

MANUAL

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Consejeros/as Adolescentes

REPRODUCCION
Métodos Anticonceptivos VIOLENCIA SEXUAL
higiene mujer sida
VIH Sifilis
Infecciones SEXOLOGIA VIH
Derechos TOLERANCIA
← embarazo adolescente hombre
Violencia Sexual
reproducción diversidad mujer

Este material pudo ser realizado gracias a la cooperación técnica y financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), para la implementación de la actividad “Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes”. , en el marco del Plan Anual de Trabajo “Prevención de ITS y VIH – PRY6R45A.

Por el UNFPA para el mencionado proyecto: Lic. Patricia Aguilar y Dra. Adriane Salinas.

Coordinación General: Dra. Águeda Cabello, UME/ DGVS- MSPBS

Coordinadora del Proyecto: Dra. Amalia Castro, UME/ DGVS- MSPBS

Colaboradoras: Gloria González, Margarita Mendoza y Lic. María Rosa Appleyard Biscotti.

La opinión del autor no refleja necesariamente el punto de vista de ninguna de estas instituciones. Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

De manera especial se agradece a los Directivos del Colegio Nacional Vice presidente Sánchez, por permitir la implementación piloto del presente proyecto. En especial a la Lic. Norma Díaz encargada del Bachillerato Técnico en Salud, así como a los alumnos/as y docentes que contribuyeron con su tiempo y dedicación para con el proyecto.

Sobre el Autor del Manual:

Lic. Ariel González Galeano: Profesor y Lic. en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Asunción. Especialista en Educación Sexual por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, FLASSES. Ex Fellow del Special Youth Program del UNFPA. Ex miembro de la Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights. Miembro del Consejo Asesor Mundial en Educ. de la Sexualidad de UNESCO y del Comité de Sexólogos Jóvenes de la FLASSES.

Este material fue validado en el Marco de la Primera Muestra Nacional de Epidemiología realizada el 26 y 27 de noviembre del 2010 ante la presencia de la Sra. Vice Ministra de Educación Lic. Diana Serafini y por las siguientes personas: Lic. Nilda Arce (M.S.P Y B.S.); Dra. María Elsa Paredes (M.S.P Y B.S.); Lic. Rosa Estela Aguirre Ecurra (DGPS); Dra. Cynthia Prieto (CEPEP); Dra. Águeda Cabello (DGPS); Dr. Isamu Tsutsumida Akita (UNICEF); Dra. Rosa María Jimenez (IICS); Dra. Gladys Aquino (M.S.P Y B.S.); Lic. Norma Díaz (Colegio Vice Presidente Sanchez); Lic. Maria Rosa Appleyard(SPESH); Lic. Marta Brizuela (Hospital de Clinicas); Dra. Marta Von Horoch (DGVS); Dr. Rutilio Benítez (SENAVE); Ing. Juan F. Serviano (SENAVE); Lic. Patricia Aguilar(UNFPA); Dra. Margarita Ferreira (OPS); Dra. Margarita Villafañe (OPS); Dra. Adriane Salinas (UNFPA); Dra. Amalia Castro Matto (DGVS); Lic. Miryan Caballero.

Participaron en la validación los/as siguientes alumnos del colegio Vice Presidente Sánchez: María Katherine Villalba Mongelós, Daniel Alvarenga Alviso, Maricel Patricia Portillo Núñez, Patricia Marisol Cardúz Lugo, Nadia Evangelina Rodríguez Ocampos, Luz Marina Medina, Laura Gabriela González Pintos, María Del Carmen Salinas Orduña, Diego Alejandro López Avalos, Mirtha Soledad Coronel Vázquez, Silvia María Medina Martínez, María Antonia Mongelós Villar, Diana Elizabeth Escobar Brizuela, Andrea Leticia Duarte González, Nélcida Rocío Pintos Oviedo, Melissa Belén Arévalo Giménez, Edgar José Ruiz Díaz, Alexandra Almirón Noldin, Karina Soledad Rolón Ríos y María Belén Aquino Insfrán.

© Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Dirección General de Vigilancia de la Salud

Director General: Dr. Iván Allende

Noviembre – 2010

Asunción - Paraguay

Indice

- I. Sexualidad Humana** 5
 - a. Conceptos Claves 7
 - b. Esquema de la Sexualidad Humana8
 - c. Respuesta Sexual Humana12
 - d. Perspectiva de Género13
 - e. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos14
 - f. Sexología18
 - g. Sexosofía18

- II. Salud Sexual y Reproductiva** 19
 - a. Conceptos de Salud Sexual Salud Reproductiva y Adolescencia21
 - b. Características Bio Psico Sociales en la Adolescencia21
 - c. Higiene Sexual23
 - d. Métodos Anticonceptivos24
 - e. Infecciones de Transmisión Sexual29
 - f. VIH – SIDA32
 - g. VPH33
 - h. Sífilis34
 - i. Violencia Sexual35
 - j. Embarazo Adolescente36

- III. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva** 39
 - a. Conceptos y Fines de la Consejería41
 - b. Estructura Básica de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva42
 - c. Perfil del Consejero/a en Salud Sexual y Reproductiva42
 - d. Perfil del Servicio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva45
 - e. Técnicas que ayudan a realizar la Consejería45
 - f. Situaciones Especiales de la Consejería47
 - g. Síndrome de Agotamiento50

- IV. Herramientas para el desarrollo de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva**53
 - a. Planilla de Informe para Consejeros/as55
 - b. Esquema de un Taller para Prevención del Síndrome de Agotamiento56
 - c. Esquema para una reunión de Consejeros56
 - d. Recomendaciones para la disposición física del Servicio de Consejería57
 - e. Recomendaciones para la postura, vestimenta y lenguaje del Consejero/a57

- V. Lista de servicios de referencia**58

- VI. Glosario**60

Introducción

El presente material pretende ser un instrumento que ayude a quienes se involucren con la tarea de realizar Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Está compuesta de informaciones teóricas que hacen a la Sexualidad Humana, Salud Sexual y Reproductiva, así como de teoría y práctica sobre la propia consejería.

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva es una habilidad que se va adquiriendo y mejorando con la práctica; su importancia radica en que a través de ella, se pueden impedir situaciones que atenten contra la salud de las personas, y en este caso en especial la salud de los y las adolescentes.

Es importante recalcar que existen diversas posiciones en lo que refiere no sólo a Consejería, sino también a la propia Salud Sexual y Reproductiva. En este manual, se utilizaron recursos que respeten los conocimientos científicos, los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, y de igual manera, que incluyan una perspectiva de género y perspectiva juvenil.



I. Sexualidad Humana

a. Conceptos claves

En este primer apartado se presentan algunos conceptos claves relacionados a sexualidad, cuyas definiciones son propuestas por la Sociedad Paraguaya de Estudios sobre Sexualidad Humana – SPESH :

Sexualidad:

Es una condición humana inherente y enriquecedora, que va desde antes del nacimiento hasta la muerte. Incluye atributos, capacidades y conductas para relacionarse entre sí desde la comunicación, el placer y/o la reproducción. Es un fenómeno dinámico individual y social que se construye, cambia y evoluciona constantemente, influenciado por la cultura y la historia.

Sexo:

Se refiere a las características biológicas de los seres vivos que los diferencian como macho y hembra.

Identidad sexual:

La identidad sexual es la auto percepción adquirida progresivamente de pertenecer a un sexo, que puede ser congruente o no con el sexo anatómico. En la definición de la identidad sexual están implicados varios factores, entre los que podemos destacar factores psicológicos, biológico y el relacionamiento con el entorno cultural.

Identidad de género:

Es la manera subjetiva e íntima de sentir y percibir la sexualidad y de posicionarse como ser sexuado ante uno mismo y los demás. Las personas construyen su subjetividad sexuada mediante procesos personales y sociales no homogéneos, que se acomodan de formas diversas a las representaciones compartidas acerca de lo que está establecido como masculino y femenino.

Género:

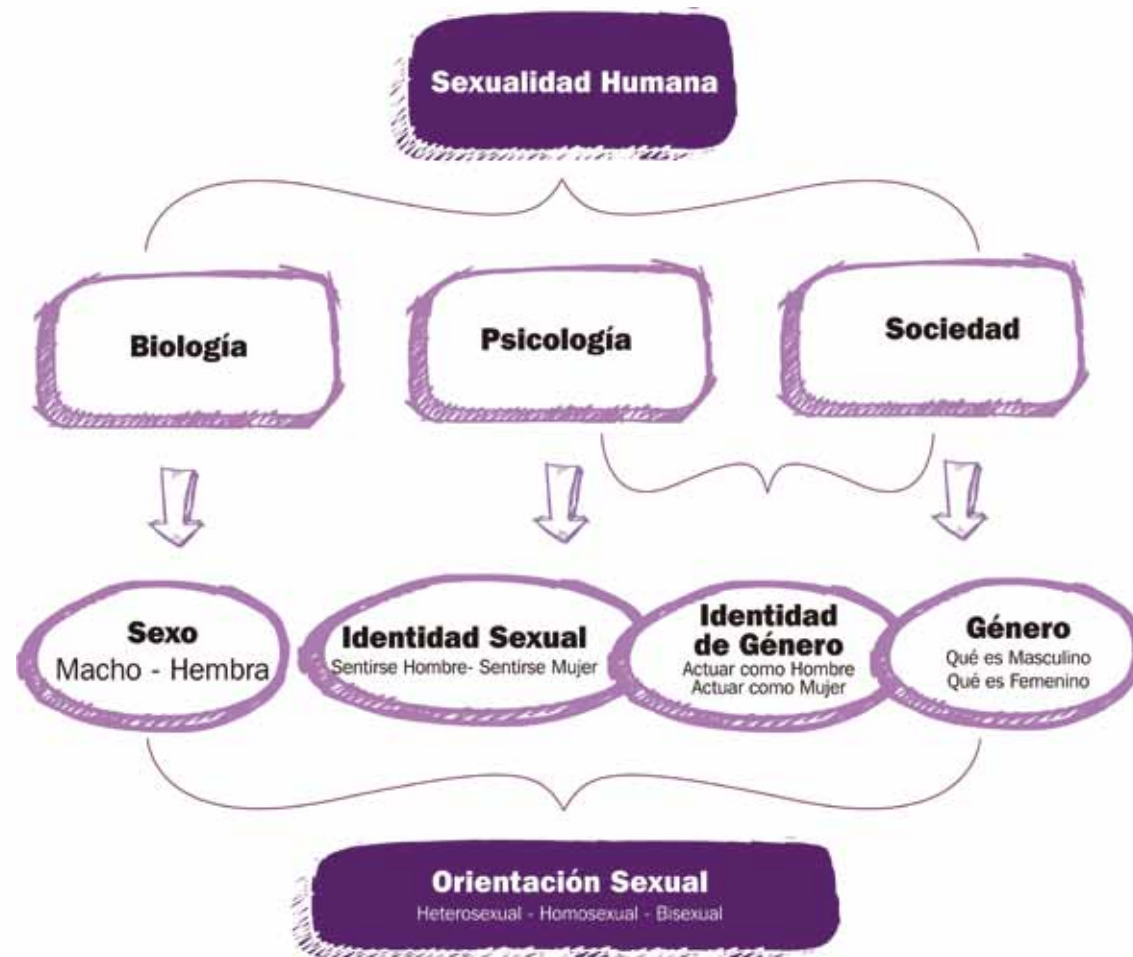
Construcción social, cultural y psicológica de lo que significa ser masculino y ser femenino en función del sexo. El género es transmitido por la socialización en un contexto determinado. Cambia a través del tiempo, varía entre y dentro de las culturas.

Orientación sexual:

Es la organización de los afectos expresada a través de la atracción o preferencia erótica y sexual hacia personas del sexo/género opuesto, del mismo o de ambos. La experiencia erótica o el sexo anatómico no son factores determinantes para la orientación hetero, homo o bisexual.

b. Esquema de la sexualidad humana

El esquema presentado a continuación nos da una idea gráfica de cómo los conceptos descritos anteriormente se relacionan unos con otros y bajo qué aspectos de la dimensión bio psico social del ser humano se encuentran.



Genital Masculino

Pene

Órgano sexual masculino constituido por un tejido esponjoso. Cuando el hombre presenta excitación sexual, el pene se alarga y se pone rígido. En el momento de mayor excitación (orgasmo), se produce la eyaculación, es decir, la salida de semen que contiene espermatozoides. El *condón masculino* cubre el pene erecto, evitando la entrada de espermatozoides en la vagina de la mujer.

Uretra

Conducto a través del cual sale el semen del cuerpo. La orina (desecho líquido) sale por el mismo conducto.

Vesículas seminales

Lugar donde se mezclan los espermatozoides con el semen.

Próstata

Órgano que produce parte del líquido del semen.

Prepucio

Capucha de piel que cubre el extremo del pene. La circuncisión elimina el prepucio.

Vaso deferente

Dos conductos finos llevan los espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales. En la *vasectomía* se cortan o bloquean estos conductos para que los espermatozoides no lleguen al semen.

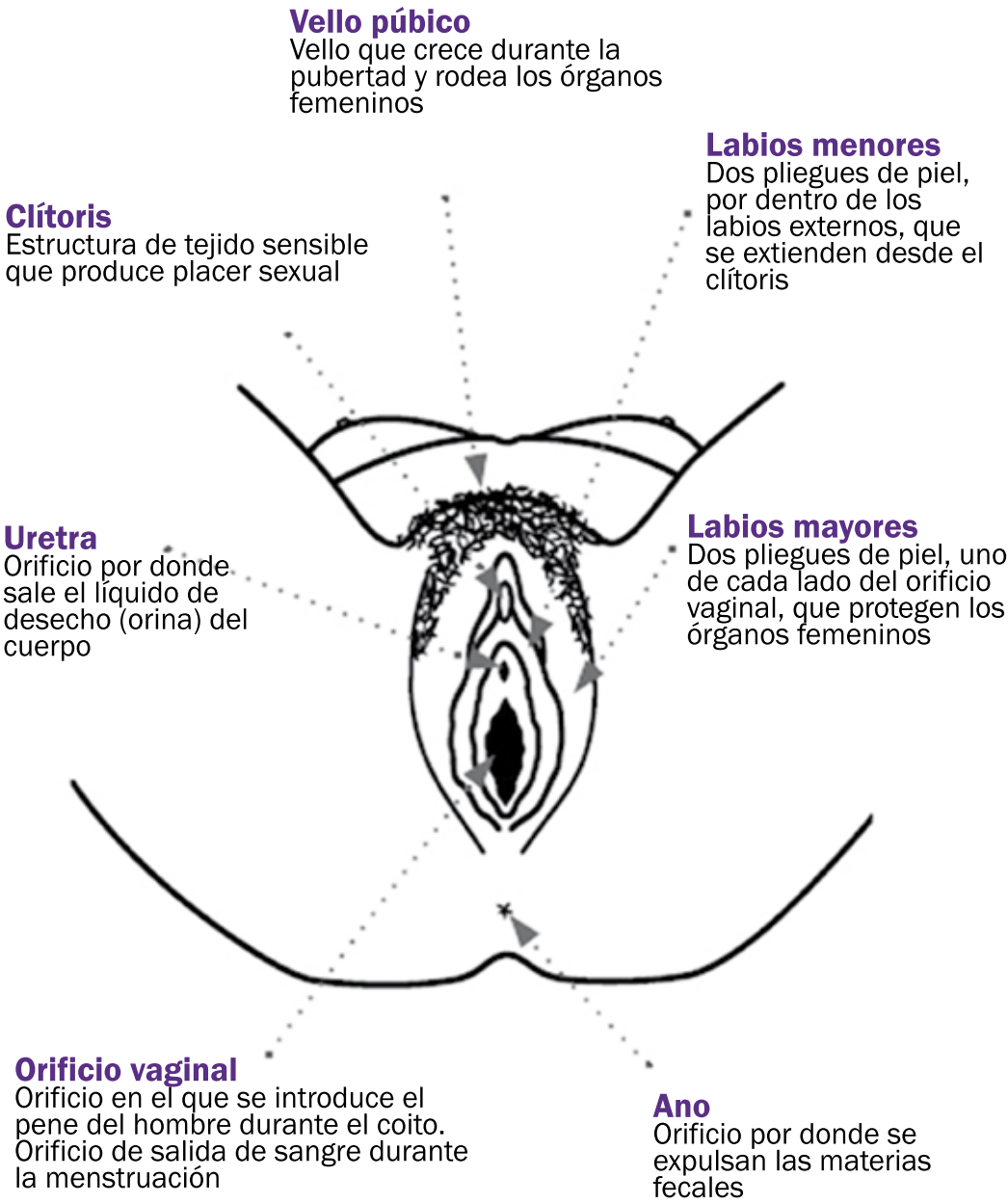
Escroto

Saco de piel fina y floja que contiene los testículos.

Testículos

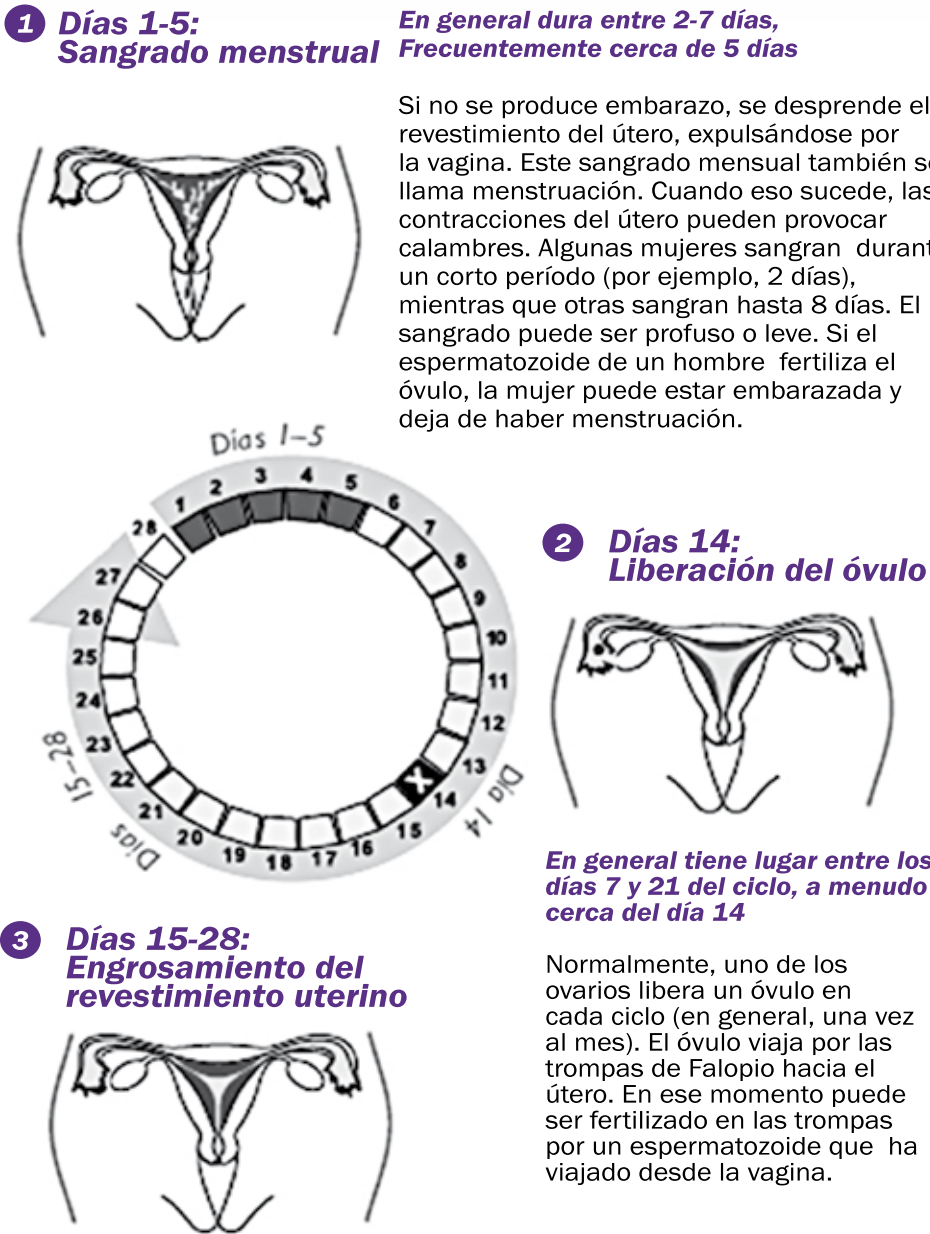
Órganos que producen los espermatozoides.

Genital Femenino



El Himen: El himen es una membrana de piel delgada y frágil que se encuentra al interior del orificio vaginal y antes del cuello uterino. Algunas mujeres nacen sin himen.

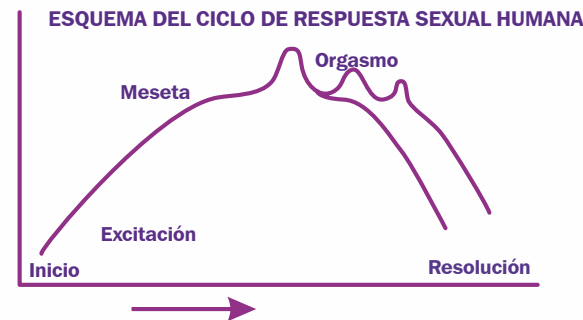
Ciclo Menstrual



c. Respuesta Sexual Humana

La respuesta sexual humana, está dada por una serie de procesos que ocurren principalmente a nivel biológico, pero que empiezan a nivel psicológico. Existen muchas teorías en lo que refiere a la respuesta sexual humana, y a los efectos pedagógicos del presente manual, se ha escogido una versión compuesta por 6 etapas:

- I. Deseo
- II. Excitación
- III. Meseta
- IV. Orgasmo
- V. Resolución
- VI. Periodo Refractario (en hombres)



Deseo: Esta fase consiste en las ganas que se sienten de iniciar una actividad genital, es una especie de interés sexual. El deseo tiene que ver con lo físico, ya que en ese momento se activa una parte del cerebro que libera unas sustancias llamadas hormonas. Si una persona se siente muy cansada, probablemente su interés sexual se vea disminuido. También en el deseo interviene lo psicológico, puesto que los valores, creencias, temores e ideas sobre la sexualidad van a determinar que la persona sienta ese interés sexual. Por eso, si se cree que se está haciendo o se va a hacer algo malo, dañino, sucio, etc. la persona no puede experimentar el deseo. Igualmente si la persona no se siente cómoda, por el lugar, el momento, o la pareja con la que comparte esa experiencia, tampoco va a lograr que el deseo se haga presente o este va a estar disminuido ².

Excitación: Tanto en el hombre como en la mujer esta fase se presenta de manera característica. A continuación se describe brevemente dichas características:

Hombre: comienza la erección, el escroto engorda, los pezones crecen y aumentan la tensión muscular y el ritmo cardíaco. Al mismo tiempo que el pulso se acelera y la presión sanguínea aumenta, el hombre puede sentir el latido del corazón. Esto causará que el pene aumente de tamaño. El glande del pene sigue agrandándose y su color se oscurece, volviéndose casi morado .

Mujer: comienza con la lubricación vaginal. Al principio la lubricación puede ser escasa, sin embargo, a medida que aumenta la excitación se humedecen cada vez más los labios y la entrada vaginal. La cantidad de lubricación no está relacionada con el nivel de placer que siente la mujer, sin embargo la lubricación facilita la entrada del pene en la vagina. Se produce también en esta etapa, la aceleración del ritmo respiratorio y cardíaco, contracción muscular, aumento de la presión arterial; así como un aumento de tamaño de las mamas y del clítoris. Algunas mujeres experimentan ya en esta fase un endurecimiento de los pezones ³.

Meseta: La fase de meseta es en realidad una prolongación de la fase anterior, en la que la excitación alcanza niveles muy elevados.

Mujer: comienza con el rubor sexual que aparece sobre todo en la zona superior del abdomen y se extiende rápidamente a los pechos, cuello, nalgas, espalda, brazos, piernas y cara. Se continúa acelerando el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la respiración. La tensión muscular se generaliza, contrayéndose mayormente los muslos, glúteos y

abdomen. Si la fase de meseta es larga, la lubricación disminuye. Los labios mayores se aplanan, aumentan y tienden a separarse. Los labios menores debido a la vasodilatación se agrandan y adquieren un color rojo intenso. La areola mamaria toma un color más oscuro y se expande un poco más. Los pezones se endurecen y se vuelven erectos como consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares³.

Hombre: En esta fase la erección es más rígida, puede aparecer líquido pre-eyaculatorio en el pene, el glande aumenta de tamaño, los testículos incrementan su volumen y se acercan al cuerpo, también pueden aparecer contracciones del esfínter rectal³.

Orgasmo: Tanto en el hombre como en la mujer, es la descarga mediante una serie de contracciones físicas más o menos regulares, de la tensión o acumulación sanguínea alcanzada durante la excitación y meseta. Esta respuesta va acompañada de una sensación física de placer intenso, vivida psicológicamente de forma distinta por cada persona ⁴.

Algunas mujeres pueden experimentar un orgasmo tras otro y es por ello que los sexólogos las denominan multiorgásmicas. Esta capacidad no se presenta en algunas mujeres y sin embargo, la relación sexual puede ser igual o más placentera.

En el varón, el orgasmo suele ir acompañado de la eyaculación del semen; aunque también puede darse sin eyaculación de por medio.

Resolución: En esta fase, los cambios fisiológicos y anatómicos vuelven a la normalidad y se presente una relajación muscular y mental. Algunas características son:

Hombre: El pene pierde su erección volviéndose flácido, el escroto adelgaza y recupera su tamaño y descienden de los testículos. Este período tiene una duración aleatoria que depende de las diferencias individuales y sobre todo de la edad.

Mujer: Puede saltarse este período hacia la consecución de un nuevo orgasmo. Sin embargo, si no se presenta un nuevo orgasmo, el útero vuelve a su posición de reposo, así como las mamas, labios vaginales y el clítoris a su color y posición normal.

Tanto en el hombre como en la mujer, posterior al orgasmo y durante la fase de resolución, se presenta un aumento de la serotonina, neurotransmisor que da paso a una sensación de placidez.

Período refractario: Muchos sexólogos no mencionan esta fase, pero sin embargo es reconocida por todos. Básicamente, y si la relación sexual continua, es el tiempo en que al hombre le lleva conseguir otra erección. Esto dependerá no sólo de la salud y edad del hombre, sino también de sus características físicas.

d. Perspectiva de género

La perspectiva de género es un concepto establecido por el movimiento feminista ya en los años 70 del siglo pasado. Es un concepto que ha sido adoptado no sólo por otros movimientos sociales, sino también dentro de las discusiones científicas y políticas de la actualidad; básicamente, posee tres aristas que son:

- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorio para las mujeres.
- Que dichas relaciones han sido construidas social e históricamente y son parte de las personas;
- Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, orientación sexual y religión.

² Extraído de <http://www.educasexo.com/sexualidad/respuesta-sexual-humana.html> en Noviembre del 2010

³ Extraído de http://www.sexualidad.es/index.php/Respuesta_Sexual en Noviembre del 2010

⁴ Extraído de <http://www.sexologia.org/respuesta-sexual-humana.html> en Noviembre del 2010

La perspectiva de género sostiene que la cuestión de los géneros no es un tema a agregar como si se tratara de un capítulo más en la historia de la cultura, sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia⁵.

Aunque existen diferencias en su conceptualización, en general es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, identidades y valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Algunas de sus principales características y dimensiones son 5:

1. es una construcción social e histórica (por lo que puede variar de una sociedad a otra y de una época a otra);
2. es una relación social (porque descubre las normas que determinan las relaciones entre mujeres y varones);
3. es una relación de poder (porque nos remite al carácter cualitativo de esas relaciones);
4. es una relación asimétrica; si bien las relaciones entre mujeres y varones admiten distintas posibilidades (dominación masculina, dominación femenina o relaciones igualitarias), en general éstas se configuran como relaciones de dominación masculina y subordinación femenina;
5. es abarcativa (porque no se refiere solamente a las relaciones entre los sexos, sino que alude también a otros procesos que se dan en una sociedad: instituciones, símbolos, identidades, sistemas económicos y políticos, etc.);
6. es transversal (porque no están aisladas, sino que atraviesan todo el entramado social, articulándose con otros factores como la edad, estado civil, educación, etnia, clase social, etc);
7. es una propuesta de inclusión (porque las problemáticas que se derivan de las relaciones de género sólo podrán encontrar resolución en tanto incluyan cambios en las mujeres y también en los varones);
8. es una búsqueda de una equidad que sólo será posible si las mujeres también pueden acceder al ejercicio del poder en su sentido más amplio (como poder crear, poder saber, poder dirigir, poder disfrutar, poder elegir, ser elegida, etcétera).

Finalmente, se habla de que una política pública, material o documento, tiene perspectiva de género, cuando ha tomado en cuenta todos los puntos mencionados más arriba.

e. Derechos sexuales y derechos reproductivos ⁶

Declaración Universal de los Derechos Sexuales

Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997 Valencia (España). Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1.999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong).

LA SEXUALIDAD es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor.

LA SEXUALIDAD se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.

⁵ Extraído de ¿Que es perspectiva de género y los estudios de género? <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395> en Noviembre del 2010

LOS DERECHOS SEXUALES DEBEN SER RECONOCIDOS, PROMOVIDOS, RESPETADOS y DEFENDIDOS POR TODAS LAS SOCIEDADES CON TODOS SUS MEDIOS.

La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

El Derecho a la libertad sexual: La libertad sexual abarca la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida.

El Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

El Derecho a la privacidad sexual: Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.

El Derecho a la equidad sexual: Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.

El Derecho al placer sexual: El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

El Derecho a la expresión sexual emocional: La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

El Derecho a la libre asociación sexual: Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

El Derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables: Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada uno y el derecho al acceso a los métodos de la regulación de la fertilidad.

El derecho a la información basada en el conocimiento científico: La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico libre de presiones externas y difundido de forma apropiada en todos los niveles sociales.

El derecho a la educación sexual comprensiva: Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

El derecho a la atención clínica de la salud sexual: La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos, fundamentales y universales.

⁶ Extraído del Manual Transferencia de Tecnología Educativa en VIH/SIDA. Aguilar, P y González, A. PROMESA . Asunción, 2008 – Pág. 32 - 36

Historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Derechos de mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Así definieron los derechos sexuales y reproductivos de las personas tanto la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

Podría establecerse que esta definición es una reelaboración de la realizada originariamente por los movimientos feministas, que formuló en los años 70 los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como el derecho de éstas a controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman el “no” de las mujeres.

Muchos activistas de los Derechos Sexuales y Reproductivos, reconocen que los avances alcanzados en este frente de los Derechos Humanos, no hubiesen sido posible sin la constante lucha y aportes de los diferentes movimientos feministas alrededor del mundo, que no hacen más que reconocer un mismo eje central de su accionar: el derecho de la mujer a disfrutar de los mismos derechos del varón, y en este sentido, que este derecho sea reconocido y garantizado por los estados en cualquier sociedad humana.

Un largo camino fue el recorrido, y en las siguientes líneas se intenta comentar brevemente lo acontecido: La Conferencia de Derechos Humanos (Teherán, 1968) reconoció el derecho a la reproducción como un “derecho de los padres”, la Conferencia sobre Población (Bucarest, 1974) amplió su alcance como “derecho de las parejas e individuos”, en tanto la realizada en ocasión del Año Internacional de la Mujer (México, 1975) abordó el tema desde la mirada del “derecho a la integridad corporal y al control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva”.

La Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) ratificó el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad a través del acceso y la información sobre los métodos de anticonceptivos, y el Programa de Acción resultante de esta conferencia se compromete a “promover la equidad y la igualdad entre los sexos y los derechos de la mujer, así como a eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad”.

La Plataforma de Acción Mundial aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) reafirmó y fortaleció el consenso logrado en El Cairo. Gran parte de los textos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos aprobados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo se incorporaron directamente en los documentos de la Conferencia de Beijing sugiriendo, además, que “los gobiernos asegurarán la igualdad y la no discriminación, en la ley y en la práctica, adoptando medidas para proteger esos derechos”.

Por otro lado, cada día es más evidente la necesidad de que los acuerdos firmados en las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing sean tenidos en cuenta en el proceso de vigilancia sobre el cumplimiento de los tratados relativos a derechos humanos, de modo que los gobiernos puedan ser jurídicamente responsables de las violaciones a los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Como un paso en este reconocimiento, en 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), organización voluntaria que trabaja por la planificación familiar, aprobó una Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos en la que éstos son formulados a partir de doce derechos reconocidos en los instrumentos legales internacionales sobre Derechos Humanos (cartas, convenciones y pactos de Naciones Unidas), y que constituye una herramienta para el análisis y la vigilancia de las violaciones a tales derechos, aunque no es aún jurídicamente vinculante.

Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos (IPPF)

Derechos Humanos	Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva
Derecho a la vida	Protección de las mujeres cuyas vidas están en peligro debido al embarazo.
Derecho a la libertad	Protección a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital, acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o aborto impuesto.
Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación	Acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, o cualquier otro status.
Derecho a la privacidad	Protección al carácter privado y confidencial de los servicios de información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción. Respeto a la elección autónoma de las mujeres con respecto a la procreación.
Derecho a la libertad de pensamiento	Respeto a la libertad de pensamiento de las personas en lo tocante a su vida sexual y reproductiva. Derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para limitar la libertad de pensamiento en materia de salud sexual y reproductiva.
Derecho a la información y la educación	Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad
Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, y cuándo tenerlos	Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguros. Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad.
Derecho a la atención y a la protección de la salud	Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y las mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.
Derecho a los beneficios del progreso científico	Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto.
Derecho a la libertad de reunión y a la participación política	Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción.
Derecho a no ser	Protección a las personas contra cualquier tratamiento

Los derechos sexuales se refieren a normas específicas que emergen cuando los derechos humanos existentes se aplican a sexualidad. Estos derechos incluyen la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas; principios que son reconocidos en muchos instrumentos internacionales que son especialmente relevantes para la sexualidad ⁷.

f. Sexología

La sexología es el conjunto de conocimientos científicos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que hacen referencia al estudio de la sexualidad a lo largo de la vida, incluso desde antes del nacimiento

g. Sexosofía

Es el conjunto de principios y conocimientos que la gente tiene acerca de su propia e íntima experiencia de su función sexual; se refiere por lo tanto a la filosofía acerca del sexo y del erotismo de que la gente tiene con relación a si misma⁸.

Conocimiento Sexológico (científico)	Conocimiento Sexosófico (creencias)
Para una erección del pene, es necesaria una adecuada irrigación de flujo sanguíneo.	Para una erección del pene, depende de cuánto se masturba el hombre.
Si una mujer mantiene relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, existen probabilidades de que quede embarazada.	Si una mujer orina después de una relación sexual, entonces estará evitando un embarazo.
El placer sexual no está en función del tamaño del pene.	Si el hombre desea brindar mayor placer a su pareja, deberá tener un pene grande.
Un embarazo puede ocurrir si existe contacto del pene con la vagina.	Una mujer puede quedar embarazada si tiene sexo oral.

II. Salud Sexual y Reproductiva

⁷ Fuente: IPPF (1995), Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos, Londres
⁸ Aller Atucha, LM. Pedagogía de la Sexualidad Humana. Editorial Galerna. 2da. Edición. Buenos Aires, 1995

a. Conceptos de Salud Sexual Salud Reproductiva y Adolescencia

Salud Sexual

“La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS/OMS, 2000)”⁹.

Salud Reproductiva

“El estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo – Cairo 1994)”¹⁰.

Adolescencia

La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que se suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual. Es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; etapa de intercambio con el medio que los contiene.

Si bien no es sencillo determinar con precisión el tiempo o edad específica en la cual se desarrolla, de acuerdo a los criterios utilizados por la Organización Mundial de la Salud la adolescencia se define como el lapso del tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y 19 años. Este periodo, a su vez puede ser subdividido en tres etapas: Adolescencia Temprana: desde los 10 a los 13 años; Adolescencia Media: desde los 14 a los 17 años y una etapa Adolescencia Tardía desde los 17 a 19 años. Esta subdivisión se ha establecido principalmente para facilitar la comprensión de la adolescencia, la cual se correspondería con la realización de actividades educacionales, sociales, etc.^{11 12}.

b. Características Bio Psico Sociales en la Adolescencia

El inicio de la adolescencia ocurre con los cambios físicos que se dan en el cuerpo, relacionados con el crecimiento y con la preparación de los órganos para la reproducción. Sin embargo, durante la adolescencia no solo se experimentan cambios biológicos, sino también cambios psicológicos y sociales.

La responsable de los cambios que se dan en el cuerpo durante la adolescencia es una glándula que se encuentra en la base de cráneo, llamada hipófisis. La hipófisis produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Al llegar a la pubertad la hipófisis produce dos hormonas: la foliculoestimulante (FSH) y la luteinizante (LH) que actúan sobre los ovarios en las mujeres y sobre los testículos en los varones estimulando la secreción de hormonas sexuales (estrógeno y testosterona respectivamente) y la maduración de las células germinales (óvulos y espermatozoide).

En los varones, la influencia de las hormonas sexuales provoca cambios en su cuerpo y en sus genitales, así como la producción de los espermatozoides (células sexuales masculinas) en los testículos. Los estrógenos y progesterona provocan en las mujeres cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos, y la menstruación. Estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 y los 12 años, y en los varones entre los 12 y los 14 años.

Esto no quiere decir que en las edades posteriores el cuerpo no siga teniendo modificaciones, sino que es en este período cuando los cambios son más evidentes e intensos. Además, los procesos de la adolescencia no se viven de manera igual por todas las personas, así que es normal y posible que algunos(as) adolescentes experimenten estos cambios más temprana o tardíamente que el resto de sus amigos y amigas.

Principales cambios en los Hombres ¹³

- ✓ Aumento de estatura.
- ✓ Se ensancha la espalda y hombros.
- ✓ Disminuye la grasa en el cuerpo.
- ✓ Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- ✓ El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- ✓ La voz es más ronca
- ✓ Crecen los pechos (aunque casi no te das cuenta)
- ✓ Salen y crecen vellos en las axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis.
- ✓ La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- ✓ Crecen los testículos, próstata y pene
- ✓ Primera eyaculación. La primera recibe el nombre de Espermarquia.

Principales cambios en las Mujeres ¹³

- ✓ Aumento de estatura.
- ✓ Se ensanchan las caderas.
- ✓ Se acumula grasa en las caderas y muslos.
- ✓ Se notan más las curvas y la forma de la cintura.
- ✓ Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas).
- ✓ El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas).
- ✓ La voz es más fina.
- ✓ Crecen los senos.
- ✓ Sale y crecen vellos en las axilas y en el pubis.
- ✓ La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura.
- ✓ Crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero.
- ✓ Se presenta la menstruación. La primera recibe el nombre de menarca o menarquía.

Uno de los principales cambios que se viven en la adolescencia tiene que ver con la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, todos los cambios y la rapidez con que se viven, generan sentimientos de preocupación y ansiedad. ¿Será normal lo que me está pasando?, ¿por qué mi cuerpo se ve tan raro?, ¿por qué ahora me muevo con torpeza?, ¿les pasará lo mismo a otras/os?

Esta situación provoca una especie de aislamiento (pasar mucho tiempo a solas encerrado/a en el cuarto) y a la vez a una exploración constante del cuerpo. También surgen sensaciones de vergüenza e incomodidad, especialmente por la creencia de que las demás personas están muy pendientes de los cambios que se han experimentado. Esto también genera que se le dedique mucho tiempo y atención a la apariencia física, probando nuevas formas de vestir, peinarse, hablar, caminar, con la intención de mostrarse más atractivo/a y de ser aceptado/a.

La nueva apariencia no solo modifica la relación y la imagen que se tiene de una/o misma/o, sino que también produce cambios en las relaciones con las otras personas.

Otra situación que suele pasar es que se genere un distanciamiento físico entre el o la adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil en la que solían intercambiar besos, caricias y abrazos. Esta distancia física puede resultar muy dolorosa para ambas partes. Conforme va pasando el tiempo, y se logra conocer y explorar el cuerpo, las preocupaciones van disminuyendo y se va viviendo una mayor aceptación y comodidad corporal.

Hacia los últimos años de la adolescencia, generalmente se experimentan sentimientos de tranquilidad con respecto al propio cuerpo, lo cual permite una integración del esquema corporal. Es definitivo que la forma en cómo se viven y sienten todos estos cambios físicos, así como la reacción de las personas que nos rodean ante ese nuevo cuerpo, van a determinar la autoestima y el autoconcepto que tengamos de nosotras/os mismas/os.

Los y las adolescentes se interesan en problemas que no tienen que ver con su realidad cercana, desarrollan su capacidad crítica, piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfrutan de la capacidad de reflexionar y explorar sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas. Todo esto les permite tener posiciones propias las cuales defienden, y cuestionar a las personas adultas que ocupan algún lugar de autoridad, como los padres, madres o profesores.

En la adolescencia se re-construye la identidad, es decir, se busca la respuesta a la pregunta ¿quién soy?, mirando hacia atrás y reflexionando sobre las nuevas experiencias adquiridas. Este cambio no se vive solamente en la adolescencia, ya que la identidad no es estática, sino que a lo largo de toda la vida se continúa elaborando en ciertos momentos. Por ejemplo cuando se tiene un hijo o hija, cuando se llega a la tercera edad o cuando se da un movimiento social muy importante.

Las relaciones con las personas de la misma edad (grupo de pares) se vuelven muy importantes y necesarias, ya que estas permiten comprender mejor los cambios y vivencias que se tienen; encontrar un lugar propio en un grupo social; obtener apoyo y afecto; explorar conductas y destrezas sociales; expresar abiertamente sus deseos y necesidades.

Con el transcurrir del tiempo, y casi al acercarse a la vida adulta, la mayoría de los adolescentes logran más claridad con respecto a lo que desean, las posibilidades que tienen para llevar a cabo sus proyectos, y la forma en que lo harán.

c. Higiene Sexual

En los hombres

El momento del baño diario es la mejor oportunidad para asear adecuadamente el pene, en especial si no se está circuncidado. Se debe retraer todo el prepucio y eliminar la acumulación de secreciones que puede producirse en la base del glande (esta acumulación se denomina “esmegma”).

También es una excelente ocasión para palpar los testículos y detectar a tiempo cualquier pequeño “bulto” o mancha y consultar rápidamente con un especialista. El cáncer testicular tiene altísimas probabilidades de curación siempre que sea detectado en sus inicios y esto sólo es posible con una minuciosa revisión periódica.



⁹ Extraído de Salud Sexual y Reproductiva ,OPS: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm> en Noviembre del 2010, ¹⁰ Extraído de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/Seb11315a1.pdf en Noviembre del 2010, ¹¹ Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html> , ¹² Extraído de <http://www.latinsalud.com/articulos/00946.asp> en Noviembre del 2010

En las mujeres

La higiene personal deberá incluir una cuidadosa limpieza en el perineo (zona entre el ano y la vagina), así como entre los labios mayores y menores para evitar que posibles infecciones puedan llegar a los genitales internos; es conveniente utilizar jabón neutro (glicerina) para no provocar irritaciones.

También es oportuno que durante el baño la mujer se realice una minuciosa exploración de las mamas a fin de detectar protuberancias, bultos o nódulos que pudieran ser indicio de cáncer en las mama.

Tanto en el hombre como en la mujer, se recomienda ropa interior de algodón de colores claros, aseo diario de los genitales, con agua y jabón neutro (glicerina) y un secado adecuado de la zona de los genitales con una toalla de uso individual.

Para muchos especialistas en Salud Pública, la realización del PAP (Papanicolaou) o examen citológico es un aspecto de higiene sexual, pues de esta manera la mujer puede saber si posee o no alguna infección en el canal vaginal. Este estudio se debe realizar toda mujer que ya haya iniciado su vida sexual.

Para realizarse el PAP, no se deben tener relaciones sexuales durante las 48 hs previas al examen, no debe estar con la menstruación, ni realizar duchas vaginales, solo aseo genital externo. Lo ideal es realizarlo en la mitad del ciclo, es decir alrededor del día 14, luego de iniciada la menstruación,^{13 16}.

En el mismo concepto, el uso del condón es considerado un elemento de higiene sexual, pues disminuye las posibilidades de infecciones de transmisión sexual y protege la salud sexual y reproductiva de las personas.

d. Metodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos, son todos aquellos elementos que impiden la unión del óvulo con el espermatozoide, evitando así un embarazo. A continuación se presenta una clasificación básica de métodos anticonceptivos, así como su mecanismo de acción y efectos.

¹³ Extraído de <http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-psicologicos-y-sociales-en-la-adolescencia.html> en Noviembre del 2010
¹⁶ Extraído de <http://www.saludfemenina.com.ar/notas/300/papanicolaou-pap.htm> en Noviembre del 2010



BARRERA

Condón (Masculino -Femenino)	Evita el contacto de fluidos del cuerpo del hombre con el de la mujer, mediante un capucho de látex. Es el único que previene del VIH	No tiene contraindicaciones y es de fácil acceso.
Dispositivo Intrauterino DIU	Se coloca dentro del útero de la mujer, teniendo como principal mecanismo la inmovilidad de los espermatozoides.	Sólo un médico o enfermera pueden colocarlo y retirarlo. Dura de 3 a 5 años. Algunas mujeres presentan un mayor sangrado durante la menstruación.
Espemicidas	Vienen en cremas, pastillas y gel lubricante. Su acción es inmovilizar a los espermatozoides	Se recomienda su uso combinado y algunos condones ya vienen con espemicidas.

QUIRÚRGICOS

Vasectomía	Se evita el paso de los espermatozoides por los conductos deferentes mediante una intervención quirúrgica.	El varón sigue eyaculando semen, solo que su semen estará libre de espermatozoides.
Ligadura de Trompas	Se evita el paso del óvulo a través de las Trompas de Falopio mediante una intervención quirúrgica.	La mujer sigue menstruando solo que su menstruación estará libre de óvulo desechado.

HORMONALES

Pastillas Regulares	Son dosis de progesterona y/o estrógeno, que evitan la ovulación en la mujer	Vómitos, náuseas y mareos. No aumentan de peso, sí de apetito. Sólo un médico puede recomendar el tipo de pastilla y/o inyectable. No se recomienda en mujeres con presión alta/baja, que fumen o tomen mucho. Los inyectables no se recomiendan en adolescentes.
Inyectables	Tienen el mismo efecto que las pastillas regulares, solo que la aplicación es en una sola dosis y hasta 1 o 3 meses de duración.	
Pastilla Anticonceptiva de Emergencia - PAE	Son dosis derivadas de progesterona y se pueden usar hasta 5 días después de una relación sexual de riesgo (violación, rompimiento del condón, fallo del método). Su función es evitar la ovulación y si ya ocurrió, afectar la movilidad de los espermatozoides.	No tienen contraindicaciones y cualquier mujer en edad fértil puede usarlas. Se recomienda solo en casos de emergencias, su mal uso o uso continuado podría alterar el ciclo menstrual. Algunas mujeres podrían tener vómitos, náuseas y/o mareos, por máximo 24 horas.

DE ABSTINENCIA PERIODICA

Calendario o Ritmo	La mujer debe conocer su ciclo menstrual y reconocer la mitad del mismo, para saber qué día está ovulando y de esta manera no tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.	Para conocer el ciclo menstrual, la mujer debe estar familiarizada con su cuerpo y contabilizar cada mes, los días de su ciclo.
Moco Cervical o Billings	La mujer debe atender la zona de su genital y cuando ve el moco cervical (líquido sin color ni olor) entonces ahí evita la relación sexual para evitar un embarazo.	El moco cervical indica fertilidad en la mujer. Si el líquido vaginal tiene olor y color, entonces no es moco, sino un flujo indicador de infección vaginal.
Temperatura Basal	La mujer reconoce cuándo está fértil a través del aumento de su temperatura corporal, y va controlando todos los días al levantarse, antes de poner un pie fuera de la cama.	Este método en realidad es utilizado para facilitar un embarazo más que para evitarlo, pues la temperatura del cuerpo aumenta un día después de la ovulación.
Método de la Lactancia Materna - MELA	Es solo para mujeres que acaban de tener un parto. Deben amamantar de manera exclusiva y este proceso segrega una hormona en la mujer llamada prolactina que evita la ovulación.	Este método solo sirve hasta 6 meses después del parto, sin que haya habido menstruación y con amamantamiento exclusivo. Si ya hubo menstruación o si el amamantamiento no es exclusivo, el método no es recomendable.

Uso correcto del condón Masculino



1. Use un condón para cada acto sexual.



2. Antes de cualquier contacto, coloque el condón en la punta del pene erecto, con la parte enrollada hacia afuera.



3. Desenrolle el condón hasta la base del pene.



4. Luego de la eyaculación, mantenga el borde del condón colocado, y retírelo mientras el pene sigue erecto.



5. Elimine el condón usado de manera segura.

El condón debe ser guardado en un lugar fresco y seco donde no le dé directamente la luz del sol. Evitar el uso encimado de condones ya que el roce de materiales, hará que ambos se rompan. Solo utilizar lubricantes a base de agua. Para desechar el condón realizar un nudo en el extremo y arrojarlo en recipiente apropiado, no al inodoro.

e. Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), son aquellas afecciones que se adquieren principalmente a través de un contacto sexual con una persona infectada. La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en algunos casos los problemas de salud pueden ser mas graves en las mujeres y más aun si ella se encuentra embarazada. Su detección temprana facilita su curación y/o tratamiento adecuado, es por ello, que resulta muy importante, conocer sus síntomas más característicos.

Se presenta una clasificación sindrómica de las principales ITS:

Purulentas	Gonorrea (Péu - Purgación)	Mucho ardor y dolor al orinar. Secreción de un líquido amarillento a través de la uretra. Dolor y ardor durante las relaciones sexuales.
	Tricomoniasis	Principalmente en la mujer se presentan los síntomas: picazón intensa en los genitales, flujo amarillento-verdoso y de mal olor. A pesar de que el hombre puede no presentar síntomas, igual debe recibir tratamiento.
	Candidiasis (Flores Blancas)	Picazón intensa en los genitales, ardor para orinar, flujo blanco con aspecto de leche cortada con olor a moho.

Úlcero – Vegetantes	Herpes	Ampollas que luego se convierten en llagas y son muy dolorosas. Pueden presentarse en boca, genitales y/o ano.
	Chancroides	Se forman úlceras en los genitales de bordes regulares y son muy dolorosas. También se le conoce como chancro blando.
	Sífilis	En la primera etapa se presentan llagas sin dolor, a las 2-5 semanas de haber tenido la relación sexual. En la segunda etapa se presentan machas rojas en la piel, en forma de ronchas. Hasta esta etapa la sífilis es curable. Sin tratamiento puede afectar al sistema nervioso causando ceguera, locura, parálisis y hasta la muerte.

Sistémicas	VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)	El virus disminuye las defensas y puede desarrollar SIDA presentándose: pérdida de peso, fatiga extrema, fiebre y sudoración nocturna, diarrea frecuente, ganglios aumentados de tamaño, tos persistente y manchas púrpuras en la piel.
	VPH (Virus del Papiloma Humano) – Kyta	Las infecciones por este virus pueden presentarse en forma subclínica, es decir sin signos o síntomas. Cuando tiene una manifestación clínica produce el condiloma, cresta de gallo o verruga genital que pueden aparecer en los genitales, ano o boca. Las lesiones producidas por el virus son tratables. En la mujer el virus está muy relacionado con el cáncer de cuello uterino. Actualmente existen vacunas para prevenir los tipos más comunes de VPH relacionados al cáncer de cuello uterino y a los condilomas.

Dérmicas	Ladillas (Kype)	Son los piojos que se presentan en la zona púbica, producen bastante picazón.
	Sarna	Produce irritaciones y picazón en la zona afectada.
	Hongos	Existen de muchas clases, pero en lo general producen bastante escozor en la zona afectada.

Además de estar informado/a y de una adecuada higiene sexual, hasta hoy en día, el único elemento que previene de las infecciones de transmisión sexual, es el **pre-servativo o condón**.

f. VIH - Sida ¹⁴

VIH: El Virus de Inmuno-deficiencia Humana VIH, es un virus de la familia retrovirus que al ingresar al organismo destruye gradualmente a los glóbulos blancos, especialmente a los linfocitos T (T4 O CD4) que son células del sistema inmunológico, encargado de las defensas del organismo antes las enfermedades. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables. Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado.

Sida: El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección con VIH. SIDA significa que el sistema inmunológico está seriamente dañado. A menudo la persona ya ha sido diagnosticada con una infección que amenaza la vida o con un cáncer. Puede tomar hasta 10 años o más desde el momento inicial de la infección con VIH hasta llegar a ser diagnosticado con SIDA.

Transmisión del VIH: El VIH es transmitido cuando sangre infectada, semen, fluidos vaginales o leche materna entran al cuerpo a través de las membranas, mucosas del ano, la vagina, el pene (uretra), la boca, cortaduras, ampollas abiertas o lesiones en la piel. Cualquiera que esté infectado puede transmitir el virus, ya sea que tenga o no síntomas de SIDA.

El VIH se transmite más comúnmente a través de actividades sexuales sin protección. El sexo anal y vaginal son los más riesgosos. Con cada una de estas prácticas la pareja receptiva está en mayor riesgo. En sexo heterosexual, las mujeres corren mayor peligro de infectarse que los hombres.

El VIH también se puede transmitir al compartir jeringas o agujas para inyectarse drogas. Las personas que comparten la misma jeringa o aguja pueden transmitir el VIH en pequeñas cantidades de sangre que queden en la aguja o jeringa usada. También es riesgoso compartir los utensilios de cocinar droga o los algodones que usan para preparar las drogas antes de inyectar. Enjuagar las agujas y jeringas con agua y cloro reduce el riesgo de transmisión.

El VIH se transmite de una madre infectada a su hijo(a). Cerca de 1 en 5 bebés nacidos de mujeres infectadas con VIH queda infectado. El virus se puede transmitir durante el embarazo, al momento de nacer o durante la lactancia. Sin embargo, evidencia reciente indica que con tratamiento durante el embarazo se reduce el riesgo de transmisión vertical en unas dos terceras partes. Por ello se recomienda que todas las mujeres consideren hacerse la prueba antes de embarazarse.

¿Cómo se detecta en VIH/SIDA?

La forma de detección del VIH es a través del Test de ELISA, que es un examen de sangre que detecta los anticuerpos que genera el organismo frente al virus. Si el resultado es positivo se realiza un segundo Test de Elisa y se confirma con una prueba más específica, el Test Western Blot.

El Test de ELISA debe hacerse después de 3 meses del contacto sexual de riesgo; durante la espera debe optarse por la Abstinencia Sexual o utilizar de manera correcta y sistemática el condón.

¿Quién está a riesgo de infectarse con VIH?

Cualquiera puede quedar infectado/a con VIH. Es por ello que se deben evitar al máximo aquellos comportamientos que pongan en mayor riesgo para adquirir el VIH.

¿Cómo se previene la infección con VIH?

La principal forma de evitar la infección por VIH es utilizando de manera correcta y sistemática los condones de látex, cuya efectividad ha sido comprobada y es bastante alta. Otra de las formas para evitar la infección por VIH es abstenerse de toda actividad sexual penetrativa con otras personas. La otra forma segura es tener actividad sexual con una pareja que no esté infectada y que a su vez sea fiel.

¹⁴ Adaptado de : Conceptos básicos de VIH/ SIDA: http://www.geosalud.com/sida/sida_basicos.htm en Noviembre del 2010 .

g. Virus Papiloma Humano (VPH)

Definición

La infección genital por Virus del Papiloma Humano (VPH) es una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Existen más de 100 tipos o cepas diferentes de este tipo de virus, alrededor de 40 de ellos pueden infectar el área genital de hombres y mujeres pudiendo causar lesiones en el cuello de útero y cáncer cervicouterino. Se estima que un 80 % de hombres y mujeres sexualmente activos en el mundo se contagiaran del VPH en algún momento de sus vidas.

La sintomatología es muy variable, existe una forma sub clínica donde no hay signos y síntomas y una forma clínica donde se observan los condilomas o verrugas genitales que pueden presentarse en vulva, vagina, cuello uterino, pene, ano y boca.

Los virus del papiloma humano se clasifican en dos grupos: VPH de bajo riesgo que son los que producen el condiloma o verruga genital y los VPH de alto riesgo que son los que pueden producir cáncer de cuello uterino.

Al VPH se lo considera un factor necesario para el desarrollo del cáncer de cuello uterino de allí que es importante que se detecte su presencia.

Diagnóstico

Para detectar las lesiones ocasionadas por el VPH la mujer se puede realizar:

- El Papanicolaou o citología cervical;** esta prueba permite la extracción de las células del cuello uterino pudiendo detectar los cambios celulares producidos por el virus.
- La Colposcopia,** se utiliza el colposcopio para examinar el cuello uterino, vagina, vulva y ano con lentes de gran aumento aplicando una solución de vinagre (ácido acético). Las células anormales se tornan de color blanco cuando se aplica esta solución.
- El Test de HPV o Captura Híbrida II:** es un método de biología molecular que puede detectar la presencia del VPH de alto riesgo que es el que puede producir cáncer en el cuello uterino. Para este estudio se extraen células del cuello del útero.

En el varón, para detectar las lesiones, se realiza la citología exfoliativa del pene y la penescopia.

Prevención

La forma más segura de no adquirir el VPH es evitar el contacto genital con otra persona infectada. Los condones pueden reducir el riesgo de contraer el VPH pero no ayudan a prevenir la infección puesto que el virus puede estar presente en áreas que no están protegidas por el condón. Otras formas de contagio son los juegos sexuales y otras actividades distintas al coito.

La forma para adquirir el VPH es: tener relaciones sexuales vaginal, anal u oral a temprana edad, relaciones sexuales sin protección, tener muchas parejas sexuales, pareja sexual con múltiples parejas, contacto sexual con una persona infectada.

También es posible la transmisión del virus de la madre al hijo en el momento del nacimiento cuando el feto pasa a través del canal vaginal infectado.

Los productos que se utilizan durante la menstruación como los tampones puede arrastrar al virus desde la vulva al interior de la vagina. Las toallas femeninas pueden retener y transmitir al virus y la humedad y la absorción facilitan la transmisión.

Actualmente existen vacunas que previenen la infección del virus. Se recomienda que la vacuna sea aplicada en las mujeres antes de que hayan iniciado las relaciones sexuales. La aplicación de la vacuna en el varón aun sigue siendo estudiada.

Tratamiento

En la mayoría de las mujeres la infección por el VPH desaparece sola. Sin embargo algunas lesiones causadas por el virus pueden persistir y necesitan tratamiento. El tipo de tratamiento dependerá de la localización, número de lesiones, y del grado de cambios celulares producidos por el virus. El médico tratante será el que determinará el tipo de tratamiento más adecuado para la/el paciente, pudiendo ser tratamientos que pueden ser realizados en el consultorio hasta tratamientos quirúrgicos.

h. Sífilis

Definición

La sífilis es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por una bacteria llamada Treponema pallidum. Esta bacteria solo vive en los humanos.

Es transmitida a través del contacto sexual, ya sea por vía vaginal, anal u oral. También por el contacto directo con la lesión o herida húmeda de la sífilis. Las lesiones se les conocen como “chancros”, aparecen principalmente en los genitales y no presentan dolor. También puede pasarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano. Las mujeres embarazadas con sífilis pueden transmitir esta infección a sus bebés durante el embarazo, antes del parto, a esta forma de enfermedad se llama Sífilis Congénita.

Tratamiento

La sífilis tiene cura. Si una persona ha tenido sífilis durante menos de un año, la enfermedad se curará con una sola inyección intramuscular de penicilina (un antibiótico). Si una persona ha tenido sífilis por más de un año, necesitará de tres dosis de este antibiótico. En etapas avanzadas, como en Sífilis Terciaria, el antibiótico sigue siendo la penicilina. Lamentablemente el antibiótico no revertirá las lesiones ya ocasionadas. Las personas que reciben tratamiento contra la sífilis deben abstenerse de tener todo tipo de relaciones sexuales con parejas nuevas hasta que las lesiones sifilíticas hayan desaparecido por completo. Las personas que tienen sífilis deben ir al médico con sus parejas de manera que éstas también se sometan a pruebas laboratoriales y reciban tratamiento si es necesario.

Prevención

La manera más segura de evitar contraer la sífilis, es absteniéndose del contacto sexual o tener con una relación duradera, con una sola pareja a quien le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada. Evitar las situaciones que provoquen una conducta sexual de riesgo. El uso correcto y habitual de los condones de látex puede reducir el riesgo de contraer la sífilis, así como los herpes genitales y los chancros, solamente si el área infectada o el área de posible contacto están protegidas. Las ITS que causan chancros, úlceras o rupturas de la piel o de las mucosas, tales como la sífilis, rompen las barreras que protegen contra las infecciones. En el caso de la sífilis se hace más fácil transmitir y contraer la infección por VIH por vía sexual. Se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente la sífilis.¹⁶

¹⁶ Extraído de http://www.upch.edu.pe/tropicales/aidsits/Intranet/filesUp/15_32.pdf en Noviembre 2010.

¹⁷ Extraído de <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/lip3.html> en Noviembre del 2010

i. Violencia sexual

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo¹⁷.

Abuso sexual de niños/as y adolescentes

Es toda actividad sexual forzada y engañosa que una persona de mayor edad impone a un niño, niña o adolescente con el fin de gratificarse sexualmente, aprovechándose de que ellos aún no han alcanzado la madurez necesaria para entender claramente lo que está ocurriendo y sus consecuencias. El acoso sexual solo se da en personas mayores de edad, no existe en niños/as y adolescentes, ya que se tipifica directamente como abuso sexual.

Tipos:

No es solo la violación y la penetración, también puede ser psicológica y verbal. Incluye contactos físicos y no físicos como miradas, palabras, exhibición de láminas, fotografías o videos pornográficos, tocar o pedir ser tocado, desnudarse o desnudar, rozamientos o frotamiento de los genitales, masturbación frente a la víctima, besos y la explotación sexual.

Características:

Generalmente ocurre en el ámbito familiar; el abusador casi siempre es una persona muy cercana a la víctima a quien ésta ama respeta o teme.

Características:

- Falta de consentimiento
- Ambivalencia
- Fuerza
- Intención
- Secreto
- Culpabilidad

Algunos indicadores físicos:

- Dificultad para caminar o sentarse
- Dolor, hinchazón o comezón en el área genital
- Manchas de sangre o flujo en la ropa interior
- Heridas, inflamación, infección en los genitales
- Infecciones urinarias
- Ropa interior destruida

Indicadores emocionales y de comportamiento:

- Trastornos en el sueño (miedo a dormir solo, pesadillas, orinar en la cama)
- Desórdenes en la alimentación (no quiere comer o come excesivamente)

Indicadores emocionales y de comportamiento:

- Excesiva masturbación o interés exagerado sobre el sexo,
- Bajo rendimiento escolar
- Baja autoestima

Ante cualquiera de estas señales, hay que prestar ayuda a la víctima y denunciar el hecho. Callarnos, es ser cómplices de la Violencia Sexual.

j. Embarazo adolescente

Embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no planificados, y que pueden ocurrir por varios motivos superpuestos, siendo una de las causas más importantes la falta de información adecuada sobre la salud sexual y reproductiva, así como también la dificultad en el acceso a métodos anticonceptivos o la mala información sobre el uso de los mismos.

Podrían exponerse como causas:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- La falta de educación en salud sexual y reproductiva.
- Desconocimiento de métodos preventivos eficaces. Mala información sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
- La incomodidad por solicitar o adquirir los métodos anticonceptivos por miedo o vergüenza.
- Abuso sexual y/o situaciones de violencia.
- La inseguridad, la baja autoestima, los problemas familiares, no conocer temas de fertilidad, la falta de comunicación con los padres.
- Estar bajos los efectos del alcohol y/o las drogas.
- Pasar por nuevas experiencias. Presión del grupo social al que pertenece.

Consecuencias:

- Deserción escolar y laboral.
- Son frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal.
- Abortos espontáneos.
- Complicaciones debido a abortos provocados.
- La mortalidad en los nacimientos entre los hijos de madres menores.
- Nacimiento de hijos prematuros.
- Abandono del padre del futuro hijo.

Es de suma importancia, que la madre adolescente continúe regularmente los estudios obstétricos y neonatales. Así como también enfatice en una sana dieta alimentaría con los diferentes complementos vitamínicos necesarios para el desarrollo normal del embarazo. Del mismo modo, es importante el desarrollo de la vida emocional sana, evitando situaciones de estrés y tensiones.



III. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

a. Conceptos y fines de la Consejería

La consejería no consiste en dar consejos, ni en manipular a la persona para que haga lo que consideramos tiene que hacer, tampoco debe confundirse con una entrevista en donde únicamente se proporciona información.

Este concepto designa un conjunto de diversas prácticas que dicen relación con orientar, ayudar, informar y apoyar en toda su dimensión las necesidades de las personas.

Requiere de un espacio y un tiempo definidos; del desarrollo de un vínculo de confianza, y de la implementación de técnicas y habilidades de comunicación interpersonal.

La consejería constituye un proceso breve, focalizado y dirigido porque se centra en las necesidades del consultante en torno al tema particular que se trate, y porque busca resolver conflictos asociados a la toma de decisiones.

En esencia, la consejería, se visualiza como un proceso de apoyo a la persona para la toma de decisiones que conduzcan a una mejor salud sexual y reproductiva y a movilizar el tipo y calidad de apoyo social necesario.

El objetivo de la Consejería es:

Dar información sobre un tema específico y ayudar a la persona a clarificar sus pensamientos y/o emociones para lograr una posible solución al problema planteado.

El objetivo del presente Proyecto es:

Ofrecer un servicio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva entre pares, en un entorno amigable, tranquilo, respetuoso y seguro para adolescentes, bajo la supervisión de docentes capacitados y el apoyo técnico del MSPBS.

Importancia de la consejería para adolescentes

La adolescencia es un período en la vida del ser humano en la cual se experimenta una serie de cambios tanto en la parte física, social, como psicológica. En esta etapa muchos/as adolescentes, experimentan distanciamiento con sus progenitores y un mayor acercamiento con sus amistades, quienes en un buen porcentaje, suplen las necesidades de información.

Es por ello que se necesita utilizar estrategias que permitan reconocer las características de esta etapa y ofrecer información adecuada sobre salud sexual y reproductiva, a través de interlocutores que los propios adolescentes consideren válidos y agradables para conversar sobre su propia sexualidad.

Una de las principales estrategias, es que los consejeros adolescentes cuenten con supervisores capacitados para el efecto, y que sobre todo, respeten a los adolescentes como sujetos válidos para contribuir con la Salud Sexual y Reproductiva de sus pares.

b. Estructura básica del Proceso de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Existen muchas estructuras propuestas para desarrollar un proceso de consejería. En esta ocasión y considerando no sólo el público que acudiría al servicio de consejería sino también, a los propios consejeros/as, se propone un modelo de 5 pasos sencillos para su desarrollo:

1	2	3	4	5
Establecer relación cordial con el usuario/a	Identificar necesidades del usuario/a	Responder a las necesidades del usuario/a	Verificar entendimiento del usuario/a	Mantener relación cordial con el usuario/a
A	B	C	D	E
Crear ambiente adecuado	Conocer a los usuarios/as	Dar respuesta a las necesidades	Comprobar entendimiento de información	Establecer mecanismos de información

Estos sencillos pasos permiten que el proceso de consejería en Salud Sexual y Reproductiva se desarrolle de manera completa y sobre todo, de manera en que los/as adolescentes consultantes se sientan cómodos/as para regresar en una siguiente situación.

c. Perfil del Orientador/a Consejero/a ¹⁸

El/la consejero/a debe presentar determinadas características que permitan a las/os usuarias/os expresarse con libertad y confianza, durante las sesiones de orientación/consejería y tomar sus propias decisiones.

Conocimientos:

1. Estar capacitado y actualizado en orientación/consejería.
2. Estar actualizado en temas de salud sexual y reproductiva.
3. Conocer los derechos sexuales y reproductivos, el concepto y las implicancias de la aplicación del enfoque de género y de interculturalidad en salud.

Actitudes:

4. Respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
5. Respeto por las diferencias socioculturales (edad, raza, religión, educación, género y orientación sexual)
6. Estar motivado/a y comprometido/a.
7. Actitud de apoyo hacia los/as usuarios/as y la capacidad de mantener el carácter confidencial de la información que recibe.
8. Conciencia de sus propios valores, prejuicios, expectativas, capacidades y limitaciones.
9. Tolerancia de valores diferentes a los propios.

Habilidades:

10. Manejo adecuado de herramientas de la orientación/ consejería.
11. Diseño de herramientas de consejería con adecuación intercultural.
12. Saber comunicarse en un lenguaje claro y sencillo.
13. Saber escuchar.
14. Manejo de la comunicación no verbal.
15. Sensibilidad a los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad.

Cualidades del consejero/a en salud sexual y reproductiva

Escucha activa

- Prestar atención a todo lo que dice, hace y expone el usuario/a.
- El contacto visual hacia el usuario le indica que realmente estamos
- Interesados en lo que nos dice y le expresa que lo entendemos.

Respetar valores, creencias y estilos de vida

- Entender y aceptar a las personas tal como son.
- Respetar sus creencias.
- Respetar su preferencia sexual y estilo de vida.

Lenguaje claro

- Dar respuestas concretas que se ajusten a la situación personal.
- Utilizar términos sin tecnicismos.
- Proporcionar información clara.
- Corregir ideas erróneas de manera sensible.

Usar el silencio adecuadamente

- Aprovechar los silencios que haga el usuario/a, ya que le permiten reflexionar.

¹⁸ Ministerio de Salud del Perú. Manual de Orientación en Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2006

Lenguaje corporal

- Es importante que el consejero/a esté pendiente de las posturas y movimientos del usuario, en diferentes momentos de la consejería, permite darnos cuenta si está prestando atención y entendiendo la información.
- De igual manera debe el consejero registrar su propio lenguaje corporal, pues el usuario también hace su propia lectura, por lo que debemos tomar en cuenta: Tener contacto visual hacia el usuario: Indica nuestro interés, tener una postura corporal cómoda y relajada; evitar movimientos que demuestren inquietud o impaciencia; expresión facial: Evitar gesticular o una expresión rígida.

Preguntas abiertas e indagación

- Utilizar preguntas abiertas que estimulen al usuario a hablar.
- Evitar preguntas cerradas que sólo den cabida a “sí” o “no” como respuesta; así como a preguntas que empiecen con “¿por qué?”, ya que el usuario puede sentirse enjuiciado.
- Indagar para ayudar a que el usuario exprese sentimientos y nos brinde información más clara.
- Una forma adecuada de preguntar es:
- “¿Qué quieres decir cuando comentas que sólo usas condón con las personas que no conoces?”
- “¿Cómo te sientes después de haber tenido una relación sexual sin condón?”

Facilitar la resolución de problemas

- Hacer notar al usuario que tiene las herramientas necesarias y el potencial de elegir y decidir lo que más le conviene.
- Hacer notar las consecuencias de la decisión tomada.
- Recordar que el consejero está ahí para ayudar en el proceso del usuario, no para resolver y decidir.
- No pretender hacerse cargo de las situaciones y decisiones que sólo corresponden al usuario.
- Centrarse en un tema
- Evitar que el usuario/a se disperse, procurar que hable de un solo tema a la vez y fijar la atención en el tema que se está tratando.
- En caso de que el usuario tenga deseos de hablar de temas ajenos a la consulta, debe considerarse la posibilidad de referirlo a otros servicios.

Honestidad

- Hablar al usuario/a sobre su situación real, evitar simplificar o minimizar los hechos y no generar falsas expectativas.
- No dar al usuario falsas expectativas sobre su situación y mantenerlo en contacto con la realidad.

Congruencia

- Es la coincidencia y equilibrio entre lo que se piensa (ideología), se dice (palabra), se siente (emociones y sentimientos) y se actúa (conducta).

Aceptación

- Aceptar que las personas piensan, sienten y actúan de forma diferente. Respetar sus creencias, estilos de vida, costumbres, cultura y diversidad sexual.

Sensibilidad

- Es la capacidad de vivenciar las emociones que genera el usuario.

Empatía

- Situarse en la posición de la otra persona y comprender cómo se siente, “es ponerse en los zapatos del otro”; no debe confundirse con la lástima.

Creatividad

- Es el uso de los recursos profesionales que tiene quien da la consejería para facilitar el trabajo que realiza con el usuario.

d. Perfil del servicio de consejería en salud sexual y reproductiva

Al igual que el perfil de los/as consejeros/as, esas mismas características deben traducirse en la imagen del servicio. Es por ello, que cada consejero/a debe preocuparse por cumplir con el perfil de un/a consejero en Salud Sexual y Reproductiva, ya que al mismo tiempo, se encuentra representando al servicio.

Por otro lado, los adolescentes consejeros/as se convierten en modelos para sus pares y en representantes del servicio, por lo que su comportamiento social debe ser acorde a los valores y premisas de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, en el contexto de un servicio de Consejería. No son las instituciones las que hacen a las personas, sino las personas las que hacen a las instituciones.

e. Técnicas que ayudan a realizar la consejería ¹⁹

A continuación se describen algunas técnicas que pueden ser de utilidad en el proceso. Es importante considerar que no todas las técnicas funcionan en todos los casos y para todas las personas; por lo que es necesario utilizar la más apropiada para cada usuario/a.

Si bien las técnicas están especialmente diseñadas para los consejeros adolescentes, es importante que los supervisores estén familiarizados con las mismas, pues parte del trabajo de monitoreo tendrá que ver con la calidad del servicio que se ofrece y en ese sentido, supervisar las técnicas utilizadas por los/as consejeros/as.

Espejar

Reflejar elementos que el usuario está comunicando para que focalice su atención en ellos. El consejero puede intervenir de la siguiente forma:

Ejemplos:

- Consejero: “Cuando hablas de tu salud, bajas la voz...”
- Consejero: “Cuando decís que estás muy enojado, apretás las manos...”
- Consejero: “Incluso, cuando hablas de tu pareja, se te llenan los ojos de lágrimas...”
- Consejero: “Decís estar triste y te sonríes...”

¹⁹ CENSIDA – Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS, México 2006

Parafrasear

El consejero realiza una traducción de la información que recibe del usuario con el fin de clarificarla.

Ejemplos:

- Consejero: "Entiendo que me estás diciendo...."
- Consejero: "En otra palabras..."
- Consejero: "Suenas como...."
- Consejero: "Déjame ver si entiendo..."

Hacer Eco

Repetir en forma de pregunta algunas frases que el usuario diga durante la sesión; esto sirve para que la persona se escuche y se dé cuenta de lo que le sucede.

Ejemplos:

Usuario: "Tuve relaciones sexuales sin protección y no me preocupa, pero estoy aquí; ¿a qué se debe que estoy aquí?"....

Consejero: ¿A qué se deberá?

Usuario: "Soy muy responsable, pero esta vez no usé condón"

Consejero: ¿Sos muy responsable?

Reformulación propia del Usuario

Esta técnica es importante para que al consejero le quede claro si lo que le dice el usuario, es lo mismo que él entiende y percibe. De no ser así, podés pedir que exprese de nuevo la parte que no quedó clara.

Ejemplos:

Consejero: "Por lo que entendí, también tenés la necesidad de hablar sobre esto..."

Consejero: "Por lo que me has dicho hasta ahora, lo que más te preocupa es que se enteren en tu trabajo, casa, etcétera."

Normalización

Consiste en avalar o reconocer las emociones que siente el usuario en el momento, "aquí y ahora". El usuario puede manifestar sentimientos y emociones como ansiedad, temor, angustia, coraje o tristeza, por la situación que enfrenta. El consejero debe permitir la expresión de los mismos.

Ejemplo:

Usuario: "El sólo pensar que pudiera estar infectado me produce mucho miedo por no saber qué me va a pasar."

Consejero: "Es normal que te sientas así por no saber si estas infectado o no."

Confrontación

Actividad que desarrolla el consejero con los elementos proporcionados por el consultante, los cuales le permiten asumir la responsabilidad de una situación específica para luego enfrentarla.

Ejemplos:

Usuario: "Tuve relaciones sexuales sin protección y no me preocupa"

Consejero: ¿Si no te preocupa qué te hace estar aquí?

Usuario: "Estoy seguro que no tengo VIH, pero no me quiero hacer la prueba de ELISA".

Consejero: ¿Si estás tan seguro de que no tenés VIH, por qué no quieres hacerte la prueba?

Focalizar

Encaminar el diálogo del usuario a centrarse en un solo asunto, no permitir que se desvíe del tema, evitar que cambie su discurso a cada momento. Si el usuario insiste en salirse del tema conviene que el consejero ponga un límite claro y firme.

Ejemplos:

Consejero: "Me doy cuenta de que me querés hablar de muchas cosas, te pediría que te enfocaras en lo que te trajo aquí..."

Consejero: "Si me hablás de muchas cosas a la vez no te voy a entender..."

Consejero: "Por favor, hablame de lo que en este momento, aquí y ahora te molesta, preocupa o angustia..."

Sintetizar

Es resumir todo lo que se comentó durante la sesión. Sirve para aclarar el sentido de lo que escuchamos del usuario.

Ejemplo:

Consejero: "Me dices que tienes múltiples parejas sexuales y que no te atrevés a pedirles que usen protección en tus prácticas con penetración, porque no querés que piensen que "tenés SIDA", pero que te gustaría convencerlos para que usaran el condón ¿es así?"

Sondear

Tratar de conocer la información del usuario a través de preguntas dirigidas.

Ejemplos:

Consejero: "¿Cómo es eso...?"

Consejero: "Hablame más acerca de"

Consejero: "¿Qué consideras que pueda pasar, sí...?"

Resonar

Consiste en repetir la última frase o palabra dicha por el usuario, en tono de pregunta, con el fin de motivarlo a hablar.

Ejemplos:

Usuario: ¡Estoy aquí..., pero muy enojado!"

Consejero: ¿Enojado...?

Usuario: "Anoche tuve un encuentro sexual, y se me olvido usar el condón"

Consejero: ¿El condón?

Para beneficio del usuario, es importante que el consejero module su tono de voz.

f. Situaciones especiales de la consejería

Al igual que las técnicas de consejería, el supervisor debe estar al tanto de las posibles situaciones que un/a consejero/a podría enfrentar en el desarrollo de su trabajo. A los fines didácticos se describen situaciones y se orienta sobre cómo el consejero debería responder ante las mismas.

El supervisor/a deberá orientar constantemente al consejero/a y quizás ante situaciones no descritas aquí, deberá decidir qué respuestas son más apropiadas.

El consultante permanece en silencio

- Si él o la consultante está en silencio al comienzo de la reunión, intentá llamar su atención. Podrías decirle, por ejemplo: “Me doy cuenta que resulta difícil hablar sobre estas enfermedades”. Esto les pasa a menudo a los consultantes. Mirá a la persona e indicá empatía e interés con tus gestos. Esperá que responda.
- Durante la discusión, el silencio puede venir bien. A veces el o la consultante está pensando o decidiendo cómo expresar sus sentimientos o pensamientos. Da tiempo al consultante para pensar.

El o la consultante llora

- El consultante puede llorar por diferentes razones: para expresar tristeza, para ganarse simpatía, por estar tenso o nervioso, o para no seguir la discusión. No trates de suponer por qué las razones de sus lágrimas. Esperá un momento, y si continúa el llanto, podés decir que está bien llorar, que es una reacción natural. Está bien preguntar gentilmente cuáles son las razones.

El consejero/a no puede imaginar una solución para el problema del consultante

- El consejero/a puede inquietarse porque no está seguro qué sugerir. La función del consejero no es resolver todos los problemas.
- Mostrarse comprensivo. A veces esto es lo que el o la consultante realmente quiere.

El consejero/a no conoce la respuesta a alguna pregunta

- Decí honesta y francamente que no sabés la respuesta, pero que juntos pueden encontrarla. Consultá con un colega, un compañero de trabajo bien informado, a algún material de referencia y da al consultante la respuesta correcta, o derivalo al profesional de apoyo que corresponda.

El consejero/a comete un error

- Corregí el error y pedí disculpas. Es importante decir lo correcto. No es importante parecer perfecto. Cuando se admite un error, se muestra respeto por el consultante.
- Se honesto.

El consejero/a y el consultante ya se conocían

- Destacar el carácter confidencial de la consejería y asegurá el respeto por la privacidad.
- Si el o la consultante lo desea, disponer lo necesario para que lo atienda otro consejero/a

El o la consultante hace una pregunta personal

- En general, tratá de no hablar sobre vos mismo/a. No se debe desviar la atención fuera del consultante.
- No se tiene que contestar preguntas personales.
- La relación entre ambos es de índole profesional, no social.
- Si lo deseás, se puede describir qué le ocurrió a alguna otra persona, sin dar nombres ni decir que se trata de otros usuarios/as.
- A veces el o la consultante pregunta si el consejero/a tiene el mismo problema, para evitar esta confrontación, se puede decir algo como: “Conozco esa clase de situación. Contame algo más, por favor.”

El o la consultante quiere que el consejero/a tome la decisión

- Es posible que el o la consultante realmente te esté pidiendo ayuda. Podés hacerle preguntas como éstas: “Me parece que te resulta difícil llegar a una decisión. ¿Tal vez todavía no está preparado/a?, ¿Te gustaría que hablemos un poco más sobre esto?, ¿Necesita más información? ¿Más tiempo para pensar?, ¿Te gustaría hablar sobre esto con otra persona, quizá con tu pareja o tus padres?”
- Vos podés decir: “Puedo contestar tus preguntas y ayudarte a pensar acerca de tus opciones, pero vos conocés mejor tu vida. Las mejores decisiones serán las que vos mismo tomes.”

¿Cómo se puede “preguntar hábilmente”?

- Hablá en un tono de voz que denote interés, preocupación y cordialidad.
- Usá palabras que el consultante entienda. Hacé una sola pregunta a la vez. Esperá la respuesta con interés.
- Hacé preguntas que inciten a la persona a expresar sus necesidades.
- Usá palabras como “¿entonces?”, “¿y?”, “¡ah!”, para incitar a los usuarios a seguir hablando, cuando esto sea pertinente y no intrusivo.
- Cuando debas hacer una pregunta delicada, explicá por qué, por ejemplo, si preguntás acerca del número de compañeros/as sexuales es para averiguar el grado de riesgo de contraer ITS y/o el VIH.
- Evitá iniciar preguntas con “por qué” pues puede dar la impresión de que se está criticando al consultante.
- Si el o la consultante no ha comprendido, hacé la misma pregunta de otra manera.

Responder a los mitos que maneja el o la consultante

- Preguntá claramente a cada consultante, qué han oído y qué les preocupa acerca de las ETS/ITS y el VIH o SIDA. Estas preguntas pueden sacar a luz los mitos circulantes.
- Estate al tanto de las creencias tradicionales sobre la salud. Este conocimiento te puede ayudar a comprender los mitos. También puede ayudarte a explicar situaciones relativas a la salud de manera que los consultantes puedan entenderlas fácilmente. Averiguá qué necesita saber el o la consultante sobre la Salud Sexual y Reproductiva para confiar en las orientaciones que se podría efectuar, o a quién creará el consultante. Sugerí a los consultantes que acudan a otros miembros del equipo de atención de salud si no están seguros acerca de lo que oyen.

El/la consultante se pone agresivo/a

- Evitá la confrontación directa, la escalada de violencia generalmente se da cuando el estímulo agresivo es respondido. Podés manifestar que tu deseo es ayudar pero que necesitás colaboración de él/ella evitando comportamientos o expresiones violentas. Si sentís que la situación demanda mayor ayuda, podés llamar a tu supervisor.

Situación de Violencia Sexual

- Si el/la consultante manifiesta que es víctima de violencia sexual, se podría hacer la contención emocional del caso, pero es muy importante derivar a la persona a un profesional especializado ya que las víctimas de violencia sexual necesitan de una atención particular. En el proceso de derivación podés solicitar ayuda a tu supervisor.

²⁰ Ministerio de Salud de Chile. Manual de Consejería para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH. Elementos Básicos para la Consejería en Atención Primaria. Santiago de Chile, 2006

²¹ CENSIDA – Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS, México 2006

Homosexualidad del Consultante

- Si el/la consultante manifiesta su orientación homosexual y es otro el motivo de consulta, este dato representa tan solo un detalle de las características de la persona. Si la consulta es debido a sentimientos confusos debido a una práctica y/o sentimiento homosexual, se puede explicar que las conductas homosexuales son una variante más de la sexualidad humana y cada persona tiene derecho a vivenciar su sexualidad como mejor le parezca. Si, la preocupación persiste, derivar a un profesional especializado.

g. Síndrome de agotamiento ²¹

El llamado síndrome del “burn out” o síndrome de agotamiento profesional es un tipo de estrés laboral específico. Se le define como un proceso de agotamiento progresivo, físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. El síndrome de agotamiento es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar situaciones laborales negativas.

Causas que lo originan:

Factores personales

- El estrés del consejero se origina porque se identifica con la angustia del usuario y/o de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios, y/o por su dificultad para mantener una adecuada distancia emocional respecto a la problemática que enfrenta de manera cotidiana.

Factores institucionales

- La mayor causa de “burn out” es un ambiente laboral tenso, esto ocurre por: Sobrecarga laboral: Debida al excesivo número de personas que debe atender, esto provoca agobio; o por Burocratización excesiva: Suele perderse mucho tiempo en labores burocráticas.
- Escaso trabajo de equipo: No suele propiciarse la labor de equipo por parte de muchas instituciones u organizaciones, lo cual provoca la competitividad no sana.
- Falta de sintonía con las autoridades: Las autoridades no escuchan las necesidades y demandas de los trabajadores, lo que disminuye la calidad asistencial.

Manifestaciones

Físicas: Fatiga crónica, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, frecuentes dolores de cabeza y dolores musculares.

Emocionales: Irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, sentimientos de omnipotencia y sentimientos depresivos.

Conductuales: Actitud defensiva, agresión, cinismo y abuso de sustancias.
Relacionadas con el trabajo: Ausentismo, falta de rendimiento y disminución en la calidad del servicio que presta.

Interpersonales: Pobre comunicación con sus pares y/o superiores, aislamiento y falta de concentración.
Existen diferentes formas de intervención para prevenir el “burn out”.

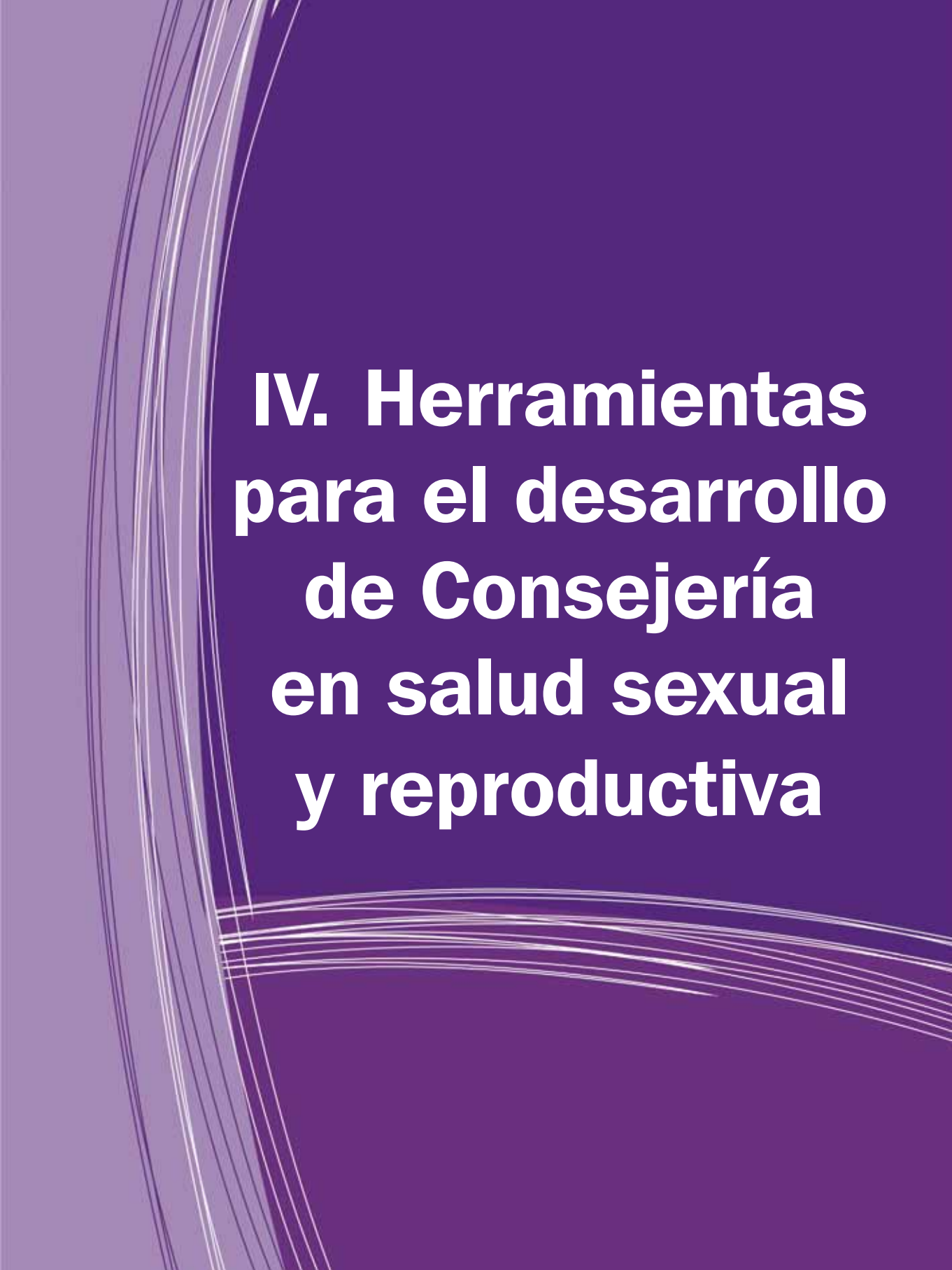
Institucionales

- Las circunstancias particulares de cada organización determinarán la forma en que se realice la intervención para modificar los aspectos nocivos del ambiente de trabajo. Se sugiere:
- Realizar un cuidadoso proceso de selección inicial del consejero y proporcionarle un adecuado entrenamiento antes de que inicie labores.
- Propiciar una atmósfera de apoyo y falta de tensión en el servicio, de manera que los miembros del equipo se sientan bien de ir a trabajar y respetados por el servicio que brindan.
- Encontrar mecanismos dentro de la institución para controlar factores de estrés.
- Alentar la comunicación fluida entre los miembros del equipo de trabajo para que se beneficien del soporte social normal entre compañeros.
- Propiciar reuniones de reflexión con los miembros del equipo de salud en las transiciones difíciles (recaída, entrada en fase terminal, muerte).
- Organizar una reunión periódica, establecida por los miembros del equipo, con el jefe máximo presente para discutir en forma libre y abierta, las políticas de servicio, dificultades interpersonales u otros puntos de conflicto actual o potencial, buscando obtener buenos resultados de la misma.
- Facilitar oportunidades para que los consejeros puedan tener supervisión con pares así como supervisión individual o grupal con profesionales experimentados en el manejo de estrés.
- Es importante que las instituciones implementen programas de capacitación con el propósito de que el personal conozca y desarrolle recursos de afrontamiento para detectar y enfrentar situaciones laborales o personales que los puedan llevar a situaciones de “burn out”.

Personales:

- Cuidar tu salud física.
- Identificar tus emociones, tratar de manejarlas y si es necesario buscar ayuda psicológica.
- Aprender a aceptar aquellas cosas que podés y las que no podés controlar.
- Aprender a decir “no” ante las demandas injustificadas de los usuarios sin sentirte culpable por no poder resolverlas.
- Aprender a ubicar los límites personales tanto de tiempo como de energía.
- Admitir cuando te sentís “agotado/a”.
- Evitar sobre-involucramiento con la problemática de los usuarios/as.
- Hacer conocer sus necesidades a sus pares y a los superiores, en especial cuando la falta de recursos lleva a un exceso de trabajo.
- Mantener canales abiertos de comunicación con colegas y arreglar las diferencias menores con ellos en cuanto surjan.
- Asistir a talleres para prevenir “burn out”.
- Conseguir apoyo de la pareja, amigos/as, familiares y compartir con ellos.
- Buscar un equilibrio entre tu vida personal y laboral.
- Aprender a utilizar técnicas de relajación para tu beneficio.
- **Y sobre todo mantener una actitud positiva y esperanzada ante la vida.**

²¹ CENSIDA – Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS, México 2006



IV. Herramientas para el desarrollo de Consejería en salud sexual y reproductiva

a. PLANILLA DE INFORME PARA CONSEJEROS/AS

Fecha: ____ / ____ / 2010

ID del/la Consejero/a: _____

DATOS DEL USUARIO/A

Edad: _____ años

Sexo: Masculino: _____

Femenino: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

INDICACIÓN: _____

SEGUIMIENTO: _____

• Ha tenido relaciones sexuales SI _____ NO _____

• Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales _____ años

• Número de parejas sexuales anteriores y/o actuales 1 _____ 2 _____ 3 _____ Otros _____

• Tipo de vínculo con la pareja (novio/a – amigo/a con derechos, otros)

• Tipo de prácticas sexuales (Oral _____ Anal _____ Vaginal _____)

• Orientación sexual (Heterosexual _____ Homosexual _____ Bisexual _____)

• Información sobre Sexualidad (Internet _____ Amigos _____ Otros _____)

• Actualmente presenta síntoma relacionados a Infecciones de Transmisión Sexual

SI _____ NO _____ Síntoma _____

• Intercambio de sexo por drogas y/o dinero SI _____ NO _____

• Uso sistemático del condón Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

• Conocimiento sobre el uso correcto del condón SI _____ NO _____

• Uso de métodos anticonceptivos SI _____ NO _____ Tipo _____

• Nro. de embarazos: _____ Nro. de abortos provocados: _____ Nro. de abortos espontáneos: _____

b. Esquema de un taller para prevención del síndrome de agotamiento

1. Saludo y Apertura.
2. Presentación de cada uno de los participantes.
3. Presentación de la definición y características del Síndrome de Agotamiento.
4. En una hoja y sin escribir el nombre, cada participante escribirá con qué características se identifica.
5. Las hojas se recolectarán y se pegarán en un pizarrón o por la pared.
6. Se elegirá la característica que más se repite, posteriormente y de manera circular, cada participante del taller deberá decir una forma en que cree esa característica puede ser prevenida. Luego de terminar con la primera característica, se irá recolectando las siguientes y así sucesivamente hasta haber mencionado cada una con su manera de prevención.
7. Se dará un espacio para que el participante que lo desee comente algún caso en particular que le esté produciendo síndrome de agotamiento.
8. Se analizará mediante lluvia de ideas si existen situaciones específicas en el espacio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva que estén ayudando a que se genere el síndrome de agotamiento y entre todos consensuar formas de solución.
9. Agradecimiento por la participación.
10. Cierre del Taller.

Observaciones: Es bueno recordar los signos de alerta del “burnt out” (Página 56), y si el facilitador no encuentra formas de resolución del problema, derivar a un profesional de la salud especializado.

c. Esquema para una reunión de consejeros/as

- Saludo e inicio de la reunión.
- Presentación de los consejeros, con sus horarios y días de servicio.
- Presentación de datos estadísticos del servicio de Consejería.
- Cada consejero informa de los casos que ha tratado y la forma de resolución.
- Entre todos se le retroalimenta (críticas constructivas) sobre el proceso desarrollado.
- Una vez terminado los informes, se analiza grupalmente los pasos a seguir de un caso ficticio.
- Se deja un tiempo para preguntas, comentarios o dudas que tengan los consejeros en relación al Servicio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Agradecimiento por la participación.
- Acuerdo de la siguiente fecha de encuentro y cierre de la reunión.

d. Recomendaciones para la disposición física del servicio de consejería

- Debe ser un espacio tranquilo.
- Limpio.
- Que brinde seguridad y privacidad
- De fácil acceso para los usuarios/as.
- Contar con una adecuada ventilación e iluminación, preferiblemente natural.
- Estar pintado con colores claros que reflejen la luz y brinden un ámbito cálido y amable para los usuarios/as.
- Garantizar la privacidad del usuario/a, tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones.
- Debe haber una silla para el consejero/a y otra para el usuario/a.
- Una mesa que posea una jarra con agua y un paquete de pañuelos.

e. Recomendaciones para la postura, vestimenta y lenguaje del consejero/a

- Sentirse cómodo con la realización del servicio.
- Demostrar esa comodidad en el andar, diálogo y al momento de sentarse.
- No confundir comodidad con relajación; el cuerpo relajado o demasiado cómodo en una silla puede indicar poca importancia hacia lo que el usuario está comentando.
- La vestimenta debe ser limpia, prolija y que denote compromiso hacia el servicio de Consejería que se realiza.
- Es importante comunicarse como se habla normalmente, hacer un esfuerzo por hablar de manera diferente resalta, y muchas veces puede ser una barrera en la comunicación.
- Si no se maneja las mismas palabras que el usuario/a, pedir clarificaciones, y si las diferencias son varias entonces una opción sería derivarlo/a a otro consejero/a que pueda entender al usuario/a.
- Evitar el uso de demasiado maquillaje o joyas para realizar consejería.
- También es importante, que de usarse algún perfume, el mismo no sea de un olor muy fuerte, que pudiese llegar a incomodar al usuario/a.
- Si el usuario/a se comunica en un idioma del que no se tiene completo conocimiento, es mejor derivarlo a otro consejero/a que sí maneje el idioma.

V. Lista de servicios de referencia

Clínica del Adolescente del CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población)

Avda. Perú 1284 casi Ana Díaz - Asunción - Paraguay

Telefax: (59521) 226195 - 220847 201567 – 204020 - cepep@cepep.org.py

Hospital de Clínicas

Dr. Montero 641 casi Lagerenza – Asunción - Paraguay

Teléfono: + 595 21 420 982

Hospital de la Cruz Roja Paraguaya

Teléfono: (021) 204 900

Hospital Materno Infantil Barrio Obrero

Avda. Yegros y 11 Proyectadas

Teléfono: (21) 372 989 – (21) 370099

Servicio de Atención a la Mujer – SEDAMUR – Secretaría de la Mujer

Orientación y asesoramiento de psicólogas y abogadas en forma gratuita para casos de violencia doméstica.

Dirección: Presidente Franco c/ Ayolas-Edificio Ayfra, Planta Baja.

Horario de Atención: Lunes a viernes, de 07:00 a 18:00 hs. (Horario continuado)

Teléfono: (021) 452 060/2

Secretaría de la Niñez y de la Adolescencia - SNA

Avda. Mariscal López 1.579 c/ Pitiantuta.

(+595-21) 207-160/2

Fono Ayuda de la SNA

147 es una línea telefónica gratuita para todo el país, a la que cualquier persona llama para hacer una denuncia de abusos y todo tipo de violencia hacia niñas, niños y adolescentes.

Teléfono: 147

CODENI de Asunción - Derechos de la Niñez y de la Adolescencia

1º piso del Bloque C de la Municipalidad de Asunción, ubicado en Mariscal López y Capitán Bueno. Lunes a viernes en el horario de 07:00 a 19:00 hs. y los sábados de 07:00 a 12:00 hs.

Teléfono: (021) 610-579

Hospital Neuropsiquiátrico

Avenida Venezuela y Gauto - Asunción

Teléfono: (021) 290 101

Servicio Telefónico de Atención Psicológica de Emergencia

Facultad de Filosofía – Policía Nacional de Asunción

Teléfono: 911

Ministerio Público – Fiscalía

Denuncias de Abuso Sexual – Coacción Sexual – Maltrato Intrafamiliar

Nuestra Señora de la Asunción 737 casi Eduardo Víctor Haedo – Asunción

Teléfono: (021) 415 5000

Centro de Orientación Psicológica – Universidad Católica de Asunción

Horario de Atención: lunes a viernes, de 13:00 a 18:30; martes y jueves, de 8:00 a 12:00.

Independencia Nacional y Comuneros - Asunción

Teléfono: (021) 441-044 interno 200

Servicio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Lic. Ariel González Galeano – Lic. María Rosa Appleyard Biscotti

Antequera 1164 e/ Rodríguez de Francia y República de Colombia

Teléfono: (0981) 227695 – (0994) 288792

VI. Glosario ²²

ABORTO: Interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación, puede ser espontáneo (natural) ó provocado.

ABSTINENCIA SEXUAL: Privarse total o parcialmente de satisfacer los deseos sexuales, puede ser por causa religiosa, voluntaria (anticoncepción), obligatoria (reclusión), etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COITO: Proceso de penetración del pene en el orificio vaginal o anal.

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

CONCEPCION: Fertilización de un óvulo por un espermatozoide, naturalmente suele ocurrir dentro de la Trompa de Falopio.

CUNNILINGUS: Forma de sexo oral que se basa en la estimulación de los órganos sexuales femeninos con la boca y lengua, por parte de su pareja.

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

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

DISFUNCION SEXUAL: Cualquier problema, que interfiere con la actividad sexual normal.

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

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

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

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA: Enfermedad infecciosa de los genitales internos femeninos, es potencialmente seria porque afecta a mujeres jóvenes y puede disminuir sus posibilidades de embarazo a futuro. Por lo general es el resultado de enfermedades transmitidas sexualmente no tratadas. (gonorrea, etc.).

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

EROTICO: Aquello relativo a el estímulo del deseo o tendiente al placer sexual.

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

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

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

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

EUNUCO: Hombre cuyos genitales externos han sido extirpados.

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

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

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

FEMINISMO: Corriente de pensamiento y movimiento social que demanda la igualdad de los sexos y el respeto de los derechos de las mujeres.

²² Adaptado de http://www.sexualidadpositiva.org/asmos/doc/pdfs/diccionario_sexualidad.pdf

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

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

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

FRENILLO: Ligamento que sujeta el prepucio al glande por la parte inferior del pene.

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

HEMBRISMO: Sobre exaltación de las características femeninas, considerando como mejor a la persona de sexo femenino.

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

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

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

INCESTO: Relaciones sexuales (heterosexuales u homosexuales) entre parientes muy cercanos, por ejemplo, entre padres e hijos, o hermanos.

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

LIBIDO: Impulso o deseo sexual.

MACHISMO: Sobre exaltación de las características masculinas, considerando como mejor a la persona de sexo masculino.

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

MASTURBACION: Estimulación de los propios órganos sexuales, la masturbación mutua se produce cuando ambos miembros de una pareja estimulan los órganos sexuales del otro.

MENARCA: Primera menstruación en la vida de una mujer.

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

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

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

PAIDOFILIA: Parafilia; actividad sexual entre adultos y niños.

PARAFILIA: Comportamiento sexual compulsivo; el psicoanálisis lo denomina perversión.

PEDERASTA: Actividades homosexuales entre hombres maduros y jóvenes.

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

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

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

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

POLUCION NOCTURNA: Eyaculación involuntaria durante el sueño, frecuente durante el desarrollo sexual (adolescencia) y asociada a muy escasa actividad sexual en el adulto.

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

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

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

PUNTO G: El punto Grafenberg, pequeña área dentro de la vagina que responde en especial a la estimulación produciendo sensaciones de placer en la mujer.

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

SADOMASOQUISMO: Forma de comportamiento sexual por el cual una persona siente placer en una variable combinación de sadismo y masoquismo.

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

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: Utilización de hormonas naturales o sintéticas para contrarrestar algunos de los efectos de la menopausia, por ejemplo la sequedad vaginal.

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

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

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

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

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

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

VIOLACION: Relación sexual llevada a cabo por la fuerza, sin mediar consentimiento por parte de uno de los integrantes de la pareja.

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

ZONAS EROGENAS: Aquellas partes del cuerpo que son especialmente sensibles a la estimulación sexual (Genitales, zona mamaria, etc.).

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

Contacto: www.vigisalud.gov.py

Tel: (595 -021) 222-012

REPRODUCCION

Métodos Anticonceptivos



higiene

VIIH

Infecciones



embarazo adolescente

reproduccion

Sífilis

VIOLENCIA SEXUAL

mujer

SEXOLOGÍA

Derechos

Violencia Sexual

TOLERANCIA

sida

VIIH

hombre

mujer

diversidad

