina la relación. No imagino un acto más valiente, más varonil y lleno de cariño que el saber esperar por la mujer que se ama.

17. Felipe, 21 años, Perú.

Si no tengo relaciones sexuales antes de casarme con mi novia, ¿cómo sabré si soy compatible sexualmente con ella o no?

El tema de la compatibilidad sexual es uno de los grandes mitos del sexo. Recuerda que las relaciones sexuales son la expresión más grande y profunda de amor cuando uno se casa;

por lo que cuando existe amor, no puede haber incompatibilidad sexual.

Es por eso que debes elegir de manera objetiva y con base en tus valores, a la chica con quien te casarás y compartirás toda tu vida; de esta forma, si existe amor entre los dos, las relaciones sexuales serán la expresión de ese amor y nunca habrá incompatibilidad, pues ella estará pensando en hacerte feliz a ti y tú a ella. La incompatibilidad sexual, se da cuando las relaciones son sin amor y de manera egoísta, cuando uno está solamente pensado en pasarla bien y en su propio placer, pero más que incompatibilidad sexual esto refleja una incompatibilidad de caracteres.

Unión libre

18. Isabel, 25 años, Argentina.

Llevo viviendo un año con mi pareja, y aunque le he mencionado varias veces que yo si me quiero casar, él no me hace mucho caso, me dice que así estamos bien... yo ya no sé qué pensar.

Esta postura es recurrente y cómoda para los hombres, pues viven los beneficios del matrimonio (la compañía, las relaciones sexuales, el cuidado), pero no quieren asumir compromisos. Si él no se quiere casar, tal vez no te quiere tanto como dice; y si esto es así, la relación no vale la pena, pues la que saldrá más lastimada serás tú. Habla con él, valoren la situación; si no cambia de parecer, deberías considerar seguir adelante por tu lado.

19. Bere, 21 años. Uruguay.

Mi novio y yo queremos vivir juntos, pero sé que mis papás no aceptan esta situación. El me aconseja que me vaya de mi casa, pero no se qué hacer.

Aunque parezca que tus padres te reprimen o que no te comprenden, la realidad es que ellos siempre buscan lo mejor para ti y tal vez vean una situación o una eventual amenaza que podrá lastimarte y afectar tu futuro. En la unión libre, puede haber cierto compromiso, pero éste nunca es al 100%, pues alguno de los dos, o ambos, no están completamente seguros de querer compartir toda la vida con la otra persona y por eso no desean casarse, "*no dan el paso definitivo*". Es decir, de alguna

manera quieren probar lo que podría ser un futuro matrimonio pero la probabilidad de que estén cometiendo un error al tomar esta decisión, es muy alta.

Un hombre que vale la pena y realmente te ama, nunca va a tratar de ponerte en contra de tus padres, sino por el contrario, él va a respetarlos. Quien te quiere sinceramente siempre busca lo mejor para ti y va a anhelar que dejes tu casa para casarte y comprometerse frente a tus padres, familiares y amigos; y no te alentará a huir de tu casa y romper con tu entorno familiar. Si tu novio no te respeta ahora y no te da tu lugar, con el paso del tiempo las cosas irán empeorado; eventualmente puede llegar a tratarte mal. El hombre que te quiera sabrá esperar, te respetará a ti y tu familia y se preparará para ofrecerte un futuro.

Masturbación

20. Ximena, 22 años, Colombia.

Quiero entender más sobre la masturbación, ¿es buena o qué consecuencias puede tener en mi salud?

Lo primero que debes saber es que el cuerpo es bueno y el placer que se puede generar al tener una relación sexual, entregarse y amar también es bueno, pues permite la verdadera fusión de un hombre y una mujer, cuando han decidido estar juntos toda la vida y casarse.

Pero, ¿qué sucede con la masturbación? Pues que uno decide vivir ese placer de una forma solitaria, egoísta, sin amar; y esto te puede dejar con un gran vacío. Con esta práctica, no le expresas amor a nadie y aunque hay satisfacción, es una práctica egoísta donde poco a poco empezarás a crear una disociación, una separación entre la sexualidad y el amor. Además, ésta se asocia con la pornografía, debido a que para masturbarse generalmente se piensa en imágenes eróticas o se mira pornografía en películas o revistas, por lo que esto también distorsiona la visión del amor y puede generar adicción.

Todo ese deseo que tienes es bueno, pero vale la pena guardarlo para el hombre que sea tu esposo, a quien ames. Entonces verás que dentro del matrimonio el placer llegará como la consecuencia del amor.

Reflexión final



Hombre y mujer poseemos la misma inteligencia, voluntad, libertad y dignidad; podemos amar y ser amados, y expresar nuestros sentimientos por medio del cuerpo sexuado.

Las relaciones sexuales, como expresión de un amor verdadero, demandan realizarse en un ambiente protegido, exclusivo y único donde hombre y mujer puedan manifestar lo más íntimo ypreciado, es decir, dentro del matrimonio; pues de esta forma permiten la fusión total, donación completa, crecer en el amor y abrirse a la llegada de una nueva vida.

Sin embargo, cuando el amor sexual se experimenta de forma inmadura, a la ligera, para “experimentar” y sin compromiso, degrada y produce trágicos resultados. El aumento actual de las infecciones sexuales, la presencia de embarazos inesperados, los efectos nocivos de la anticoncepción, la presencia y promoción del aborto, así como la depreciación de la autoestima, afectación a nivel escolar, depresión y otras conductas de riesgo que padecen los adolescentes y jóvenes son tan solo algunos de ellos.

Nuestros hijos tienen derecho a recibir información certera, objetiva y científica, que permita evidenciar el panorama sobre las mejores opciones para su salud corporal, emocional, intelectual y espiritual, es decir su salud integral. Ellos merecen escuchar de su valor como personas, que merecen amar y ser amados, crecer, madurar y satisfacer su necesidad de identidad, seguridad y pertenencia; para, de esta forma, enfrentarse a la vida con las mejores herramientas para sobresalir, lograr sus metas y ser felices.

Por lo anterior, retrasar al máximo el inicio de las relaciones sexuales puede ofrecerles innumerables beneficios, como pre-

venir las más de 35 infecciones sexuales, evitar un embarazo antes de tiempo, evitar los efectos nocivos del consumo de hormonas anticonceptivas y disminuir la posibilidad de exponerse a otras conductas de riesgo, como consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas. Así mismo, los invita a enfocarse en los estudios, el deporte y las metas planteadas a futuro, los alienta a sentirse seguros de sí mismos, mantenerse fuertes y estables; y prepararse para elegir a la persona con quien compartirán toda la vida y vivirán las relaciones sexuales a plenitud.

Al ser la educación sexual la educación en el amor, hoy más que nunca los padres de familia debemos involucrarnos en este tema. En nuestras manos se encuentra la responsabilidad y el privilegio de formar a los hijos en el cuidado de su cuerpo, mostrarles el regalo que es vivir las relaciones sexuales como expresión de amor, la dignidad y respeto que merecen en el trato a los demás, y el don de la vida.

Espero que este libro te haya proveído de información científica, datos y nuevas estrategias para involucrarte en la educación sexual de tus hijos desde la primera infancia, ayudarlos a reafirmar su feminidad y masculinidad y prevenir el abuso sexual. Así mismo, para que durante la adolescencia puedas formarlos en el carácter y la afectividad, acompañarlos en su desarrollo y toma de decisiones; pero sobre todo, destacar el valor que tienen como personas, y porque las relaciones sexuales son un tesoro para amar y no para arriesgar viviéndolas antes de tiempo.

La adolescencia y la juventud temprana son etapas donde se juega el futuro, y las elecciones tomadas pueden tener consecuencias por toda la vida. Los padres de familia atesoramos la labor irremplazable de formar en la sexualidad a nuestros hijos y esta inicia con el fortalecimiento de nuestro matrimonio, el ejemplo de compromiso y fidelidad que vivamos entre cónyuges, y el tiempo dedicado a la crianza y educación.

Es un privilegio educar y guiar a nuestros hijos en torno a la sexualidad y al valor de esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio; no permitamos que el feminismo radical, la ideología de género, los medios de comunicación y la presión social que ejerce el mundo, nos arrebaten este derecho...

Conociendo el cuerpo humano



Cada órgano de nuestro cuerpo cumple una función esencial. Los pulmones permiten el intercambio de gases para que la sangre reciba oxígeno y éste llegue a todo el cuerpo; el sistema digestivo colabora con necesaria absorción de nutrientes; nuestros músculos permiten el adecuado movimiento del cuerpo; y así, cada parte tiene un objetivo o razón de ser.

De igual manera, el sistema reproductivo, tanto en la mujer como en el hombre, tiene una función específica, “permitir la reproducción humana”, y dicho sistema está conformado por órganos reproductores internos y externos.

Órganos reproductores en el hombre

Dentro de los **órganos reproductores internos en el hombre** encontramos:

1. Testículos: Son 2 órganos ovalados uno a cada lado del pene y se encuentran cubiertos por el escroto. Su función es producir hormonas masculinas, espermatozoides y permitir la maduración de los mismos.

2. Epidídimos: Son 2 estructuras pequeñas ubicadas encima de cada uno de los testículos y su función es almacenar los espermatozoides.

3. Conductos deferentes. Son 2 conductos que comunican a cada epidídimo con los conductos eyaculadores. Estos conductos transportan a los espermatozoides.

4. Vesículas seminales Son 2 dos glándulas tubulares con forma irregular, que se encuentran encima de la próstata y detrás de la vejiga urinaria y producen líquido seminal. Comunican a los conductos deferentes con los conductos eyaculadores.

5. Conductos eyaculadores. Son 2 conductos responsables de unir a cada a la vesícula seminal, atravesando la próstata y uniéndose a la uretra.

6. Uretra. Es un conducto que va desde la vejiga hasta el orificio externo en la punta del pene y mide entre 17 y 20 cms. de largo. El glande es el extremo del pene por donde desemboca la uretra.

7. Próstata. Es una cápsula fibrosa del tamaño de una castaña, y se encuentra situada debajo del orificio uretral interno. Secreta líquido prostático que nutre y transporta a los espermatozoides.

8. Glándulas bulbouretrales. Son 2 gránulos de tamaño de un chícharo o arveja que se ubican una a cada lado de la próstata. Secretan un líquido necesario para la capacitación de los espermatozoides.

Los órganos reproductores externos en el hombre están conformados por:

1. El pene. Sirve para la salida tanto de orina como de semen. Es el órgano de la copulación del hombre, es decir, que dentro de la relación sexual el pene entra en la vagina de la mujer y deposita el semen; llevando a cabo la eyaculación. La piel del pene se repliega para formar el prepucio que cubre el glande y el orificio externo del pene. **En algunos casos, a los bebés recién nacidos se les realiza la circuncisión por medio de la cual se les retira el prepucio,** y el glande queda expuesto; esto se lleva a cabo en algunas ocasiones por cuestiones reli-

gias y en otras para evitar infecciones posteriores dentro del prepucio.

2. Escroto. Es un conjunto de túnicas que envuelven a los testículos. Su estructura es de piel delgada y oscura con numerosos pliegues, músculos y vasos sanguíneos.

El semen es el líquido secretado por las glándulas sexuales del hombre. Contiene alrededor de 70 millones de espermatozoides por milímetro cúbico y se excreta durante la eyaculación.

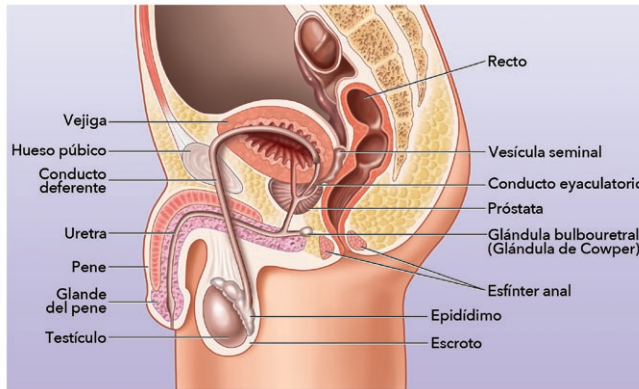


Foto 11 . Órganos reproductores internos y externos en el hombre.

Durante la pubertad, los testículos secretan hormonas masculinas y se da la formación y maduración de los espermatozoides que son las células sexuales masculinas. En los hombres, la producción de espermatozoides se acompaña de cambios en el cuerpo conocidos como caracteres sexuales secundarios y son: aumento de la musculatura, crecimiento de estatura, el crecimiento de vello púbico, axilar y en todo el cuerpo; la voz se vuelve más ronca, sale barba y bigote, y los genitales crecen de tamaño.

Órganos reproductores en la mujer

Los **órganos reproductores internos en la mujer**, están conformados por:

1. Ovarios. Son 2 órganos que se encuentran en la zona de la pelvis y tienen el tamaño de una almendra grande. Sus funciones son: **a)** producir y almacenar óvulos y **b)** secretar hormonas (estrógeno y progesterona) que aseguran el adecuado funcionamiento de todos los órganos sexuales de la mujer,

Las mujeres tenemos, desde el nacimiento, 400,000 óvulos inmaduros dentro de los ovarios. Al llegar la adolescencia, por efecto de las hormonas, uno de los óvulos inmaduros se desarrollará lo suficiente mes a mes para salir del ovario. Cuando el óvulo que sale del ovario no es fecundado por un espermatozoide, entonces se presenta la menstruación.

La producción de hormonas durante la adolescencia (estrógenos y progesterona) permite el crecimiento y aparición de los "caracteres sexuales secundarios" en las adolescentes: vello axilar y púbico, desarrollo de los pechos o glándulas mamarias, crecimiento de la cadera, la formación de un cuerpo femenino y la presencia regular, de la menstruación.

2. Trompas de Falopio o trompas uterinas. Son 2 conductos de entre 10 a 13 cm que comunican los ovarios con el útero. En ellas tiene lugar la fecundación, en caso de haber tenido relaciones sexuales en el periodo fértil de la mujer; y es a través de estas trompas uterinas por donde el cigoto humano viaja hasta llegar al útero e implantarse.

3. Útero. Es un órgano hueco y musculoso en forma de pera, en donde, en caso de haber embarazo, el embrión y después feto humano, crecerá y se desarrollará por 9 meses.

4. Vagina. Es el canal que comunica al útero con el exterior, por donde entrarán los espermatozoides. Su función es recibir el pene durante la relación sexual y permitir la salida del bebé durante el parto.

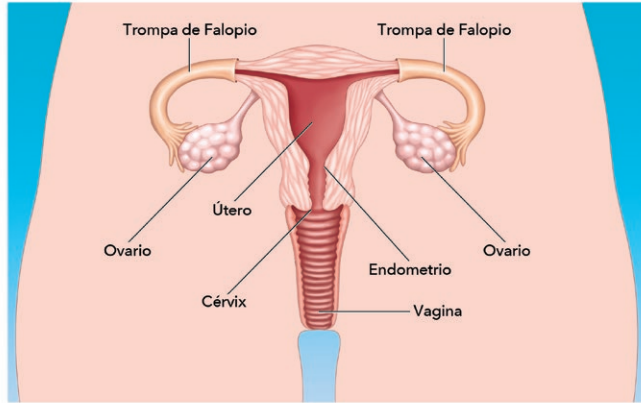


Foto 12 . Órganos reproductores internos de la mujer.

Al conjunto de **órganos reproductores externos en la mujer** se le conoce como vulva y está compuesta por:

1. Monte de Venus. Una almohadilla de tejido adiposo y grasa en la parte anterior de la pelvis, con glándulas sebáceas, sudoríparas y cubierto de vello púbico.

2. Clítoris. Es un pequeño órgano compuesto por tejido eréctil que es muy sensible.

3. Labios. Existen 2 labios mayores y 2 labios menores, uno de cada lado. Son pliegues de piel que presentan glándulas sebáceas y sudoríparas, lo que genera que sea una zona de mucha humedad.

4. Vestíbulo vulvar. Es un área en forma de almendra perforada por seis orificios, el meato de la uretra (por donde sale la orina), el orificio vaginal (es la entrada de la vagina), las glándulas de Bartollini y las glándulas parauretrales de Skene, (ambas secretan una pequeña cantidad de líquido que ayuda a lubricar los labios vaginales).

Los órganos reproductores externos en la mujer, también llamados genitales, tienen dos funciones: permitir la entrada del espermatozoides en el cuerpo y proteger los órganos reproductores internos de infecciones.

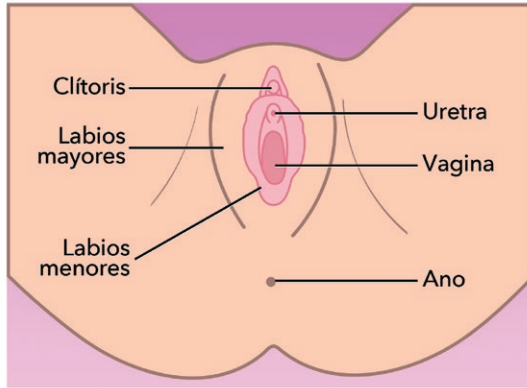


Figura 13. Órganos reproductores externos de la mujer.

¿Qué es la menarquía?

Como lo abordamos en el capítulo 11, la menarquía es el nombre que se le da a la primera menstruación, que por lo general ocurre entre los 11 y 17 años de edad. Es un acontecimiento muy importante en la vida de toda mujer, pues indica que el cuerpo está preparándose tanto física como psicológicamente para algún día poder ser madre.

Se le conoce como ciclo menstrual al periodo durante el cual el cuerpo de la mujer se prepara para un eventual embarazo. Comienza el primer día de la menstruación y termina el primer día de la siguiente menstruación. En general dura 28 días, pero se considera normal entre 21 y 35 días, aunque durante los primeros años que se presenta la menstruación, pueden existir ciclos mucho más largos o cortos y esto es normal. Debido a que la menstruación puede ser incómoda, sobre todo los primeros años, es importante que las madres aconsejemos personalmente a las hijas sobre este hecho.

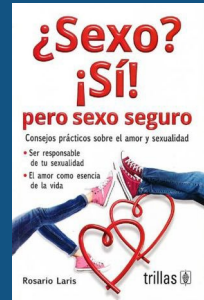
El sangrado de la menstruación es el resultado del desprendimiento del endometrio (la capa más interna del útero), que se prepara mes con mes para un embarazo; pero al no presentarse, todo ese tejido debe ser renovado, es decir, el útero debe limpiarse para poder regenerarse mes a mes. Recordemos que el útero es el órgano que “hospeda la vida” pues dentro de él, esta nueva persona, llamada cigoto-embrión-feto vivirá 9 meses de gestación, desde su fecundación hasta el momento del parto.

¿Qué es la menopausia?

La menopausia es la etapa de la vida de una mujer en la cual deja de presentarse la menstruación. Suele ocurrir naturalmente, con mayor frecuencia entre los 45 y 50 años. Se considera que la menopausia ha llegado, cuando la mujer no presenta la menstruación durante un año, y se debe a que los ovarios dejan de producir hormonas.

Los cambios y los síntomas pueden empezar varios años antes e incluyen: cambio en la duración y el volumen del flujo de las menstruaciones, presencia de calores, bochornos y/o sudoración nocturna, dificultad para dormir, cambios de humor, dificultad para concentrarse, caída de pelo y crecimiento de vello facial.

Libros publicados por la
Dra. Rosario Laris



¿Sexo?, ¡Sí! pero sexo seguro
Editorial Trillas, 2016.



¿Sexo Seguro en América?
Fundación ISFEM, 2019.

Visita y suscríbete a nuestro canal de youtube con más de 2.2 millones de vistas: www.youtube.com/sexosegurovideos

www.sexoseguro.org
[@sexoseguro](https://www.facebook.com/sxseguro)
www.facebook.com/sxseguro

Abrazo de amor

El privilegio de educar
en una sana sexualidad

Prevención de abuso sexual infantil. La importancia del papá en la educación sexual de sus hijos e hijas. Consejos prácticos para fortalecer la masculinidad en los hijos. Efectos nocivos de consumir pornografía. Las ventajas de vivir en matrimonio. Como abordar la educación sexual en niños y adolescentes. Mitos del condón. Diferencias entre maternidad y paternidad al momento de educar. Consecuencias del embarazo en la adolescencia. Educación sexual con naturalidad. Peligros del sexting. Las ventajas de esperar por las relaciones sexuales. El papel de los padres como primeros responsables en la educación sexual de sus hijos. Consejos para fortalecer la autoestima en los niños. El valor de un buen noviazgo. Educando el respeto al cuerpo y el pudor. El valor de la fertilidad humana.

"En la educación sexual, mas vale llegar
un año antes, que un segundo después"

Dra. Rosario Laris

ISBN 978-956-09378-1-0

