



ISBN: 978-607-30-0177-9

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones
sobre la Universidad y la Educación

www.iisue.unam.mx/libros

Azalea Alejandra Marrufo Díaz (2017)

“Derechos sexuales”

en *Construir caminos para la igualdad: educar sin
violencias*, Gabriela Delgado Ballesteros (coord.),

IIUE-UNAM, México, pp. 111-140.

Esta obra se encuentra bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional
(CC BY-NC-ND 4.0)

Derechos sexuales

Azalea Alejandra Marrufo Díaz

Hablar de derechos sexuales implica clarificar y definir varios conceptos como la salud, la sexualidad, el erotismo, la diversidad, la afectividad y diferenciar todos éstos de la reproductividad, pasando además por toda una serie de mitos y tabúes que a lo largo de la historia han distorsionado su plena comprensión y, por lo tanto, su ejercicio. En este capítulo revisaremos, brevemente, todos estos conceptos, además de incluir los temas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el autocuidado, con el propósito no sólo de definirlos sino, sobre todo, de reflexionar sobre ellos para dar el sentido e importancia que merece el pleno ejercicio de los derechos sexuales.

SALUD SEXUAL

Aun cuando todo mundo habla sobre sexualidad, no siempre resulta sencillo definirla por tratarse de una cualidad que atraviesa todas las dimensiones de la vida de las personas.

De entrada, cuando nos referimos al *sexo*, estamos hablando de un conjunto de elementos biológicos, físicos, psicológicos y sociales que configuran a una persona como sexuada; es el resultado de un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida. Los primeros elementos que nos hacen sexuados son: el sexo genético, sexo gonadal y sexo genital, los cuales dan lugar a una figura corporal que varía a lo largo de la infancia, la pubertad, la juventud y la madurez. El segundo elemento que nos hace a las personas sexuadas es el *género*, que se define como una construcción sociocultural que delimita diferentes características: emocionales, intelectuales y de comportamiento;

se trata de categorías que la sociedad atribuye a las personas para denominarlas como masculinas o femeninas. Por lo tanto, hay tanto elementos biológicos como sociales que nos constituyen como seres sexuados (Infante *et al.*, 2009).

Por *sexualidad* entonces vamos a entender el modo de vivirse, verse y sentirse como persona sexuada; dicho modo es distinto para cada persona, por ello, se ubica en el terreno de lo subjetivo y es definido por las *vivencias* que cada quien experimenta. Por lo tanto, la sexualidad no es un instinto, sino una cualidad que se va descubriendo, construyendo, sintiendo y viviendo a lo largo de la existencia (Amezúa, 1979).

Cada cual vivirá su sexualidad de manera distinta; ésta estará en constante evolución a lo largo de todas las etapas de la vida y se expresará de múltiples formas y hacia muchos fines (placer, ternura, comunicación, relación, desarrollo, reproducción...); siempre e inevitablemente influida por el contexto social-histórico-cultural y con aspectos comunes a otras personas (Infante *et al.*, 2009).

En función de todo lo anterior, *el erotismo* ha de definirse como la forma en que las personas, como seres sexuados, se relacionan consigo mismas y con las otras personas por medio de expresiones como: caricias, besos, palabras, etc. Esa forma erótica de expresión nos produce placer, el cual podemos percibir gracias a nuestro cuerpo y todo lo que constituye nuestro ser; de ahí la importancia de conocernos, cuidarnos y valorarnos, ya que un desequilibrio en cualquiera de las dimensiones que nos constituyen como seres humanos repercutirá en nuestra sexualidad y viceversa (Infante *et al.*, 2009).

Por lo tanto, el bienestar sexual, definido como *salud sexual*, es deseable para poder contar con un bienestar general. Para ello, será necesario que la sexualidad se exprese con *plenitud, libertad, congruencia e integridad entre sus componentes, armonía con el resto de las expresiones humanas y con responsabilidad*, ya que nada de esto se puede alcanzar si no hay condiciones para expresarla y si no existe la capacidad de responder por las consecuencias de los actos u omisiones de la expresión sexual (OPS-AMES, 1998).

Vivir plenamente nuestra sexualidad representa un ideal que prácticamente nadie experimenta dadas las características desigua-

les y opresoras de los sistemas (sociales, políticos, económicos así como genéricos) en que vivimos; sin embargo, son justo los ideales, las utopías y esperanzas, las que nos mueven, dan guía y dirección al desarrollo humano.

Son tales ideales, a través de la lucha social, los que han influido en la percepción que ahora se tiene de la salud sexual. Fue así como en 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Mundial, llevada a cabo en El Cairo, se logró establecer los derechos reproductivos como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales y con ello se definió a la salud reproductiva –no así a la sexual– como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos (OPS-AMES, 1998: 14).

Además, en 1995, en el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, se puso el énfasis en los derechos sexuales y la salud sexual:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (OPS-AMES, 1998: 118).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición de salud sexual que intenta integrar las anteriores:

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (Ramírez y Urbieta, 2007: 36).

Finalmente, en el marco de la Declaración de Derechos Sexuales que hace la Federación Internacional de la Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation; IPPF, por sus siglas en inglés) –la organización internacional más importante en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos– se expresa que:

La IPPF considera que la salud sexual y la salud reproductiva son elementos integrales de los derechos de toda persona a disfrutar del más alto estándar alcanzable de salud física y mental. La salud sexual no puede lograrse o mantenerse sin derechos sexuales; pero los derechos sexuales comprenden algo más que beneficios adquiridos relacionados con la salud (IPPF, 2008: 10).

Aun cuando todavía podrían replantearse distintas definiciones, cada vez más acordes con la visión ideal de la salud sexual, podemos visibilizar que todas las mencionadas ya representan lineamientos suficientes para que el Estado –al que le toca garantizarla, en tanto derecho humano– cree políticas públicas y condiciones para ejercerla, y para que profesionales de la salud, tanto hombres como mujeres, lleven a cabo una atención integral y apegada a los derechos humanos.

Derechos sexuales

Cuando hablamos de derechos sexuales hablamos de derechos humanos. Éstos se basan en el reconocimiento de la autonomía y libertad

de todas las personas sobre su sexualidad, sin discriminaciones ni distinciones de género, sexo, edad, etnia, religión, condición cultural o socioeconómica. El reconocimiento de estos derechos es el resultado de una larga lucha del movimiento de mujeres a nivel mundial para ampliar los alcances del concepto de derechos humanos. En 1994, en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, conocida como la Conferencia de El Cairo, se incorporaron de manera explícita, como parte de los demás derechos humanos, los siguientes:

- Derecho a decidir libre y responsablemente sobre la sexualidad y teniendo control sobre el propio cuerpo.
- Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseada, sin temor a ser discriminado/a, coartado/a o violentado/a.
- Derecho a recibir educación sexual y el acceso a la información.
- Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual.
- Derecho a gozar del progreso científico, ser informado/a y consultado/a frente a procedimientos y experimentación médica.
- Derecho a vivir una sexualidad libre, segura, satisfactoria e independiente de la reproducción.
- Derecho a gozar de la igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas en las relaciones sexuales.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho al placer sexual, incluido el autoerotismo.
- Derecho a la libertad sexual, excluyendo toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en todas las etapas de la vida y en toda circunstancia.
- Derecho a tener sexo seguro para prevenir la adquisición de infecciones de transmisión sexual (CEASPA-UNFPA-MINGOB, 2008: 42).

En noviembre de 2006, el más alto órgano de toma de decisiones de la IPPF estableció un panel sobre derechos sexuales con el mandato de guiar y apoyar a la Federación en el desarrollo de una declaración de derechos sexuales. En mayo de 2008, luego de dos arduos años de trabajo, se presentó ante el Consejo de Gobierno de

la IPPF, una declaración, siendo finalmente aprobada por ese órgano como Derechos Sexuales: Una Declaración de IPPF:

“Derechos Sexuales: Una Declaración de IPPF” está fundamentada en tratados y otros instrumentos esenciales de los derechos humanos internacionales, en interpretaciones autorizadas de estos estándares internacionales y en beneficios adicionales relacionados con la sexualidad humana, mismos que están implícitos en esos derechos. La Declaración aprovecha los documentos que emanan de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También se ha basado en los hallazgos y recomendaciones de varios de los organismos instituidos por los tratados de la ONU y de los Relatores Especiales de la ONU, especialmente el Informe a la Comisión sobre Derechos Humanos del Relator Especial sobre el Derecho al Más Alto Estándar Alcanzable de Salud (IPPF, 2008: 10).

De ahí que recomendamos su consulta; ya que representa una herramienta indispensable para todas las organizaciones, activistas, investigadoras e investigadores, políticas, políticos y responsables en la toma de decisiones que estén trabajando para promover y garantizar los derechos humanos. La Declaración permitirá que las comunidades a favor de estas temáticas puedan crear un cambio y fortalecer el impulso que ya ha comenzado en torno a los derechos sexuales, en preparación de futuros encuentros internacionales.

Mitos, tabúes y realidades en torno a la sexualidad

En torno a la sexualidad se han conformado ficciones, fábulas y tabúes de origen sociohistórico que “mediatizan de forma negativa el disfrute de la sexualidad y marcan definitivamente el comportamiento sexual humano” (Pazos, 2012: 14).

Los tabúes se refieren a las “prohibiciones absolutas y sagradas cuya trasgresión acarrea castigos. Por lo que constituyen un meca-

nismo de control social de la conducta operando a través de la culpa, en aquellos sujetos que se atreven a cuestionarlos” (Correa y Cubillán, 2009: 26).

Los estudios antropológicos advierten que, en todas las civilizaciones y culturas, el desconocimiento sobre la vida, los fenómenos naturales y las cosas, producen temor a éstos, convirtiéndolos en tabúes. Así, el tabú designa una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón no justificada o injustificable (Lospitao, 2011).

Por otro lado, los *mitos* son un conjunto de creencias irreales. Estas creencias no surgen de la nada, sino que tienen una clara influencia (y tradición) histórica: de las religiones, de las ideologías, de las políticas y de las costumbres, etc. Lo alarmante es que estas falsas ideas comienzan a divulgarse como algo verídico y real, convirtiéndose en lo que se conoce como mito. Por lo tanto, nos encontramos ante algo que es, en el menor de los casos, infundado y, muy a menudo, descontextualizado y falso (Pazos, 2012).

Estos tabúes y mitos han perdurado en el tiempo y siguen reproduciéndose, probablemente debido al alto grado de estigmatización social que presenta un tema como es la sexualidad. A través de estas falsas creencias las sociedades patriarcales consiguen transmitir y recrear los valores discriminatorios que van asociados a los sexos.

Los mitos sexuales obligan a las personas a renunciar al derecho a decidir las formas particulares de vivir y sentir su propia sexualidad, al depender de creencias rígidas que imponen actitudes esquemáticas y poco flexibles, que afectan las formas de convivencia y relaciones entre los sexos, limitando el placer, el amor, el erotismo y la libertad de opción (Pazos, 2012). Según Arrieta y Campos (1996), los mitos relacionados con la sexualidad pueden clasificarse como:

- Mitos asociados con el “para qué” de la sexualidad: son los que contemplan la reproducción como el fin único de la sexualidad y contribuyen a excluir componentes que le son inherentes como el placer. Desde esta visión se reduce entonces la sexualidad a un

aspecto meramente genital, excluyendo también la posibilidad de dar y compartir cariño, afecto y expresar sentimientos mediante la sexualidad, limitando a las personas la posibilidad de establecer y consolidar vínculos más allá de una relación genital.

- Mitos asociados a la moral: concepciones que respaldan la idea de que “la sexualidad es mala y sucia” suelen provocar sentimientos de culpabilidad, impidiendo así una vivencia plena de la sexualidad. Ejemplos de éstos son los mitos en torno al placer como pecado.
- Mitos asociados al género: la sociedad patriarcal ha producido mitos que afectan la vivencia de la sexualidad tanto de hombres como de mujeres. Estos mitos han propiciado que para las mujeres la sexualidad haya sido una esfera prohibida, caracterizada primero por un rol pasivo que llevó a reprimir en gran forma la expresión de su sexualidad, y luego por limitar a la mujer la posibilidad de disfrutar y experimentar placer a través de ésta, debiendo dar prioridad a la satisfacción de su pareja, estando siempre a su servicio. Adicionalmente, se ha impulsado con mucha fuerza la idea de que para la mujer la sexualidad es un medio para lograr la maternidad, lo que ha producido en muchas personas la percepción errada de que una mujer que no es madre no se ha “realizado como mujer”. Por contraparte, en los hombres se ha propiciado lo contrario: mitos que proponen un rol activo perenne y la apropiación de la sexualidad como una esfera característicamente masculina. Sin embargo, esta sexualidad se ha visto reducida a la genitalidad, lo cual ha prohibido a los hombres la vivencia de muchos de sus otros componentes. Por ejemplo, se les ha limitado la posibilidad de expresar el afecto y motivado a que vivan la sexualidad como algo únicamente genital. Además, se les ha otorgado un papel activo en el que se les exige estar siempre dispuestos, sin considerar la posibilidad de poder decir “no”.
- Mitos asociados al peligro del conocimiento: alimentan la idea de que el saber, el conocer sobre sexualidad, puede dar “ideas” a las personas; es decir, el peligro del conocimiento radica en que éste pueda provocar que las personas tengan –o quieran tener–

relaciones sexuales genitales u otras prácticas de orden sexual. Inclusive, se muestra como peligrosa la sola posibilidad de que a partir de lo que se conozca se lleguen a tener fantasías de índole sexual. La importancia del conocimiento radica en que cuando está bien fundamentado, es una importante herramienta para poder vivir la sexualidad de manera responsable consigo mismo, consigo misma, y con la otra persona, debido a que da información que amplía la posibilidad de disfrutar y experimentar placer, y reduce la posibilidad de vivir riesgos y situaciones peligrosas o que afectan la salud, como embarazos no planificados o contagiarse con alguna infección de transmisión sexual.

- Mitos asociados a las prácticas sexuales “normales y permitidas”. La práctica de la sexualidad es muy amplia. Contempla diversidad en aspectos como la identidad sexual, las preferencias sexuales y las prácticas sexuales. Sin embargo, los mitos asociados a lo normal y permitido coartan las posibilidades en este sentido. Estos mitos plantean como normales y permitidas: la heterosexualidad, la monogamia, las prácticas que se limitan a la penetración del binomio pene-vagina, las orientadas a la reproducción. Desde esta óptica, la homosexualidad, el sexo oral u otras posibilidades de la sexualidad que se aparten de lo establecido, se presentan como prohibidas, patológicas, anormales. En este sentido, se debe tener presente que las únicas limitaciones en la sexualidad están relacionadas con la responsabilidad de no causarse ni causar a otro u a otra daños físicos o psicológicos, evitando practicar actividades molestas o que no resulten placenteras, respetando gustos, deseos y decisiones de cada persona, tomando en cuenta, además, que el consentimiento es válido en tanto no haya un desequilibrio de poder entre las personas, de ahí que, por ejemplo, el sexo con una o un menor de edad representa un delito, ya que supone un abuso de poder en todos los sentidos y una violación a los derechos de la infancia.
- Mitos asociados a la edad: limitan en ciertas etapas del desarrollo la expresión de la sexualidad, cuando en realidad es un aspecto presente desde la concepción hasta la muerte. Recién se reconoció la presencia y vivencia de la sexualidad en las niñas y niños

aunque se siga invisibilizando; lo mismo, resulta impensable la sexualidad de las personas adultas mayores y personas con discapacidad, quienes además de ser grupos segregados se les considera “asexuados”.

Partiendo de esto, se puede decir que tanto los mitos como los tabúes pueden fomentar conductas violentas, dolorosas y de riesgo en la vivencia y práctica de la sexualidad, por lo que es imperativo que sean retomados con el fin de estudiar, analizar y reflexionar sobre la veracidad y objetividad de dichos mitos y tabúes, proceso que es fundamental para poder superarlos.

Diversidad sexual

Son las diferentes formas en que las personas manifiestan su preferencia u orientación sexual. Por *preferencia sexual* hemos de entender la atracción sexual y emocional que una persona siente por otra, de una manera más o menos permanente. Implica varias dimensiones como son el deseo sexual y las fantasías (atracción sexual), la necesidad de vinculación emocional (sentimientos afectivos de ternura y enamoramiento) y las conductas sexuales hacia personas de un mismo sexo, del otro o de ambos (Infante *et al.*, 2009).

Heterosexual significa: sentir atracción, deseo y/o amor por personas del sexo opuesto.

Homosexual significa: sentir atracción, deseo o bien amor por personas del mismo sexo, que a su vez se divide en:

Gay significa: ser hombre y sentir atracción sexual, deseo o bien amor por otro hombre.

Lesbiana significa: ser mujer y sentir atracción sexual, deseo o bien amor por otra mujer.

En cuanto a la *preferencia bisexual*, ésta se refiere a la atracción sexual o bien emocional por otras personas del mismo sexo o del opuesto. La bisexualidad ha sido, sin duda, la opción sexual más

incomprendida llegando a ser entendida como una fase más dentro del proceso de toma de conciencia de la identidad homosexual o como un mecanismo o una estrategia para ocultar la orientación homosexual; sin embargo, gracias a investigaciones y a las propias voces de las personas bisexuales, actualmente está reconocida como una preferencia sexual propia. Las personas cuya preferencia es bisexual son conscientes de que en un momento determinado de su vida les puede atraer un sexo más que otro, o bien, les satisface más construir una relación con una persona determinada independientemente del sexo de ésta (Infante *et al.*, 2009).

La preferencia sexual no es estática ni elegible, sino que es algo dinámico, y para entender las distintas opciones debemos situar la heterosexualidad y la homosexualidad en los extremos de un continuo a lo largo del cual las personas se irán moviendo (hacia un extremo y otro), según su propia biografía. Si bien es cierto que muchas personas empezaron a autodefinirse como gay o lesbiana a edades muy tempranas, antes de la pubertad y antes de que hayan tenido relaciones sexuales, también ocurre en otros casos el hecho de que la orientación sexual haya podido variar a lo largo de la vida de las personas.

En ningún caso la preferencia sexual es una elección, sino un proceso. Por lo tanto, hay que romper con la dicotomía heterosexual-homosexual (la primera asociada a lo “normal” y lo socialmente aceptado y la segunda a lo “anormal”) que encasilla la orientación del deseo como algo inamovible e incide en su plasticidad, en el potencial erótico de las personas y la posibilidad de que podamos tener preferencias distintas a lo largo de nuestro itinerario vital (Infante *et al.*, 2009).

También será preciso aclarar que la preferencia sexual es distinta de la identidad sexual. La preferencia sexual responde a la pregunta ¿quién me gusta?; mientras que la identidad sexual responde a la pregunta ¿quién soy? La identidad es la representación que de sí misma hace una persona a lo largo de su existencia y a través de la cual podemos reconocernos a nosotras mismas y seremos reconocidas por las demás. Una dimensión de la identidad es la *identidad sexual*, juicio que hace la persona a partir de su figura corporal basándose en las características biológicas y genitales (soy hombre, soy mujer) (Infante *et al.*, 2009).

La otra dimensión hace referencia a la identidad de género y responde a ¿cómo me siento y expreso como hombre o como mujer? La *identidad de género* trasciende lo meramente biológico que es la identidad sexual y abarca la dimensión psicológica y social, el significado emocional que cada persona le otorga al hecho de existir y cómo lo expresa; esto no está exento de la influencia cultural que nos indica constantemente qué es propio del hombre y qué es propio de la mujer. Sin embargo, la identidad genérica rebasa la dicotomía de lo *masculino* y *femenino*; así que podemos reconocer más identidades como la *transgénérica* que se refiere a aquellas personas que habiendo nacido como mujeres afirman su masculinidad y eligen vivir como hombres y hombres que afirman su feminidad genérica y eligen vivir como mujeres aunque no deseen operarse. Las personas llamadas *transsexuales* (o transgenitales) optan por someterse a cirugía para modificar sus caracteres sexuales primarios y adecuar su cuerpo a la identidad genérica sentida. Por último, las personas *transvestistas* viven su identidad oscilando entre momentos femeninos y momentos masculinos (Infante *et al.*, 2009).

Independientemente de nuestra preferencia sexual, todas las personas somos homofóbicas en algún grado fruto de nuestra socialización en una cultura que ha promovido sólo la heterosexualidad, de modo que nos resultan incomprensibles otras preferencias sexuales o genéricas. Por lo tanto, resulta indispensable conocer los distintos matices de las homofobias como primer elemento para combatirlas. Finalmente, para deconstruir todos los mitos, tabúes y prejuicios en torno a este tema, además de identificar nuestro grado de homofobia –y estar abiertas para conocer información científica, responsable y sensible en torno a la gran diversidad existente–, será fundamental estar atentas a las voces de las personas que experimentan la vivencia de no tener una preferencia sexual heterosexual, ya que nadie mejor que ellas pueden informarnos sobre su sentir, su experiencia, que nos permitirá visibilizar su proceso de construcción y reconocimiento hacia tal o cual preferencia sexual; las dificultades a las cuales se han enfrentado y el poder que les concede el nombrarse, reconocerse, vivirse congruentemente tal y como han preferido ser. Dicho acercamiento nos permitirá reconocer lo infundado de

nuestros prejuicios, nos concientizará sobre nuestro propio proceso y con ello podremos empezar a adoptar nuevas actitudes más justas y respetuosas en torno a la diversidad sexual.

Homofobia

Una reciente encuesta sobre discriminación llevada a cabo por el Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación en la Ciudad de México (Copred) en 2013, reveló que las y los indígenas, los homosexuales y las personas de piel morena son los grupos más discriminados. Por lo tanto, quienes tienen una preferencia sexual distinta –lo mismo que un género, nivel socioeconómico o tipo racial distintos– al modelo hegemónico, son objeto no sólo de discriminación, sino también de exclusión, maltrato y persecución.

Para que los grupos que ostentan el poder lo conserven, con relación a los homosexuales, por ejemplo (y al resto de las diversidades sexo-genéricas), han construido una cultura de la homofobia que implica un temor infundido e infundado a lo diferente, a lo que rompe con los cánones establecidos, que genera conductas de repulsión y odio entre la población hacia este grupo y que justifican atribuyéndoles perversiones que ocultan e invisibilizan las ejercidas por los grupos hegemónicos liderados por hombres heterosexuales (por ejemplo: pederastia eclesiástica, abuso sexual infantil, violación, explotación sexual, pornografía, homicidio, etc.).

El origen de la cultura homofóbica está fuertemente enraizado en la visión religiosa (tanto judeo-cristiana como musulmana) de los grupos eclesiásticos más conservadores y poderosos. Dicha visión condena, particularmente, la homosexualidad masculina, tachándola de “contra natura”, y ha permeado a la población por siglos, constituyéndose como el discurso moral oficial en torno al tema.

Desde dicha postura, en términos de análisis antropológico, por ejemplo, en la sección Levítico de la Biblia, la sexualidad, la eyaculación del semen y el ciclo menstrual de la mujer, representan distintos tabúes. Como toda trasgresión del tabú supone un “desorden moral”, entonces, habría que buscar la forma de “ordenarlo” mediante

la ofrenda y el sacrificio religiosos. Es decir, el tabú, una vez trasgredido (aunque fuera involuntariamente), era necesario restaurarlo mediante un ritual; mediante éste, todo volvería a la normalidad. Así, las relaciones sexuales entre dos hombres trasgredían un tabú, porque no tenían, de acuerdo con la visión de la cultura hebrea, un fin procreador, sólo que en este caso no había ofrenda o sacrificio que restaurara el tabú, salvo con la muerte de los trasgresores (Levítico 20:13); en el caso de la homosexualidad femenina, al no haber expulsión de semen (que consideraban “la vida”), no había trasgresión (Lospitao, 2011).

La ausencia de censura del lesbianismo tiene una explicación congruente con el desconocimiento que se tenía de la embriología en tiempos bíblicos. Fue a principios del siglo XVII, con la invención del microscopio, cuando comenzó la embriología moderna. Hasta esa época aún se creía que en el esperma estaba el embrión humano completo. A esta teoría se la denominaba preformacionismo; en la época que se escribió el Levítico, se desconocía que el embrión se forma mediante los gametos masculinos (espermatozoides) y femeninos (óvulos). Como consecuencia de esa ignorancia, se consideraba al hombre la parte activa y exclusiva en la fecundación; mientras que el papel de la mujer era considerado absolutamente pasivo y se limitaba a recibir al embrión y desarrollarlo en el útero durante nueve meses (Lospitao, 2011).

Las secuelas de dichas creencias, actualmente, se ven reflejadas en las legislaciones de algunos países de diferentes regiones del mundo que aún prohíben, incluso castigan con pena de muerte, la homosexualidad entre hombres, pero no así entre mujeres (Itaborahy y Zhu, 2013).

Más allá de los anteriores tabúes y creencias, que continúan permeando el ejercicio de la sexualidad, la homosexualidad, en el terreno de la sexología, es considerada una preferencia sexual como cualquier otra.

Cultura erótica: reapropiación del cuerpo

El cuerpo es la estructura y a la vez la historia que nos sitúa en el espacio y el tiempo a partir de los diferentes modos en que ha sido percibido, interpretado y representado. Por tanto, su estructura no es ajena a las interacciones con el medio social, de modo que nuestros cuerpos han sido construidos al servicio de las normas sociales (Creación Positiva, 2011).

Según Amuchástegui y Rivas (2004), parte de esas normas sociales han sido dictadas en Occidente por las religiones, particularmente la tradición judeo-cristiana, la cual define al cuerpo –lo carnal– como inmundo y al placer sexual como pecado. Desde esta visión, lo “espiritualmente correcto” es el desprecio por el cuerpo, el cual corrompe el “alma”.

A la postura anterior, además, se suman intereses del mercado, de modo que, actualmente, vivimos en un medio tiránico hacia los cuerpos, los cuales están obligados a tener una forma estereotipada que es impuesta a través de todos los medios y que, al no cumplirse, las personas no son reconocidas, deseadas y menos aun queridas. Es como una nueva forma de esclavitud; invertimos toda nuestra energía y recursos en conseguir que nuestro cuerpo adquiera la forma esperada –aun cuando en ocasiones represente un riesgo para la salud– y pareciera que sólo si se logra alcanzarla podemos ser dignas y dignos de experimentar placer, bienestar, felicidad y amor.

La cultura opresora incide sobre todas las personas; no obstante, es más determinante con los cuerpos femeninos que históricamente han sido considerados un objeto para el placer de otros.

Por ello, es preciso reapropiarnos de nuestro cuerpo. La noción de *apropiación* cobra relevancia en tanto proceso subjetivo con el que se encaran las aspiraciones, deseos y expectativas, e interviene en la manera en que cada individuo se hace cargo de su sexualidad y su cuerpo (Amuchástegui y Rivas, 2004).

En torno al cuerpo femenino –que bien se puede aplicar para todos los cuerpos–, Graciela Hierro (2001: 27) señala que:

el placer depende del cuerpo y sólo se alcanza si nosotras decidimos sobre nuestro cuerpo; nuestro deber moral básico es apropiarnos de nuestro cuerpo; el cuerpo controlado por otros no permite el goce y nadie puede llamarse a sí misma libre si no decide sobre su cuerpo.

Por tanto, según Creación Positiva (2011) *el placer*, entendido como una afirmación de una y uno mismo, como un derecho que precisa ser ejercido, como una fuente de poder indisoluble de nuestro cuerpo, sólo será posible experimentarlo en la medida en que reconozcamos que nuestro ser está implantado en este cuerpo que nos tocó vivir y que por tanto es nuestra responsabilidad recuperar.

El autoerotismo

Según Hernández (2005), en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, aprobada en 1999 en el XIV Congreso Mundial de Sexología, el autoerotismo es un derecho sexual y el placer es considerado como “fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual”.

Pero no siempre fue así. Apenas en el siglo XIX la masturbación era considerada como una causa de enfermedades físicas y mentales, asociada, en el caso de las mujeres, a la histeria y la epilepsia, que era necesario prevenir, incluso a través de métodos quirúrgicos, como la clitoridectomía (eliminación del clítoris) que practicaban médicos ingleses a las damas “decentes”; aún se sigue practicando en algunos pueblos islámicos (Hernández, 2005).

Ha pasado más de un siglo, y a pesar de que se ha comprobado que la autoestimulación es benéfica y saludable, las condenas sociales, morales y religiosas persisten. La cultura de la culpa y el pecado que impide una educación sexual abierta no permite a las personas una libre exploración de sus cuerpos.

Es por ello que “masturbación” es una palabra sucia –incluso más que “sexo”– y se hace de manera rápida en lugares igualmente sucios y feos; siempre con cierta sensación de culpa y vergüenza por tocarnos, como si no nos perteneciéramos, como si hubiésemos

hecho algo malo. Dicha palabra no describe, en absoluto, lo que implica reconocer el propio cuerpo, explorar (a través de los sentidos, particularmente el tacto) para descubrir las zonas que albergan mayor sensibilidad (zonas erógenas), por lo que es preciso iniciar por nombrar esta práctica íntima con un concepto positivo, liberador, reivindicador del placer como lo es *autoerotismo*: mecanismo que sirve para reconocernos, aceptarnos, disfrutarnos, reapropiarnos y responsabilizarnos de nuestro cuerpo y de nuestro placer.

Aprender a excitarnos y gozar de nosotros y nosotras mismas, por nuestra propia cuenta, en un ambiente íntimo, agradable y estimulante, revierte el condicionamiento que nos separó de nuestros cuerpos y censuró nuestro placer (Woods, 2006).

El cuerpo, su vivencia y la imagen corporal están íntimamente relacionados con el autoconcepto y la autoestima; trabajar o no en ello influirá de forma notable en la manera en que vivamos nuestra sexualidad, el placer y el disfrute.

Finalmente, es preciso aclarar que las prácticas autoeróticas, como su prefijo ya lo indica, son íntimas, personales, practicables en cualquier etapa de nuestra vida, por lo que el exhibicionismo –erotizarse en público– no forma parte de éstas, mientras que, dentro de las prácticas eróticas compartidas, están excluidas aquellas con menores de edad, ya que tanto el exhibicionismo como la erotización de menores constituyen abusos de poder y por tanto son violencia sexual.

Cultura afectiva: El amor

El amor, lo mismo que la sexualidad, es un concepto complejo de definir, ya que además de abarcar todas las dimensiones de la vida de una persona, su construcción es dinámica; cambia dependiendo de la época, la cultura, el orden social, económico, político o simbólico. Por tanto, el amor tiene un significado sociohistórico; el sentido que se tenga de éste, como referencia simbólica, es compartido entre quienes descifran los mismos códigos y lenguajes, y es a la vez diferente y único para cada quien. En función de lo anterior,

la definición que ofrecemos se remite a nuestro contexto y época, y a los derechos sexuales y reproductivos.

La psicóloga Fina Sanz (1995) señala que todas las personas necesitan amar y ser amadas, comunicarse afectivamente, ser reconocidas, valoradas, todas necesitan vincularse con alguien, ya que de ello depende una buena parte de su calidad de vida, equilibrio emocional y con el mundo.

Desde esa perspectiva, el amor constituye una experiencia afectiva vital, implica construir vínculos de reciprocidad entre quienes, voluntaria y gozosamente, quieren relacionarse y con ello contribuir en su mutuo bienestar.

Cada sociedad educa afectivamente a sus integrantes para reproducir el orden social; dado nuestro opresor orden social, la anterior definición de amor no es precisamente la que se tiene en mente; en cambio, definirlo como una pasión sufriente da más sentido; además, la experiencia amorosa, en nuestra sociedad, está circunscrita a la pareja como el espacio simbólico, privilegiado y único de su realización. Por lo tanto, es en la pareja donde se sintetizan las relaciones de dominio y opresión más allá de la voluntad y la conciencia, en ella se unen lo social y lo personal, abarcando la intimidad afectiva y sexual, el contacto cuerpo a cuerpo, la convivencia, la corresponsabilidad vital, la economía, el erotismo, el amor y el poder. Tal relación está cargada de deseos mágicos basados en mitos y dogmas que se han convertido en verdades absolutas (Sanpedro, 2005).

Es en este mito del amor sufriente donde la opresión de las mujeres encuentra uno de sus cimientos, mientras que para los hombres el amor, vivido así, representa una forma de ejercer su dominio sobre los cuerpos, la sexualidad y la vida de las mujeres (Lagarde, 2012). Es preciso aclarar que la opresión no es privativa de las parejas heterosexuales, también sucede en otro tipo de parejas, porque todas y todos fuimos educados en el mismo contexto.

De modo que, si aspiramos a exaltar el placer que realmente supone una relación amorosa, así como el crecimiento, conocimiento y bienestar entre quienes se aman, es preciso desmitificar la versión tan arraigada del amor como sufrimiento, sacrificio, servidumbre y obediencia; versión que sólo ha contribuido a perpetuar un sistema

de desigualdad y a justificar la violencia en nombre del amor. Redundaremos en este tema en el último capítulo de este libro titulado “Empoderamiento de las mujeres” donde a este amor sufriente le nombramos “amor romántico” y cómo, justo esta concepción del amor, es uno de los factores que ha impedido a las mujeres conseguir autonomía; ya que aprendieron a anularse en nombre de ese “amor romántico”.

Finalmente, es indispensable separar la relación afectiva de la sexual, ya que en el marco del mito que sostiene aun nuestras creencias sobre el amor, parecen indisolubles, lo que limita el disfrute sexual sobre todo de las mujeres, ya que una práctica sexual libre, “sin amor”, sigue siendo un estigma para ellas, y reafirma una doble moral que disfraza y confunde al sexo con amor y a este último con sufrimiento, propiciando así relaciones abusivas, deshonestas y violentas.

Requerimos de la construcción de una nueva cultura erótica y afectiva, donde todas las personas puedan relacionarse tanto sexual como afectivamente de forma honesta y responsable; esto sólo es posible en la medida en que llamemos a las cosas por su nombre; reconozcamos los propios prejuicios y creencias infundadas (mitos y tabúes) que tenemos en torno al amor y a la sexualidad; informémonos, ocupémonos de la propia afectividad y sexualidad antes que de las ajenas y elijamos relacionarnos desde la congruencia, la equidad y el placer, en lugar de que sea desde el engaño, el abuso y el dolor.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Una placentera y libre expresión sexual necesariamente implica una práctica responsable de ésta, de ahí la importancia de hablar y prevenir las ITS. Éstas se transmiten, entre otras formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) y pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos; algunas son asintomáticas. Todas las infecciones pueden producir complicaciones graves (OMS, 2011).

La mayoría de las ITS son prevenibles, si asumimos como parte de nuestra expresión sexual prácticas protegidas, recordando que

abrazar, acariciar, acariciarse, masturbarse, fantasear así como masajear, no conlleva riesgo ninguno.

Mitos y prejuicios en torno a las ITS

Los prejuicios e ideas falsas asociadas a las ITS contribuyen a que las personas no consideren que les pueda suceder, como si fuera algo que mágicamente “pasa” sin que tengan control sobre ello.

El acceso a la información es fundamental para generar prácticas de autocuidado y mutuo cuidado; la información, además, debe ir acompañada de una reflexión autocrítica que permita deconstruir en cada persona los modelos de género introyectados, así como las relaciones de género basadas en la desigualdad; analizar la relación que cada persona establece con su cuerpo y su sexualidad, y considerar los factores y las condiciones necesarias para la negociación sexual. Es necesario trabajar sobre estos condicionamientos para generar cambios en las actitudes y en las prácticas (López y Solana, 2005).

En el imaginario social, las ITS están asociadas a la prostitución y a prácticas homosexuales; quienes no tienen estas prácticas frecuentemente no toman precauciones porque se consideran a “salvo”. En los últimos años, la tendencia a nivel mundial indica que el aumento de la población infectada de VIH se da mayoritariamente en la población heterosexual, joven y femenina (López y Solana, 2005). En el cuadro 1, hacemos mención de los principales mitos en torno a las ITS.

La falta de información correcta y oportuna, los mitos, creencias y prejuicios, y las prácticas sexuales sin protección, son las causas principales que inciden en la transmisión de estas infecciones. Afectan tanto a mujeres como a hombres y pueden causar graves problemas de salud si no son detectadas a tiempo.

Como medida fundamental de prevención se encuentra el uso sistemático del preservativo en las prácticas coitales; es el único método probado que reduce los riesgos de cualquier tipo de contagio de ITS y permite vivir encuentros eróticos centrados en el disfrute y el placer sexual (Infante *et.al.*, 2009).

CUADRO 1

Mitos en relación con las ITS

Mito	Realidad
Se cree que sólo las prostitutas y homosexuales contraen las ITS.	Cualquier persona, sin importar su condición social, raza, religión, sexo, género y edad pueden adquirir una ITS si tienen relaciones sexuales sin protección.
Con una sola relación sexual no hay contagio.	Basta una relación sexual sin protección para contraer una ITS.
Las y los adolescentes creen que nunca tendrán una ITS.	Adolescentes y jóvenes son quienes más se exponen algunas veces a contraer una ITS, porque suelen carecer de información.
Se cree que si ya ha tenido una ITS ésta no vuelve a repetirse porque queda protegido.	Una persona que tuvo una ITS y se curó, puede volver a infectarse si vuelve a tener relaciones sexuales sin protección.
Cuando sospechas que tienes una ITS no debes acudir al Centro de Salud porque te cortan el pene.	Si acudes al Centro de Salud la o el médico te orientará qué debes hacer para curar la enfermedad.
Cuando tienes una ITS puedes automedicarte con una inyección de penicilina.	El medicamento debe ser recetado por la o el médico o personal de salud, si no, puedes crear resistencia al medicamento. Además, el tratamiento no es igual para todas las ITS.

Fuente: CEASPA-UNFPA-MINGOB (2008: 95).

Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud indica que:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, disponibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (OMS, 1994a: 37).

De acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (UNFPA, 2004), un programa de atención primaria, en lo que se refiere a la salud reproductiva, debe incluir:

- Asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación de la familia, de calidad.
- Atención prenatal, parto sin riesgo y atención postparto, incluida la lactancia materna.
- Prevención y tratamiento de la infecundidad.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto.
- Servicios adecuados de atención al aborto, donde no sea contrario a la ley.
- Tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, de las infecciones de transmisión sexual y de otras condiciones del sistema reproductor.
- Información y asesoría sobre la sexualidad humana, paternidad responsable y salud sexual y reproductiva.
- Disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de la mujer.
- Remisión a servicios adicionales relacionados con la planificación familiar, las complicaciones del embarazo, parto y aborto, la infecundidad, las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y los cánceres del sistema reproductor, incluido el cáncer de mama. Siempre que sea posible, los programas de salud reproductiva y de planificación de la familia deberán abarcar servicios para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, reconociendo que suelen aumentar el riesgo de la transmisión del VIH (OMS, 1994a: 38-48).

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Es importante considerar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son conceptual y realmente diferentes y no deberían verse como conceptos naturalmente ligados. El vínculo entre la sexualidad y la reproducción diluye la importancia de cada una de ellas, como campos separados para la realización humane; la cone-

xión entre el acto sexual y la procreación desvirtúa la potencialidad que el placer tiene en nuestras vidas (RLCDD, 2006).

Para lograr la salud reproductiva es necesario el ejercicio de los derechos reproductivos. Los derechos reproductivos [...] se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (OMS, 1994b: 37).

Los derechos reproductivos son:

- Derecho a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones.
- Derecho a la maternidad y paternidad.
- Derecho a adoptar decisiones libres y responsablemente sobre tener o no tener hijos, hijas, el número y el espaciamiento entre los nacimientos.
- Derecho a la información clara, comprensible y completa sobre métodos anticonceptivos y el acceso a ellos.
- Derecho a la esterilización voluntaria, previo consentimiento informado.
- Derecho a la confidencialidad de la información en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- Derecho a acceder al más alto nivel de salud reproductiva en los servicios de salud (CEASPA-UNFPA-MINGOB, 2008: 42).

Sin duda, en este contexto se reconoce para las mujeres el derecho al aborto legal y seguro, tema que en nuestro país ha resultado por demás polémico dada la pronunciada desigualdad que caracteriza a las relaciones de género y que impide a las mujeres una toma de decisiones libre sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y por lo tanto

sobre su reproductividad; es por ello que sólo en la Ciudad de México la práctica del aborto está despenalizada antes de las 12 semanas de embarazo, en el resto del país es legal en casos de violación; sin embargo, a pesar de lo que dice la ley, no hay un pleno acceso a éste, incluso en dichos casos. Al respecto, el Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. expone:

El acceso al aborto legal y seguro es parte esencial de los servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho las mujeres. Se fundamenta en los derechos a la vida, la salud, la integridad física, la vida privada, la no discriminación y la autonomía reproductiva de las mujeres. Estos derechos se encuentran reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en materia de derechos humanos (GIRE, 2013).

Como en toda acción referida a la sexualidad, prevalecen creencias que se manifiestan en mitos y tabúes por la influencia de ideas religiosas con respecto al cuerpo, al placer y a la reproducción, por lo que la anticoncepción no está exenta de dichos prejuicios. A continuación, en el cuadro 2, se presentan los principales mitos en torno a la anticoncepción y las relaciones sexuales.

CUADRO 2

Mitos y creencias alrededor de la anticoncepción y las relaciones sexuales

Mito	Realidad
El condón hace menos placentera la relación sexual.	Es importante recordar que se tiene que acostumbrar a su uso. Además, utilizar el condón puede retrasar el momento de la eyaculación y el acto durar un poco más de tiempo, dando mayor placer a la pareja.
No se produce el embarazo la primera vez que se tienen relaciones sexuales.	Desde la primera relación sexual se puede producir el embarazo.
Si se toma una pastilla anticonceptiva después del acto sexual se puede prevenir el embarazo.	Las pastillas anticonceptivas deben tomarse diariamente para ser efectivas, aun cuando no se tengan relaciones sexuales. En situaciones especiales se puede utilizar la píldora anticonceptiva de emergencia o "del día siguiente".

Cuadro 2 (continuación)

Las mujeres que utilizan píldoras o inyecciones ya no pueden tener hijos/as.	Estos métodos anticonceptivos no producen esterilidad; algunas mujeres demoran algún tiempo en quedar embarazadas.
La falta de orgasmo en la mujer evita el embarazo.	Aun sin que la mujer llegue a un orgasmo puede embarazarse, recordemos que la fecundación se produce cuando se une un óvulo y un espermatozoide y no se relaciona con que el acto sea placentero.
Si la relación sexual se hace de pie no hay riesgo de embarazo.	Si el hombre deposita los espermatozoides en la vagina el embarazo se puede dar, no tiene nada que ver la posición en el acto.
Se dice que la píldora produce cáncer.	Las píldoras más bien protegen contra el cáncer de útero y de ovario.
El uso de un método anticonceptivo es responsabilidad de la mujer.	Es una responsabilidad compartida. Aun cuando por cuestiones machistas sólo se han hecho investigaciones para la creación de anticonceptivos para mujeres, es indispensable que los hombres se involucren en su uso para contribuir en su autocuidado, para mantener relaciones igualitarias; evitar traer al mundo seres humanos de los cuales no se harán responsables y prevenir las ITS.

Fuente: CEASPA-UNFPA-MINGOB (2008: 78-79).

En la medida en que no deconstruyamos las creencias que afectan la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres y hombres en el entorno familiar, escolar y de los medios de comunicación y no se democratice una adecuada información con fundamentos científicos, será imposible lograr cambios que promuevan la salud plena para todas y todos; así como el respeto a la diversidad y a la igualdad entre los géneros como factores indispensables para ejercer los derechos humanos y, por tanto, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Autocuidado

El pleno ejercicio de la sexualidad está relacionado con factores socioculturales, como los que hemos venido mencionando a lo largo de este capítulo, pero también pasa por factores individuales como el *autocuidado*, práctica fundamental que nos responsabiliza de

nuestros cuerpos, de nuestras decisiones y por supuesto de nuestra sexualidad para procurar un verdadero estado de bienestar, es por ello que cerraremos este capítulo haciendo una breve reflexión en torno a éste.

De acuerdo con lo señalado por Ofelia Tobón (2003), enfermera y profesora en promoción de la salud, el *autocuidado* es la práctica cotidiana que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a lo largo de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

El autocuidado consiste en tener, entre otros, una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos y sustancias adictivas, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto.

Para interiorizar el autocuidado de la salud en general y la sexualidad en particular, es preciso, entre otros factores, que las personas hayan trabajado en su proceso de reapropiación y valoración del cuerpo, que les permita optar por conductas saludables que preserven su placer y bienestar y, por tanto, prevengan riesgos. Esto implicará llevar a cabo prácticas sexuales seguras o protegidas, así como revisiones y exploraciones periódicas para descartar daños potenciales que puedan ser atendidos con toda anticipación. En el nivel exterior, implicará que las personas tengan acceso sencillo y asequible a métodos anticonceptivos y a servicios ginecológicos o urológicos, profesionales y respetuosos de sus derechos sexuales y reproductivos.

REFERENCIAS

- Acción Urgente para Defensores de los Derechos Humanos (Acuddeh) *et al.*, (2013), “Informe conjunto presentado por organizaciones de la sociedad civil mexicana para la segunda ronda de examen periódico universal a México”, 4 de marzo de 2013, <http://www.iccnw.org/documents/Informe_conjunto_presentado_por_organizaciones_de_la_sociedad_civil_mexicana.pdf>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Amezúa, E. (1979), “La sexología como ciencia: Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano”, *Revista Española de Sexología*, núm. 1, pp. 17-28.
- Amuchástegui, A. y M. Rivas (2004), “Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: Notas para la discusión”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 19, núm. 3 (057), pp. 543-597, <<http://www.redalyc.org/pdf/312/31205703.pdf>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Arrieta, C. y A. Campos. (1996), “Tabúes en torno a la sexualidad”, *Vivencia de la sexualidad. Módulo 45*, San José, Departamento de Educación de Adultos-MEP.
- Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC) (s/f a), “Exploración de genitales (hombres)”, <<http://www.amssac.org/biblioteca/exploracion-de-genitales/>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- AMSSAC (s/f b), “Exploración de mamas (mujer)”, <<http://www.amssac.org/biblioteca/exploracion-de-mamas/>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Centro de Estudios y Acción Social Panameño-Fondo de Población de las Naciones Unidas-Ministerio de Gobernación (CEASPA-UNFPA-MINGOB) (2008), *Manual de salud sexual y reproductiva. Guía para facilitadores y facilitadoras*, Panamá.
- Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación en la Ciudad de México (2013) (Copred), *Resultados de la encuesta sobre discriminación de la Ciudad de México*, México, Copred, <http://www.copred.df.gob.mx/wb/copred/copr_EDISCdMx_2013> , consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Correa, C. y F. Cubillán (2009), *Manual de capacitación: Salud sexual y reproductiva desde una mirada de género*, Maracay, IAES.
- Creación Positiva (2011), *Placeres*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, <<http://www.creacionpositiva.net/uploaded/area-prevencion/documentos/maletin/carpeta6-placeres.pdf>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2004), *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, Ginebra, UNFPA <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. (GIRE)(2013), *Omisión e indiferencia: Derechos reproductivos en México. Aborto*, <<https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Hernández, L. (2005), “El encanto de tus manos”, *La Jornada. Letra S*, 7 de abril 2005, <<http://www.jornada.unam.mx/2005/04/07/ls-jovenes.html>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Hierro, Graciela (2001), *La ética del placer*, México, UNAM.
- Infante, A., A. París, L. Fernández y M. Padrón (2009), *¿Y tú qué sabes de eso? Manual de educación sexual para jóvenes*, Málaga, Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga-Área de Juventud, Deportes y Formación.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2008), *Derechos sexuales. Una declaración de IPPF*, Londres, IPPF, <http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_spanish.pdf>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- IPPF (s/f), *Embarazo*, <<http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/embarazo-24049.htm>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Itaborahy, L. P. y J. Zhu (2013), *Homofobia de Estado. Un estudio mundial jurídico sobre la criminalización, protección y reconocimiento del amor entre personas del mismo sexo*, Ginebra, Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales (ILGA), <http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_Homofobia_de_Estado_2013.pdf>, consultado el 14 de octubre, 2014.
- Lagarde, M. (2012), *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*, México, Inmujeres.
- López, A. y A. S. Solana (2005), *Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los Centros CAIF*, Montevideo, Gurises Unidos/CAI/UNFPA, 4a. ed., <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/guia_metodologica_salud_sexual_reproductiva.pdf>, consultado el 7 de septiembre, 2013.

- Lospitao, E. (2011), “Homosexualidad e Iglesia. A modo de concientización”, *Restauromania*, <http://revistarenovacion.es/e-Libreria_files/Homosexualidad.pdf>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), *Infecciones de transmisión sexual*, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- OMS (1994a), *Plataforma de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, Capítulo 7*, El Cairo, OMS.
- OMS (1994b), *Plataforma de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, Capítulo 7.3*, El Cairo, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud-Asociación Mexicana de Educación Sexual (OPS-AMES) (1998), *¡Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas educativas y recursos*, México, OPS/AMES.
- Panea, A. (2012), “Autoexploración masculina”, *Gaceta Joven*, <<http://gacetajoven.com/tag/autoexploracion-masculina/>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Pantoja, S. (2012), “Detección temprana evita Cáncer de Mama”, *El Universal*, 19 de octubre, <<http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/113836.html>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.
- Pazos del Olmo, C. (2012), *La necesidad de intervenciones educativas que rompan con los mitos sexuales y las creencias sexistas de nuestros adolescentes*, Santander, Universidad de Cantabria, pp.13-15.
- Ramírez, N. y M. P. Urbietta (2007), *Juego y aprendo con mi sexualidad. Manual para educadoras/es*, México, Kiriki Intervención Social S.C.
- Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (RLCDD) (2006), “Queremos más: comida, diversión y arte”, Campaña por una Convención de los derechos sexuales y reproductivos, Brasil.
- Sanpedro, P. (2005), “El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja”, *Revista Disenso*, núm. 45, mayo, <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0392/Pilar_Sanpedro.pdf>
- Sanz, F. (1995), *Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia del reencuentro*, Barcelona, Kairós, 6a. ed.
- Sosa, M. P., N. López, M. Á. Torres y J. Hernández (2008), “Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas sanas”, *Enfermería universitaria*, vol. 5, núm. 4, pp.12-13.
- Tobón, O. (2003), *El autocuidado. Una habilidad para vivir*, Manizales, Universidad de Caldas-Departamento de Salud Pública.

- Todo en Salud* (s/f), “La visita al urólogo sigue siendo uno de los grandes miedos del hombre”, *Todo en salud*, <<http://todo-en-salud.com/2011/02/la-visita-al-urologo-sigue-siendo-uno-de-los-grandes-miedos-del-hombre.html>>, consultado el 16 de octubre, 2014.
- UNFPA (2004), *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Nueva York, UNFPA.
- Woods, M. (2006), “El amor a sí mismo-Tantra y autoerotismo”, *Concienciasinfronteras.com*, núm. 21, <<http://www.concienciasinfronteras.com/PAGINAS/CONCIENCIA/tantraeros.html>>, consultado el 7 de septiembre, 2013.