

NotiSASH

Marzo de 2007

Editora: Lic. Alicia Cortejarena

Para recibir este boletín semanal, envíe un mensaje a: secretaria@sasharg.com.ar

Contenido

- + Mucho trabajo poco sexo
- + Magia sexual
- + Sin excusas para disfrutar
- + La píldora del día después ya se distribuye gratis en todo el país
- + Una cuestión de salud
- + Principios y finales
- + Una ley para reglamentar los abortos no punibles
- + El sexo del cerebro
- + El proceso sexual
- + 8 de marzo. Día Internacional de la Mujer - Exigiendo derechos para una ciudadanía plena
- + Radiografía de la salud sexual en la Argentina
- + Cóndon femenino: El Ministerio de Salud evalúa su entrega en el sistema público
- + Los expertos aconsejan esperar un mes antes de mantener relaciones tras una circuncisión
- + Las fases del amor
- + Trastornos sexuales
- + Las mujeres caen presas de la violencia sexual en la niñez: OMS
- + Revelación: en la Argentina ya hay chicos seleccionados genéticamente
- + Interés docente por la educación sexual
- + Fases sexuales
- + Sexo en sitios insólitos
- + El debate en torno al condón arde antes de la visita del Papa
- + "El aborto es no punible en cualquier caso de violación"
- + La capital de México planea legalizar el aborto
- + Para frenar el repunte de las ETS en España se necesita más prevención y educación
- + Dobles penetraciones
- + Es "inaceptable" el nivel de muertes maternas en el mundo en desarrollo
- + Se duplicaron en cinco años los embarazos con óvulos donados
- + Las mujeres y las niñas, víctimas olvidadas del conflicto
- + La primera vez
- + Pubertad precoz: cuerpos adultos en niños pequeños
- + Argentina: celebridades participan en la lucha contra la trata de mujeres
- + El VPH sigue siendo un misterio para muchas personas
- + La anatomía del sexo
- + Guía pública para los abortos no punibles
- + La primera causa de infección por VIH en Europa es la relación heterosexual
- + La erotización de la infancia causa alteraciones físicas y psíquicas a medio y largo plazo
- + Guía de salud sexual para personas con VIH
- + Francia recomienda la vacuna frente al virus del papiloma humano entre los 14 y 23 años
- + Nuevo dispositivo anticonceptivo disponible para las mujeres
- + Hay alternativas para el PAP
- + Emisiones nocturnas
- + Monogamia
- + Dos de cada diez consumidores de viagra tienen menos de 20
- + El discreto encanto de la espontaneidad
- + Causas de los trastornos sexuales
- + Un Viagra para ellas y la vida empastillada
- + Orgasmos independientes
- + Aseguran que la circuncisión disminuye un 60 % la posibilidad de contraer sida
- + Varios lubricantes usados para desarrollar microbicidas podrían dañar las células del recto
- + La erótica de la fantasía

Mucho trabajo poco sexo

1.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

"No tenemos relaciones sexuales desde hace mucho, en el último año, quizá tres o cuatro veces...". Comentarios similares los escuchamos en parejas jóvenes, mayoritariamente sin hijos y que en apariencia gozan de una estupenda calidad de vida. Y efectivamente la sobre valoración de la apariencia es una de las claves que explican cómo realmente la pareja se ha ido dejando atrapar en una suerte de jaula dorada. Desde fuera y a la distancia de lo que entendemos por contactos y relaciones sociales -clientes, proveedores, jefes, empleados...- son percibidos como gente estupenda, responsables trabajadores, competentes, volcados plenamente en su trabajo... En fin, el brillo de la jaula deslumbra de tal forma que pocos ven más allá.

Y más allá, en la esfera de lo íntimo, la pareja se siente infeliz. En momentos de calma, cuando a alguno de ellos el ajetreo del estrés laboral le da un respiro, percibe un paradójico e incómodo malestar que fácilmente suele disipar ocupándose de alguno de los múltiples asuntos pendientes. Especialmente los fines de semana y sobre todo los domingos por la tarde suelen ser aburridos o deprimentes. No saben cómo, pero el trabajo de ambos se extiende con frecuencia al fin de semana, lo que les permite mantener su nivel de ocupación.

Las relaciones familiares, si persisten, han devenido en un trámite de comida familiar que está más cerca de la relación social que del vínculo íntimo. Los amigos existen, pero cuando se les pregunta se suelen dar cuenta que su trato, si cabe, es menos frecuente que el sexo, que no se prodigan. Ha habido un sutil y progresivo descuido de las amistades íntimas, éstas requisan tiempo, algo de lo que no suelen disponer...

El placer, no sólo, pero también el sexual, requiere pocas cosas, quizá poco más que tiempo. No mucho, pero sí una cotidiana disposición activa a concedernos momentos de disfrute. Este tipo de parejas fueron descritas como los 'DINK' -Double Incomes and No Kids- parejas con ingresos dobles y sin niños, y más recientemente desde el McGill University Health Centre (MUHC) propusieron el término 'TINS' -Two Incomes but No Sex- parejas con ingresos dobles pero sin sexo, que los describe más certeramente; la cuestión no es que no quieran tener niños porque saben que no disponen de tiempo para atenderlos, es que no tienen tiempo ni para el sexo.

Ser capaces de concedernos un tiempo cotidiano para gozar, tanto nosotros como con nuestra pareja, no sólo no es un capricho ocioso, sino que es una expresión de un saludable ritmo de vida. Mímate y, si la tienes, comparte el mimo con tu pareja, esa es la tarea más grata y mejor recompensada a lo largo de la vida.

Magia sexual

2.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

En la pareja sexual, los protagonistas suelen tener distintas habilidades, inclinaciones, respuestas, reacciones... En primer lugar, para que el sexo sea mágico se requiere que la participación de ambos miembros de la pareja sea de la forma más equilibrada posible.

El sexo expresa algo que puede comunicarse principalmente en el nivel erótico. Asimismo, es una de las formas más básicas para demostrar amor. Es una parte de nuestra vida que prácticamente tiene un efecto en cualquier otro aspecto de nuestras relaciones -por extraño que parezca-. Más allá de la recreación y de la procreación, el sexo es el tiempo, el lugar, los medios y el idioma con el que se puede conocer a alguien a un nivel diferente.

En una relación romántica, la otra persona nos hace sentir esa magia de la que hablamos. A través de nuestro contacto con ella, conseguimos sentir que somos una persona especial, más madura y mejor definida, con una serie de oportunidades para alcanzar la felicidad. Nuestra pareja tiene la capacidad de ayudarnos a sentir respaldo emocional, que somos valiosos, amados... La magia del sexo se produce en dicho contexto: sólo una pareja enamorada puede ofrecerla con toda esa profundidad y esos matices.

Un buen desempeño es uno de los caminos que pueden llevar a la permanencia de la compañía amada -así como a una relación amorosa duradera, con todas sus ventajas-. Convertirse en una buena pareja sexual tiene menos que ver con la agilidad física y más con la intimidad, las sutilezas y los detalles: Dar amor y placer a la vez -así como ser receptivos a los mismos-.

Atraverse a experimentar y dejarse llevar con el otro también tiene mucho de mágico. Muchas personas han sido educadas bajo la creencia de que ciertas prácticas sexuales son correctas o incorrectas. Nosotros decimos que el límite lo pone la pareja, y que cualquier práctica está bien, siempre que no se pongan en peligro o pongan en peligro a otros. Está bien imaginar y fantasear, pensar qué se quiere probar y tener la audacia de ponerlo en práctica. El sexo merece unos minutos de nuestra inteligencia y atención, la recompensa vale la pena.

Sin excusas para disfrutar

4.3.07 – La Nación

Cumplir cuarenta años suele tener un impacto simbólico en muchas mujeres. Para algunas es una oportunidad para replantear su vida; otras lo viven con cierto fatalismo. Pero, ¿qué pasa realmente con su erotismo, su sensualidad y su capacidad de seducción?

Marysol Antón

Algunas pueden vivirlo como una fatalidad, para otras es un nuevo comienzo. Lo cierto es que casi todas las mujeres que cumplen 40 años sienten que ese número las afecta de una u otra manera. Pero, ¿cómo repercute esto en su sexualidad?

“Es interesante la visión de la psicoterapeuta mexicana Déborah Legorreta. En su libro *La segunda adolescencia* analiza las similitudes entre la pubertad y el climaterio. Después de los 40 sigue habiendo muchas cosas por realizar, hay vida. Es una segunda oportunidad –afirma Diana Resnicoff, psicóloga clínica y sexóloga–. Los adolescentes experimentan una sensación de extrañeza, principalmente con el cuerpo, porque están en pleno cambio hormonal, igual que con la llegada del climaterio. Cuando se entra en la cuarta década se empieza a definir el proyecto real de vida.”

Según explica Andrés Flichman, médico psiquiatra, sexólogo clínico y director médico de Hemera, Centro de Estudios del Estrés y la Ansiedad, el panorama después de los cuarenta “está muy ligado a cómo vivió la mujer este aspecto durante los años anteriores. Si su vida sexual fue satisfactoria y gozosa (esto también depende de los compañeros, normas culturales y familiares, entre otros puntos), es difícil que se modifique, sobre todo porque los cambios hormonales no modifican tan significativamente el deseo, excepto puntos fácilmente solucionables como la lubricación”.

“Los cambios hormonales son notorios y el cuerpo empieza a pedir que lo atendamos, hasta hay variaciones psicológicas. Nos sentimos dueñas de nuestro ser, sabemos lo que nos gusta y lo que no. Es una etapa de plenitud; comienza la cosecha de lo sembrado –afirma con optimismo Resnicoff–. Además, hay una gran ventaja: todavía somos jóvenes y al mismo tiempo ya tenemos experiencia.”

“Es importante diferenciar la función reproductiva de la sexual y del deseo –aclara Flichman–. Se tiende a pensar que el fin de la primera es también la culminación de las otras dos.”

Manifestaciones clínicas

“La sexualidad femenina es compleja y a los ginecólogos nos preocupa. Las hormonas son sólo una parte de la solución. Hoy está enmarcada en un contexto amplio. Una de cada tres mujeres tiene disfunción sexual. Pero los tratamientos han avanzado y lo más importante es que ya contamos con herramientas para diagnosticar, como algunos cuestionarios que ayudan a clasificar qué tipo de disfunción sufre la paciente”, aclara Santiago Palacios, presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.

Palacios, que estuvo en la Argentina con motivo de la Jornada Internacional de Salud Femenina después de los 40, organizada por Halitus Instituto Médico, confiesa que el problema no radica solamente en que las mujeres no consultan ante la presencia de molestias o falta de deseo, sino que, si lo hacen, los ginecólogos muchas veces no saben qué contestar.

“Por suerte, esto está cambiando. Hasta ahora nos ocupábamos sólo del dolor. Si bien la permanencia de éste conduce a no tener apetencia, también comprendemos que las pacientes no son sólo una hormona; sabemos más sobre la excitación y se le da valor al goce y a las ganas de mantener relaciones.”

La testosterona, ligada al nivel de deseo sexual tanto en hombres como en mujeres, es producida por los ovarios, aunque está presente en una cantidad menor que en los varones. “Su falta provoca el llamado desorden del deseo sexual hipoactivo. Por eso, actualmente no sólo se tratan los síntomas de la menopausia con dosis de estrógeno. Ya existen parches de testosterona que se aplican dos veces por semana y liberan 300 microgramos por día”, aclara Palacios.

“Se realizó un estudio con 562 mujeres que demostró que las pacientes que recibieron testosterona vía parche transdermal experimentaron un aumento del 74% en la frecuencia de la actividad sexual total satisfactoria y del 56% en el deseo, siempre comparándolo con la evaluación inicial y con parte del grupo que sólo recibió placebos”, agrega.

De a dos

“Hacia los treinta y tantos o cuarenta años las mujeres aprendemos que la sensación de placer posencuentro es la que deja la huella mnémica para la próxima cita; es la piel la que guarda el registro de las caricias. Asimismo, las relaciones van más allá de la genitalidad, nos gustan el erotismo, la seducción y la sensualidad. Si alguno de estos tres pilares se cae, entramos en una rutina”, describe Resnicoff.

“En el consultorio muchas pacientes se quejan: Mi marido ya no me corteja como antes, pero esto es de a dos. Hay que cuidar la estética, es importante seguir arreglándose porque mantiene la autoestima en alto y ayuda a seducir. En la cuarta década ya se cuenta con más libertad para hablar de lo que nos pasa. Es necesario tener en claro que lo que no se expresa con palabras lo dice el cuerpo, y generalmente lo hace a través de las enfermedades”, advierte la sexóloga.

Pero los tiempos modernos también sugieren que muchas damas deciden ser madres cuando ya están cerca de los 40 años. “Incluso, con los cambios en los roles de género, en la actualidad la mujer soltera hasta una edad más avanzada tiene mayores oportunidades laborales”, afirma Flichman.

¿Dejan los embarazos secuelas en la vida sexual femenina? "Esto depende de dónde esté depositada la fortaleza, ya que el embarazo y el parto van dejando huellas en el cuerpo. Si la mujer basó su autoestima sólo en lo corporal, es probable que se sienta más insegura en cuanto a ser objeto de deseo", opina el profesional. Por último, todos los especialistas coinciden en que para hacer el amor hace falta tiempo y, por supuesto, tener un cuerpo sano. Así, prescindir de estímulos externos (apagar la televisión o desconectarse del celular por un rato) es una actitud saludable para seguir gozando de los momentos íntimos.

EL MINISTERIO DE SALUD LA ENTREGA EN HOSPITALES Y CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

La píldora del día después ya se distribuye gratis en todo el país

5.3.07 – Clarín

Sirve para prevenir embarazos no deseados. Figurará en el Programa Médico Obligatorio.

Valeria Román

El Ministerio de Salud de la Nación empezó a distribuir esta semana la píldora del día después, un método de anticoncepción hormonal de emergencia, en los centros de atención primaria y en los hospitales de todo el país. El método, que se usa para prevenir el embarazo no deseado, también será incluido en el Programa Médico Obligatorio, por lo cual las mujeres en edad fértil que tengan prepagas u obras sociales, podrán reclamarlo sin pagar un peso.

"La píldora del día después es un método anticonceptivo que ya se vende en las farmacias. Ahora, vamos a garantizar el acceso gratuito para todas las mujeres para prevenir tanto embarazos no deseados como abortos", dijo a Clarín el titular de la cartera de Salud, Ginés González García. "Hubo resistencias a este método porque la Iglesia Católica lo considera abortivo. Sin embargo, eso no es cierto. Hasta la misma Organización Mundial de la Salud lo aprueba y lo considera un método anticonceptivo".

El ministro afirmó: "La píldora del día después funciona para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo. Incluso, si ya se produjo la fecundación al momento de la toma, el método anticonceptivo de emergencia no actuará. En ese caso, no dañará al embrión ni a la mujer que lo use porque no es abortivo".

El método fue incorporado al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que fue aprobado por ley por amplísima mayoría en el Congreso en octubre de 2002 y que el año pasado suministró gratis preservativos, anticonceptivos hormonales orales e inyectables y el dispositivo intrauterino (DIU) a más de dos millones de argentinos.

La distribución nacional de la píldora del día después había sido demandada y respaldada por las organizaciones de derechos humanos y género y por las sociedades científicas. Ya varios gobiernos provinciales la habían incluido en sus programas de salud sexual y reproductiva.

Chaco incluyó un tipo de anticoncepción hormonal de emergencia en 1998. Otras provincias se sumaron después: Neuquén, Entre Ríos, Chubut, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Río Negro, y las ciudades de Rosario, en Santa Fe, y la de Buenos Aires, que compran y distribuyen alguno o los dos regímenes de anticoncepción hormonal de emergencia. El programa nacional busca que las mujeres accedan a la píldora independientemente de su situación geográfica y económica.

El programa nacional establece que una mujer que fue violada deberá recibir apoyo psicológico, legal y social, así como también los medicamentos necesarios para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, (como el VIH/sida), y del embarazo. En este último caso, se usará la píldora del día después.

En los hospitales y centros de atención primaria, las mujeres podrán acceder entonces a dos regímenes del método de anticoncepción de emergencia. Uno es el método de Yuzpe, que consiste en una combinación de píldoras anticonceptivas comunes preparadas en dosis elevadas.

Este régimen tiene un 77% de efectividad en la prevención del embarazo, si se lo usa dentro de las 24 horas posteriores a la relación sexual no protegida. La otra opción es el levonorgestrel, que viene en comprimidos y que tiene una efectividad del 95%.

En 2006 se vendieron 360.000 unidades en las farmacias. En los hospitales públicos y centros de atención primaria habrá más de 420.000 unidades gratis este año. Para difundir su uso, se está brindando capacitación a los médicos y guías de usuarias a las organizaciones sociales vinculadas con la temática.

¿Es posible algún "contraataque" contra la píldora del día después? "Puede ser —contestó González García—. Pero tenemos en claro que su incorporación al programa nacional forma parte de una política pública de salud sexual y reproductiva, que persigue la igualdad de oportunidades en el acceso a los métodos anticonceptivos. El presidente (Néstor) Kirchner, dijo la semana pasada en el Congreso que habíamos dado un gran paso de madurez en este tema. Considero que la píldora del día después es otro escalón más en esa dirección".

Aborto: cifras alarmantes

En la Argentina, el aborto es legal en muy pocas situaciones. Ahora, un equipo de investigadores, coordinado por Silvina Ramos y Edith Pantelides, con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación, llevó a cabo un estudio que permitió estimar la cantidad de abortos anuales siguiendo metodologías avaladas internacionalmente. Por un lado, del cálculo basado en las estadísticas de egresos de los hospitales por complicaciones por aborto resultó que hubo al menos 460.000 abortos anuales en el año 2000. En cambio, al hacer otro tipo de cálculo, usando un

método llamado residual, se estimó que se produjeron entre 314.000 y 595.000 abortos anuales entre 2004 y 2005. Este cálculo tuvo en cuenta, entre otros parámetros, la fecundidad, la prevalencia de uniones, el uso de métodos anticonceptivos y la infertilidad postparto.

Un método anticonceptivo sin contraindicaciones

1 ¿Qué es la "píldora del día después"?

Es un método anticonceptivo hormonal de emergencia que previene un embarazo no deseado. Puede ser utilizado el mismo día de la relación sexual no protegida o dentro de los cinco días posteriores a la relación.

2 ¿Está aprobado en el mundo?

Sí, la anticoncepción hormonal de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y la mayoría de las agencias sanitarias regulatorias, como la Administración Nacional de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, donde es de venta libre.

3 ¿Cuándo se puede recurrir a este tipo de anticoncepción?

Las situaciones de emergencia puede ser: relación sexual sin uso de método anticonceptivo; uso incorrecto, accidente o falla potencial de un método anticonceptivo, como la rotura del preservativo o la expulsión completa o parcial del DIU; o el uso incorrecto de la anticoncepción hormonal inyectable.

4 ¿Quién puede usarlo?

Es para toda mujer en edad reproductiva, tanto adultas como adolescentes, que hayan tenido una relación sexual sin protección y no quieran quedar embarazadas. No posee contraindicaciones.

5 ¿Es abortiva?

No, la anticoncepción hormonal de emergencia actúa interfiriendo en el proceso ovulatorio y/o alterando la función espermática. Así, impide la fecundación. El método no dañará al embrión ni a la mujer, si ya se ha producido la fecundación al momento de su utilización.

Qué es y cómo actúa

Es un anticonceptivo de emergencia que impide el embarazo luego de una relación sexual.

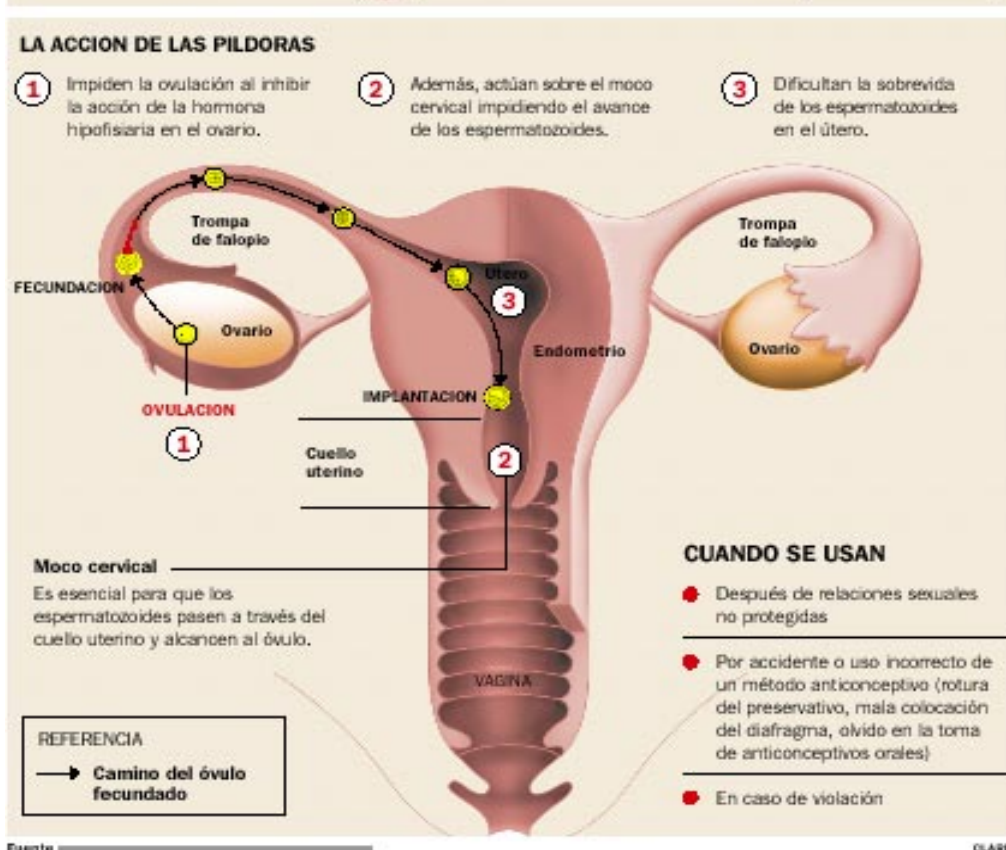
COMO SE USA
Son dos pastillas:

Primera pastilla
Debe tomarse dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales. Su eficacia aumenta cuanto antes se la tome.



Segunda pastilla
Debe tomarse 12 horas después de la primera.

Droga
LEVONORGESTREL
0,75 mg



A partir del pedido de aborto realizado por una chica de 14 años violada por su padrastro, el ministro de Salud bonaerense reclamó la fijación de un protocolo médico que impida la judicialización de esos casos. Los especialistas analizan las consecuencias del fallo.

Mariana Carbajal

Tras el sorpresivo desenlace del caso de la chica de 14 años, que perdió espontáneamente el embarazo producto de una violación mientras esperaba una autorización judicial para interrumpirlo, distintas voces se alzaron para reclamar una reglamentación de los abortos no punibles en los hospitales públicos, con el objetivo de evitar su “judicialización” y, al mismo tiempo, brindar “seguridad jurídica” a los médicos. El ministro de Salud bonaerense, Claudio Mate; la titular del Inadi, María José Lubertino, y juristas de la talla del flamante vicepresidente de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Víctor Abramovich, coincidieron en la necesidad de fijar un protocolo médico, pero discreparon sobre quién debería elaborarlo, entre la propia Justicia, el Congreso y los ejecutivos provinciales. El expediente abierto a partir del drama de la adolescente marplatense tiene otros alcances que hasta ahora pasaron inadvertidos: la Cámara Civil de Mar del Plata dejó en claro, con abundantes fundamentos, que “cualquier mujer violada, no solo las que tengan una discapacidad mental, tienen derecho a un aborto”, destacó el abogado constitucionalista y profesor de la UBA Andrés Gil Domínguez. De lo que se desprende que cualquier reglamentación debería contemplar este supuesto, para que ninguna otra mujer como V.O. tenga que padecer los tiempos judiciales para interrumpir un embarazo gestado en una relación forzada. La Suprema Corte bonaerense deberá decidir en las próximas horas –probablemente en el día de hoy– si da por cerrado el caso de la adolescente marplatense, al no existir ya el objeto de discusión (el embarazo) o si, por el contrario, a pesar del aborto espontáneo que sufrió V.O. se expide por considerar que mantiene interés público y merece un pronunciamiento del máximo tribunal provincial, para evitar que otra situación similar se debata en los tribunales (ver aparte). Este punto es de gran trascendencia porque los hospitales públicos suelen exigir una autorización judicial a las mujeres que reclaman un aborto no punible, a pesar de que en el Código Penal no se exige ese permiso de los tribunales. De hecho, cuando la madre de V.O., después de denunciar el abuso sexual que había sufrido su hija en el Juzgado de Menores N° 1 de Mar del Plata, fue al Hospital Interzonal Materno Infantil de la misma ciudad para que le interrumpieran el embarazo, el jefe de Obstetricia le dijo que si su hija “no era idiota o demente no iba a poder efectuarse un aborto”, salvo que obtuviera “una orden judicial”, según consta en el expediente judicial. Así está narrado en el fallo de la Cámara Civil. El tribunal de segunda instancia, integrado por los jueces Roberto Loustaunau, Ricardo Domingo Monterisi y Nélide Zampini, no sólo considera que el caso de V.O. se encuadra en el inciso 1° del artículo 86 del Código Penal, es decir, que se trata de un aborto terapéutico porque la continuidad de la gestación causaría daños graves en la salud psíquica de la chica, ratificando así el inédito fallo de la jueza de Menores Silvina Darmandrail, que definió en términos amplios el concepto de salud como lo fija la Organización Mundial de la Salud. El fallo de la Cámara Civil va más allá: también considera que se encuadra en el inciso 2° del artículo 86, porque se trata de un embarazo generado en una violación. De esta forma, despeja las dudas que siempre se han suscitado en torno de este inciso: “El fallo de la Cámara nos dice que el artículo 86 inciso 2° es para cualquier mujer que es violada, y no únicamente para aquellas que tengan una discapacidad mental. Y podrán interrumpir el embarazo en cualquier momento de la gestación, porque el Código Penal no establece límites”, explicó el constitucionalista Gil Domínguez, en diálogo con Página/12. “Tanto el fallo de primera instancia como el de segunda han establecido que conforme a los tratados internacionales y a la Constitución Nacional, si bien la protección a la vida comienza a partir de la concepción, la interrupción del embarazo por parte de una mujer que ha sido violada implica el ejercicio de ciertos derechos de la mujer que tienen mayor jerarquía que el derecho a la vida desde la concepción”, clarificó el profesor de Derecho Constitucional, autor de varios libros sobre el tema. Sólo los fallos de la Corte Suprema de la Nación son de cumplimiento obligatorio para los tribunales inferiores. Sin embargo, sentencias como la de la jueza de Menores y de la Cámara Civil van marcando una nueva tendencia. “De alguna manera, fallos como el de Mar del Plata van abriendo un camino. Si bien no tienen obligación jurídica, tienen obligación moral. Aquel que diga lo contrario debe dar argumentos bien justificados”, indicó Gil Domínguez al ponderar tanto el fallo de Darmandrail como la sentencia de la Cámara Civil de Mar del Plata. Los camaristas consideraron que el caso V.O. no debería haberse “judicializado”, es decir, que el hospital tendría que haber accedido a practicarle el aborto sin exigir una autorización judicial, porque se daban los supuestos previstos en el Código Penal para considerarlo no punible. No obstante, en el fallo se comprende la actitud temerosa de los médicos. “Si ante una práctica normal y habitual, desde un diagnóstico hasta una intervención común, los médicos sufren diariamente el temor de resultar demandados y verse inmersos en un pleito de impredecibles consecuencias, ¿con qué fundamento hemos de decirles que practiquen sin diligencia judicial previa un aborto que luego veremos si los condenamos o no penalmente? ¿Cuál es la razón que nos permite exigirles que pongan en riesgo su trabajo, su matrícula, su tranquilidad, su salud y su futuro?”, escribió el camarista Loustaunau en su voto. Referentes de distintos ámbitos, consultados por Página/12, coincidieron en que para resolver esta encrucijada es necesaria una reglamentación de los abortos no punibles en los hospitales públicos. Se trata de un reclamo que vienen realizando hace más de un año las cientos de organizaciones de mujeres de todo el país que impulsan la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. Pero no hay acuerdo en cuál de los tres poderes –Ejecutivo, Legislativo o Judicial– debería fijar el procedimiento a fin de que lleve tranquilidad a los médicos. La titular del Instituto Nacional contra la Discriminación (Inadi), María José Lubertino, coincidió con el flamante vicepresidente de la CIDH, Víctor Abramovich, en que la mejor vía es una reglamentación a nivel de los ministerios de Salud de

cada provincia. “Un protocolo que les diga cuáles son los supuestos en los que deben actuar, que no deje dudas, impedirá que por la falta de certezas se lleven estos casos a la Justicia, generando una situación grave en las personas que no pueden acceder al derecho de abortar cuando la ley lo autoriza”, consideró el ex director del CELS en una entrevista con Página/12, desde Washington, donde participa de las sesiones de la CIDH. “Hay que darles pautas claras a los médicos”, opinó en la misma línea Lubertino. “Debería fijarse un protocolo de atención como ya hay para atender a las mujeres víctimas de violencia sexual”, agregó la abogada feminista. Para el ministro de Salud bonaerense, no alcanza con una resolución administrativa. “Hay que normatizar cómo deben actuar cuando el embarazo es producto de una violación. Hay que establecer qué hacer, pero no alcanza con una resolución administrativa del Ministerio de Salud. Porque el médico no puede interrumpir ese embarazo admitiendo sólo el testimonio de la mujer que dice que fue violada. Tal vez se puede establecer que la mujer firme un acta bajo su responsabilidad, o que se le exija que haga la denuncia ante la Justicia, sin esperar que el caso se compruebe. Yo no les puedo pedir conductas heroicas a los médicos”, opinó Mate en declaraciones a este diario. Para el funcionario bonaerense debería ser la Justicia, cuando falle en tres o cuatro casos más como el de V.O la que “deje tranquila a la corporación médica de que no habrá una arremetida judicial (por practicar abortos no punibles)”. Un alto funcionario de la Suprema Corte provincial, en cambio, se inclinó porque sea una ley del Congreso la que determine las pautas de actuación médica en los casos de abortos no punibles. Al menos dos proyectos con ese espíritu tienen actualmente estado parlamentario. El debate está abierto. Juristas, médicos, legisladores y funcionarios deberán acordar el mejor mecanismo para que se ponga fin al círculo vicioso por el cual los hospitales exigen una autorización para un aborto no punible y la Justicia responde que no es necesario darla.

Los pasos de la Corte

Altas fuentes de la Suprema Corte de la provincia señalaron ayer a Página/12 que es más probable que los ministros del máximo tribunal den por cerrado el expediente del caso V. O. sin pronunciarse, luego de que la chica de 14 años sufriera el viernes la pérdida espontánea del embarazo que quería interrumpir. En términos jurídicos, “la cuestión se volvió abstracta”, al desaparecer el objeto de discusión, es decir, la gestación producto de una violación. No obstante, las mismas fuentes aclararon que podría existir la posibilidad de que los jueces quieran aprovechar el polémico caso para dejar en claro si encuadra o no dentro de los supuestos de no punibilidad contemplados en el artículo 86 del Código Penal, para futuras situaciones similares.

Hay algunos casos que llegaron a la Corte Suprema de la Nación que, a pesar de haberse vuelto “abstractos”, fueron motivo de fallos por considerar los miembros del máximo tribunal del país que mantenían interés público para dejar sentada su posición. Uno de ellos fue el caso de un paciente testigo de Jehová que se negaba a recibir una transfusión de sangre, a pesar de que su cuadro clínico lo requería, porque sus creencias religiosas se lo impedían. Tras un largo camino judicial, el expediente llegó cuatro años después a la Corte, cuando el paciente obviamente ya no estaba hospitalizado. Pero el máximo tribunal sentenció de todas formas, en 1993, y estableció que los profesionales de la salud deben respetar la voluntad del paciente y su negativa a tratarse e internarse. Esta jurisprudencia, conocida como caso “Bahamondez”, por el apellido del paciente, sirvió a los médicos para saber cómo actuar ante la negativa de otros testigos de Jehová de recibir una transfusión de sangre. Algo similar podría ocurrir con el caso V. O.

Qué dice el fallo

El fallo de la Cámara Civil de Mar del Plata sobre el caso V. O. dejó en claro, una vez más, la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal, y a la vez despejó dudas en torno del alcance de su inciso 2º: cualquier mujer, y no sólo aquella que sufra una discapacidad mental, tiene derecho a un aborto si la gestación es producto de una violación.

Además, en consonancia con el fallo de la jueza de Menores Silvina Darmandrail, la sentencia confirmó que la salud puede ser tanto física como psíquica y por ello “puede considerarse el aborto practicado en un caso de embarazo proveniente de una violación como una hipótesis más de riesgo para la salud de la gestante”. En esta argumentación, el camarista Roberto Loustaunau mencionó en su voto una cita del ministro de la Corte Suprema de la Nación Eugenio Zaffaroni.

Frente a quienes argumentan que por encima del derecho al aborto de la mujer violada debe primar el del feto por nacer, el fallo es contundente. El voto de la camarista Nélica Zampini se explaya sobre el asunto de la siguiente forma:

“La columna vertebral del sistema interamericano de protección de los derechos humanos, me refiero concretamente al Pacto de San José, prescribe en su art. 4.1 que este derecho fundamental ‘estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción’, esto significa que para el Pacto el concepto del derecho a la vida no es de carácter absoluto, admitiendo excepciones a la regla general de protección. Esta cuestión fue motivo de análisis por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con motivo de la denuncia formulada en el año 1977 contra los Estados Unidos de América y el Estado de Massachusetts, por violación al derecho a la vida, conocido como el caso ‘Baby Boy’, a raíz de una sentencia dictada por la Corte Suprema del país del norte, y que absolviera al médico que, con consentimiento de la madre, practicara el aborto, y que impidiera la vida de ‘Baby Boy’. En la resolución de ese caso, al realizar la Comisión un pormenorizado estudio de los trabajos preparatorios tanto del art. 1 de la Declaración Americana y del Pacto de San José, en

relación con el derecho a la vida, y en particular de la inserción de las palabras 'en general' en el art. 4.1 de este último, se señaló que dicha expresión tuvo por objeto permitir la subsistencia –por no incompatibilidad– de la preexistencia de aquellas legislaciones nacionales que no son restrictivas de abortos en especiales situaciones. En particular referencia a estas 'especiales situaciones' se mencionan en el informe (párr. 19 "e" y "f") –entre otras– cuando sea necesario para salvar la vida de la madre o, para interrumpir la gravidez de una víctima de estupro, individualizándose al art. 86 de nuestro Código Penal como un claro ejemplo en ese sentido."

"Es de destacar que siendo la Comisión Interamericana uno de los dos órganos competentes para supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados partes en el Acuerdo de San José (art. 33) –advierte la camarista Zampini–, sus informes deben servir de guía para la interpretación de la Convención por parte de los jueces nacionales en los casos que les toque decidir."

Principios y finales

5.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Comparativamente hablando, quizás sea más interesante analizar cómo se separan las parejas que cómo se conocen. Es verdad que la gente suele hablar mucho más sobre las separaciones que sobre los principios de las uniones.

Los principios y los finales de una relación de pareja suelen estar cargados de intenciones –aunque sean de distintos tipos–. Los principios pueden ser complicados pero la ilusión consigue facilitar su devenir. En muchas novelas y películas se muestran las múltiples y variadas peripecias que tiene que superar una pareja para terminar unida. Luego de eso se dice y se supone que 'vivieron felices y comieron perdices por siempre y para siempre'. Cuando en realidad, la convivencia de la pareja es la prueba de fuego en la relación. Ésta suele determinar si va a funcionar y a sobrevivir, además de la ya cruda prueba del paso del tiempo.

Hoy en día es posible crear contactos y conocer a parejas potenciales de las formas más sencillas que ha habido en la historia de las relaciones. Los tablones de anuncios virtuales proliferan, Internet y los millones de foros que hay por el mundo hacen los principios cada vez más comunes y sencillos. Así, las formas en que 'Chico conoce a Chica' –o 'Chico a Chico', o 'Chica a Chica'– pueden ser cada vez más insólitas.

Los finales también pueden formar historias extraordinarias. Las razones por las que una relación tiene que terminar o interrumpirse pueden ser variadas y hasta fascinantes. Sin embargo, también es cierto que no siempre los miembros de la pareja tienen una clara idea de qué es lo que pasa. A veces pueden sentir confusión acerca de cómo proceder para disolver –de la mejor manera posible– la que hasta entonces era una historia conjunta. La vida de uno de los miembros de la pareja tiene tanto que ver con la del otro, que es aconsejable que la separación se lleve a cabo cuidadosa y pausadamente. "En tiempo de lluvias no hagas mudanza", reza el dicho. Y en este caso, resulta especialmente cierto.

Desde nuestra perspectiva como sexólogos, creemos importante que la separación de la pareja sea amigable y que, si es posible, se lleguen a acuerdos con los que ambas personas se sientan satisfechas. Lo deseable sería que al perder la pareja no se perdiera también a la persona amiga. Hay muchas formas de terminar.

Las peores situaciones se generan cuando se deja pasar mucho tiempo antes de aceptar que llegó el final. Cuando se deja pasar tanto tiempo, los resentimientos crecen y con ellos la crispación y la ira. Y cuando la pareja está al límite, la gota que desborda el vaso, puede suponer un abrupto y triste final que esa historia de amor no se merecía.

Una ley para reglamentar los abortos no punibles

6.3.07 – Página 12

Un proyecto presentado en la Legislatura bonaerense procura reglamentar los casos en que el Código Penal habilita la interrupción de embarazos, para su rápida aplicación.

Carlos Rodríguez

El proyecto había sido presentado el año pasado. La polémica reabierta por el caso de V.O., la chica de 14 años que había sido violada y que perdió el embarazo mientras esperaba autorización judicial para interrumpirlo, reflató un proyecto legislativo que contempla reglamentar, para su rápida aplicación, lo estipulado en el artículo 86 del Código Penal, que habilita en algunos casos la realización del aborto terapéutico. La iniciativa, impulsada en la Legislatura bonaerense por el diputado kirchnerista Fernando Navarro, dice que "se deberá llevar adelante la interrupción del embarazo sin necesidad de autorización judicial", en los casos en que el Comité de Bioética determine que están reunidos los requisitos de algunos de los dos incisos del artículo 86, que habilita el aborto "a fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre" o si el embarazo es resultado "de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente". El proyecto, además, abre la posibilidad de solicitar el permiso judicial para interrumpir el embarazo si la vida del feto es inviable, si la mujer –adulta o menor–

ha sido violada aunque no sea “idiota o demente” y en todos aquellos casos en los cuales “el mejor criterio médico sea” el aborto como “única opción para preservar la salud psicofísica de la madre”.

De acuerdo con el proyecto, en los casos en los que se solicite autorización del Poder Judicial, serán competentes los Tribunales de Familia que tengan jurisdicción en el domicilio de la solicitante o del hospital o clínica que emita la historia clínica de la mujer embarazada. Se propicia también “por el carácter especial” de la norma, que “sólo procederá como segunda instancia la Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires”. Es decir que, cualquier apelación al fallo de primera instancia debe hacerse directamente ante el máximo tribunal provincial, eludiendo los tribunales de segunda instancia.

En diálogo con Página/12, el diputado Navarro recordó que el proyecto había sido presentado a mediados del año pasado ante la Comisión de Salud Pública de la Legislatura bonaerense, en coincidencia con la difusión pública de un caso anterior de solicitud de aborto terapéutico, el de una joven que tenía una discapacidad mental.

“En esa ocasión el tema quedó sin tratamiento dentro de la comisión”, explicó Navarro. El legislador admitió que “el del aborto terapéutico es un tema complejo dentro del cuerpo, ya que hay un fuerte lobby de determinados sectores que se oponen de plano a su tratamiento”. Hace unos días se reabrió el período de sesiones ordinarias en la Legislatura provincial y en ese marco “hemos reflatado el proyecto y se lo hemos recordado al presidente de la comisión, el diputado Eduardo Fox”.

Navarro consideró que lo importante es “abrir un debate legislativo para discutir cómo aplicamos lo que está previsto dentro del Código Penal, sobre la base de que la letra de la ley nos exige de mayores comentarios y sólo tenemos que agilizar los tiempos para llevar a cabo la práctica en los casos en los que corresponda”.

Navarro, en coincidencia con lo dicho por la jueza de Menores de Mar del Plata Silvina Darmandrail y por la Cámara de Apelaciones en lo Civil de esa ciudad en el caso V. O., sostuvo que “corresponde darles un tratamiento más rápido a casos en los cuales está en riesgo la salud de la mujer embarazada”. El legislador argumentó que “al estar contemplado el aborto terapéutico en la ley de fondo (el Código Penal), ni siquiera se requiere la intervención de la Justicia y el Comité de Bioética debe ser el encargado de autorizar la intervención, sin más demoras que las requeridas para la preservación de la salud de la mujer”.

El proyecto contempla el pedido de autorización judicial para casos que no están contemplados en el artículo 86 del Código Penal. Se trata de tres problemas que se dan con cierta frecuencia y que son los siguientes: 1) Cuando la vida del feto, según diagnóstico médico, es inviable al abandonar el vientre materno (anencefalia, malformaciones); 2) Cuando el embarazo sea resultado de un abuso sexual, sea la mujer menor de edad o no, siendo requisito la denuncia correspondiente y el informe pericial, y 3) En cualquier caso en que al mejor criterio médico (el aborto) sea la única opción para preservar la salud psicofísica de la madre.

En los casos en que la embarazada fuera “idiota, demente o menor”, el consentimiento lo tendrá que dar el padre, la madre, el curador o el tutor de la mujer.

En los fundamentos, Navarro expresó que en estos casos “es clara la necesidad de crear una nueva ley que sea expeditiva y rápida” a la hora de resolver y llevar a cabo la interrupción del embarazo. Aclaró, para que nadie se haga cruces, que “no está en discusión la legalización del aborto” sino “la imperiosa necesidad de que la decisión judicial sea coherente con los tiempos reales de la gestación de un embarazo”.

El proyecto pone énfasis en la necesidad de darles garantía a los médicos que intervengan de que “no sufrirán ninguna demanda judicial” por haber cumplido con lo que dice el Código Penal.

NEUROBIOLOGIA Y GENERO

El sexo del cerebro

7.3.07 - Terra

Las diferencias entre hombres y mujeres se gestan en el cerebro

Las diferencias entre hombres y mujeres tienen su origen en el cerebro, que determina el desarrollo de las habilidades y comportamientos propios de cada sexo.

Según el investigador, los hombres desarrollan mejor el lado derecho de su cerebro, mientras que las mujeres ejecutan mejor el lado izquierdo.

Así lo expresó a EFE en una entrevista el catedrático de Fisiología de la Universidad Complutense de Madrid, Francisco J. Rubia, con motivo de la publicación de su libro “¿Qué sabes de tu cerebro?”, donde trata de responder a sesenta cuestiones básicas sobre la actividad cognitiva.

Según detalla Rubia en el libro, estas divergencias se producen por las distintas funciones que realiza cada uno de los hemisferios del cerebro: mientras el izquierdo se encarga de todo lo relacionado con el lenguaje, el derecho determina las habilidades visuoespaciales.

Los hombres muestran desde niños un mayor desarrollo de la parte derecha de su cerebro, lo que les hará más aptos para actividades como conducir o jugar al ajedrez, mientras que las niñas utilizan con mayor frecuencia la parte contraria, por lo que realizarán un mejor uso del lenguaje.

Estas diferencias se extienden al cuerpo caloso que une los dos hemisferios, más desarrollado en las mujeres, haciéndolas más conscientes de sus emociones, y a otras partes de la corteza cerebral, como el núcleo del hipotálamo, que regula la actividad sexual, dos veces y media más grande en los hombres heterosexuales que en las mujeres y en los hombres homosexuales.

Otra parte del cerebro, los neurotransmisores, son, según Rubia, los responsables de la adicción a las drogas, que está asentada en muchas especies, entre ellas el hombre, "desde tiempos inmemoriales".

Estos transmisores crean un sistema de recompensas a través de un estimulante llamado dopamina para afrontar los conflictos con el entorno, que es aprovechado por las drogas para generar adicción al provocar el mismo efecto que la sustancia cerebral.

Además, para Rubia el cerebro como conjunto determina nuestra percepción de la realidad y nos hace vivir "una película similar a Matrix", donde parece que tomamos nuestras propias decisiones cuando en realidad no ocurre exactamente así.

"Al parecer, la actividad que conduce un movimiento voluntario es, en primer lugar, inconsciente, y sólo muy posteriormente se hace consciente", asegura en el libro el catedrático de Fisiología, para el que este descubrimiento pone en duda el concepto de libertad del hombre y quiebra la idea de pecado defendida por las religiones, y la de responsabilidad personal, en la que se basa el sistema penitenciario.

Según este investigador, una de las principales incógnitas que queda por descubrir en el cerebro es cómo se generan las ideologías que, a su juicio, son "unos anteojos" que nos ponemos para darle sentido a una realidad que no funciona siguiendo unos esquemas determinados.

Se trataría, según Rubia, del último paso en un proceso evolutivo en el que el cerebro "persigue independizarse cada vez más del mundo exterior".

El proceso sexual

7.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Hay personas se empeñan en creer que 'sexo' y 'coito' son lo mismo. Es así que surge el término 'preliminares' o 'prolegómenos', que hace alusión a lo que ocurre antes del coito –o del sexo, según algunas personas–.

Las prácticas sexuales –y el lenguaje– están fuertemente condicionadas por la cultura. Y durante siglos se ha dicho que la finalidad del sexo es la procreación. Sin embargo, hay prácticas y relaciones sexuales que pueden ser tan placenteras, que resulta casi irrelevante que el sexo además sirva para la reproducción.

El sexo es un proceso y obtenemos el máximo placer cuando podemos abandonarnos al disfrute del proceso –independientemente del fin–. De hecho, es posible disfrutar del proceso si el proceso mismo se convierte en el fin. Es decir, el placer puede aumentar al dejar de considerar que el coito es la finalidad del sexo –como en el caso de la procreación–.

Es bastante común que una pareja goce gradualmente de la intimidad mientras se besa, abraza, desviste, acaricia, juega, descubre las zonas erógenas, practica el sexo oral... En cada paso existe la posibilidad de causar el placer mutuo. Cada etapa puede saborearse como una parte integral del sexo.

Es necesario que la persona potencie al máximo el disfrute de cada momento en el sexo. Cuanto más esmero se ponga a cada momento, más probable será que el disfrute resultante sea más satisfactorio. De ser así, cada etapa del sexo será más plena y más improbable será, por ejemplo, que haya problemas de excitación. Hay personas que necesitan de una prolongada excitación antes de pasar a cualquier otra etapa del sexo y otras requieren de menos tiempo.

Con esta actitud, 'los preliminares' dejarán de serlo y se convertirán en sexo. El fin –el sexo– ocurrirá o se encontrará desde el principio. El coito es placentero, pero también lo son los besos, las caricias, los juegos... El conjunto es –potencialmente– una delicia.

8 de marzo. Día Internacional de la Mujer - Exigiendo derechos para una ciudadanía plena

Boletina Mujer SaludHable. Año VI, Nº 2, marzo 2007. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

La incansable lucha de las mujeres por el reconocimiento y ejercicio de sus derechos humanos tiene ya varios siglos de historia, iniciándose con las demandas por el derecho a voto, la participación política y una mayor representación en instancias de decisión, y avanzando luego hacia la conquista de los derechos económicos, sociales y culturales. En este proceso se han ido consolidando avances significativos en la condición social y jurídica de las mujeres, en la misma medida en que el Sistema Internacional de Derechos Humanos ha ido incorporando, desde una mirada de género, las especificidades de las mujeres en sus distintos tratados, convenciones y declaraciones de valor universal.

Probablemente el avance más emblemático se concretó el año 1979, con la aprobación de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, el tratado más amplio e integral sobre los derechos de las mujeres y que define explícitamente las discriminaciones que las afectan en los distintos ámbitos de sus vidas, reconociéndolas como violaciones a sus derechos humanos fundamentales. Más aun, el año 2000 entró en vigor el Protocolo Facultativo de la CEDAW, mecanismo jurídico que fija procedimientos

y mecanismos claros para que las mujeres puedan plantear quejas. No obstante, son muchos los países que aún no ratifican este Protocolo y que continúan dándole la espalda a las mujeres.

Hoy constatamos, sin embargo, que persisten múltiples deudas con las mujeres, quienes ven perpetuarse las discriminaciones en su acceso al trabajo, a la previsión social y a la educación; en su acceso a cargos de representación y a la política en general; en su goce de la salud, el descanso y la recreación. Por otra parte, las condiciones de pobreza que se han profundizado en muchas regiones del mundo a partir de las crisis sociales y económicas detonadas en las últimas décadas con la instauración de los modelos económicos neoliberales, las afectan desproporcionadamente y agudizan las discriminaciones específicas de su condición de género.

Sin duda, la sexualidad y la reproducción y la toma de decisiones en estos ámbitos, constituyen un terreno donde las mujeres enfrentan las mayores dificultades para erigirse en sujetas de derecho y en ciudadanas. Puesto que las desigualdades de poder entre los sexos se perciben aquí con especial fuerza, dando cuenta de un sistema patriarcal opresivo que hoy continúa subordinándolas y ejerciendo control sobre sus cuerpos, tal como lo ha hecho durante siglos. Sistema que propicia la violencia contra las mujeres, las violaciones sexuales, los femicidios, el tráfico sexual, la pedofilia, la negación del derecho al aborto y las maternidades impuestas, la intolerancia, el sexismo, la discriminación contra la población joven y contra quienes disienten del modelo heterosexual, entre muchos otros graves fenómenos.

Por lo tanto, este 8 de Marzo, Día Internacional de la Mujer, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe invita a renovar la histórica lucha feminista por los derechos humanos de las mujeres, en especial, por sus derechos sexuales y reproductivos, y por su derecho a decidir, autónomamente y libre de coerción o violencias, sobre su territorio e integridad corporal. Si en este ámbito las mujeres no tienen libertad de opción, no podrán gozar efectivamente de sus derechos humanos.

Nos hacemos parte de todas las campañas en curso en varios países del mundo con ocasión de esta fecha emblemática, en especial de la campaña Con las mujeres de todo el mundo: Un pacto para erradicar el VIH/SIDA, iniciativa ciudadana internacional de numerosas organizaciones de mujeres que exigen una respuesta global frente a la pandemia del VIH/SIDA y el enfrentamiento por parte de los gobiernos y los organismos internacionales a la creciente violencia contra las mujeres como factor para una mayor diseminación del virus. (Mayores informaciones: www.withwomenworldwide.org).

Asimismo, nos sumamos a los esfuerzos de las organizaciones de mujeres y feministas de todo el mundo que apoyan una "nueva arquitectura de género" a través de la creación de una nueva agencia para las mujeres en las Naciones Unidas, integrando las tres entidades de la ONU --Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM, la Oficina del Asesor Especial sobre Asuntos de Género y la División para el Avance de las Mujeres-- en funcionamiento. Agencia que deberá contar con los recursos humanos y financieros suficientes que le permitan traducir en hechos concretos el discurso sobre equidad de género que sostiene la ONU ante la comunidad internacional. (Mayores informaciones sobre la reunión regional de las articulaciones de mujeres a realizarse en Montevideo, que analizarán este tema: www.repem.org.uy).

EL 80% DE LAS MUJERES USA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO. CADA UNA TIENE DOS HIJOS

Radiografía de la salud sexual en la Argentina

8.3.07 - Página / 12

Por primera vez, un estudio nacional muestra la realidad de la salud sexual y reproductiva en el país. Según la investigación, el preservativo es el método anticonceptivo más usado por las mujeres. El 20 por ciento se informa sobre anticoncepción sólo con amigas. Y uno de cada tres partos se hace por cesárea. La encuesta fue presentada por el Ministerio de Salud en el marco del Día Internacional de la Mujer, que se conmemora hoy.

Mariana Carbajal

La prédica de la Iglesia Católica en contra del preservativo hace agua en el país. El condón es el método anticonceptivo más usado por las mujeres, seguido por la píldora y el DIU. El dato lo revela la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyos principales resultados fueron presentados ayer por el ministro de Salud, Ginés González García, en el marco del Día Internacional de la Mujer, que se conmemora hoy. Casi la mitad de las argentinas debuta sexualmente en la adolescencia. El estudio, encargado por la cartera sanitaria, muestra que existen grandes disparidades por zonas en cuanto a la cantidad de hijos. El promedio general es de 1,9 por mujer. El más bajo se registra en el área metropolitana, seguido por la región pampeana y Cuyo --en todos los casos por debajo de los dos hijos--. Sin embargo, una de cada cinco mujeres del NOA y una de cada cuatro del NEA tienen 4 o más criaturas. El trabajo encontró que todavía dos de cada diez mujeres se informan sobre anticoncepción a través de alguna amiga, vecina o pariente, y uno de cada tres partos termina en cesárea.

La encuesta se realizó entre 2005 y 2006 para relevar información relativa a la salud reproductiva de las mujeres argentinas, con el objetivo de "orientar y priorizar" acciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en función de las necesidades de la población, destacó el ministro.

Para el trabajo fueron encuestadas 7713 mujeres, de 10 a 49 años, de las cuales 1621 estaban embarazadas. Al extrapolar los datos de la muestra a los valores poblacionales, surge que en el país hay 9.869.151 mujeres en edad fértil (entre los 10 y los 49): 7.234.088 de ellas se encuentran iniciadas sexualmente.

Algunas de las conclusiones del estudio son:

- Casi 8 de cada 10 mujeres sexualmente activas usan un método anticonceptivo.
 - Las mujeres que viven en la región patagónica y pampeana tienen el nivel más alto de uso (84 por ciento), mientras que sus pares en el NOA, el más bajo (68 por ciento).
 - El método más usado es el preservativo: 42 por ciento de las mujeres elige el condón en sus relaciones sexuales. En el área metropolitana ese porcentaje trepa al 54 por ciento, mientras que en las otras regiones del país su utilización es menor.
 - En segundo término, el anticonceptivo preferido es la píldora (25 por ciento de las mujeres), seguido por el DIU (11 por ciento).
 - Un 8 por ciento de las mujeres tiene una ligadura de trompas de Falopio. Para el ministro, este porcentaje elevado –medido antes de la sanción de la ley nacional de anticoncepción quirúrgica– respondería a que muchas mujeres “como parte de la última cesárea se están produciendo una ligadura”.
 - Las mujeres residentes en el NOA no sólo utilizan con menor frecuencia anticonceptivos sino que, cuando los usan, recurren a métodos poco eficaces: una de cada cinco mujeres en esa región elige “cuidarse” con el método del “ritmo” promovido por la Iglesia Católica, el coitus interruptus y otras variantes como “lavarse” la zona genital después del coito.
 - El uso de métodos inseguros es considerablemente menor en otras zonas del país y oscila entre el 6 por ciento (Patagonia) y el 12/13 por ciento (Pampeana, NEA y Cuyo).
- “Este tipo de estudio nos sirve para saber por los caminos que debemos ir”, señaló González García y subrayó como un objetivo de su gestión “buscar que en el territorio sanitario exista la equidad”. El ministro reconoció que algunas provincias todavía oponen resistencia a la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Pero aclaró que más que confrontar con los gobernadores díscolos, su política apunta a que “las mujeres sepan cuáles son sus derechos y los reclamen”.

La primera vez

El estudio encontró que el 44 por ciento de las mujeres se inició sexualmente entre los 15 y los 19 años. “Este dato refuerza la idea de que las estrategias educativas tienen que ser dirigidas a los preadolescentes”, opinó González García. Otro 46 por ciento debutó entre los 20 y los 29 años. Entre los 10 y 14 años apenas un 0,8 por ciento de la población femenina tuvo su primera relación sexual: en números absolutos, 12.079 chicas.

Se trata de la primera vez que se mide a nivel nacional la edad de iniciación sexual femenina. Hasta ahora los estudios sobre el tema se habían realizado sobre muestras poblacionales pequeñas y generalmente en relación con la ciudad de Buenos Aires y el conurbano.

En cuanto a la cantidad de hijos, la encuesta determinó que el promedio nacional es de casi 2 por mujer: exactamente, 1,91. Pero en este punto también hay grandes diferencias por región:

- El promedio más bajo se registra en el área metropolitana (1,74 hijo por mujer), seguido por la región pampeana (1,89) y Cuyo (1,93).
- En las otras tres regiones las mujeres tienen más de dos hijos en promedio. En el NEA se contabiliza el mayor número de criaturas por mujer.
- A la vez, una de cada cinco mujeres del NOA y una de cada cuatro del NEA tienen 4 hijos o más. En cambio, en el área metropolitana apenas 1 de cada 10 tiene prole tan numerosa.

El relevamiento encontró como tendencia que, a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, disminuye el número promedio de hijos que tienen. Además, las mujeres que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad social y que habitan en viviendas muy precarias tienen mayor número de hijos. La educación y la pobreza condicionan también el uso de métodos anticonceptivos: las mujeres de sectores más precarios son las que menos los utilizan.

Los lugares

Dónde se informan las mujeres sobre anticoncepción fue otro de los tópicos de la encuesta. Alrededor de la mitad, lo hizo en un servicio de salud: ya sea en un hospital público (12,5 por ciento), en una salita (10 por ciento) o en consultorios privados u obra social (27 por ciento). Un 21 por ciento obtuvo información a través de un establecimiento educativo (escuela o universidad) y una proporción similar en diálogo con amigas, vecinas o parientes.

Otros datos relevantes:

- Una de cada cinco usuarias de métodos anticonceptivos lo obtiene en forma gratuita, con variaciones regionales que van del 15 por ciento en el área metropolitana al 35 por ciento en la Patagonia. Esta amplia cobertura en las provincias del sur del país se relaciona con que han sido pioneras en leyes de Salud Sexual y Reproductiva, destacó el ministro.
- Más de la mitad de los partos de todo el país tiene lugar en establecimientos públicos. Esta tendencia es aún más notable en el NOA y en el NEA.
- Uno de cada tres partos se realiza por cesárea.

Los resultados de la encuesta fueron interpretados por investigadoras de primer nivel en la materia como Silvina Ramos, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), y Edith Panelides, del Centro de Estudios de Población (Cenep). Ambas especialistas estuvieron en el acto de ayer que encabezó González García y se realizó en uno de los salones del ministerio, con la presencia de representantes de organismos internacionales,

de sociedades científicas y de ONG integrantes del Movimiento de Mujeres, que coincidieron en destacar la gestión de González García en la promoción de la salud reproductiva.

“Creo que avanzamos mucho y vamos a seguir avanzando”, señaló González García. El ministro mostró el reciente inicio de la distribución en todo el país de la anticoncepción de emergencia como el último gran logro de su política. “Lo que queremos es seguir fuertemente con el programa (de Salud Sexual y Reproductiva)”, precisó el funcionario. Y se llevó fuertes aplausos del auditorio.

Píldora del día después

El ministro de Salud, Ginés González García, defendió ayer la distribución gratuita de la “píldora del día después” en los hospitales públicos de todo el país, al considerar que es “un paso más hacia la igualdad de las mujeres” y anunció la compra de entre 300 mil y 400 mil pastillas. “Vamos a distribuir una gran cantidad de pastillas de manera tal que ninguna argentina se quede sin acceso a la píldora por falta de dinero”, sostuvo. Luego agregó que de ahora en más “cualquier mujer podrá acceder a la píldora en caso de una emergencia o violación, esto es lo que se usa acá y en todo el mundo”.

Al difundir la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el funcionario acusó de “mentirosa” a la Iglesia, que rechaza ese método por considerarlo “abortivo”. “No cumplen con la mayor obligación religiosa que hay en el mundo, que es la de no mentir”, sostuvo. Además, aseguró que sus argumentos no son sostenibles científicamente y que “discriminan a los sectores más pobres que no tienen dinero para comprar la píldora en la farmacia”.

El titular de la cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Sergio Provenzano, opinó en consonancia con el titular de la cartera de Salud, al señalar que la Iglesia “tiene una posición ética dogmática que no entiende el mecanismo de concepción de la vida, porque la píldora evita la concepción y la formación del embrión”.

La encuesta difundida ayer por el Ministerio de Salud reveló que el 71 por ciento de la población “conoce los efectos de la píldora del día después y que el 28 no sabe que existe ese método anticonceptivo”.

Dónde se informan las mujeres

Consultorio privado o de obra social	27,1
Colegio, escuela, universidad	20,7
Amiga, vecina, pariente	19,8
Hospital público	12,5
Centro de salud	9,7
Otros	5,5
Esposo o compañero	4,6

Porcentaje de mujeres sexualmente iniciadas, por edad

Grupo de edad	Sexualmente iniciadas	Proyección de casos
10-14	0,8	12.079
15-19	44,1	684.871
20-29	90,9	2.576.809
30-39	97,9	2.121.406
40-49	99,0	1.838.923
Total	73,3	7.234.088

Distribución de mujeres según tipo de establecimiento donde tuvo lugar el parto

Lugar del parto	Total
Público	56,1
Privado	36
Obra social	6,8
Otros	1,1
Total	100

Porcentaje de mujeres que obtiene gratuitamente el método utilizado

	Porcentaje
Patagonia	35,7
NEA	30,1
NOA	26,4
Cuyo	26
Pampeana	21,0
Total	20,9
Area Metropolitana	14,9

Porcentaje de mujeres que indicaron conocer cada método anticonceptivo

Métodos	Porcentaje
Píldora	97,2
Condón	81,9
DIU	77,0
Ritmo	31,5
Inyección	29,6
Diafragma	26,0
Ligadura tubaria	9,9
Espuma, jalea	7,9
Retiro	7,3
Otros	6,3
Vasectomía	2,1

Porcentaje de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo, por tipo de método

	Porcentaje
Condón	42
Píldora	25
DIU	11
Ligadura tubaria	8
Billings o ritmo	6
Retiro	4
Inyección	3
Otro	1

Cóndon femenino: El Ministerio de Salud evalúa su entrega en el sistema público

8.3.07 - La Nación – Chile

Un sondeo hecho en tres grupos focalizados demostró que las mujeres saben poco respecto de este preservativo.

¿Ha usado usted el condón femenino? Lo más seguro es que su respuesta sea negativa y apenas haya escuchado hablar de él. Eso significa que es parte del 40% de las mujeres que sólo conoce de nombre este método de prevención, según un estudio realizado por la consultora Demoscópica, por encargo del Ministerio de Salud.

La idea de la investigación, realizada el año pasado, fue conocer la percepción frente a este producto y los hábitos sexuales de tres grupos focalizados: trabajadoras sexuales, mujeres viviendo con VIH y estudiantes universitarias mayores de 18 años, de las regiones Primera, Octava y Metropolitana.

Con esta información en la mano, las autoridades analizarán la viabilidad de promover el condón femenino en el país a futuro o distribuirlo en el sistema público.

Los datos que arroja el sondeo, revelan que este método de barrera que protege no sólo del embarazo, sino también del VIH y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), es poco conocido.

De las mujeres encuestadas, ninguna reconoció haberlo usado, aunque el 55% de las mujeres que viven con VIH ha escuchado hablar o ha visto este preservativo. La cifra baja a un 44% en el caso de las trabajadoras sexuales y a un 40% en las estudiantes.

Si se considera el uso de métodos de protección tradicionales, hay diferencias sustanciales: el 98% de las trabajadoras sexuales, el 50% de las estudiantes y el 95% de las féminas que viven con VIH utiliza el condón masculino. Le siguen en los dos últimos grupos, el dispositivo intrauterino (16% y 11%, respectivamente),

mientras que las estudiantes prefieren la píldora (67%), cuyo uso es bajo en el resto de las mujeres entrevistadas. La percepción que existe del producto también es ambigua. Las trabajadoras sexuales tienden a asociarlo con el preservativo masculino y le atribuyen sus características de seguridad y eficacia. A las mujeres con VIH les cuesta imaginar su aspecto y atributos, mientras que las estudiantes no tienen una idea concreta de este dispositivo.

Más ventajas

Aunque las experiencias con el condón femenino son excepcionales, quienes lo han utilizado, tienen una evaluación positiva de él. Sin embargo, los grupos estudiados coinciden en que su uso depende casi exclusivamente de la mujer. Entre los aspectos negativos se menciona el precio y su apariencia poco atractiva. La consultora recomienda, para desarrollar una estrategia sanitaria del condón femenino, considerar ciertos factores socioculturales, como la inequidad de género que existe aún en el país respecto de la vida sexual y del poder para negociar el uso de métodos de protección.

Su alto costo también podría ser una barrera, por lo que tendría que ser entregado en la atención primaria como el resto de los métodos anticonceptivos.

“El sector público, además de educar y difundir los beneficios de este condón entre la población, debería desempeñar un papel importante a la hora de hacerlo más asequible y aumentar su disponibilidad”, explica la consultora.

Otro tema clave es generar instancias adecuadas y focalizadas que entreguen capacitación sobre la forma de uso del dispositivo. “Debiera existir una campaña informativa o consejería para las mujeres que lo usan por primera vez, y luego pasar a una utilización efectiva, constante y correcta”, agrega Demoscópica.

Aun así, la consultora destaca sus beneficio. “El condón femenino amplía la gama de alternativas de dispositivos para el control de la natalidad y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las personas tienen mayor número de opciones para escoger, encontrando atributos en él que no tienen otros métodos de prevención”, concluye el estudio. LN

¿Qué es el condón femenino?

- Este método de barrera consiste en una bolsita de poliuretano lubricada similar al condón masculino, pero más amplia y resistente que el látex tradicional.
- El extremo cerrado posee un anillo flexible, el que debe ser insertado en la vagina, dejando hacia afuera el extremo abierto que cubre parte de los labios vaginales.
- Esto ayuda a proteger los órganos femeninos del contacto con flujos como esperma, sangre o saliva.
 - Antes de usarlo hay que verificar que no esté dañado y que la fecha de vencimiento esté bien.
- En Chile se puede encontrar a la venta en algunos organismos muy especializados como Aprofa (www.aprofa.cl) a un costo cercano a los dos mil pesos.
- Puede usarse una sola vez. Si es utilizado en forma correcta, de cada cien mujeres que lo utilicen durante un año, cinco quedarán embarazadas.
- No tiene contraindicaciones, aunque algunas personas pueden experimentar dificultad en su inserción.

Ventajas

- Permite a las mujeres tener en sus manos la opción de protegerse.
- En el caso de las trabajadoras sexuales ofrece la alternativa de no discutir con el cliente el uso o no de protección, ya que la mujer puede colocarse el condón con anterioridad al trato con él.
- Previene las infecciones sexualmente transmitidas, incluyendo el VIH y sida.
- No reduce el estímulo de la pareja masculina.
- Está disponible sin receta.
- No tiene efectos secundarios hormonales.
- La gente que es sensible al látex puede utilizarlo.
- Pueden usar lubricantes con aceite o a base de agua.
- Puede colocarlo hasta ocho horas antes de tener relaciones sexuales, por lo que no es necesario interrumpir el acto sexual.
- No se requiere una erección para mantener el condón en su lugar (como en el caso del hombre).
- No afecta la fertilidad.

Desventajas

- Es sensible durante el sexo.
- Puede ser difícil de usar e insertar.
- No contiene espermaticidas.
- Puede romper o escaparse.
- Es cerca de tres veces más costoso que los condones masculinos

Fuente: Recortes de Prensa

PREVENCIÓN DEL VIH

Los expertos aconsejan esperar un mes antes de mantener relaciones tras una circuncisión

8.3.07 - El Mundo Salud – España

Si el hombre no espera a curarse de la operación, el riesgo aumenta para la mujer.

Especialistas de la Universidad Johns Hopkins han revelado, ante más de 75 ministros de salud, políticos y científicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA, nuevos datos sobre la eficacia de la circuncisión para reducir el número de infecciones por VIH. Según estos expertos, para que esta práctica sea realmente eficaz, los hombres deben esperar un mes tras la operación para volver a mantener relaciones sexuales si no quieren contagiar a sus parejas.

En los últimos meses, tres estudios han confirmado que la circuncisión puede reducir hasta en un 60% el riesgo de que los varones contraigan el VIH, por lo que se ha anunciado como una herramienta muy útil para frenar la epidemia de sida. Sin embargo, los científicos señalan que, si el hombre no espera a curarse totalmente de la operación para tener relaciones, el riesgo de infección aumenta para las mujeres.

En una reunión en Suiza, en la que los expertos tratan de desarrollar unas directrices para usar la circuncisión como medida preventiva, investigadores de la Johns Hopkins han explicado que "la relación sexual puede causar pequeñas lesiones en el pene y la hemorragia resultante, aunque sea muy pequeña, puede entrar en la vagina causando la infección".

Su afirmación se basa en los resultados preliminares de un estudio realizado en Uganda con 997 hombres infectados con el VIH, la mitad de los cuales se sometieron a una circuncisión. Los autores han seguido, por el momento, la evolución de 124 participantes y sus parejas femeninas, que no tenían el virus. Así han observado que entre los 70 varones circuncidados en este grupo, 11 transmitieron el virus a sus compañeras sentimentales, mientras que de los 54 que no estaban circuncidados, sólo cuatro pasaron la infección.

Prácticamente todos los contagios se produjeron en los primeros seis meses tras la circuncisión. Aunque estos datos no son estadísticamente significativos, los expertos recomiendan que "los hombres circuncidados esperen al menos cuatro semanas para acostarse con sus parejas".

Más información

Ante estos resultados, los especialistas en VIH insisten en que las campañas de salud pública que promueven la circuncisión deben también incluir mensajes, dirigidos sobre todo a las mujeres, que aconsejen extremar las precauciones durante las relaciones sexuales con hombres circuncidados en las semanas posteriores a la intervención.

No obstante, "esto no quiere decir que se desacredite el enorme valor de la circuncisión para prevenir el VIH", argumenta Maria Wawer, de la Universidad Johns Hopkins y una de las autoras del trabajo en Uganda.

"Este descubrimiento sólo nos recuerda que debemos proceder con mucho cuidado a la hora de desarrollar estrategias para expandir la circuncisión en Africa", añade el doctor Kevin De Cock, director del departamento de sida de la OMS.

Según declara a "The Washington Post" Ezekiel J. Emmanuel, de los Institutos Nacionales de Salud, "esta no es la primera medida de salud pública que va a requerir un importante esfuerzo de educación a los ciudadanos antes de aplicarla".

Fuente: Recortes de Prensa

Las fases del amor

8.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Según el planteamiento del psicólogo social Carlos Yela, el amor está compuesto básicamente por tres aspectos importantes: un estrecho vínculo de unión afectiva especial, también denominada 'intimidad'; la vivencia y expresión de deseos y necesidades con respecto a la otra persona –las pasiones erótica y romántica–; así como el compromiso, que es la intención de 'apostar' por la relación y conseguir mantenerla en el tiempo –por encima de distintos tipos de obstáculos y dificultades–.

De acuerdo con este esquema, quien experimenta amor por alguien sentiría un determinado nivel –variable en el tiempo– de intimidad, pasión y compromiso por la persona a la que ama –quien, a su vez, puede ser que le corresponda o no–.

Carlos Yela subraya que el amor no es lo mismo que la relación de pareja. En la mayoría de los casos, la relación de pareja comienza entre dos personas que se aman y la relación no termina a pesar de que el amor se acabe. Según los psicólogos sociales, las relaciones de pareja sin amor pueden mantenerse merced a lo que denominan 'barreras': miedo a la soledad, preocupación por los hijos, ansiedad de empezar de cero, dependencia tanto económica como afectiva, ... Nosotros decimos que pueden permanecer juntos sencillamente por qué se quieren, se aprecian y, aunque la llama de la pasión no queme como el primer día, las brasas de la hoguera ofrecen una calidez embriagadora.

La 'fase de enamoramiento' es la primera en una relación de pareja y puede prolongarse durante un año, más o menos, -según dicen-. En ésta se encuentran presentes -de menor a mayor grado- el compromiso, la pasión romántica, la pasión erótica y la intimidad -que es la que más aumenta-. Y también -decimos nosotros-, en esa fase aparecen inseguridades, desconfianzas, discrepancias y desencuentros.

Al término de ese primer año surge la 'fase de amor y pasión' -que puede durar hasta cuatro años más-. En esta fase, la pasión erótica decrece, aunque la pasión romántica continúa en aumento, al igual que la intimidad y el compromiso -especialmente-.

A partir del quinto año de relación surge la 'fase de amor compañero', a nosotros nos gusta llamarlo cómplice. Lo más significativo de esta fase es la gradual disminución de la pasión romántica y la más pronunciada disminución aún de la pasión erótica. Sin embargo, el compromiso aumenta y se consolida, mientras que la intimidad es una constante -convirtiéndose así éstos en los dos rasgos más significativos de la relación-. La complicidad; el saberse comprendido y aceptado es un gran activo en esta fase. Y en cuanto al sexo puede haber menos cantidad, pero la calidad se puede mantener, incluso algunas parejas la mejoran.

Trastornos sexuales

9.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Cuando disfrutamos de un estado saludable por períodos prolongados, terminamos dando por sentado de que eso es lo normal. Sin embargo, tarde o temprano nos damos cuenta de que la salud es una quimera y que hay muchas personas sufriendo algún padecimiento. En consulta sexual, a menudo nos visitan personas que padecen algún tipo de disfunción sexual.

Las disfunciones sexuales se clasifican en cuatro grupos:

1. Trastornos del deseo.
2. Trastornos de la excitación.
3. Trastornos orgásmicos.
4. Trastornos sexuales por dolor.

Para diagnosticar una disfunción se tienen que considerar aspectos como la edad, la experiencia sexual, la estimulación sexual recibida, la intensidad y la duración. Además de estar presentes ciertas características, se considera que existe trastorno cuando se trata de una situación persistente, recurrente y que provoca un malestar acusado en la persona -o dificultades en sus relaciones de pareja e interpersonales-.

En cuanto a los trastornos del deseo, en ellos se encuentran el deseo sexual hipoactivo -que consiste en una disminución o ausencia de fantasías y de deseos de actividad sexual- y el trastorno por aversión al sexo, que consiste en un rechazo extremo en el que se presenta una evitación de todos -o prácticamente todos- los contactos sexuales genitales con otra persona.

Los trastornos de la excitación sexual en la mujer se refieren a la incapacidad para obtener o mantener la respuesta de lubricación -propia de la fase de excitación- hasta la terminación de la actividad sexual. En el varón, los trastornos de excitación provocan la disfunción eréctil -incapacidad para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual-.

El trastorno orgásmico femenino también se denomina 'anorgasmia'. Consiste en la ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal. El trastorno orgásmico masculino es denominado también orgasmo masculino inhibido, eyaculación retardada o aneyaculación. Se refiere a la ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal o en el transcurso de una relación sexual. La eyaculación precoz se considera la respuesta eyaculatoria a una estimulación sexual mínima -antes, durante o poco tiempo tras la penetración-.

Entre los trastornos sexuales por dolor se encuentra la dispareunia, que se refiere a un dolor genital asociado a la relación sexual, tanto en mujeres como en varones. Además, está el vaginismo, que es la aparición de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina y que interfiere con el coito en distintas medidas impidiendo o dificultando mucho la penetración.

Sobra decir que cualquiera de estas afecciones suele producir bastante angustia en la persona y la pareja. Con la atención adecuada de un sexólogo, la mayoría de estos problemas tienen solución.

Las mujeres caen presas de la violencia sexual en la niñez: OMS

9.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

No se da a las necesidades de salud de la mujeres la atención ni la importancia que merecen

Una de cada cinco niñas es víctima de violencia sexual antes de que llegue a los 15 años de edad, afirmó la Organización Mundial de la Salud en la víspera del Día Internacional de la Mujer.

"El alto nivel de violencia física y sexual cometida por una pareja masculina íntima tiene terribles consecuencias en la salud de la mujer", afirmó Margaret Chan, Directora General de la OMS en una declaración publicada el 8 de marzo.

"Además, una de cada cinco mujeres denuncia haber sido abusada sexualmente antes de llegar a los 15 años, lo cual se asocia con una mala salud para los años subsiguientes", añadió.

La jefa de la agencia de la ONU hizo énfasis en que la violencia de las parejas masculinas es más común que el asalto o la violación a manos de extraños o amistades.

Ella también hizo un llamado para que haya un mayor acceso a la salud básica para la mujer.

"Las mujeres son los pilares de todas nuestras sociedades – como líderes, cuidadoras y madres", afirmó la funcionaria.

"Sin embargo, no se da a las necesidades de salud de la mujeres la atención ni la importancia que merecen".

Más de la medio millón de mujeres muere de complicaciones relacionadas con el embarazo y parto cada año, y el número casi no ha cambiado en 20 años, según la OMS. En 2006, el 74 por ciento de las personas viviendo con VIH en África Subsahariana, eran mujeres jóvenes, añadió.

Vínculos: <http://www.metimes.com/storyview.php?StoryID=20070307-022252-3135r>

Fuente: Agence France-Presse publicado en IPPF NewsNewsNews, 09/03/2007

ILUSIÓN Y DEBATE

Revelación: en la Argentina ya hay chicos seleccionados genéticamente

9.3.07 – Perfil

Están los que acuden a esta técnica de avanzada simplemente para elegir el sexo del bebé, peromuchos otros lo hacen con la esperanza de salvar la vida de sus hijos enfermos. Mientras en otros países la actividad está controlada desde el Estado, aquí el vacío legal es absoluto.

Nancy, Juana, María Laura y Matías no se conocen y tal vez nunca lo hagan, pero aún sin saberlo sus historias están entrelazadas por una breve sigla: el DGP. El Diagnóstico Genético Preimplantatorio le permitió a Nancy convertirse en madre después de quince tratamientos frustrados. Gracias a este estudio que permite seleccionar genéticamente los embriones antes de implantarlos en el útero, Juana acaricia su panza de siete meses con la tranquilidad de que la beba que lleva adentro no tendrá la grave enfermedad que ella heredó de su padre. Y Matías y Laura sueñan con poder recurrir a este diagnóstico para tener un hijo sano, que además pueda convertirse en el donante perfecto de Martina, su hija de dos años que necesita un trasplante de médula. El primer tratamiento de este tipo en nuestro país se realizó en 1999. Pero recién hace cuatro años se practica de manera más frecuente. Desde el 2003 hasta hoy cerca de 300 parejas han optado por tener hijos seleccionados genéticamente.

Bebés de diseño. "No me importa que sea nena o varón, lo único que pido es que sea sanito". Este deseo entre quienes esperan un hijo es posible gracias al diagnóstico genético preimplantatorio, surgido a partir de los 90 en el área de la biología molecular y las técnicas de fertilización in vitro.

Los médicos lo definen como la opción diagnóstica más temprana, porque se realiza en el embrión antes de su transferencia al útero materno. Para eso es necesario que la pareja se someta a un tratamiento de fertilización. Una vez fecundados los óvulos con los espermatozoides, se analiza el ADN de los embriones a las 72 horas de vida. Se extraen una o dos células de cada embrión, sin que éste sufra ningún daño y alcanzan 24 horas para detectar algún tipo de alteración génica o cromosómica. Entonces sólo son transferidos aquellos embriones sin ninguna de las enfermedades de riesgo buscadas.

"La técnica es relativamente sencilla y el avance, inmenso. Ahora se pueden estudiar cerca de 30 patologías, pero en un futuro todas las enfermedades genéticas van a ser descifrables y diagnosticables de esta manera. Esto permite evitar los estudios prenatales que se hacen cuando la mujer está en la semana 12 de embarazo. Si en esos casos se llega a un diagnóstico adverso, la pareja debe decidir si va a seguir con el embarazo, en un país donde el aborto genético no está permitido", explica Roberto Coco, director del Laboratorio de Genética y Reproducción de Fecunditas, uno de los centros de fertilización asistida que más realiza este tipo de estudio.

Hay diversas instancias de DGP y los casos en los que suele indicarse son variados. Se recomienda entre quienes tienen antecedentes familiares de enfermedades genéticas o algún hijo con alguna patología de este tipo, en mujeres de más de 35 años que serán madres primerizas y en parejas con problemas de infertilidad sin causa aparente.

"Con este diagnóstico se pueden estudiar desde fallas en el cromosoma XXI (que determina el síndrome de Down) hasta hidrocefalia, Alzheimer, fibrosis quística, talasemia y varios tipos de anemias graves". "La gran ventaja es que permite detectar desórdenes de carácter genético que no se pueden revertir, algunos de ellos con un pronóstico corto de vida o una tasa de mortalidad intra-útero muy alta. Además les da la posibilidad de ser padres a parejas que, por su historia genética, habían decidido no arriesgarse a tener hijos", asegura Claudia Perandones, especialista en genética y miembro del Departamento de diagnóstico genético de preimplantación de Halitus Instituto Médico.

Hijos a la carta. A pesar de las ventajas que ofrece este estudio, no todas las parejas tienen éxito. Según explican los especialistas, las enfermedades genéticas tienen patrones de transmisión que varían entre un 25 y

un 50%. Además sólo el 30% de los óvulos fecundados sigue un desarrollo normal. Esto hace que la pareja que decida hacerlo necesite someterse previamente a un tratamiento de estimulación ovárica, para que la mujer produzca muchos óvulos y así aumente la posibilidad de seleccionar los embriones más aptos.

El número de óvulos necesarios aumenta en los casos en que además de buscar un embrión sano se necesita que éste resulte 100% histocompatible con un hermano que necesita un trasplante de médula. A través de este diagnóstico es posible hallar un donante perfecto que garantice el éxito de la operación.

Mientras que en países como España recién a principios de enero se autorizó el diagnóstico con este fin y hay cerca de 150 familias en lista de espera, en nuestro país se viene realizando desde el año 2000, aunque los especialistas consultados realizaron sólo diez estudios buscando un hermano que salve a otro enfermo.

“En esos casos el DGP es terapéutico. Y si bien hay quienes cuestionan una posible utilización del ser humano como herramienta para curar a otro, no se tiene en cuenta que en estas familias el hijo por venir es más que amado. La mayoría son historias de mucho sufrimiento, de familias con hijos con pronósticos devastadores, que ven en esto una posibilidad ideal”, comenta Perandone.

Otro uso cuestionado del DGP es el que permite elegir el sexo del futuro bebé. Si bien en un principio se comenzó a determinar el género para evitar enfermedades ligadas al sexo como la hemofilia o la distrofia, también existen parejas que quieren tener un “hijo a la carta” y piden que seleccionen los embriones masculinos o femeninos.

“La selección de sexo social, sólo la realizamos en algunos casos. Si viene una pareja a decirme que quiere tener un primer hijo varón le digo “seguí buscando y ojalá se te dé”. En cambio, si llega una familia con seis mujeres y quiere un varón, lo entiendo. Y aunque yo no lo haría, participo”, explica Sergio Pasqualini, director médico de Halitus.

“Nosotros hacemos diagnóstico de sexo desde hace cuatro años. Reconozco que no es lo mismo trabajar para evitar una enfermedad muy comprometida que cuando viene alguien que dice querer un varón o una mujer. Pero si el método lo permite y la familia no perjudica a nadie, ¿por qué no hacerlo?”, agrega el genetista Coco.

El código de ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva contempla la selección genética de embriones para evitar enfermedades graves o letales. La selección de sexo es aceptada cuando permite prevenir enfermedades. Pero reconoce que el DGP en busca de un hermano compatible o para elegir sexo por cuestiones sociales se encuentra en una zona gris que hace necesario analizar caso por caso.

Embriones sin destino. Las mismas ventajas que algunos ven en esta técnica que garantiza el nacimiento de chicos sanos, otros las consideran sumamente polémicas, porque pueden ser utilizadas para crear una sociedad eugenésica. Pero la selección genética también se vincula con otro de los grandes temas de la bioética: la definición del embrión.

Los que entienden que desde el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide ya es persona, consideran la selección genética como un aborto provocado. “ En nuestro país no hay unanimidad sobre la naturaleza jurídica del embrión. El artículo 63 del Código Civil estipula que ‘son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno’. Personalmente considero que el hecho de que haya vida en un embrión no significa que sea persona. Además, si bien no hay un derecho al hijo, sí hay un derecho a que los seres humanos tengan instrumentos para que su descendencia sea sana”, explica Nelly Minyersky, abogada especialista en derecho y bioética.

La mayoría de los expertos en fertilización considera que el óvulo fecundado es hasta los 14 días un pre-embrión. “La Iglesia dice que cuando un espermatozoide entra en el óvulo ya es persona. Pero la ciencia explica que esto no quiere decir que el óvulo fecundado tenga DNI. La entrada del espermatozoide inicia un proceso evolutivo que con mucha suerte termina en un nacido. El huevo fecundado, para que pueda desarrollarse, tiene que estar en el útero. Si lo dejamos en el laboratorio, con el paso de los días se rompe la membrana y se derraman las células, como un cultivo cualquiera”, comenta el doctor Coco.

Lo cierto es que como en nuestro país no existe una ley que regule estas prácticas, el destino de los embriones que no fueron seleccionados en el proceso de DGP depende del criterio de cada centro.

En Halitus dicen que tienen la premisa de no descartar embriones genéticamente normales. Por lo tanto, las parejas se comprometen a congelar para el futuro los no utilizados, o a donarlos. En cambio, en Fecunditas consideran que la pareja debe decidir qué quiere hacer con los embriones. Si deciden desecharlos, pueden hacerlo.

Vacío legal. Los especialistas coinciden en que si bien en materia de técnica y conocimiento se están realizando los mismos procedimientos en la Argentina que en Europa y Estados Unidos, en materia legal nuestro país está muy atrasado.

No existe una ley de fertilización asistida que regule todos estos procedimientos. “Las cuestiones de ética las manejamos entre nosotros. Con respecto a la legislación, es buena para poner orden y protección para todos, pero considero que es preferible que no haya ley a que haya una muy restrictiva”, explica Pasqualini.

Para Luisa Barón, psiquiatra especializada en reproducción asistida y presidenta de la Fundación Impsi, el vacío legal perjudica más a los médicos, que deben decidir sobre cuestiones éticas solos. “Yo quiero trabajar en una ley porque soy médica, no curandera. Lo que la gente tiene que preguntarse es por qué no hay ley. Tal vez como sociedad todavía no estamos listos para eso, porque no tenemos la madurez necesaria o porque somos más prejuiciosos que otros países”, explica.

Para Barón, muchos de los cuestionamientos y polémicas se deben a lo novedoso del tratamiento. Y considera que se irán resolviendo con el paso del tiempo: “En general, cuando la ciencia toca temas que tienen que ver con la vida y la muerte, genera dilemas éticos y muchas veces reacciones adversas. Hay que entender que son temas

que tocan la sensibilidad de mucha gente y es necesario analizarlos desde varias perspectivas. Hace 20 años, los primeros pacientes que recurrían a la fertilización in vitro no querían cruzarse con nadie en la sala de espera. La historia de la medicina está plagada de prejuicios, que luego se fueron superando”.

Interés docente por la educación sexual

10.3.07 – La Nación

Más de 3500 maestros expresaron inquietudes y temores por la enseñanza de los contenidos en el aula

Cecilia Grego

Con las clases ya en marcha y en el primer año de aplicación de la ley de educación sexual, más de 3400 docentes de escuelas laicas, católicas y de otros credos se reunieron ayer en una jornada de capacitación en el Colegio Nuestra Señora de la Misericordia, del barrio de Belgrano, para debatir cuál es la mejor forma de implementar los contenidos en las aulas porteñas.

A pesar de que la ley fue sancionada en octubre del año último y que la enseñanza de educación sexual ya es obligatoria, muchos docentes aún no tienen bien en claro los contenidos que deberán transmitir a sus alumnos.

Para el gobierno porteño, la capacitación de los docentes irá a la par de la enseñanza de los contenidos en las aulas. "No todas las escuelas están en el mismo punto de partida. Algunas ya venían enseñando estos temas y otras no. Pero todas, a fin de año, estarán en el mismo punto de llegada", aseguró a La Nación la profesora Silvia Wolodarsky, asesora de la ministra de Educación porteña, Ana Clement.

Imágenes de la realidad

La masiva capacitación de ayer, organizada por la Vicaría Episcopal de la Arquidiócesis de Buenos Aires, comenzó con un compilado de imágenes de adolescentes que se emborrachaban, vagaban alcoholizados por las calles o bailaban provocativamente en los parlantes de un boliche.

"Frente a esta realidad, nuestra idea fue reunir a los docentes a capacitarse para ayudar a los chicos, educarlos y acompañarlos a superar ese panorama tan oscuro", explicó José María del Corral, presidente del Consejo de Educación del arzobispado.

Se encontraban, e hicieron una oración conjunta, el pastor evangélico Rafael Sáenz, el emir Jarnub y el padre Juan Torrella, vicario de Educación, a quienes se sumó el rabino Daniel Goldman. También estuvieron el subsecretario de Educación porteño, Luis Liberman; la directora general de Educación de Gestión Privada, Beatriz Jáuregui, y el legislador Marcos Peña, de la Comisión de Educación.

Los docentes se repartieron en tres talleres en los que se enfocaron diversos temas, como la dimensión psicológica de la sexualidad, los contenidos mínimos obligatorios, la problemática del sida y cómo trabajar con los padres en la educación sexual de sus hijos.

Mientras muchos maestros reflejaban interés y preocupación por el tema, no faltaban quienes se mostraban poco preparados para dar estos contenidos en las aulas y con cierto temor por eventuales reacciones de los padres. Sin embargo, hubo coincidencias en que los propios docentes hablan muchas veces con los chicos sobre sus preocupaciones en la adolescencia, más allá de los contenidos curriculares, por lo que veían necesario estas instancias de aprendizaje.

Hasta el momento, el gobierno porteño capacitó a sus maestros con encuentros de sensibilización en las escuelas, en el último mes, y la distribución de cuadernillos con los contenidos mínimos obligatorios.

"Primero hay que hacer un trabajo entre los adultos, antes de llevarlo a los chicos. Lo que no puede pasar, a partir de ahora, es que haya una escuela que no trabaje sobre esto", explicó Martha Weiss, miembro del equipo oficial que preparó los temas que se impartirán en las aulas.

Wolodarsky, en tanto, aseguró que la educación sexual "ya está en las aulas" y que se avanzará de manera progresiva para resignificar los contenidos y enseñarlos con un enfoque integral. Algunas escuelas, en tanto, corren con ventaja, ya que desarrollan desde hace tiempo proyectos sobre educación sexual.

El colegio Arcángel San Miguel, según contó María de los Angeles Lenticchia, orientadora vocacional, trabaja con padres y alumnos desde hace cuatro años. Ese proyecto, dijo, se enmarca "en los lineamientos que propone la Iglesia en su manual Educación para el amor, por lo que los contenidos mínimos del gobierno aportan, pero hasta ahí".

"Al trabajar con chicos es imposible estar 100% seguro; estos encuentros son una buena manera de poner en común los temores que pueden surgir y fortalecer el trabajo en equipo", apuntó Andrea Dindurra, vicedirectora del colegio Corazón de María.

"No se aprende a leer y escribir en un día ni en primer grado. Todo requiere planificación. Los cuadernillos que distribuimos no tienen valor si los maestros no encuentran espacios como éste. Solamente se hacen vivos cuando pueden ser leídos, conversados y permiten retornar el ideario y el proyecto de la institución", explicó Wolodarsky.

Los contenidos, en cada nivel

- La educación sexual para los más chicos, en el nivel inicial, incluirá el desarrollo de la autoestima, la valoración y el respeto por la diversidad, la solidaridad y la intimidad.

- En el nivel secundario, los contenidos se incorporarán a materias ya existentes. El tema del sida y otras enfermedades de transmisión sexual podrán darse en biología, educación cívica y desarrollo y salud. Se distribuirá también un cuadernillo en los profesorados.
- Los docentes de jardín de infantes y preescolar recibirán, además, información para detectar señales de abuso infantil.
- En 1°, 2° y 3° grado del nivel primario, se tratará el conocimiento del cuerpo, las diferencias entre varones y mujeres, la gestación y el nacimiento, y las necesidades y derechos del bebé.
- En 4° y 5° grado, se hablará del cuidado del cuerpo, los prejuicios y actitudes discriminatorias, y la expresión de los sentimientos. En 6° y 7° grado, se trabajarán las transformaciones de la pubertad, la reproducción humana y la perspectiva de género.

Fases sexuales

12.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Una de las dificultades a la que se enfrentan algunas parejas es la falta de sincronía en sus ritmos sexuales: van variando a lo largo de la vida y no siempre coinciden en los miembros de una pareja.

Existen muchos mitos alrededor del elusivo deseo que tienen muchas parejas de tener orgasmos sincrónicos –cual si se tratase de otro deporte olímpico–. Una meta más realista es la de conocer los ritmos sexuales propios y los del otro miembro de la pareja. Podemos preguntarnos cuánto deseo sexual experimentamos, en qué momentos y en qué épocas.

El deseo depende de muchos factores como el estrés y el estilo de vida moderno. Asimismo, el tiempo que llevan juntas las dos personas es un factor de gran importancia en las fases que se presentan en la actividad sexual.

En términos generales, podemos decir que en las relaciones sexuales de una pareja nueva suele presentarse primero el deseo, el impulso sexual es patente en la presencia de esa persona o imaginándola. Entonces, a partir del deseo surge la excitación. El paso del deseo a la excitación en parejas nuevas puede ser instantáneo y –en muy poco tiempo– la estimulación sexual es patente. Esto produce una experiencia sexual satisfactoria. Y la experiencia sexual satisfactoria es la que conduce a la pareja nueva a la sensación de intimidad. El deseo sexual satisfecho produce una sensación de bienestar, de agradecimiento y confianza que generan el vínculo de intimidad.

Las fases son diferentes en las parejas que llevan tiempo juntas. En éstas el primer elemento que suele presentarse –para llegar a una experiencia sexual satisfactoria– es la sensación de intimidad. Cuando la pareja ya lleva más tiempo unida, la intimidad es la que conduce a la estimulación sexual. La pareja busca el acercamiento íntimo. A partir de ahí se produce la excitación, el cuerpo empieza a responder al contacto –el proceso puede ser comparativamente más lento que en las parejas nuevas–. En estas parejas la excitación conduce al deseo. Y ese deseo satisfecho es el que produce la sensación de que la experiencia sexual ha sido satisfactoria.

Sabemos que se trata de un esquema general pero puede ayudar a muchas parejas a aclarar lo que ocurre en sus relaciones sexuales. Como hemos sugerido antes, las parejas no siempre están en sincronía, pueden darse situaciones en que cada miembro de la pareja siga fases distintas. Lo importante es que los dos disfruten de la relación

Sexo en sitios insólitos

13.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

En ocasiones el morbo que acompaña al sexo poco tiene que ver con la comodidad y el confort. Nos referimos al sexo que se practica en lugares que se alejan, y mucho, de la intimidad del dormitorio e incluso de la propia vivienda.

Por lo que sabemos, entre las fantasías uno de los elementos de excitación es el lugar donde se realiza el sexo. Los aseos públicos son uno de los sitios que más atractivo parecen tener, especialmente los de los medios de transporte. Y, en este sentido, parece que son los aviones los que más invitan a la fantasía, –la sofisticación del mundo de la aviación casa bien con el sexo– hasta el extremo de que es posible encontrar en Internet foros en los que se recogen historias de personas que han tenido sexo 'en las alturas'. Las películas porno y no tan porno también han sacado bastante partido de esta fantasía aérea.

En general, se puede decir que hay personas que fantasean prácticas del sexo al aire libre –quizás bajo un cielo soleado, lleno de estrellas, o incluso en medio de una cálida lluvia–. Y también sexo mientras bucean, 'en las profundidades'. Los sitios de elección pueden ser tan variados como la gama de personas que hay en el planeta.

Y algunos de estos lugares resultan realmente insólitos, como puede ser el caso de los cementerios. Otro lugar incómodo, pero igualmente socorrido, es el rellano de la escalera o incluso el ascensor.

Entre las personas jóvenes que no cuentan con un lugar íntimo que compartir con sus parejas, la opción más socorrida suele ser el coche. Considerando lo difícil que es conseguir una vivienda hoy en día, los coches se convierten en ese hogar sustituto. Hay zonas en las ciudades y pueblos que al oscurecer empiezan a llenarse de vehículos cargados de energía sexual, que se convierten en licuadoras de pasión. Seguramente la mayoría de esos jóvenes cambiarían la comodidad y la intimidad de un dormitorio por la emoción del campo abierto.

El debate en torno al condón arde antes de la visita del Papa

13.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

El Presidente acusó a la iglesia de hipocresía

Funcionarios brasileños y la jerarquía católica del país están intercambiando airadas declaraciones en torno al uso del condón y a educación sexual, apenas dos meses antes de que el Papa visite la nación católica más grande del mundo.

El Cardenal brasileño Eugenio Sales, criticó los programas del gobierno que promueven el uso del condón en un artículo de opinión en el diario O Globo el pasado fin de semana.

"Conozco el clima erótico", él escribió. "Es precisamente debido a esta decadencia (que no podemos) cerrar nuestros ojos y promover exactamente lo que debe ser evitado".

Por su parte, la jefa del programa anti-SIDA, Mariangela Simao, respondió el ataque del cardenal declarando que "las políticas para prevenir el SIDA no son 'promoción sexual'".

"La abstinencia y auto control son asuntos personales y de ninguna manera pueden servir como base de una política pública".

El gobierno brasileño distribuye en forma gratuita decenas de millones de condones cada año como parte de su programa de prevención del SIDA, el cual ha tenido éxito en mantener bajas las tasas de infección en un país conocido por sus actitudes liberales respecto al sexo.

El programa alienta el uso del condón, especialmente antes y durante la bacanal celebración del Carnaval.

La mayoría de los 185 millones de habitantes de Brasil son católicos, y la iglesia se opone a la anticoncepción y las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Las tensiones entre la iglesia y el estado, que habían estado calmadas, llegaron a un nuevo nivel la semana pasada, cuando el propio Presidente Luiz Inacio Lula da Silva, acusó a la iglesia de hipocresía.

En un evento del ministerio de salud en Río de Janeiro, Lula dijo que el gobierno regalaría los condones y enseñaría a la gente cómo usarlos – añadiendo que "el sexo es algo que gusta a toda la gente".

Vínculos: <http://www.alertnet.org/thenews/newsdesk/N12365190.htm>

Fuente: Reuters publicado en Push Journal, 12/03/2007

"El aborto es no punible en cualquier caso de violación"

14.3.07 – Página 12

Es la primera y también la única mujer en la Suprema Corte de la provincia. Afirma que ahora el tribunal está "más consciente de los temas de género". Respecto del debate sobre el aborto, sostiene que "cualquier violación atenta contra la salud, por lo cual en esos casos siempre el aborto es terapéutico".

Mariana Carbajal

Su primera conquista cuando llegó a la Suprema Corte bonaerense fue que se colocara en un baño un cartel con la palabra "Damas". Desde aquel momento, cuatro años atrás, su presencia en el máximo tribunal de la provincia ha dejado otras huellas de trascendencia en defensa de los derechos de las mujeres. "Cualquier mujer violada, y no sólo las que son idiotas o dementes", tiene derecho a abortar de acuerdo con el Código Penal, sostiene Hilda Kogan, la única mujer integrante de la corte provincial, en momentos en que se espera un pronunciamiento del cuerpo a partir del caso de la chica marplatense violada y embarazada por su padrastro. En una entrevista con Página/12, Kogan analizó el debate jurídico en torno de la no punibilidad del aborto. Por otra parte, criticó duramente la gestión del gobernador Solá por los escasos fondos que destina a mejorar la infraestructura edilicia de la Justicia. "El sistema judicial está colapsado desde el punto de vista del presupuesto", opinó la ministra y reveló que "hay lugares donde los secretarios están sentados sobre expedientes porque si ponen la silla no tienen espacio para moverse".

Kogan llegó a la corte bonaerense en noviembre de 2002, de la mano de la UCR, aunque ella aclara que nunca fue radical. Viuda del encuestador de ese partido, Edgardo Catterberg, su nombre fue sugerido por Federico Storani. Hasta su designación se desempeñaba como jueza federal en lo Previsional. Por entonces era vicepresidente de la Asociación de Mujeres Juezas de Argentina (AMJA). Hoy no ocupa ningún cargo directivo, pero trabaja activamente en esa entidad para facilitar el acceso a la Justicia a las mujeres víctimas de delitos y a

la vez allanar el camino para que un número creciente de magistradas desembarquen en tribunales superiores, donde el sexo femenino suele escasear.

–Haciendo un poco de memoria, ¿qué cambios provocó su llegada a una corte integrada desde su creación por varones?

–Lo que decían mis colegas fue que la llegada de una mujer provocó un cambio cultural en las reuniones de los acuerdos, en el sentido de cuidarse más con el vocabulario. No podría decir que sentí discriminación. Lo que sí sentí es que tanto los empleados y los funcionarios como los mismos judiciales no preveían encontrarse con una mujer y eso quedaba de manifiesto en el lenguaje. El lenguaje general es en género masculino y cuesta bastante cambiarlo.

–Más allá del lenguaje, ¿hubo cambios en el abordaje de los temas?

–Sin dudas, estamos mucho más conscientes de los temas de género, de los casos de violencia doméstica y de menores. Ahora tienen otro tratamiento, se encarán con otro cariz. Las mujeres en la Justicia tienen una sensibilidad distinta de la de los hombres.

–¿Cómo analiza los últimos fallos que ratificaron la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal, que establece los casos de no punibilidad del aborto?

–Esta corte ha sacado fallos muy importantes desde el punto de vista de los derechos de las mujeres. Hace tres años se autorizó la inducción al parto de una mujer con un feto que padecía anencefalia (N. de la R. : En 2001 la corte había rechazado un caso similar), en 2005 se dio permiso para un aborto terapéutico de una mujer que tenían cuatro hijos, era obesa y tenía una cardiopatía congénita. Esa sentencia salió favorable con una mayoría casi absoluta. Desde ahí mis colegas, y eso se puede ver en otros fallos, siguen muy de cerca las líneas de las convenciones internacionales de derechos humanos y están muy atentos en cada caso particular. En el caso de LMR (el de la joven discapacitada mental de Guernica violada por su tío) el fallo salió de hecho 6 a 3, pero los votos de los miembros de la Corte cinco fueron favorables, porque los otros eran de conjueces. Es decir, de los integrantes del tribunal uno votó en contra de autorizar el aborto de esa joven. No obstante, la única que avanzó más allá del caso particular fui yo. En esa sentencia dije que no sólo se encuadraba en el inciso 2º del artículo 86, es decir, por ser una mujer discapacitada mental violada, sino que también le cabía la no punibilidad prevista en el inciso 1º del mismo artículo, siguiendo la teoría de Zaffaroni: cualquier violación atenta contra la salud, por lo cual en esos casos siempre es un aborto terapéutico.

–Es la misma línea del fallo de la jueza de Menores de Mar del Plata en el caso V. O.

–Exacto. Yo entiendo que la no punibilidad alcanza a todas las mujeres violadas, no tienen que ser dementes para tener ese derecho. También en ese fallo entramos en una gran discusión que existe en torno de la interpretación del artículo 4º del Pacto de San José de Costa Rica, cuando dice que la defensa de la vida desde la concepción debe ser en general. Lo que decimos es que ese “en general” fue puesto para que puedan entrar a esa convención países como el nuestro, que ya tenían desde antes la posibilidad del aborto en el artículo 86 del Código Penal.

–¿Por qué persisten tantos prejuicios en la Justicia a la hora de ocuparse de casos de mujeres víctimas de violencia?

–Nosotros estamos trabajando mucho en capacitación. Pero siempre a la primera que se cuestiona es a la Justicia: “No hay acceso a la Justicia, no hay respuesta de la Justicia”, se suele escuchar. El problema es que la Justicia sola no puede hacer nada. Si se tiene que excluir a una mujer y a sus hijos por un tiempo de su hogar y no se tiene adónde mandarla, si no hay recursos para pagarle un hotel por tres días, qué pueden hacer los jueces. Algunas juezas ponen de su bolsillo el dinero. Si no hay un acompañamiento del Ejecutivo, con la apertura de casas de refugio para víctimas de violencia, con posibilidad de contención para las mujeres y sus hijos, es lo mismo que nada.

–¿Es necesario un nuevo marco legal para combatir la trata?

–Un apoyo legislativo siempre ayuda. De cualquier manera, los jueces podemos ser meramente interpretadores muy puntuales de la ley o lo que ahora se denomina un juez activo: tratar de poner voluntades en la ley, y no ser totalmente rígidos. Por ejemplo, se puede recurrir a convenciones internacionales que ahora es derecho positivo y constitucional. Eso tiene que ver con la actitud de cada uno de los jueces.

–Un reciente informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) sobre trata de mujeres en el país señaló deficiencias en la Justicia en la persecución de ese delito. ¿Cómo ve usted la situación?

–Ese es un tema que a nosotros nos es muy caro. Desde la Junta Federal de Cortes tenemos organizado desde hace ya tres años seminarios a los que concurren los jueces de menores de todas las provincias porque hemos visto que no había ningún tipo de coordinación entre las provincias a la hora de atacar ese delito. No sólo tenemos casos de trata para la prostitución, sino también para las adopciones ilegales. A la provincia de Buenos Aires nos traen niñas que vienen de Paraguay embarazadas para parir acá y entregar el bebé acá. Y después las chicas se vuelven.

–¿Está colapsada la Justicia de la provincia?

–Depende de los niveles de organización de cada tribunal. Hay tribunales que están prácticamente al día. El caso que todo el mundo comentó es el del 2 de Quilmes, que estaba dando audiencias para el 2013, pero es el único en esa situación. Es otra cosa la que está pasando.

–¿Qué es lo que está pasando?

–No creo que haya desborde del sistema, lo que sí creo es que el sistema judicial está colapsado desde el punto de vista del presupuesto, porque hay un gran nivel de trabajo, pero no hay condiciones edilicias para llevarlo

adelante en forma eficiente. Si te tenés que mover en espacios que no son adecuados, si tenés que tomar una audiencia en el mismo ámbito que trabajan los empleados, es muy difícil trabajar con eficiencia. Hay lugares donde los secretarios están sentados sobre los expedientes porque si ponen la silla no tienen espacio para moverse: el tema es muy serio.

–¿En cuánto debería aumentarse el presupuesto?

–El cálculo está hecho pero yo no manejo la cifra. Ya está pedido un aumento. No existe sólo la necesidad de crear nuevos organismos, sino también la designación de más personal. Pero sobre todo no hay una infraestructura adecuada. En la mayoría de los lugares tenemos que salir a alquilar casas, que son poco aptas para el desarrollo de la tarea judicial. No tenemos edificios propios. Ese es uno de los temas que más perturban el buen funcionamiento. Cada vez que viajo a algunas provincias me muerdo de envidia. Salta tiene una ciudad judicial espectacular, que estrenó hace dos años.

–¿Qué respuesta da el gobierno bonaerense?

–Este año el presupuesto para infraestructura fue más amplio, pero de ninguna manera alcanza para lo necesario, entre otras cosas porque en diciembre de 2007 empieza a funcionar el nuevo sistema de juzgados de familias y juzgados de menores, donde va a hacer falta muchísimas infraestructura.

La capital de México planea legalizar el aborto

14.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

"Ninguna iglesia o religión puede imponer su visión del mundo en esta ciudad"

La ciudad de México se está preparando para legalizar el aborto- la primera región en hacerlo en ese país predominantemente católico. Esta es una acción que la influyente iglesia católica ha prometido desafiar.

Una iniciativa de ley que permitiría los abortos en los primeros tres meses del embarazo está recorriendo el camino hacia el congreso de la ciudad capital, y sus partidarios dicen que tienen suficiente mayoría en la asamblea capitalina para aprobarla a pesar de las amenazas y protestas de la iglesia católica. Se espera que la medida sea aprobada en unos meses y que los primeros abortos legales puedan suceder más adelante este mismo año.

"Ninguna iglesia o religión puede imponer su visión del mundo en esta ciudad", dijo el líder de la asamblea Victor Hugo Cirigo, cuyo partido de izquierda, el Partido de la Revolución Democrática – PRD – dirige la capital del país y tiene 34 de los 66 escaños legislativos en el congreso local.

El pasado mes de diciembre, la asamblea se enfrentó con la iglesia católica, aprobando la unión civil gay que entró en vigor en la Ciudad de México esta semana. El estado norteño de Coahuila hizo lo mismo y ya ha empezado a permitir ese tipo de ceremonias, habiendo iniciado en el mes de enero.

Cabe mencionar que las leyes en la Ciudad de México ya permiten el aborto cuando la vida de la madre está en peligro, pero el resto del país solamente lo permite en caso de violación, dijo Maria Luisa Sánchez, presidenta del grupo mexicano pro derecho al aborto GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida)

Por su parte, algunos líderes religiosos aseguran que tratarán de bloquear la ley propuesta. Ellos amenazan con una impugnación constitucional y protestas callejeras masivas que podrían convertirse en un movimiento político.

"Si la Asamblea no puede ser la conciencia de la ciudad, nosotros tendremos que formar nuestro propio partido para representarnos", dijo Armando Martínez, hablando a nombre de la arquidiócesis católica del país.

Vínculos: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/03/14/AR2007031400113.html>

Fuente: Reuters publicado en Push Journal, 14/03/2007

Para frenar el repunte de las ETS en España se necesita más prevención y educación

14.3.07 - Diario Médico – España

La XIII Reunión del Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (Geiets), celebrada en el Colegio de Médicos de Valencia, ha puesto de relieve el importante repunte de las ETS en España. En este sentido, los especialistas han reclamado la potenciación de medidas preventivas y educativas. Enrique Mezquita

Según la OMS, cada año se producen 250 millones de infecciones por ETS, cifra que puede aumentar ya que los adolescentes se inician con mayor precocidad al sexo y, en ocasiones, las parejas no utilizan preservativos para prevenir un posible contagio.

Juan José Vilata, coordinador del encuentro y jefe de Sección del Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, ha señalado que el aumento de casos de sífilis y gonococia entre la población joven "debe alertarnos acerca de que se está bajando la guardia en la profilaxis de las ETS".

Según el Geiets, los jóvenes de entre 15 y 17 años son el grupo más vulnerable ante las ETS. En este sentido, ha recordado que "en los 80, cuando apareció el sida, se tomaron muchas medidas preventivas. Ahora que se ha estabilizado la enfermedad, se ha bajado la guardia y estamos volviendo a ver enfermedades que hace muchos

años que no veíamos". Los patrones de conducta han cambiado "y se ha pasado de una época en la que se hablaba mucho sobre la practica de sexo seguro a una etapa de relajación".

Vilata ha apuntado que las campañas de prevención "no son suficientes" y ha apostado por incluir en la formación escolar una asignatura sobre salud sexual.

El contagio de VIH

El vínculo entre las ETS y la transmisión sexual del VIH es muy estrecho. En los últimos años se han cambiado las pautas de transmisión de las infecciones sexuales debido a que la población baja la guardia en la prevención de las ETS. Un ejemplo es el cambio de esquema en el contagio del sida, que solía establecerse mayoritariamente entre personas del mismo sexo y actualmente es mayor entre heterosexuales. También se está produciendo una desviación en los esquemas de focos de infección de ETS en diferentes aspectos. La transmisión se centraba mayoritariamente en la prostitución femenina y ahora lo hace en la masculina. Además, las agujas eran la principal herramienta de transmisión del virus, mientras que en la actualidad están aumentando otras vías de infección como la transmisión materno-infantil.

Fuente: Recortes de Prensa

Dobles penetraciones

14.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Hace unos días en el foro pudimos leer el siguiente comentario: "He probado la doble penetración (con ayuda de un vibrador) y es una experiencia única, te sientes un poco obstruida al principio, pero luego le vas cogiendo el gusto... La pega fue que el vibrador era muy, muy grande y al día siguiente tuve algún problemilla vaginal... A veces el dolor-placer pasa factura...".

En el cine pornográfico son comunes las escenas de doble penetración. Es decir, escenas en las que una mujer recibe penetración vaginal y anal simultáneamente. Sin embargo, en la vida cotidiana ésta no es una práctica frecuente, por lo que nos atrevemos a ofrecer algunas recomendaciones para las personas que tengan interés por este tema. En realidad, se trata de una práctica bastante complicada. Requiere de mucha preparación y mentalización por parte de los participantes. Si una penetración simple a veces tiene sus complicaciones y exige atención, la penetración doble necesita de mayores cuidados.

En el caso de la compañera del foro, la doble penetración se produce auxiliada por un vibrador. Sin embargo, si se plantea entre tres personas, hay varios factores a tomar en cuenta. En primer lugar –lógicamente–, las partes implicadas han de desearla y estar de acuerdo en su consecución. La parte más vulnerable es la de la mujer, quien muy probablemente –como indica el comentario– se sentirá obstruida –e inmovilizada en cierto grado– y supeditada al buen hacer de los dos varones.

Podemos decir que para que dos hombres puedan penetrar a una mujer las posturas han de ser las adecuadas. Es necesario encontrar las posturas que posibilitan el acto y que además permitan el disfrute de las tres personas. Además, los hombres deben sentirse cómodos en presencia del otro hombre excitado. Independientemente que se desee el contacto entre sí, es inevitable que en distintos momentos de la situación los hombres tengan contacto físico e incluso sus penes lleguen a tocarse. Por ello, es necesario que ambos cuenten con un elemento bisexual que garantice su excitación durante la práctica. Y esto no es algo que cualquier varón desearía o podría conseguir.

La mujer, por su parte, debe tener muy claro que desea ser penetrada por dos hombres al mismo tiempo. Ella tendrá que estar especialmente mentalizada y con un alto grado de excitación. Es probable no se llegue a una exitosa doble penetración al primer intento y que sea necesario extender la práctica a varias sesiones. Es indispensable que haya suficiente comunicación y confianza entre las tres personas.

Sobra decir que no es una práctica que pueda tomarse a la ligera, lo que parece muy excitante en la fantasía puede ser un engorro y una experiencia decepcionante. De cualquier forma para las atrevidas siempre es más fácil probar con un consolador o vibrador no muy grande, mejor por debajo de la media. La vagina y el ano son esfínteres que se adaptan al perímetro, por lo que no son necesarias grandes dimensiones. Además, no es necesario poner al compañero en un apuro con la comparación.

Es "inaceptable" el nivel de muertes maternas en el mundo en desarrollo

15.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

La muerte materna es la principal causa de mortalidad para jóvenes entre 15 y 19 años

Hilary Benn, Secretario del Departamento para el Desarrollo Internacional, del gobierno del Reino Unido, está exhortando a políticos en el mundo en desarrollo a que hagan más para reducir el 'inaceptable' número de mujeres que mueren durante el embarazo y parto.

Aunque el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio es reducir las tasas de mortalidad materna:

- Más de medio millón de mujeres muere cada año debido a complicaciones de embarazo y parto – lo que equivale a una mujer cada minuto.
- De esas muertes, el 99% ocurre en el mundo en desarrollo.
- El más alto número de muertes maternas ocurre en Asia, con 253.000 mujeres que mueren cada año por estas causas.
- La muerte materna es la principal causa de mortalidad en niñas entre los 15 a los 19 años en los países en desarrollo.
- Un número masivo del orden de 200 millones de mujeres que desean utilizar la planificación familiar no tiene acceso a la anticoncepción moderna.
- 68.000 mujeres mueren cada año de abortos inseguros y millones más sufren complicaciones.
- Adicionalmente, unas 600.000 niñas y niños nacen VIH positivos cada año porque sus madres no pueden tener acceso a la anticoncepción o a los medicamentos para prevenir la transmisión del virus a sus bebés.
- Los bebés cuyas madres mueren, tienen mucho menos probabilidades de sobrevivir. Anualmente, cuatro millones de recién nacidos mueren en el primer año de su vida.

Vínculos: <http://www.pressassociation.co.uk/news.php>

Fuente: Press Association (UK) publicado en Push Journal, 14/03/2007

UNAS 1.500 MUJERES FUERON MAMA GRACIAS A LA OVODONACION EN 2006

Se duplicaron en cinco años los embarazos con óvulos donados

15.3.07 – Clarín

La cifra ya es récord. La técnica se emplea mayoritariamente en mujeres de entre 45 y 50 años que dejaron de ser fértiles y necesitan óvulos jóvenes. En el país hay debate y vacío legal sobre el tema.

Mariana Iglesias

De a una van cayendo las barreras que impedían concretar el sueño de la maternidad. Los tratamientos de fertilización asistida ya están instalados como una opción válida (para quienes pueden pagarlo). Pero hay parejas que ni siquiera así logran el embarazo, y la única salida es la ovodonación, que ya es todo un éxito: en los últimos cinco años se duplicaron los tratamientos con óvulos donados. Sólo en el 2006 hubo 1.500.

"Esta técnica se aplica en el país desde hace 15 años. Pero estalló ahora. En 2002 representaba el 20% del total de las fertilizaciones que se hacían en el país; ahora, el 40%", explica a Clarín Claudio Chillik, director de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (Samer). Es justamente uno de los temas que se debatirán entre hoy y mañana en Buenos Aires, en un congreso sobre Medicina Reproductiva.

Entre los 45 y los 50 años, la mujer atraviesa la perimenopausia, que es la etapa previa a la menopausia. "En ese período las chances de embarazo son prácticamente nulas. Por eso a las mujeres que quieren ser mamás directamente se les propone la ovodonación", cuenta Chillik.

¿A cualquier mujer? ¿No importa la edad? En el país se estipuló un límite: 50 años, que es la edad promedio en que las mujeres entran biológicamente en la menopausia. Pero no hay marco legal. Samer tiene un Anteproyecto de Ley para la Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. La polémica está abierta, y hay un debate ético en el mundo.

El tratamiento es como un embarazo producto de una fertilización in vitro, pero con la diferencia que los óvulos son de otra mujer. A la donante se le provoca una estimulación ovárica con inyecciones de hormonas. Y a las dos semanas se le hace una punción. Una vez que se forma el embrión, se coloca en el útero de la receptora, que llega al parto como cualquier otra mujer. Se busca compatibilidad genética entre las dos mujeres: mismo grupo sanguíneo, color de piel, ojos.

"Los tratamientos aumentan porque la mujer retrasó la maternidad diez años, en general, por motivos profesionales. Antes las consultas por infertilidad eran a los 25 años, ahora, a los 35" —dice Marcos Horton, de Samer—. Luego de los 40, no hay mucho para hacer en forma natural".

El tema, además de costoso —entre 10 y 15 mil pesos el tratamiento— es complejo. ¿Qué pasa con la identidad de esos chicos? Los especialistas aseguran que en los institutos hay psicólogos que asesoran a los futuros padres: la recomendación es que hay que decir la verdad sobre el origen.

Para Gabriela Pedrotti, psicóloga del Centro Dos, especialista en temas de familia, el tema es tan nuevo que aún tiene más interrogantes que certezas: "¿La identidad sólo tiene que ver con el óvulo? Además, al implicar a tres personas, se disparan muchas fantasías. La mujer siente que pone en juego no sólo su maternidad sino también su sexualidad, y el hombre puede sentir que le es infiel a su mujer".

La realidad se impone.

"Pongo más que el cuerpo"

Estela Torres, contadora, 47 años, embarazada de cinco meses, de mellizos. A su marido, un comerciante de Adrogué, lo conoció de joven. Igual, la idea de tener hijos surgió después de los 30. Buscaron, buscaron, y cuando quisieron acordarse ya tenían más de 40 los dos. Y ningún bebé.

Hubo varios intentos fallidos de fertilización in vitro y probaron con la ovodonación.

"Dudamos, pero los psicólogos nos explicaron que la mujer recibe un óvulo pero pone mucho más que eso: su cuerpo para el embarazo, para el parto, para darle la teta al bebé... Me tranquilizó pensar que la semejanza también se da por lo corporal, más allá de una célula. En este embarazo estoy haciendo el 80% del trabajo y siento que realmente van a ser mis hijos. Y les vamos a decir la verdad: ya les estoy escribiendo un diario".

"Doné dos veces y fue hermoso"

Débora Medina es una feliz ama de casa de 31 años, madre de dos chicos, una nena de 14 y un nene de 6. A principios del año pasado una amiga le habló de ovodonación y algo se le movió en su interior. Navegó un poco por Internet, indagó sobre el tema y se decidió nomás: quería ser donante. Y allá fue. Le hicieron todos los estudios para descartar cualquier tipo de enfermedad, y como todo dio perfecto, le inyectaron las hormonas y tres semanas después le hicieron la punción. "No tuve ningún inconveniente físico", asegura a Clarín. Aunque Débora cobró mil pesos cada vez que donó sus óvulos, deja bien en claro que la motivación económica no fue tan importante. Asegura que lo que la motivó realmente a donar sus óvulos fue puro altruismo. "Siempre fui muy solidaria, de ayudar a la comunidad. Veo el sufrimiento de las parejas que no pueden tener hijos y me parece que es una muy buena causa poder colaborar con ellos. A mí Dios me dio dos bellezas que son mis hijos, y me gusta sentir que puedo dar alegría y felicidad. Doné dos veces y fue para mí una experiencia hermosa. Lo haría otra vez".

60% de posibilidades tiene una mujer de más de 40 años de lograr un embarazo con la ovodonación

Nueva humanidad

Diana Baccaro

Nunca se puso en duda que "madre hay una sola". Para la ley argentina, desde lo biológico es la que da a luz, y esto es así aunque otra mujer le haya donado sus óvulos. Sin embargo, existe un vacío legal sobre las múltiples formas de parir que la ciencia hizo posible en los últimos años. Por ejemplo, aún no hay una norma que contemple si debe revelarse la identidad de la donante del óvulo para evitar la confusión de identidad del chico. Tampoco se estableció la edad máxima que debe tener una mujer para acceder a un tratamiento de fertilidad. La Nueva Tecnología Reproductiva, sin duda, alumbró una nueva humanidad, y la legislación debe acompañar este proceso. El camino de evolución que impuso la ciencia no tiene marcha atrás.

Las mujeres y las niñas, víctimas olvidadas del conflicto

15.3.07 - Noticias.info – España

Amnistía Internacional ha revelado ayer, 15 de marzo de 2007, las terribles dimensiones de la violencia sexual de que son objeto las mujeres y las niñas en el contexto del actual conflicto de Costa de Marfil, al afirmar que se subestiman considerablemente la magnitud y la naturaleza brutal de las agresiones.

Amnistía Internacional ha revelado hoy, 15 de marzo de 2007, las terribles dimensiones de la violencia sexual de que son objeto las mujeres y las niñas en el contexto del actual conflicto de Costa de Marfil, al afirmar que se subestiman considerablemente la magnitud y la naturaleza brutal de las agresiones.

"Centenares –si no miles– de mujeres y niñas han sido y continúan siendo víctimas de violaciones y agresiones sexuales generalizadas y, a veces, sistemáticas, cometidas por diversas fuerzas combatientes", ha manifestado Véronique Aubert, directora adjunta del Programa para África de Amnistía Internacional.

En un informe publicado hoy, de título Côte d'Ivoire: Targeting women – the forgotten victims of conflict, Amnistía Internacional afirma que muchas mujeres y niñas son víctimas de violación múltiple o son secuestradas por combatientes que las convierten en esclavas sexuales. La violación suele ir acompañada de palizas y tortura, infligidas a veces en público y delante de los familiares de la víctima. Algunas mujeres han sido violadas incluso al lado de los cadáveres de sus familiares.

"Las mujeres y las niñas –algunas de tan sólo 10 años– son objeto de agresión por motivos sobre todo étnicos o políticos –ha señalado Véronique Aubert– Como símbolos del 'honor' de sus comunidades, son violadas con objeto de humillar a las mujeres y los hombres de su familia y a la comunidad entera. Por lo que sabemos, ninguno de los autores de tales delitos ha sido puesto jamás a disposición judicial."

"La violación y otras formas de violencia sexual se utilizan tan ampliamente y con tal impunidad que sólo cabe llegar a la conclusión de que las fuerzas de seguridad del gobierno y los grupos armados de oposición cometen estos delitos como parte de una estrategia deliberada para sembrar el terror entre la población civil", ha afirmado Véronique Aubert.

Los autores de algunos de los peores abusos cometidos contra mujeres y niñas son mercenarios, especialmente de Liberia, que trabajan para grupos armados de oposición marfilenses en el oeste del país. Varias mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional afirman que los combatientes que las atacaron, secuestraron y violaron "hablaban inglés".

Las supervivientes a menudo son estigmatizadas y abandonadas por su pareja o familia y se ven sumidas en la extrema pobreza, muchas de ellas con hijos a su cargo.

Aunque no se dispone de estadísticas exactas, en general se cree que las violaciones y la violencia sexual cometidas en el contexto del conflicto han empeorado considerablemente la crisis de VIH/sida en Costa de Marfil. Las víctimas de violencia sexual a menudo no pueden acceder a los escasos centros de salud que existen en el país. Las que viven en zonas controladas por las Forces Nouvelles están aisladas de prácticamente todos los servicios públicos de salud. Otras son reacias a viajar debido al coste del viaje y al grave riesgo que corren de ser sometidas de nuevo a abusos.

Para ir a los centros de salud, la mayoría de las mujeres tendrían que pasar por una serie de bloqueos de carreteras que, en el caso de muchas supervivientes, son el lugar donde tuvo lugar la violación.

En su informe, Amnistía Internacional formula varias recomendaciones para eliminar la violencia sexual contra las mujeres y las niñas en Costa de Marfil. En ellas se hace hincapié en la investigación de tales delitos y en la necesidad de garantizar reparaciones judiciales efectivas, que incluyan indemnización y rehabilitación.

"La violación y otras formas de violencia sexual cometidas por combatientes durante un conflicto armado, sea éste internacional o no internacional, son crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra según el derecho penal internacional y deben ser tratadas como tales –ha explicado Véronique Aubert–. Eliminar la violencia sexual debe ser una prioridad en todo plan que se elabore para buscar una solución pacífica a la actual crisis de Costa de Marfil."

Información general

En septiembre de 2002, un alzamiento armado dio lugar a la crisis política y militar más grave de la historia de Costa de Marfil desde su independencia de Francia en 1960. Tras un intento fallido de golpe de Estado, el país se dividió en dos, quedando el sur bajo control del gobierno y el norte en manos de grupos armados de oposición que forman ahora una coalición llamada Fuerzas Nuevas (Forces Nouvelles).

Ambos bandos están separados por una zona temporal de seguridad controlada por una fuerza internacional de más de 12.000 efectivos, que incluye fuerzas de la ONU para el mantenimiento de la paz y tropas francesas. El 4 de marzo de 2007, el presidente Laurent Gbagbo y el líder de las Fuerzas Nuevas, firmaron un acuerdo en virtud del cual dentro de cinco semanas se establecerá un nuevo gobierno. El acuerdo prevé también la eliminación gradual de la zona temporal de seguridad y pide avances en los asuntos más conflictivos, como la elaboración del censo electoral y el desarme de los rebeldes y su integración en el ejército regular.

La primera vez

15.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

El primer encuentro sexual con penetración, parece que marca un hito, un antes y un después. Dejando de lado las consideraciones sobre la virginidad, el primer coito suele ser recordado para bien o para mal. La literatura ha glosado esos encuentros, ensalzándolos, como un maravilloso despertar a los goces sexuales y denigrándolos, como una fuente de dolor y frustración.

En consulta hemos podido escuchar historias de todo tipo. Y, según nuestra experiencia profesional, la primera penetración no suele ser tan maravillosa como se espera, ni tampoco la frustración que puede acompañarla tiene un impacto tan grande en la vida sexual futura. Ciertamente las personas inician con más confianza sus encuentros sexuales, si en el primer coito tienen una vivencia positiva, grata y sexualmente excitante y placentera -que de eso se trata-.

Cuando las cosas no van bien la primera vez, el impacto en experiencias futuras depende mucho de las circunstancias, de los factores que han interferido y de las variables propias del sujeto -como decimos los sexólogos-. Cada persona se toma las cosas de una manera y lo que podría ser una experiencia vergonzosa y ridícula para unas, otras se lo toman con sentido del humor y pasan página enseguida.

Hablar de sexo en sentido positivo y realista es uno de los objetivos de este blog. Comentar las propias historias y plantear, desde la propia experiencia, sugerencias que pueden ayudar a otras personas a tener una vida sexual más satisfactoria es una buenísima contribución de los lectores. En este tema de la primera vez, por lo que tiene de simbólico, nos parecen especialmente importantes estas premisas y nos ofrece una oportunidad estupenda para contribuir a crear un mundo sexualmente más feliz.

Pubertad precoz: cuerpos adultos en niños pequeños

16.3.07 – Clarín

Que se adelante la aparición del desarrollo sexual no es un caso menor. La semana pasada se anunció que esta enfermedad es cada vez más común en niñas con obesidad. En esta nota te contamos qué es la pubertad precoz y cuáles son las consecuencias que puede tener.

Carmen Torcellán

La pubertad precoz no es tema de niños. Se dice que un chico sufre esta enfermedad cuando sus caracteres sexuales secundarios aparecen antes de los 8 años en las niñas y de los 9 años en los niños. Aunque esta frase dicha así quizás no tenga demasiado sentido, esto significa la aparición antes de tiempo de vello pubiano y axilar (en ambos sexos), del desarrollo del pene y testículos (en chicos), y del crecimiento de las mamas (en chicas).

"Es muy importante entender que una pubertad precoz es el desarrollo de todas las características propias del desarrollo sexual. No es sólo la aparición de vello, que es el motivo de consulta más frecuente y no es necesariamente un signo de pubertad. Para que un padre se de cuenta de que una niña puede tener pubertad precoz, naturalmente lo primero que tiene que notarse es el desarrollo mamario. En los varones los signos de desarrollo son más difíciles de encontrar porque consisten en el crecimiento del tamaño de los testículos", aclara el doctor Hugo Boquete, coordinador del área de endocrinología pediátrica del Hospital Alvarez.

La pubertad precoz consiste en que todo se desarrolla más tempranamente. Pueden existir dos causas para el desarrollo de esta enfermedad: una en el cerebro (que deriva en una pubertad precoz central o verdadera) y la otra en las gonadas (que se llama pseudo pubertad precoz). En la central se ven afectadas desde ciertas regiones del cerebro como el hipotálamo hasta la hipófisis (que es la encargada de dirigir las hormonas), los ovarios en las niñas y los testículos en los varones. Se llama central o verdadera porque viene del sistema nervioso central y sigue el patrón de desarrollo natural en el ser humano. La diferencia es que la pseudo pubertad precoz no se produce a partir del sistema nervioso central sino que ocurre directamente en los ovarios o en los testículos.

Las consecuencias que puede traer la pubertad precoz son muchas, pero "la más importante es que la velocidad de crecimiento se acelera y eso trae aparejado un adelanto muy rápido de la edad de los huesos. Entonces esos chicos crecen muy rápido pero terminan de crecer antes, porque los huesos maduran mucho más rápido, entonces terminan con tallas relativamente más bajas. La otra complicación es psicológica, del chico que no se puede adaptar a sus cambios y que se ve muy distinto a sus compañeros de clase", explica la doctora Titania Pasqualini, especialista en endocrinología infantil del Hospital Italiano.

El doctor Boquete afirma que la consecuencia psicológica también pasa por otro lado: "una niña que antes de los ocho años comienza con los signos de desarrollo sexual no está psicológicamente preparada para convertirse en una señorita. Pensemos en una niña que comienza su desarrollo por ejemplo, a los cuatro años. A los seis quizá ya está menstruando y esto la hace terriblemente precoz, por lo que es necesario seguir un tratamiento".

Pero no hay que confundir la pubertad precoz con una pubertad acelerada, que generalmente se da en casos de niñas que sufren obesidad de pequeñas. "Puede parecer lo mismo, pero no lo es. La pubertad acelerada es una forma evolutiva natural, y la precoz es una situación patológica. Hay muchas familias que tienden a desarrollar más temprano que otras. Es un poco más temprano pero no es signo de enfermedad, no requiere tratamiento como la precoz", aclara Boquete.

La doctora Pasqualini explica que "la obesidad trae un adelanto de la edad de los huesos, con lo que puede ser que la pubertad se presente antes de lo que ocurriría si el chico/a no fuera obeso. Pero lo importante es que en general en estos casos no altera la altura final".

"Cuando hablamos de pubertad acelerada sería el caso de una niña que comenzó a los ocho años con su maduración sexual. Esto significa que va a estar menstruando cerca de los once años, por lo cual no es demasiado precoz y es muy probable que no le produzca daño psicológico", señala el doctor Boquete. Él cuenta que "cómo hay mayor consultas de obesidad infantil, también hay más consultas de pubertad acelerada en niñas con obesidad, pero el problema no es la pubertad acelerada sino la obesidad infantil".

Un estudio publicado la semana pasada en la revista *Pediatrics* alertó acerca del tema. En él se afirmaba que las niñas que tienen un peso excesivo para su tamaño a los 3 años, y cuya relación peso/altura aumenta más rápido que lo normal entre los 3 años y primer grado, son más propensas a iniciar la pubertad más temprano que sus pares. El estudio fue realizado por investigadores del Hospital de Niños C. S. Mott de la Universidad de Michigan. La investigación estudió a 354 niñas de diez estados estadounidenses desde antes que comenzara su pubertad. El 68 por ciento de las niñas con sobrepeso o en riesgo de tenerlo comenzaron la pubertad a los 9 años. Alrededor del 40 por ciento de las niñas que no tenían sobrepeso empezaron a mostrar signos de pubertad a los 9 años.

Tal como ocurre en la población en general, el 30 por ciento de las niñas que integraban el grupo tenía sobrepeso o estaba en riesgo de tenerlo. Las niñas fueron objeto de seguimiento desde los 3 años hasta los 12, durante visitas al laboratorio a los 36 meses, los 54 meses y en primero, cuarto, quinto y sexto grado.

Argentina: celebridades participan en la lucha contra la trata de mujeres

16.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

No a la esclavitud moderna

Con el propósito de provocar la indignación en contra de la trata de mujeres con fines de explotación sexual, la popular actriz y cantante uruguaya Natalia Oreiro, radicada en Argentina, lanzó una campaña en combinación con la Organización Internacional para las Migraciones (IOM - International Organisation for Migration).

La campaña, "Digamos no a la trata, no a la esclavitud moderna", pretende atraer la atención del público argentino hacia una actividad criminal que afecta a 2,4 millones de personas, la mayoría de ellas mujeres, y genera unos 32 mil millones de dólares al año en todo el mundo, según la IOM.

Habrán también otros espacios publicitarios con testimonios de sobrevivientes, y llamamientos a denunciar estas prácticas ilegales por vía telefónica.

En el lanzamiento de la campaña, la IOM presentó también un estudio exploratorio de la trata de personas con fines de explotación sexual en Argentina, Chile y Uruguay, realizado en 2006.

Según las cifras de la IOM, hay una variedad de formas de trabajo esclavizante en el mundo, y según estudios realizados por la Organización de Estados Americanos (OAS) son pocos los países en las Américas que tienen leyes específicas contra este crimen. Estos son Canadá, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Panamá, Perú y los Estados Unidos.

El vacío legal es una laguna jurídica que permite la expansión de las redes de tratantes.

La campaña lanzada por la IOM y Oreiro advierte acerca de los métodos de reclutamiento fraudulento. También advierte a las mujeres jóvenes que estén en guardia en contra de anuncios que prometen dinero fácil para trabajar en diferentes ciudades, provincias o países, y promueve que familiares y vecinos denuncien cualquier actividad sospechosa, mientras que informan a las víctimas a dónde pueden recurrir para recibir ayuda.

Vínculos: <http://www.ipsnews.net/news.asp?idnews=36936>

Fuente: Inter Press Service publicado en Push Journal, 15/03/2007

El VPH sigue siendo un misterio para muchas personas

16.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

Su importancia ha sido eclipsada por otras ETS de alto perfil como el VIH y el herpes

Casi diariamente en su trabajo, la Dra. Elizabeth Poynor encuentra a mujeres ansiosas que acuden a su consultorio en la ciudad de Nueva York con un diagnóstico del virus del papiloma humano (VPH). Sin embargo, Poynor encuentra que la mayoría de sus pacientes jóvenes – incluso las que han oído hablar de la nueva vacuna dirigida a prevenir las peores cepas de VPH – saben muy poco sobre el virus y el daño que puede hacer.

Las razones por las que el VPH es tan poco conocido son muy variadas. Poynor piensa que su importancia ha sido eclipsada por enfermedades de transmisión sexual (ETS) de alto perfil como el VIH y el herpes. Otras personas señalan que, cuando la compañía farmacéutica Merck ha mercadeado su vacuna, se ha concentrado más en el posible cáncer cervical que en el virus mismo, el cual puede también producir verrugas genitales.

Por otra parte, con frecuencia los hombres son vistos como portadores silenciosos que, sin saberlo, pueden contagiar el VPH a sus parejas sexuales. E incluso cuando las personas saben que tienen el VPH, muchas veces piensan que los condones ofrecen una protección total, cuando las investigaciones han demostrado que no es así.

Mientras que algunas mujeres que tienen VPH piensan que es muy tarde para ser vacunadas en contra del VPH, algunos médicos dicen que todavía sería útil hacerlo, pues la vacuna protege contra los cuatro peores tipos de VPH. Funcionarios federales en Estados Unidos recomendaron recientemente que las niñas desde los 9 años de edad reciban la vacuna contra el VPH. Algunos padres permanecen reacios, sin embargo, preocupados porque la vacuna pudiera considerarse como una licencia para tener relaciones sexuales.

Dado que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH, los especialistas sugieren que la toma de Pap hecha con regularidad y el tratamiento temprano continúan siendo claves para la lucha contra el virus. Y también coinciden en que la protección de los condones aunque sea parcial es mejor que no tenerla.

Vínculos: <http://www.guardian.co.uk/worldlatest/story/0,,-6483394,00.html>

Fuente: Associated Press publicado en Push Journal, 16/03/2007

La anatomía del sexo

16.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

La familiaridad con la anatomía sexual puede mejorar la calidad del sexo en la persona. Es necesario saber dónde están ubicadas las zonas más sensibles propias y las de la pareja. Asimismo, resulta de sumo interés conocer la forma en que la otra persona responderá a los estímulos que reciba. De este modo resultará más fácil dar y recibir placer.

Para el varón es mucho más sencillo conocer su propia anatomía sexual debido a que sus órganos son externos. Se perciben a la vista muy claramente. Sin embargo, la anatomía femenina puede resultar menos familiar al no ser tan visible. Los genitales masculinos y femeninos son únicos en cada persona y por lo tanto, variarán en cuanto a su forma y tamaño.

Mucho se habla del tamaño del pene y raras veces se menciona que el tamaño de la vagina no es el mismo en todas las mujeres. Hay pocas mujeres con vaginas excepcionalmente grandes –o pequeñas–, al igual que ocurre con el hombre. Curiosamente, pocas veces oímos quejas femeninas con respecto al tamaño de sus genitales.

En términos generales, las mujeres no se fijan demasiado en el tamaño del pene de la pareja. Recordemos que muchas de las sensaciones que la mujer experimenta durante el coito se originan en el clítoris –y en las terminaciones nerviosas situadas en los primeros centímetros de la vagina–. Consecuentemente, la pericia y la sensibilidad del hombre como amante –y no el tamaño de su pene– son de mayor relevancia a la hora de propiciar satisfacción en su pareja.

La vagina es un tubo fibromuscular y tiene una gran capacidad para adoptar formas variadas. De hecho, una vagina puede albergar cualquier tamaño de pene con más o menos facilidad. Si la penetración ocurre antes de que la vagina se haya dilatado lo suficiente, puede resultar difícil empezar a acomodar el pene erecto –especialmente si éste es grande–. Sin embargo, la expansión vaginal prosigue con rapidez y el pene –independientemente de su tamaño– puede acoplarse. A medida que la excitación aumenta, la vagina se dilata tanto a lo largo como a lo ancho. Dicha expansión provoca que la sensación de fricción del pene disminuya, así como las sensaciones en la vagina. Con la excitación progresiva, el esfínter vaginal, anal y el conjunto de los músculos pubococcígeos, se relajan, facilitando la penetración vaginal y anal. Ambos amantes perciben que la inserción del pene resulta mucho más fácil.

Al final, lo más importantes en el disfrute y que cada persona se sienta a gusto con sus genitales. No vale la pena compararlos con los de otras personas, cada uno tiene los suyos y lo importante es valorar el placer que nos producen.

UN REGLAMENTO PARA QUE LOS HOSPITALES BONAERENSES

Guía pública para los abortos no punibles

18.3.07 – Página 12

El gobierno provincial ordenó que en los hospitales se garanticen sin demoras los abortos autorizados en el Código Penal. Un protocolo establece qué deben hacer los médicos ante un pedido de ese tipo. Y dispone que toda mujer víctima de una violación puede acceder a ese derecho.

Mariana Carbajal

La provincia de Buenos Aires se convirtió en la primera en reglamentar la atención de los abortos no punibles en los hospitales públicos. El ministro de Salud, Claudio Mate, firmó una resolución que establece el camino que se deberá seguir en el ámbito bonaerense cuando una mujer pida la interrupción de un embarazo en los supuestos contemplados en el Código Penal, es decir, si corre peligro su vida o su salud y si ha sido violada. De acuerdo con la flamante normativa, cualquier mujer víctima de una violación, y no sólo aquellas “idiotas o dementes”, podrán reclamar un aborto en el sector estatal. El hospital no deberá exigir una autorización judicial. Un equipo interdisciplinario tendrá a su cargo el estudio de cada caso y deberá expedirse en un plazo máximo de cinco días hábiles. Para el diagnóstico deberá contemplarse no sólo el riesgo físico que la continuación de la gestación podría causar o agravar, sino también el daño psíquico. La respuesta tendrá que ser veloz. “En ocho días tiene que estar resuelto el aborto sin judicializarse”, precisó el ministro Mate a Página/12. Se abrirá en cada hospital un registro de objetores de conciencia.

El procedimiento para la atención de los abortos no punibles forma parte de un amplio programa –muy ambicioso– para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas creado a partir de la resolución N° 304, firmada por el ministro en el medio del verano. La normativa tiene fecha del 29 de enero de 2007, pero recién trascendió ahora. De hecho, todavía no la conocen muchos médicos tocoginecólogos que trabajan en el sector público bonaerense. Mate adelantó a Página/12 que sus alcances serán difundidos en un encuentro con todos los directores de hospitales de la provincia (alrededor de 80) que encabezará el propio ministro a fines de marzo. No obstante, el ministro precisó que en algunos hospitales como el Materno Infantil de Mar del Plata, donde recientemente tuvieron el caso de V.O., una adolescente de 14 años que denunció haber sido violada y embarazada por su padrastro, ya lo están poniendo en marcha. “La idea es establecer con claridad cómo deben actuar los médicos ante casos de abortos no punibles”, señaló Mate. Una fuente que trabajó en la elaboración del protocolo comentó a este diario que, en realidad, se lo ha mantenido casi en secreto porque no se lo quiso promover en el marco del conflicto gremial hospitalario que ya lleva varias semanas.

El protocolo nació a partir de un pedido que elevaron en septiembre al Ministerio de Salud de la provincia un grupo de ONG del Movimiento de Mujeres que impulsan la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, después de que en un hospital de La Plata se negaran a practicarle un aborto a la adolescente LMR, una discapacitada mental de 19 años que había sido violada por un tío, a pesar de que había obtenido un permiso de la Suprema Corte de la provincia para interrumpir la gestación. La chica terminó sometándose a un aborto en una clínica privada.

La normativa impulsada por la provincia se fundamenta “en la necesidad de contar con pautas que permitan aplicar el aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del artículo N° 86 incisos 1 y 2 del Código Penal”, señala el texto del protocolo.

Entre otros puntos, establece los siguientes “principios generales” que deberán aplicarse en todos los “efectores del sistema de salud”.

- La interrupción del embarazo en los casos mencionados en los incisos 1 y 2 del artículo 86 del Código Penal “no requieren autorización judicial”. En este sentido, ya se ha pronunciado la Suprema Corte de la provincia en más de un fallo.

- Todo personal que trabaje en temáticas de salud sexual y reproductiva deberá conocer “las instancias para la atención y contención y/o eventual derivación a hospital de referencia para la solicitud (o práctica) de aborto no punibles”.

- Se deberá “actuar con celeridad para que haya menor dilación posible en la evaluación del caso y si lo amerita la interrupción de la gestación”.

- Siempre que se cumplan los requisitos y procedimientos establecidos en el protocolo, el director o directora del hospital tendrá “la responsabilidad de brindar la atención y práctica solicitada”.

El protocolo deberá aplicarse en todos los hospitales que tengan servicios de tocoginecología. En cada uno se deberá conformar un equipo interdisciplinario “para la evaluación y contención de cada caso que se presente”, integrado por al menos cuatro miembros, entre ellos un tocoginecólogo, un psicólogo, un médico psiquiatra y un trabajador social. Ninguno podrá ser objetor de conciencia. Serán designados por el director. Este equipo tendrá un plazo máximo de cinco días para realizar el diagnóstico en cada caso y certificar si encuadra dentro de los supuestos previstos en el Código Penal. “A los fines de este diagnóstico debe considerarse a la salud como ‘un completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades’ (OMS Doc. Básico 42, Ed. 1999, pág. 1) Por lo tanto, deben considerarse situaciones tales como síndrome de estrés post-traumático, depresión profunda, intentos de suicidio y ser víctima de violencia, entre otros”, enumera el protocolo. Este punto deja en claro que deberán tomarse en cuenta los daños psíquicos que pueden generar en una mujer el hecho de continuar con un embarazo producto de una violación. Esta interpretación coincide con la sentencia de la jueza de Menores de Mar del Plata, Silvina Darmandrail, del 14 de febrero último, ratificada por la Cámara de Apelaciones en lo Civil de la misma ciudad, al pronunciarse en el caso de V.O. En el mismo sentido se pronunció la jueza de la Suprema Corte bonaerense, Hilda Kogan, en un reportaje publicado en su edición del miércoles. “Cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la mujer embarazada desde la perspectiva de la salud”, reafirma el protocolo. La Corte finalmente cerró el caso sin pronunciarse, al declarar “abstracta” la cuestión después de que la chica perdiera el embarazo en forma espontánea.

Según el protocolo, para someterse a un aborto, la mujer deberá dar el consentimiento informado, que quedará incorporado a su historia clínica. En el caso de menores de edad, lo darán sus representantes legales.

El documento establece además que el hospital deberá ofrecerle a la mujer “asistencia psicológica desde el momento en que solicita la interrupción del embarazo y hasta después de realizada la intervención, gozando de prioridad en la asignación de turnos”.

“Con el consentimiento informado, la interrupción de la gestación deberá efectuarse en un plazo no mayor a tres días hábiles, desde la elevación de lo informado por el equipo interdisciplinario”, precisa el protocolo. “En ocho días tiene que estar resuelto sin judicialización”, destacó el ministro de Salud provincial, en diálogo con este diario.

En aquellos casos en que la mujer embarazada solicitara interrupción del embarazo “aduciendo peligro para su salud” y el equipo interdisciplinario evaluara que no se configura dicha situación, deberá quedar registrado en la historia clínica, con la firma de los profesionales. Y a la paciente se le deberá informar por escrito los motivos del rechazo.

Cuando se trate de una mujer embarazada incapaz, el hospital deberá exigir el consentimiento informado del representante legal, la declaración de insanía o dictamen médico de un equipo interdisciplinario de salud mental y una denuncia judicial o policial de la existencia de la violación.

Los médicos que no quieran practicar un aborto podrán inscribirse en un registro de objetores de conciencia, que será de acceso público. “Pero el hospital deberá garantizar siempre que en el servicio haya un profesional que lleve adelante la intervención”, aclaró Mate. El objetor deberá suscribir una declaración en donde manifieste que ejercerá la objeción tanto en ámbitos asistenciales públicos, como privados.

Los casos de violación

Las mujeres víctimas de una violación deberán recibir una atención especializada de urgencia en los hospitales de la provincia, del mismo modo que se realiza en algunos hospitales de la ciudad de Buenos Aires. El Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación “será aplicable en las consultas que se realizan en forma inmediata, después del ataque sexual, ya que la prevención del embarazo y del VIH-sida pierde efectividad transcurridas 72 y 24 horas, respectivamente”, indica el documento que deberán instrumentar los centros de salud bonaerenses. La llamada píldora del día después o anticoncepción de emergencia, la vacuna antihepatitis B, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual que puedan ser diagnosticadas en el momento y para prevenir el contagio del virus del sida son parte de las pautas indicadas para la atención.

Implementación en marcha

En Mar del Plata, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil ya está trabajando en la implementación del protocolo para la atención de los abortos no punibles, según informó su director, Hugo Casarsa, a Página/12. Se trata del mismo centro asistencial que a comienzos de febrero le exigió una autorización judicial a una adolescente que pidió que le interrumpieran un embarazo, producto de la violación de su padrastro. La jovencita obtuvo permiso de una jueza de Menores, confirmado por la Cámara de Apelaciones en lo Civil de Mar del Plata. A la espera de un pronunciamiento de la Corte bonaerense, V.O. sufrió un aborto espontáneo producto de una situación de estrés y fue atendida en ese mismo hospital. La Corte, luego, cerró el caso sin pronunciarse.

“Estamos terminando el registro de objetores de conciencia”, aclaró Casarsa, que también es médico tocoginecólogo. La resolución que creó el protocolo es anterior al inicio del caso V.O. pero recién ahora se está difundiendo.

Casarsa mostró ciertas dudas sobre cómo será recibido por la corporación médica. “La resolución –que establece el protocolo– es conducente. Pero vamos a ver cómo es el manejo en la comunidad médica. Es algo muy nuevo. Con las ligaduras de trompas sucedió que algunos profesionales accedían a realizarlas y otros nunca. Esta sociedad va andando de a poco”, señaló. Para acceder a un aborto en casos de una mujer violada, Casarsa consideró que se tendrá en cuenta la denuncia del hecho y un dictamen de un psicólogo y un psiquiatra que constaten que el embarazo “afecta la salud y puede provocar una patología irreversible”. “Y en los casos que exista alguna duda siempre existe la posibilidad de recurrir a la Justicia”, destacó.

“Ampara a los médicos”

“Esta reglamentación da claridad y es suficiente para amparar legalmente a los médicos que temen una demanda judicial por practicar un aborto contemplado en el Código Penal”, opinó el abogado Ignacio Maglio, jefe de la Sección de Riesgo Médico Legal del Hospital Muñiz y titular de la Comisión de Bioética de la Fundación Huésped. “Es entendible que tengan miedo por una eventual demanda de mala praxis, pero hay que tratar de desterrar la mala costumbre de los médicos de pedir autorización judicial cuando no corresponde: hay que evitar que se judicialice la medicina”, agregó Maglio, al ser consultado por la resolución que establece el protocolo de atención de los abortos no punibles en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

De todas formas, Maglio consideró que aun sin esta reglamentación los profesionales de la salud están cubiertos legalmente a la hora de realizar un aborto en los términos del artículo 86 del Código Penal. El protocolo, comparó, es similar al que años atrás estableció la ciudad de Buenos Aires para la realización de ligaduras de trompas de Falopio, cuando no existía una ley nacional –sancionada a mediados de 2006– que legalizara la anticoncepción quirúrgica. “Como en el caso de la ligadura, la realización de un aborto no punible es una decisión médica”, señaló Maglio. En su opinión, por otra parte, en los casos de niñas y adolescentes violadas se debería pedir el consentimiento informado de ellas mismas y no el de su representante legal, en cumplimiento del derecho a disponer de su propio cuerpo y hacer escuchar su opinión, previstos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

La primera causa de infección por VIH en Europa es la relación heterosexual

19.3.07 - El País – España

La UE presenta el primer informe que recoge datos de 17 países, salvo España e Italia.

Emilio de Benito

El VIH se expande en Europa empujado, sobre todo, por las relaciones heterosexuales sin protección. Es uno de los datos dados a conocer por primera vez por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC), vinculado a la Unión Europea y fundado hace un año. En 2005, último año con datos, el ECDC registró 20.000 nuevas infecciones por VIH, aunque la cifra real será mayor, según advierte la directora del organismo, Zsuzsanna Jakab. La UE destaca también que sólo quedan dos países que carecen de un registro de transmisiones: España e Italia.

La tendencia a la heterosexualización de la epidemia comenzó en 1999, de acuerdo con los datos de nuevos infectados de los 17 países que tenían entonces registro, que el ECDC ha conseguido recopilar ahora por primera vez. Ése fue el primer año en el que los casos de transmisión heterosexual superaron a los de hombres que tienen sexo con hombres (unos 3.000 en ambos casos). Actualmente, los cálculos son que en Europa viven alrededor de 1,1 millones de personas con VIH, y cada año se infectan unas 32.000, es decir, uno de cada tres nuevos casos no queda registrado. El país que más nuevos casos registra es Portugal (251 por millón de habitantes), seguido de Rusia (247) y Ucrania (243). En España, extrapolando las estimaciones del Plan Nacional contra el Sida, salen unos 70 nuevos casos por millón.

La diferencia está en que, mientras los casos por sexo sin protección entre hombres y mujeres ha ido en aumento en la última década, el de las relaciones homosexuales estaba en 1999 en decadencia. Esa tendencia se invirtió en 2001, de acuerdo con los datos de esos 17 países (entre ellos, algunos tan representativos como

Alemania, Francia, Reino Unido y Polonia). La tercera vía de transmisión más habitual, las jeringuillas intravenosas compartidas por usuarios de drogas, se mantiene estable e incluso registró un ligero descenso en los últimos tres años, destacó Jakab en la reunión anual sobre VIH/Sida de la UE, celebrada la semana pasada. En Estados Unidos y Canadá, región equiparable en desarrollo a Europa, la situación es diferente. Ahí la transmisión homosexual sigue siendo la predominante, de acuerdo con los últimos datos de Onusida.

Las cifras son importantes porque es la primera vez que el ECDC realiza un estudio con datos de todos los países europeos, tanto los de la UE como los demás. Además, se centra en el número de personas con VIH y no en los diagnósticos de sida. Estos últimos han ido descendiendo en los países ricos por efecto de la extensión de los medicamentos antivirales, que frenan el desarrollo de la enfermedad, lo que ha creado una sensación de falsa seguridad en muchos sectores, que les ha llevado a rebajar las medidas de prevención, indicó Jakab.

La edad media de los nuevos casos es de 35 años, de acuerdo con el estudio europeo, aunque hay una gran dispersión. En los países bálticos, por ejemplo, se infecta a gente más joven. El récord inferior lo tiene Letonia, con 28 años; el superior, Francia, con 37.

Jakab aprovechó la oportunidad para insistir en la importancia de extender los análisis para detectar a las personas con VIH. Según los cálculos del ECDC, el 25% de quienes no saben que tienen el virus son responsables del 54% de las nuevas infecciones. Además, mientras están en la ignorancia, esas personas no reciben tratamiento, lo que supone que desarrollan sida antes, y que cuando acuden al sistema sanitario es más difícil -y más caro- recuperarlos.

El tema de las pruebas es, sin embargo, peliagudo. En países donde es más fuerte el estigma o donde el acceso a la medicación es más difícil, no se puede extender la realización de las pruebas sin riesgo. Además, éstas siempre tienen que ser voluntarias y después de recibir la suficiente información.

Otro asunto importante es el papel creciente de los inmigrantes en la expansión del VIH. En este tema los expertos no se ponen de acuerdo en si se trata de personas que llegan infectadas de sus países de origen, o si contraen el virus en los de acogida. Hay datos en los dos sentidos. Entre aquéllos que se han infectado por vía heterosexual, la proporción de extranjeros que provienen de países con epidemias de sida supone alrededor del 50%, pero hay una elevada variación: del 80% en Islandia a menos del 20% en Portugal.

Los datos descartan uno de los tópicos más frecuentes: el que relaciona VIH con prostitución. Según los datos presentados por Jakab, sólo el 2% de las personas que se dedican a esta tarea están infectadas.

El cómputo imposible

Obtener un registro de las personas con VIH es una aspiración antigua del Ministerio de Sanidad. Pero los intentos han tropezado siempre en la misma piedra: algunas ONG de afectados recelan de que este tipo de ficheros atente contra la intimidad. En un país donde todavía son frecuentes las discriminaciones laborales y sociales, la posibilidad de que esos datos salgan del Ministerio sin asegurar el anonimato la rechazan de plano las asociaciones. Pese a estos obstáculos, ya casi la mitad de las comunidades tienen en marcha registros (el llamado SINIVIH). Estos datos son los que utiliza Sanidad para programar sus actividades, desde campañas de prevención hasta distribución de medicamentos, una partida que puede resultar muy cara (un tratamiento medio de los que toman aproximadamente 70.000 personas en España cuesta unos 10.000 euros al año). La directora del Centro Europeo de Control de Enfermedades, Zsuzsanna Jakab, consciente de los problemas, no quiso reprochar a la ministra de Sanidad, Elena Salgado, la falta de estos datos. Sólo España e Italia son incapaces de dar una cifra de los nuevos diagnósticos de VIH. En el caso español esto es llamativo, sobre todo porque es uno de los países con mayor número de infectados, y porque el modelo de la expansión del virus es diferente al de la mayoría de los países de su entorno: el VIH se expandió, primero, entre usuarios de drogas intravenosas inyectadas, una situación que ahora se repite en los países del este de Europa, nuevo foco de la epidemia.

Fuente: Recortes de Prensa

La erotización de la infancia causa alteraciones físicas y psíquicas a medio y largo plazo

19.3.07 - El Mundo Salud – España

Ansiedad, depresión, anorexia, bulimia... es el precio que pueden pagar las menores por «jugar» a potenciar su atractivo sexual. La asociación de psicología americana acaba de publicar un extenso documento en el que denuncia una tendencia sexualizadora que capta a población cada vez más joven. Según los expertos, las niñas que sucumben a este influjo, procedente de todos los ámbitos que las rodean, corren un grave peligro.

Alejandra Rodríguez

Las pequeñas de la casa no están ocupadas en hacer plastilina, colorear o aprender a montar en bicicleta. Ahora, se empeñan en tener el tipo de Beyoncé, bailar como Shakira, vestir "tops" y minifaldas que dejen su ombligo al aire y se preocupan por cuándo sus padres les darán permiso para hacerse un tatuaje, un "piercing" y un aumento de mamas que les permita volver locos a los chicos. Los expertos han dado la voz de alarma ante lo que llaman sexualización precoz de la infancia, concretamente de las niñas. El problema no reside sólo en el hecho de que esta tendencia les está robando una etapa necesaria, como es la niñez. La erotización infantil eleva el riesgo de problemas psíquicos y físicos a medio y largo plazo. Los trastornos de la conducta alimentaria y los complejos

estéticos debutan antes. Enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados están repuntando a causa de conductas inmaduras. Los psiquiatras y psicólogos infantiles tienen las consultas llenas de niñas deprimidas por el tamaño de su pecho o porque los chicos no les piden salir. Todo contribuye a perpetuar la situación de inferioridad de la mujer con respecto al hombre y a que crean que sólo a través del sexo serán válidas como personas.

Olive es una niña normal de seis años regordeta, con gafas y los dientes separados. Un golpe de suerte la empuja a la final del concurso de belleza más prestigioso del país. Toda la familia se amontona en una vieja furgoneta y pone rumbo a la gran cita, en la que la pequeña y, sobre todo su progenitor (un supuesto especialista en vender técnicas para tener éxito vital), tienen puestas sus esperanzas.

En el camino se desata una crisis familiar y los padres están a punto de divorciarse. En esos momentos, la única obsesión de Olive sigue siendo hacer un buen papel. «¿Soy guapa?», le pregunta a su abuelo, que insiste en destacar que ella es bella por dentro y por fuera. En escenas anteriores, la niña ha estado a punto de renunciar a comerse un helado por los estragos que este manjar puede hacer en su figura de cara a convertirse en una reina de la belleza infantil.

Muchos habrán adivinado que se trata de la película "Pequeña Miss Sunshine"; pero quizá no intuyan que el panorama que con tanto sarcasmo se describe en el largometraje estadounidense es asombrosamente real y no sólo al otro lado del Atlántico.

De hecho, las televisiones europeas están cuajadas de certámenes musicales en los que los críos bailan, cantan y se expresan como si fueran estrellas en miniatura.

Alarma

Recientemente, la Asociación de Psicología Americana ha hecho público un extenso documento en el que denuncia la tendencia sexualizadora que domina a la sociedad. Concretamente, manifiesta su preocupación por el hecho de que la ropa, los juguetes, los cosméticos, los videojuegos, las películas, los personajes de ficción, los dibujos animados y los medios de comunicación dirigidos a los más pequeños de la casa (en torno a los cuatro años) ya empiezan a hacer énfasis en los atributos eróticos, fundamentalmente de las niñas, y del rendimiento personal que se le puede sacar al atractivo sexual. En definitiva, la sexualidad acaba por excluir a otros aspectos de la personalidad y se convierte en el único parámetro válido para juzgar la valía de un individuo.

El informe también avisa de los peligros que acarrea esta tendencia de inculcar poses, actitudes y modos de comportarse propios de una mujer adulta a las niñas; que en el fondo, y por muy insinuante que sea la frase que exhiba en su pequeña camiseta, no tiene la madurez suficiente para asumir este tipo de comportamiento.

Ana Salegui, miembro de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEECTA) y especialista en trastornos infantojuveniles lo resume así: «La edad de la adolescencia se está adelantando artificialmente cada vez más. Ahora se maneja el concepto preadolescencia, cuando antes ni se contemplaba y prácticamente no hay niñez. La maduración física, psicológica y social deben ir de la mano, pero solo se está anticipando la primera, de forma que ahora estamos viendo las consecuencias de este desajuste».

¿Cuáles son los frutos de incorporar a niños y adolescentes a la vida adulta antes de tiempo que tanto asustan a los expertos? «Aparte de estarles robando la infancia, estas pautas ejercen una influencia nefasta en la formación de la identidad femenina y en las expectativas vitales de las mujeres», resume M^{ra} Jesús Mardomingo, jefa de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Y es que, en definitiva, las niñas asumen desde que apenas levantan un palmo del suelo que la mujer es un objeto sexual y que será valiosa en la medida que sea atractiva para el varón. Éste a su vez, es empujado a reafirmarse en su rol machista. El documento estadounidense destaca que, desde diversos frentes, se trata de potenciar actitudes en la mujer (candor, inocencia, sumisión...) que fomentan esta situación de dominio e invita a desterrar comportamientos firmes, decididos, autoritarios y de jefatura por calificarlos de poco femeninos o poco atrayentes para los hombres.

Depresión

Por otro lado, reseñan una investigación que evaluó las principales preocupaciones de las crías en el último siglo hasta hoy. Si bien en las primeras décadas las chicas estaban motivadas por sacar adelante sus estudios y portarse bien; en los últimos 20 años las inquietudes giran en torno a su aspecto físico, que se convierte en el eje de su autoestima y superación personal. Según los especialistas, el hecho de no alcanzar estos objetivos que se proponen provoca insatisfacción, ansiedad y depresión o actitudes depresivas a unas edades cada vez más tempranas.

Además, favorece que se descuiden otras habilidades y áreas de desarrollo intelectual y personal. Según parece, muchas niñas no se muestran en absoluto interesadas en hacer deporte, en estudiar o en desarrollar facetas artísticas. «En definitiva, las prácticas sexualizadoras mantienen a las mujeres como objetos de atractivo sexual y de decoración; lo que condiciona la libertad de su pensamiento y evolución en el mundo», escriben los autores del documento.

Complejos

Son quizá los problemas más tangibles a la hora de evaluar las consecuencias de la erotización de las niñas pequeñas. Los especialistas llevan años denunciando el hecho de que desde los medios de comunicación se está proponiendo un canon de belleza irreal caracterizado por una delgadez extrema y unas medidas imposibles.

De hecho, algunos trabajos han demostrado que, si trasladásemos las medidas de muñecas como la Barbie a mujeres de carne y hueso éstas no podrían caminar porque, simplemente, su columna vertebral no las sostendría de pie.

Una fémica real tampoco podría vestirse como muchas heroínas de videojuegos o personajes de dibujos animados porque exhiben ciertos modelos que, aparte de dejar al descubierto más carne de la que tapan, no tienen puntos en los que apoyarse, de forma que son incompatibles con cualquier movimiento.

Tampoco es lógico que una niña como la que representan las muñecas Bratz -expuestas en el documento de los psicólogos estadounidenses como el más vivo ejemplo de la erotización progresiva de los juguetes y accesorios de las niñas- vaya maquillada, se tiña el pelo de colores estridentes, vista minifalda o pantalones ajustados, botas de plataforma y, además, lleve su cuerpo tatuado y anillado, incluso en lugares con un claro objetivo sexual (pezones, lengua...).

Trastornos físicos

En cualquier caso, los denodados intentos por conseguir estos ideales han arrastrado a muchas adolescentes a la anorexia y la bulimia clásicas, pero los expertos están verdaderamente aterrorizados porque los patrones han cambiado a una velocidad vertiginosa.

De esta manera, aparte de que la edad media de inicio de los trastornos alimentarios ha bajado (ahora se sitúa en torno a los nueve años), «nos enfrentamos a un auténtico cajón de sastre con muchas niñas con trastornos intermedios. No encajan en ningún problema concreto a la perfección, pero tienen rasgos de varios de ellos», resume Carmen González, coordinadora de la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER).

En este sentido, los especialistas ya han reclamado que los atracones (comer compulsiva y vorazmente para luego, y aunque no siempre, ayunar o purgarse) sean incluidos en el listado de trastornos de la conducta alimentaria porque pueden ser incluso más peligrosos que los clásicos.

Y es que, según sugiere González «los trastornos incompletos no se ven a simple vista, progresan más despacio, no provocan la misma alarma en el entorno que, por ejemplo, una anorexia de manual y las pacientes tardan mucho en pedir ayuda porque no hay sufrimiento [dejar de comer, al fin y al cabo cuesta mucho esfuerzo]».

En realidad, estas chicas son víctimas de la cultura de la rapidez. «Lo quieren todo ya; adelgazar también y para ello no restringen lo que comen, si no que recurren a los laxantes, a los diuréticos y a otros métodos purgativos», apostilla González.

No obstante, y a pesar de que sean chicas aparentemente saludables, una bajada de potasio causada por una restricción dietética severa realizada en poco tiempo o por una vomitona mal controlada puede derivar en una parada cardíaca fatal.

Por otra parte, y en lo referente al cambio de patrones, también se llama la atención sobre las transformaciones que han sufrido los ideales propuestos y, en consecuencia, las aspiraciones de las niñas.

«Antes, las que se desarrollaban pronto eran proclives a sufrir anorexia restrictiva porque no se sentían cómodas con un cuerpo de mujer siendo mentalmente unas crías. Dejaban de comer porque querían perder sus curvas, sus pechos y dejar de ser objeto de miradas lascivas por parte del varón», resume Carmen González.

En cambio, el modelo a seguir en la actualidad es una chica alta, filiforme y dotada de unos pechos extraordinariamente grandes para esa constitución; algo prácticamente imposible porque la mama está compuesta en un 90% por tejido graso, mientras el otro 10% es la glándula propiamente dicha. Una persona muy delgada es poco probable que luzca un escote generoso.

No obstante, si esta pauta se percibe por parte de chicas cada vez más jóvenes, el riesgo se dispara. «Hay que tener en cuenta que el cuerpo de una niña prepúber almacena grasa para hacer frente al estirón; de manera que tiene bastantes posibilidades de creer que está gorda, algo que se ha convertido en un pecado capital», explica la coordinadora de ADANER.

La obsesión por alcanzar estas medidas que, en realidad, son desproporcionadas ha multiplicado las solicitudes de intervenciones de cirugía estética en adolescentes.

En EEUU, los implantes mamarios, las rinoplastias y las liposucciones ocupan ya un lugar preferente en la lista de regalos que se solicitan en la graduación, una tendencia que también se está observando en el Viejo Continente; especialmente en España, que se ha convertido en líder en cuanto al volumen de este tipo de intervenciones.

«Lo que más nos estamos encontrando son liposucciones, pero el aumento mamario no tardará en aumentar», vaticina la coordinadora de ADANER.

En resumen, el hecho de que una niña pase por quirófano para arreglar una supuesta imperfección estética conlleva riesgos psicológicos, dado que estas conductas son adictivas y fomentan la insatisfacción perpetua, y físicos, ya que su cuerpo todavía no ha terminado de formarse y, en consecuencia, los resultados definitivos de la cirugía pueden ser imprevisibles.

Abusos

Los autores del documento estadounidense han tocado el tema por encima al tratarse de casos extremos, pero no han dejado de mencionar que una maduración psicosexual inapropiada conlleva la adopción de conductas sexuales de riesgo (promiscuidad, descuido de los métodos anticonceptivos...) a una edad en la que no se está mentalmente preparado.

Ello repercute directamente en el incremento de la tasa de enfermedades de transmisión sexual, en embarazos no deseados y en traumas (violaciones, agresiones sexuales, violencia de género...) relacionados con el ejercicio de una libertad sexual mal entendida. De hecho, las gestaciones de madres adolescentes se han convertido en una preocupación prioritaria en países como Reino Unido.

Finalmente, los expertos plantean que la confusión entre la niñez y la edad adulta ha generado paradojas tales como que existan tangas para crías de seis años, lencería de encaje, camisetas con leyendas picantes, incluso, maquillaje; mientras que las mujeres adultas se adornen con iconos infantiles con el objetivo de anifiar su aspecto.

En cualquier caso, ambos grupos configuran un repertorio de "Lolitas" que resulta tremendamente atractivo para muchos varones por diferentes motivos.

No obstante, los especialistas advierten de que, si bien normalmente una mujer adulta (aunque haya buscado conscientemente un aspecto o unos ademanes infantiles) puede hacer frente en mayor o menor medida a una agresión sexual, las niñas erotizadas están absolutamente indefensas ante este tipo de ataques porque, al fin y al cabo, siguen siendo sólo unas crías.

Todas las revistas para jóvenes inciden en la conducta sexual

En la portada incluyen un aviso de que la publicación no es apta para menores de 18 años, pero lo cierto es que no hay ningún mecanismo de control que impida que una cría de 10 adquiera en el quisco cualquier revista para jóvenes. Con la excusa de desterrar los tabúes en torno al sexo y de fomentar una sexualidad natural absolutamente todas se centran en ello en prácticamente todos los artículos que publican. Sus ídolos (cantantes, actores, modelos...) de la farándula posan en posturas provocativas, se destacan sus frases más picantes y abundan las fotografías con vestimenta y accesorios sexy. Incluso los artículos relacionados con la salud o el deporte están enfocados, por ejemplo, a hacer ejercicio para tener un pecho bonito, un culo de escándalo, a llevar a cabo una penetración anal segura e indolora, etcétera. Cuando se escribe un artículo sobre una deportista se centran demasiado en su vida sentimental y se suelen escoger las fotografías más provocativas. Eso por no hablar de cientos de consejos para ser una atleta en la cama y complacer a los chicos. De hecho, su vida no tendrá un sentido completo hasta que no logren una relación con un varón (por supuesto, el lesbianismo se ignora por completo). La publicidad que incluyen va en la misma línea; modelos semidesnudas ofrecen productos de consumo dirigidos a potenciar el atractivo sexual. En definitiva, se bombardea a las lectoras (la mayoría son chicas) para que toda su vida gire en torno a ello, a buscar la aprobación del varón y que dicha valoración se haga en función de los atributos sexuales, nunca intelectuales o basados en otras habilidades. En opinión de los expertos, habría que articular mecanismos que limitasen el acceso de las niñas a estas publicaciones que, en teoría, están dirigidas a un público de más edad. Sin embargo, lo tienen difícil. "Siempre que se habla de control se desvirtúa el concepto y salen a la luz términos como censura o libertad de expresión, pero nos tenemos que concienciar de que hacen falta estas restricciones porque no podemos exponer a los menores a un mundo de adultos", afirma la psicóloga Ana Salegui.

¿Qué pueden hacer los padres?

El bombardeo erotizador es constante y proviene de muchos frentes. Incluso, los padres contribuyen con su actitud y con hechos aparentemente inofensivos, como vestir a sus niñas de mayores o promover que se maquillen o se pongan tacones de manera habitual, aunque sea para jugar. No obstante, hay aspectos en los que se pueden incidir para evitar la sexualización precoz de sus hijas:

Interesarse. Los padres deben procurar estar al tanto de las revistas que leen sus hijos, de los programas que ven, de la música que oyen y de las webs que visitan. Si el contenido no les parece adecuado han de hablar de ello y escuchar lo que los chavales tienen que decir al respecto.

Aprovechar lo cotidiano. Es útil procurar ver la tele con ellos y ejercer la crítica de las actitudes que no se consideran correctas, así como los motivos. Hay que cuestionar que si prestan demasiada atención a ciertos aspectos externos, su entorno obviará el resto de su calidad como personas.

Hablar. Hay que ser explícito y claro y explicar por qué ciertos programas, prendas de vestir o complementos no son adecuados. También hay que ser igual de concreto al proponer o ensalzar alternativas que contribuyan a destacar una imagen femenina positiva.

Comprender. Es normal que las niñas y adolescentes se sientan presionadas por la moda, los medios de comunicación o la pandilla de amigos a la hora de adoptar ciertas actitudes. Hay que ayudar a las pequeñas a escoger acertadamente dentro de las tendencias y recordarles que ellas serán lo que quieran ser y que eso es más importante que el aspecto externo que exhiban.

Animar. Es recomendable tratar de encauzar a las crías hacia actividades que hagan énfasis en el talento y en otras habilidades diferentes a la mera estética. En este sentido, el deporte y las artes plásticas son una alternativa idónea.

Educar. Hablar de sexo con los hijos es una tarea incómoda, pero es necesario abordarla con naturalidad, sin tabúes y encuadrando la sexualidad dentro de una vida saludable, íntima y, sobre todo, madura y satisfactoria. Desde los tres años ya se puede empezar a comentar temas sexuales con los niños para lograr que esta faceta de la vida contribuya a su felicidad y no a sus traumas.

Ser realista. Es necesario que las niñas sepan que las muñecas, los dibujos animados, los personajes de los videojuegos y lo que ven en la mayoría de los anuncios publicitarios no es real. Si las medidas o el aspecto de estos iconos se trasladasen a una persona no podrían sobrevivir (por ejemplo, una mujer como Barbie se partiría en dos).

Dar ejemplo. Haga un repaso de los productos que compra, de los hábitos que mantiene, de los valores que transmite o de los programas que ve en presencia de sus hijos. Ellos imitan su conducta porque los padres son su espejo.

Fuente: Recortes de Prensa

Guía de salud sexual para personas con VIH

20.3.07 - Canal Solidario – España

Con el nombre de "Montárselo en Positivo", la organización gTt edita un folleto de conceptos de salud sexual básicos para personas con VIH, con el objetivo de dejar claras ciertas dudas de estos pacientes y evitar tabúes.

El folleto (en pdf) publicado por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) consta de dos secciones: en la primera se presentan las maneras en que el VIH puede afectar a nuestras percepciones sobre el sexo. En la segunda se explica la importancia de la salud sexual y los pasos que pueden tomarse para proteger la propia salud sexual y la de otras personas.

Según gTt, la publicación no pretende sustituir el diálogo con el médico, sino aclarar preguntas que necesitan respuestas claras. Con ese motivo, se explican sin tapujos los problemas que pueden causar determinadas prácticas sexuales, así como las infecciones de transmisión sexual más habituales que se pueden padecer. Recalca de manera especial el uso de preservativos o barreras de látex para evitar este tipo de infecciones y la reinfección de los pacientes con VIH, que puede hacer empeorar la enfermedad.

En la elaboración del folleto han colaborado junto al Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Más info:

http://gtt-vih.org/files/active/0/Montarselo_en_positivo.pdf

<http://www.gtt-vih.org/>

Fuente: Recortes de Prensa

Francia recomienda la vacuna frente al virus del papiloma humano entre los 14 y 23 años

20.3.07 - El Mundo Salud – España

Las autoridades sanitarias francesas han anunciado su decisión de recomendar la vacunación frente al virus del papiloma humano, responsable de la mayor parte de los casos de cáncer de cuello de útero, para las niñas de 14 años, según ha informado Sanofi Pasteur MSD, que comercializa la vacuna "Gardasil".

Asimismo, el Consejo Superior de Higiene Pública de Francia (CSHPF) ha recomendado la vacunación a todas las mujeres de 15 a 23 años de edad "que no hayan iniciado sus relaciones sexuales o que las hubiesen iniciado hace menos de un año". La financiación de dicho fármaco será para estos grupos.

Según el laboratorio, esta decisión "confirma una vez más la excepcional importancia de esta vacuna para la salud de las mujeres, y significa que la vacunación protegerá a más mujeres francesas del cáncer del cuello de útero y de otras enfermedades relacionadas con el virus del papiloma humano, antes y más allá del cáncer del cuello de útero".

La recomendación del CSHPF, a pesar de contemplar una amplia franja de edad para recibir esta inmunización, reduce la edad para la que la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha aprobado esta vacuna. Según esta institución hizo público el pasado mes de septiembre, el producto está autorizado para su uso entre los nueve y los 26 años.

Los mismos cánones baraja su homóloga estadounidense, la FDA, quien el pasado mes de junio aprobaba esta vacuna para las mujeres entre los nueve y 26 años.

No obstante, el consejo de estas agencias sanitarias es sólo eso, es decir, cada país puede adaptar individualmente estas recomendaciones sobre la edad para administrar la vacuna, los precios del producto, su financiación, ...

De hecho, España todavía no ha aprobado su comercialización. Gardasil está disponible en 15 países europeos, la mayoría de los cuales ha acelerado sus procesos de aprobación local con el fin de incorporar la inmunización contra el virus del papiloma humano al programa de recomendaciones y reembolso de cada país. Además, en nuestro país tampoco se conoce todavía qué mujeres serían candidatas a recibir esta vacuna.

Según un comunicado hecho público el pasado mes de febrero, siete sociedades científicas de nuestro país recomendaban administrar esta vacuna a las niñas de entre nueve y 14 años.

En España, el cáncer de cuello de útero afecta a siete u ocho de cada 100.000 mujeres, según Javier Cortés, ginecólogo y coordinador del documento de consenso de dichas sociedades.

El virus del papiloma humano se transmite por vía sexual. Se estima que el 40% de las personas sexualmente activas se contagia en los primeros 16 meses. Este patógeno tiene muchas cepas diferentes, dos de ellas, la 16 y la 18, son responsables del 70% de los tumores de cuello de útero.

La vacuna es eficaz contra cuatro cepas, la 16 y la 18, y otras dos (los tipos 6 y 11) que causan el 90% de las verrugas genitales.

Fuente: Recortes de Prensa

Nuevo dispositivo anticonceptivo disponible para las mujeres

20.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

El dispositivo es un anillo de plástico suave que libera la hormona anticonceptiva directamente en el torrente sanguíneo

Hay una nueva forma de anticoncepción disponible para las mujeres. Se trata de un dispositivo en forma de anillo de plástico suave, que libera la hormona anticonceptiva directamente en el torrente sanguíneo.

La Profesora Gab Kovacs de Melbourne IVF, indicó que el dispositivo se inserta en el cuerpo de la mujer y que es 99 por ciento efectivo.

Contiene la mitad de dosis de hormonas femeninas contenidas en la dosis más baja de las píldoras anticonceptivas. La Profesora Kovacs dice que será un método atractivo para aquellas mujeres que tienen problemas para recordar que deben tomar la píldora diariamente.

"Este anillo solamente necesita ser insertado, se deja en su lugar durante 21 días, luego se remueve y se reinserta siete días después, por lo que es un modo fácil de tomar [el anticonceptivo]," ella dijo.

El anillo solamente está disponible con receta médica.

Vínculos: <http://www.abc.net.au/news/newsitems/200703/s1876705.htm>

Fuente: ABC Premium News (Australia) publicado en Push Journal, 20/03/2007

Fuente: Recortes de Prensa

Hay alternativas para el PAP

21.3.07 – Novedades en Salud Sexual y Reproductiva (IPPF)

Hay considerable interés en usar métodos visuales simples

Ante algunas de las dificultades para realizar tomas de Pap, especialmente en países en desarrollo, hay considerable interés en usar métodos visuales simples para detectar los signos del cáncer cervical de manera temprana.

Un método que implica la participación de una o un proveedor de servicios de salud (partera o médico) que esté capacitado, consiste en limpiar el cuello del útero con ácido ascético (vinagre de mesa) y entonces simplemente observar el cuello del útero de la mujer en busca de signos precancerosos. Este método se llama Inspección Visual con Ácido Ascético (IVA) y es relativamente indoloro y simple de practicar. El método no requiere la participación de un laboratorio y, por lo tanto, la o el proveedor de salud puede ofrecer durante la misma visita algún tratamiento ambulatorio inmediato para las lesiones con sospecha de ser precancerosas; o bien, puede referir algunos casos a otros servicios más especializados. El tratamiento de células precancerosas impide el desarrollo del cáncer.

Otra buena noticia es que actualmente hay nuevas vacunas para proteger a la mujer contra los tipos de virus del papiloma humano (VPH), que es causante de la mayoría de casos de cáncer cervical. Las nuevas vacunas posibilitan la protección de la mujer a una edad temprana, antes de que se infecten – otra línea de defensa para quienes habitualmente no tienen acceso a pruebas de detección.

El VPH es la infección de transmisión sexual más común en el mundo. Hay más de 100 tipos del virus, pero solamente unos pocos causan cáncer. Las pruebas clínicas han demostrado que las vacunas son seguras y casi 100% efectivas en contra de los principales tipos de VPH causantes de cáncer, cuando las mujeres son vacunadas antes de haber sido expuestas al virus.

La detección y tratamiento tempranos son sinónimo de una buena política de salud pública.

Vínculo: http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/05_Articles/New_Approaches_for_Reducing_the_Impact_of_Cervical_Cancer.htm

Fuente: New Vision (Uganda) publicado en Push Journal, 20/03/2007

Fuente: Recortes de Prensa

Emisiones nocturnas

22.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

El hombre tiene cuatro o cinco erecciones durante la noche, mientras duerme. Se trata de respuestas vegetativas inconscientes del aparato genital masculino. En las fases del sueño llamadas REM (Rapid Eye Movement) o MOR (Movimientos Oculares Rápidos) suelen producirse episodios de erecciones parciales o completas. Algunas de estas erecciones nocturnas pueden llegar al clímax en una explosión eyaculatoria. En las fases REM, la mujer, por su parte, puede experimentar un cierto grado de excitación e incluso flujo vaginal.

En el caso del hombre, las emisiones nocturnas cumplen un fin en su organismo. Como parte de la salud sexual de la persona es aconsejable mantener la frecuencia eyaculatoria del individuo en buen estado. Si la persona no tiene relaciones sexuales, esto puede conseguirse por medio de la masturbación. Sin embargo, cuando alguien no se masturba, el organismo puede llevarle a ello por medio de las emisiones nocturnas.

Las emisiones nocturnas suelen ir acompañadas de sueños eróticos, aunque no necesariamente. Hay teorías que sostienen que son el resultado directo de la estimulación ocasionada por los sueños eróticos o por las fantasías del mismo tipo. Tenemos información de hombres que aseguran que durante sus emisiones nocturnas sus sueños carecían de cualquier contenido erótico. Asimismo, existe otra teoría bastante extendida, que plantea que el cuerpo se deshace del semen para evitar así un sobrealmacenamiento en el organismo. Y también puede contribuir a que el líquido seminal se mantenga en condiciones óptimas para la fecundación.

En cuanto a su frecuencia, podemos decir que varía mucho. Es más común entre hombres adolescentes o adultos jóvenes y pueden ocurrir desde la pubertad. Mientras que hay quienes afirman tener emisiones nocturnas con asiduidad durante determinadas etapas de su vida, hay otros hombres que aseguran que no las conocen, que nunca han tenido una. Las huellas que esas emisiones dejan en las sábanas no siempre son bien entendidas. Algunos hombres se han sentido incómodos ante el testigo mudo de su activación nocturna.

La visión negativa y pecaminosa del sexo hizo que a las emisiones nocturnas se les aplicara la denominación de poluciones, asociándolas a algo sucio y negativo. Hay que recalcar que desde una perspectiva médica y sexológica, las emisiones nocturnas son absolutamente naturales y saludables.

Monogamia

23.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Según nos dicen los biólogos, tan sólo el 3% de los mamíferos practican la monogamia. Entre esta minoría se encuentra la raza humana. Los seres humanos, en su gran mayoría, intentan tener y conservar una pareja para toda su vida. Por lo menos éste es el planteamiento teórico. En la práctica, las parejas no siempre duran y el que permanezcan juntas tampoco asegura la fidelidad, ni la felicidad.

Recientes descubrimientos han llevado a algunos biólogos a establecer tres tipos de monogamia: monogamia social, monogamia sexual y monogamia genética. La monogamia social se refiere a dos personas que comparten hábitat, mantienen relaciones sexuales y participan en la adquisición de los recursos básicos –casa, comida, ropa, dinero...-. La monogamia sexual implica a dos personas que mantienen exclusividad sexual entre sí. La monogamia genética, por otra parte, se refiere al hecho de que los miembros de una pareja sólo tienen descendientes con cada cual.

Centrándonos en la monogamia sexual, para algunas personas la vida transcurre en lo que se llama monogamia sucesiva: una sucesión de parejas estables, con o sin matrimonios y divorcios, en las que se mantiene la fidelidad mientras dura la relación. Otras viven en lo que nosotros llamamos monogamia aparente: coexisten relaciones estables, con o sin matrimonio, con una serie de aventuras extramaritales. Esta práctica suele más habitual de lo que socialmente estamos dispuestos a admitir. La elección de modelo suele ser personal y no de pareja y es muy difícil identificar al miembro que practica la monogamia aparente.

Existen muchas teorías que intentan explicar al fenómeno de la monogamia. Algunas ponen mayor énfasis en los aspectos genéticos, es decir, en la supuesta necesidad que tiene el ser humano de transmitir y perpetuar sus genes. Para la mujer es muy sencillo identificar a los hijos que pare, pero para el hombre solo puede hacerlo si permanece con la pareja y esta tiene dedicación sexual exclusiva a él. Curiosamente, algunos estudios han mostrado que uno de cada diez niños no es hijo biológico de quien piensa que es su padre. Otras teorías atribuyen la monogamia al dilatado tiempo que el ser humano necesita para valerse por sí mismo y la necesidad de que, durante ese periodo, sus padres permanezcan juntos y cuiden de él.

Otras teorías subrayan los aspectos sociales que contribuyen al fomento de la monogamia y que obedecen sobre todo a cuestiones culturales –tales como religión, las costumbres, las creencias... En nuestra cultura, a priori, el núcleo familiar es el que mayores garantías ofrece para la supervivencia y el feliz desarrollo del individuo. Es probable que ésta sea una de las razones por las que, tanto hombres como mujeres, se ven motivados para unirse y crear una familia fundamentada en la monogamia. Aunque, cabe recordar que, hoy día, el concepto de familia se está redefiniendo.

Dos de cada diez consumidores de viagra tienen menos de 20

23.3.07 – Clarín

Aunque no tengan problemas de erección, aquí los jóvenes lo consumen para "mejorar la performance". Incluso, para enfrentar la primera vez. Los expertos advierten que su uso indebido puede ser peligroso.

Georgina Elustondo

Para bien y para mal, el destino de algunos inventos y desarrollos termina siendo, a veces, muy diferente al proyectado inicialmente por sus creadores. Es el caso de la droga sildenafil, conocida popularmente bajo el nombre de una de sus versiones comerciales: Viagra.

Concebida para paliar problemas de disfunción sexual masculina, ha empezado a abandonar su condición de medicamento para ganar terreno en segmentos etarios que la utilizan con fines recreativos. Según datos del sector, dos de cada diez pastillas que se venden en el país son consumidas por menores de 20 años que recurren a ellas para "rendir más" o "mejorar la performance" y hasta para animarse a enfrentar la primera vez.

El dato asomó con fuerza de primicia en una entrevista con el jefe de Toxicología del Hospital Fernández, Carlos Damín. "Es preocupante el abuso que se hace del sildenafil en varones jóvenes. Muchos pacientes que llegan a la guardia por consumo de alcohol y drogas o alcohol y bebidas energizantes reconocen haber ingerido, a la vez, un comprimido de sildenafil para contrarrestar los efectos de las demás sustancias", sorprendió. "Tras varias horas de alcohol y energizantes la potencia sexual disminuye y recurren al viagra para poder tener sexo. Lo mismo ocurre con los que toman cocaína, que también produce impotencia sexual", agregó.

El comentario encontró respaldo en un estudio realizado por el Instituto Argentino de Atención Farmacológica y la carrera de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Maimónides: "Concluimos un estudio que arrojó que más del 20% de las pastillas de sildenafil son usadas por menores de 20 años, una población que —a priori— no tiene ningún problema de erección. Este uso irresponsable e irracional de un medicamento puede generar problemas de esterilidad dentro de diez, quince años, porque la estimulación recurrente de la erección con estas drogas deteriora la calidad del esperma", advirtió a Clarín Marcelo Peretta, vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos de Capital.

Otros expertos coinciden con el diagnóstico y el alarma. "El sildenafil está siendo consumido fundamentalmente por adolescentes y jóvenes. Los adultos hacen un uso más cuidadoso por los problemas cardíacos que ha generado, y los más chicos lo usan con fines festivos. Por la forma crónica en que se está usando, ha empezado a generar problemas visuales porque bloquea el flujo sanguíneo al nervio óptico", afirmó el médico Rubén Roa.

También los laboratorios confirman que el sildenafil se metió en la cama de los adolescentes. "Sabemos que ocurre y lo desalentamos. En el prospecto dice que es una droga para adultos con determinados problemas. No recomendamos su uso fuera de esa indicación y sin prescripción médica", destacaron en Pfizer, los fabricantes de Viagra.

En Sidus, la empresa que comercializa Magnus, coinciden. "Sabemos que se vende a la salida de los boliches y en Internet, a un precio muy caro (unos 40 pesos la pastilla). Es riesgoso para los jóvenes; nosotros lo desaconsejamos y recomendamos la consulta médica", subrayaron en la compañía. "El sildenafil no es una droga peligrosa, pero necesita el consejo del profesional, en especial en lo referente a su principal contraindicación: no pueden usarla quienes toman nitritos y nitratos para el corazón".

A los sexólogos el fenómeno no los sorprende. "Los jóvenes buscan lo diferente, tratan de rendir más y creen que las pastillas ayudan. En realidad, no les hace nada: es todo de la cabeza, pura imaginación. Se sienten más seguros si toman viagra", dice Diana Resnicoff, psicóloga y sexóloga clínica. "Ocurre porque persisten muchos mitos machistas: se sigue asociando buen sexo a cantidad y no a calidad, y sexualidad a penetración y genitalidad".

El uso irracional de esta droga no es patrimonio del adolescente. "Muchos treintañeros y parejas usan viagra porque han cambiado los estándares y quieren disfrutar más. Y hay mujeres que la consumen cuando no está claro que sirva para algo. El punto es que el varón sabe que hoy la mujer pide más y que tiene que demostrar y satisfacer. Por eso se siente más seguro si garantiza respuesta tomando algo", dice el sexólogo Adrián Sapetti.

Desde la psicología aportan otras explicaciones: tiene que ver con una desafortunada asociación entre sexo y rendimiento, aseguran. "Vivimos tiempos en los cuales el consumismo y la performance rigen también los momentos íntimos. De sexo, se habla mucho y se hace poco. Ya no hay un verdadero encuentro —aunque sea circunstancial— entre dos personas, porque no hay reconocimiento del otro. Ya no se busca un semejante con quien hacer el amor, por que el amor está destinado a sí mismo", dice la psicóloga Gloria Husmann.

Es raro... ¿Por qué, en una sociedad hipersexualizada, donde todo parece girar alrededor del sexo, se necesitan tantos condimentos para meterse en la cama? "Porque la mirada está puesta en el cuerpo propio y en la vivencia de un supuesto déficit —estimulado por el mercado y sus estereotipos de pasión y sexualidad— que se intenta suplir con drogas, cirugías, gimnasias y demás. Así, en una realidad onanista y competitiva, se recurre a la fantasía de una pastilla que, al asegurar rendimiento, aliente tanto hambre narcisista". ¿Gana el placer? ¿Se disfruta más? "No —asegura Husmann—. Ganan el vacío y la soledad".

"Se consigue sin prescripción"

Según los expertos, hay algo más preocupante que el consumo mismo de sildenafil por parte de los jóvenes. "Es alarmante que puedan acceder a esa droga sin prescripción médica, porque puede afectar seriamente la salud si existen enfermedades previas o si se consume junto a otros medicamentos", subraya Carlos Damin. Rubén Roa coincide: "Esta droga, aunque debiera venderse bajo receta, ha pasado a ser en la práctica un medicamento de venta libre". Adrián Sapetti va más allá: "Hay todo un circuito off del viagra: se consigue en hoteles, estaciones de servicio, por delivery. Venden la pastilla suelta, fuera del blister, la gente no sabe ni lo que toma".

El sildenafil debiera venderse bajo receta, pero en las farmacias se vende como aspirina. ¿Inspecciones? ¿Sanciones? Casi inexistentes. En tanto, las ventas estallaron: el salto fue de 7,3 millones de pastillas en 2003, a casi 20 millones en 2006. Ya hay 31 opciones de medicamentos con esa droga y valen entre 4 y 25 pesos el comprimido.

¿Puede ser natural?

En el altiplano peruano aseguran que tienen un viagra natural. Lo llaman "la maca"; en realidad es un tubérculo que crece en tierras de mayor altitud y tiene más tolerancia al frío que otros cultivos.

Desde hace muchos años, los pobladores de esa región preparan alimentos con sus raíces tuberosas. Se pueden comer frescas o secarse y almacenarse para ser usadas después.

Ahora también la venden, procesada como un producto que promete "estimular la fertilidad", como un vigorizante. Por eso es conocida como "viagra natural o vegetal".

Lo que está comprobado es que se trata de una importante fuente de nutrientes y que es capaz de sobrevivir en terrenos altos, a 4.300 metros.

Con alcohol u otras drogas, un peligro

Si la persona no tiene ningún problema cardíaco o pulmonar y no consume otra medicación (por ejemplo, vasodilatadores con nitritos o nitratos) que pueda generar problemas al combinarla con sildenafil, los efectos adversos de este medicamento contra la disfunción eréctil masculina pueden resultar menores o insignificantes. "Pero el uso crónico o frecuente fuera de prescripción puede disparar enfermedades visuales y esterilidad. Hay chicos usando viagra desde los 16 años; algunos la utilizan incluso para lucirse la primera vez, es un disparate", subraya Marcelo Peretta.

En general, su uso en personas jóvenes no genera problemas graves, pero sí efectos adversos que pueden llevar a una persona a la guardia médica. "El sildenafil es una droga con un rango terapéutico amplio y no presenta efectos graves sobre la salud si es usado en dosis adecuadas y no se asocia a otras drogas —aclara el toxicólogo Carlos Damin—. Los efectos adversos inmediatos que pueden aparecer son cefaleas, congestión nasal, hipotensión arterial y alteraciones visuales transitorias, tales como visión borrosa y/o alteración para distinguir los colores".

Mayores problemas pueden asomar si se mezcla este medicamento con alcohol u otras drogas. "Por su mecanismo de acción, está contraindicado su uso junto a medicamentos hipotensores, vasodilatadores coronarios a base de nitritos (medicación cardiológica) y alcohol por su efecto hipotensor —sigue Damin—. Puede tener graves consecuencias si se asocia a otras sustancias psicoactivas ilegales, frecuentemente usadas también en encuentros sexuales, como el nitrito de amilo (más conocido como popper), una sustancia en franco aumento entre adolescentes y jóvenes".

Riesgos

Eliana Galarza

Si a los 20 años alguien tiene que recurrir al viagra para tener la sensación de un mejor rendimiento sexual, qué queda para los que ya doblaron la esquina de los 40. Datos como estos: que dos de cada diez consumidores de viagra tienen menos de esa edad no hacen más que confirmar que el órgano sexual por excelencia continúa siendo el cerebro. Que el placer bajo las sábanas no depende sólo de erecciones, contracciones e intercambios de fluidos, sino que personas de todas las edades esperan siempre "algo más", tal vez aquello que marca la diferencia entre un "toco y me voy" y un verdadero encuentro sexual. El tema es que en una época de tantas exigencias, muchos (jóvenes y adultos) se ven tentados a ganar seguridad apelando a una pastilla. El cerebro los impulsa a comprar fantasías y no importa si en ello se va la salud.

El discreto encanto de la espontaneidad

26.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

El encanto de lo espontáneo tiene mucho predicamento en el terreno sexual. Desgraciadamente, en el día a día, la falta de tiempo es uno de los peores enemigos de la espontaneidad. Si miramos la agenda de cualquiera de nosotros, encontraremos pocos huecos vacíos. La mayoría de las personas llevamos una vida muy ajetreada y

repleta de actividades –en su mayoría, tareas y deberes domésticos, profesionales, familiares, sociales...-. Las quejas más comunes que escuchamos en consulta se deben al estrés y a la falta de tiempo para la vida sexual. Son pocas las parejas que encuentran tiempo suficiente para mantener una comunicación rica y fluida que prospere en encuentro sexual.

Algunas parejas acuden a consulta manifestando que han perdido la espontaneidad en su vida íntima y que desean recobrarla. Cuando les planteamos que en un principio es conveniente empezar planificando espacios totalmente dedicados al tiempo en pareja, a veces se quedan perplejos. No les cabe en la cabeza, que si desean espontaneidad, tengan que empezar planificando. Y sí, parece mentira, pero si para poder improvisar hay que tener la lección bien aprendida; para que la espontaneidad florezca necesita tiempo y espacio y eso se traduce en hojas disponibles en nuestra saturada agenda.

En un principio, se trata de ir creando tendencias positivas en la administración de nuestro tiempo y a la hora de marcar prioridades. Una buena manera de crear tendencias positivas es señalar y preparar encuentros, como si de amantes se tratara. Es peligroso pensar que como se vive en pareja se tiene todo el tiempo del mundo y no hay que preocuparse, que ya surgirá la ocasión. Pero la agenda se va llenando: un partido de fútbol, cine, cena con los amigos, unas copas... Y por añadidura, extenuantes jornadas laborales, y si además hay niños pequeños, ni te cuento. Así no hay manera de que prosperen las ocasiones.

Por esa razón, el apartado cita de amantes, que se traduce en tiempo para nosotros, siempre debe estar explícitamente señalado. Escribiendo sobre este tema nos viene a la memoria la canción de Mari Trini: "El amor es como un huerto que hay que arar y sembrar, cuidalo al caer la tarde no lo vayan a pisar". En el sexo, como en la vida, hay que cuidar el huerto para recoger los frutos.

Causas de los trastornos sexuales

27.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Recientemente hablamos de los distintos trastornos sexuales y ahora queremos explicar las causas. En la mayoría de los casos existe más de un factor implicado en el origen de un trastorno sexual. En términos generales, las causas pueden clasificarse en físicas y psicológicas. Los factores físicos pueden deberse a enfermedades, cirugía o, incluso, el empleo de fármacos y drogas. No siempre es fácil discernir exactamente las causas de una disfunción sexual, aunque en la gran mayoría de los casos es posible determinar si se trata de un problema físico o psicológico.

Podemos hablar de tres tipos de factores que contribuyen a que surjan los trastornos sexuales de causa psicológica. En primer lugar, los factores predisponentes pueden incluir las experiencias tempranas en la vida. Éstas pueden provocar que una persona se sienta más vulnerable y desarrolle una disfunción sexual posteriormente. En segundo lugar, están los factores precipitantes, los cuales se refieren a los sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de un trastorno sexual. Finalmente, se encuentran los factores de mantenimiento, que son los que pueden explicar porque persiste la disfunción.

Entre los factores predisponentes se pueden encontrar los siguientes: una educación represora; malas relaciones familiares; una información sexual inadecuada; que las primeras experiencias sexuales sean traumáticas; la inseguridad temprana en el desempeño sexual...

En cuanto a los factores precipitantes es posible mencionar: la alteración general en la relación de pareja, el nacimiento de un hijo, la infidelidad, una serie de expectativas no razonables con respecto a la pareja y el sexo, una disfunción sexual en el otro miembro de la pareja, algún fracaso fortuito previo, una reacción a factores orgánicos, la edad, episodios de ansiedad o de depresión, alguna experiencia sexual traumática...

Los factores de mantenimiento pueden ser los siguientes: ansiedad por el rendimiento sexual, anticipación del fracaso, culpabilidad, pérdida temporal o prolongada de la atracción en la pareja, una pobre comunicación entre los miembros de la pareja, conflictos y desavenencias en la relación en general, ciertos miedos y temores a la intimidad, una auto-imagen distorsionada, información sexual inadecuada o desfasada, la creencia y el sostenimiento de algunos mitos sexuales, limitaciones en los juegos eróticos, algún trastorno psiquiátrico...

Un Viagra para ellas y la vida empastillada

28.3.07 – Clarín

Marcelo A. Moreno

Esta semana en algunos países europeos se comenzará a vender Intrinsa, llamado a ser el Viagra femenino para muchos.

No se trata de una pastilla ni, claro, produce erección. Son unos parches que liberan testosterona, la hormona que en mujeres y hombres impulsa ciertos mecanismos asociados al deseo sexual.

Como en el caso del Viagra, el fármaco está indicado, bajo estricta receta, para mujeres a las que se les han extirpado el útero y los ovarios y que "no tienen —según la Agencia Europea del Medicamento— pensamientos ni deseos sexuales, y ello les produce malestar".

Sin embargo, muchos le auguran el destino de la pastillita azul y de no pocos medicamentos: el recreativo. Un especialista, como el ginecólogo inglés John Studd, le confesó a The Times que no tenía "la menor duda" de que los parches terminarán vendiéndose bajo cuerda con fin de divertimento. Es decir, el camino del Viagra, que hoy se ofrece en las discotecas junto a bebidas energizantes que se mezclan con alcohol, todo lo cual está tan rigurosamente interdicho que sucede noche a noche a lo largo y a lo ancho de casi todo Occidente.

Aquí tenemos pastillas para la presión, para el corazón, para la circulación y para el dolor de cabeza, de espalda, de panza, muscular, cervical, para los del reuma, la artritis y la artrosis. Tenemos pastillas para las molestias, para anticiparnos a sufrir acidez, para dormirnos y despertarnos y también para adelgazar. Tenemos parches para dejar de fumar y ahora, para que señoras heladas levanten temperatura.

Y ¿qué duda cabe? son buenísimas todas esas pastillas que nos hacen la vida menos penosa, más prolongada y de mayor calidad. Sólo que, casi imperceptiblemente, vivimos de, con y por pastillas.

Pero entonces, ¿qué tan de escandaloso hay en el éxtasis, una pastilla —muy consumida aunque ligeramente prohibida— que nos promete un ensueño de felicidad? Porque funciona, en realidad, como las otras tantas pastillas que consumimos sin cesar.

Anteayer confirmaron que la ex modelo de Playboy Anna Nicole Smith murió de sobredosis de tranquilizantes. Los tomó en este mundo empastillado como otros toman antidepresivos. Y quedó tan tranquila, definitivamente.

Orgasmos independientes

28.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

La maravillosa sensación del orgasmo, esa sorprendente eclosión fisiológica no es tan universal como podríamos pensar. Ciertamente el cuerpo humano, tanto el femenino como el masculino, cuenta con un ingenioso circuito preparado para que se enciendan los fuegos artificiales, pero necesita que ese circuito se active. Mientras tanto, está inactivo como la pólvora esperando su momento de gloria -se nota la influencia de las Fallas y del espectacular Castillo 'Nit del Foc'—

En los hombres, el orgasmo está asociado a la función reproductora y va acompañado con la emisión de semen. En las mujeres las circunstancias son otras. El orgasmo no es necesario para la fecundación. Placer y reproducción no están tan íntimamente ligados. De hecho, muchas mujeres no orgasman con el coito, y precisan estimulación en el clítoris para que el mecanismo se ponga en marcha. Estas diferencias tienen su explicación. El clítoris tiene muchas más terminaciones nerviosas que la vagina. Hay que tener en cuenta que el canal vaginal es también el canal del parto y tiene que distenderse para que pueda pasar el bebé. Imaginaros la capacidad de dilatación que tiene y el trauma que supone para esa zona el paso de un recién nacido. Por lo que la sabia naturaleza centra en el cercano clítoris su área más sensible.

Otra ventaja de la ubicación del centro del placer femenino en el clítoris es que su estimulación no tiene por qué culminar con una inseminación. Y esto supone un valor añadido cuando el fin perseguido es el placer y no la reproducción.

Los seres humanos somos tan complejos, que para que la activación de la respuesta orgásmica se produzca -especialmente en las mujeres- además del circuito fisiológico intacto, son necesarias otras condiciones. Los antropólogos Ford y Beach, han llegado a decir que el orgasmo femenino podría ser un constructo social, ya que, según sus estudios, el orgasmo femenino no estaba presente en todas las sociedades estudiadas.

Esta ausencia cultural del orgasmo femenino correlaciona con la tradicional invisibilidad de la sexualidad femenina. Desde nuestro punto de vista, si el orgasmo no está aceptado socialmente y es visto como algo negativo, las mujeres, aunque disfruten del sexo, no lo van reconocer públicamente y los estudios estarán claramente sesgados. También es cierto que los bloqueos emocionales juegan un nefasto papel en el placer sexual; y si las mujeres, por mandato cultural, asocian el placer con lo sucio y negativo, el camino al orgasmo se convierte en una vía intransitable y peligrosa.

Afortunadamente cada vez hay más mujeres independientes que disfrutan de su sexualidad y reivindican y entienden el placer como un derecho que todos los seres humanos tenemos.

Aseguran que la circuncisión disminuye un 60 % la posibilidad de contraer sida

29.3.07 – Clarín

Agencias de salud de Naciones Unidas recomendaron esa práctica en base a estudios realizados en tres países africanos, donde la circuncisión se cumple por razones religiosas o culturales. Allí se comprobó que hay tasas más bajas de HIV. No obstante, la OMS advirtió que debe ser acompañada de otros métodos de prevención, como el uso del preservativo.

Agencias de salud pública de las Naciones Unidas emitieron una recomendación para que los hombres se sometieran a la circuncisión pues existe una "fuerte" evidencia de que puede reducir en un 60% las posibilidades de contraer el sida.

No obstante, expertos de la Organización Mundial de la Salud y de UNAIDS advirtieron que la circuncisión es sólo una protección parcial contra el virus HIV y aclararon que debe ser acompañada de otras medidas de prevención. "Debemos señalarlo con claridad", dijo Catherine Hankins, de UNAIDS. "La circuncisión masculina no proporciona protección completa contra el virus VIH", alertó.

Hankins indicó que hombres y mujeres deben usar otras formas de protección, como preservativos masculinos y femeninos, abstinencia, la postergación del comienzo de la actividad sexual y la reducción de la promiscuidad.

Las recomendaciones se difundieron en una reunión realizada a comienzos de mes en Montreux, Suiza, donde expertos discutieron tres pruebas -llevadas a cabo en Kenia, Uganda y Sudáfrica- que ofrecieron "una fuerte evidencia" de la reducción en los riesgos derivada de la circuncisión de heterosexuales.

La razón de que la circuncisión ayuda es que reduce y endurece el prepucio, que es susceptible al virus del HIV y a úlceras que pueden abrir el camino a la infección, explicó la OMS.

"En base a la evidencia presentada", dijo un comunicado conjunto, "los expertos recomendaron que la circuncisión masculina sea reconocida como una importante intervención adicional para reducir el riesgo de la transmisión del sida por vía heterosexual".

Las pruebas en África confirmaron lo que los expertos sospechaban desde hace mucho: hay tasas más bajas de sida en países del norte y del oeste de África donde la circuncisión se practica por razones religiosas o culturales. Mucho depende de la situación en un país determinado. Se presume que se obtendrá escaso beneficio en países donde la epidemia de sida se concentra entre prostitutas, drogadictos u homosexuales, dijeron las agencias.

Varios lubricantes usados para desarrollar microbicidas podrían dañar las células del recto

30.3.07 - La Noticia del Día – España

Algunos serían capaces de migrar hasta dentro del colon.

Marion Zibelli

Los candidatos para microbicidas que se están probando en la actualidad en miles de mujeres en varios países del mundo están diseñados para evitar la infección del VIH durante un contacto sexual por vía vaginal. También existen candidatos para microbicidas de uso rectal, pero se encuentran en fases mucho más tempranas de investigación.

Sin embargo, existen preocupaciones sobre la posibilidad de que, una vez se haya desarrollado un microbicida eficaz aplicable en la vagina, éste se utilice también por vía rectal en contra de las recomendaciones de uso. En efecto, se desconoce cuál será la seguridad y la eficacia de un producto de uso vaginal si se aplica en el recto. Incluso se cree que el uso de un microbicida vaginal en el recto podría llevar a la aparición de lesiones que podrían aumentar el riesgo de infección, dado que este órgano presenta una fisonomía mucho más delicada que la vagina. Por ello, resulta crucial incrementar los esfuerzos en la investigación sobre microbicidas rectales.

Los lubricantes serán probablemente uno de los productos que servirán de método de aplicación de un posible microbicida, aunque también se está evaluando el uso de cremas, anillos vaginales, barreras cervicales, supositorios, esponjas y filmes. Para intentar saber más sobre el posible impacto en el recto de algunos de los lubricantes frecuentemente utilizados y de otras sustancias, un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins en EE UU ha empezado a llevar a cabo estudios en laboratorio y en personas.

Ahora, publican los resultados de una de sus investigaciones en la que participaron 10 hombres, en cuyos rectos introdujeron dos tipos de lubricantes (ID Glide™ y una mezcla de ID Glide™ y FemGlide™, dos productos frecuentemente utilizados en EE UU y que se pueden obtener fácilmente a través de Internet) en distintos momentos durante varias semanas. Estas sustancias fueron marcadas con una cantidad muy pequeña de material radioactivo para poder observar su recorrido a través del recto y el colon.

Al cabo de una hora y media después de la administración de los lubricantes, los investigadores empezaron a sondear a los participantes y a extraer pequeñas cantidades de tejidos del interior del recto, llegando hasta 40cm de profundidad. Estos tejidos fueron analizados con microscopio para detectar los posibles cambios y daños ocurridos.

De forma simultánea, los investigadores efectuaron pruebas de laboratorio con otros lubricantes y otras sustancias: Astroglide™, FemGlide™ (también disponible bajo el nombre de Slippery Stuff™), Fleet enema™, ID Glide™, KY Jelly™, y PrePair™. En particular, evaluaron la capacidad de estos productos para sacar agua de o hacer entrar agua en una célula. En efecto, si una célula pierde agua tan rápidamente que no le da tiempo para sustituirla, puede dañarse y desaparecer. Si no ha absorbido suficientemente agua, la célula también puede dañarse. Se estima que la presencia de células dañadas en la pared del recto puede favorecer la infección por VIH.

Los autores de este estudio observaron que, en el laboratorio, muchos de estos lubricantes eran hiperosmolares, es decir que tienden a atraer y absorber agua de las células que bordean el recto, una característica que podría dañarlas. En concreto, la capacidad de los lubricantes probados para extraer agua de las células era de 4 a 14

veces superior que la capacidad de las células del recto para retener agua, lo que podría llevar a una reducción de la capa de mucus que cubre este órgano.

FemGlide™ (Slippery Stuff™) era el único producto que no tenía la capacidad de sacar agua de las células de una forma significativa. Los investigadores consideraron que este lubricante era hiposmolar, es decir que es capaz de sacar agua del interior de las células.

El análisis de las muestras de tejidos reveló que el daño producido en las células que bordean el recto ocurrió en menos de dos horas tras la aplicación del lubricante. En teoría esto puede aumentar el riesgo de adquirir el VIH, aunque el estudio no se había diseñado para responder a esta pregunta y cualquier conclusión acerca de este aspecto sería hipotética.

Otro hallazgo de los investigadores es que algunos lubricantes, después de su introducción en el ano, pueden migrar hacia el interior del colón hasta 40cm, incluso después de hasta 4 horas tras su introducción. A esta distancia, el lubricante se diluye y presenta poco riesgo para la salud de las células del colón.

De forma general, los resultados de este estudio son intrigantes y pueden animar a que se hagan otras investigaciones para confirmar o ampliar estos descubrimientos. No obstante, estos hallazgos también tienen implicaciones sobre el uso actual de lubricantes y el uso futuro de microbicidas rectales: ¿la exposición a algunos de los lubricantes disponibles en la actualidad y su uso cotidiano puede llevar a dañar el recto? ¿Cuánto tiempo después de la exposición necesitará el recto para curarse por sí mismo? ¿Cuántas veces estos productos pueden aplicarse en el recto con toda seguridad? Puesto que los lubricantes son capaces de migrar hacia el colón, ¿cuánta concentración de un microbicida se necesitará para seguir activo contra el VIH mientras el producto migra y se diluye? ¿Es posible crear lubricantes que no migren hacia el colón?

Por otro lado, se sabe que, durante una eyaculación en el recto, el semen puede llegar hasta muy dentro del órgano, incluso hasta el colón; entonces, ¿cómo optimizar estos lubricantes para que la migración hacia el interior del colón se convierta en una forma de alcanzar y proteger las zonas más lejanas del recto donde el esperma podría llegar?

Los hallazgos de este estudio muestran que queda mucho trabajo por hacer para saber más sobre la posible seguridad de los microbicidas rectales y los lubricantes.

Fuente: www.catie.ca / Elaboración propia

Referencia: Artículo elaborado por Sean R. Hosein (www.catie.ca).

Fuente: Recortes de Prensa

La erótica de la fantasía

30.3.07 – El Mundo - España

M. Pérez, J.J. Borrás y X. Zubieta

Nunca es más cierta la consabida afirmación de que el principal órgano sexual es el cerebro. El cuerpo suele responder a los dictados de la mente. Una de las facultades con que cuenta la mente es la imaginación, y ésta puede traducirse en fantasía. Las fantasías eróticas son ciertamente un recurso bastante útil en la vida sexual de la persona. Es de gran relevancia la estimulación que proviene de la mente debido a que tiene un efecto en los sentimientos, las emociones, en la conducta de la persona y en su vida sexual en general. La mera fantasía puede producir sensaciones físicas concretas.

Comúnmente, las personas fantasean con respecto a muchos aspectos de la vida, pero quizás no se atrevan tanto en lo sexual. Elaborar fantasías sexuales, como todo, requiere práctica y entrenamiento. Aunque cualquiera, con un poquito de interés, es capaz de desarrollarlas a placer. De hecho, muchas personas se ven sorprendidas por todas las fantasías sexuales que pueden generar, algunas de las cuales pueden resultarles extremadamente excitantes. Que se lleven o no a la práctica es otra cuestión completamente distinta. Una cosa es la fantasía y otra la realidad, y muchas de ellas pueden ser complicadas, inconvenientes, políticamente incorrectas, no saludables... Sin embargo, con la imaginación podemos jugar sin correr riesgos.

Hay a quien le gusta empezar con tintes románticos e irse encaminando a escenarios más eróticos; a otras personas les gusta ir directamente al grano. Pueden ser más gráficas, estar llenas de detalles o con contenidos visuales –pero en realidad lo que importa es que las disfrute el que las crea–. Las fantasías eróticas pueden cumplir un cometido importante y animar o reanimar la vida sexual en solitario o en la pareja. Pueden ofrecer una serie de experiencias estimulantes, placenteras y satisfactorias.

Escribir las fantasías, a modo de relato, puede ser una tarea muy entretenida y estimulante. También puede ser divertido crear fantasías entre la pareja, éstas deben plantearse de forma delicada y con mucho cuidado para no herir sentimientos. No como hizo una paciente nuestra, que se dedicaba a contarle al marido –persona más bien tímida y con eyaculación precoz–, fantasías sexuales con intrépidos y bien dotados sementales. Con ello despertaba en el marido sentimientos de inseguridad y abatimiento.

Muchas de las fantasías suelen ser esencialmente secretas y no siempre es recomendable compartirlas.

**“ Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar,
aborto seguro para no morir. ”**

NotiSASH es el boletín semanal de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH) que contiene una selección de artículos publicados durante la semana anterior.