

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



154
PSI

**CORRELACION DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS
FRENTE AL SEXO DE TRES SECTORES
UNIVERSITARIOS**

TESIS PROFESIONAL

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
QUE PRESENTAN:**

**MARTHA ELBA SANCHEZ OVIEDO
MAITE GUADALUPE JAURENA ROSS**

ASESOR: LIC. CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z5053.08

UNAM. 119

1981

ej-2

M.-20366

Sp. 805a

A todos aquéllos que, de alguna
manera, se encuentran vinculados,
directa o indirectamente, con
las disciplinas encargadas de
velar por la salud del hombre,

Ps- 2599

A MIS PADRES

PEDRO F. JAURENA y MA. GUADALUPE ROSS

Por su amor y apoyo en todos aspectos que
me han brindando durante toda mi vida.

A RODOLFO IBARRA

Por su comprensión, cariño y paciencia.

A MIS HERMANOS

AGRADECIMIENTOS

En forma muy especial al

LIC. CELSO SERRA PADILLA

por su acertada y responsable asesoría en la dirección de esta tesis.

Al Matemático Luis Alberto Aguilar Huerta por su paciencia y eficiente capacidad para la clasificación computarizada de los datos. Así como al Matemático Gerardo Vidargas por la ayuda prestada en esta fase del procesamiento.

A la Sra. Martha Jaurena de Barrios por su colaboración en la mecanografía de esta tesis.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	6
CAPITULO II	
ANTECEDENTES	67
CAPITULO III	
METODOLOGIA	82
CAPITULO IV	
RESULTADOS	118
CAPITULO V	
ANALISIS DE RESULTADOS	128
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	131
CAPITULO VII	
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	134
ANEXOS	137
BIBLIOGRAFIA	148

INTRODUCCION

La sexualidad, necesidad primaria y de vital importancia para el adecuado ajuste bio-psico-social del hombre, es y ha sido hasta nuestros días tema, cuyos contenidos siempre han interesado y motivado a toda la humanidad, por ser objeto de los principios más fundamentales de la conducta humana, como son, la función reproductora y la necesidad de vivir experiencias placenteras. Sin embargo, ha sido producto de innumerables controversias, temores y ambigüedades, cuya transmisión ha generado conceptualizaciones distorsionadas, falaces e inexactas, que afectan la mayoría de las veces la integridad de la personalidad humana, principalmente en sus actitudes y conductas, ocasionando diversos trastornos de conducta que requieren la ayuda de un profesional. Sin embargo, se desconoce quién podría ser éste ¿el médico, el psicólogo o cualquier otra persona, sin importar su profesión?

En base al planteamiento anterior, se eligieron para esta investigación estudiantes de las carreras de medicina, psicología y física, por ser los dos primeros, los futuros profesionales, encargados de prevenir, detectar y aliviar enfermedades relacionadas con trastornos físicos y psicológicos, respectivamente, en cuyo origen tiene importancia el aspecto sexual. Se eligió al tercer grupo, estudiantes de

la carrera de física, por tener en sus planes y programas de estudio, objetivos de aprendizaje completamente diferentes a los del médico y psicólogo, cuyas metas son afines, y, de esta manera, determinar si la información que reciben durante su entrenamiento profesional, influye en la adquisición de conocimientos y en el adecuado manejo de sus propias actitudes, características esenciales para el logro de sus objetivos.)

Algunos investigadores norteamericanos han realizado numerosos estudios acerca de las actitudes sexuales que posee el estudiante de medicina. Los resultados de éstos hacen hincapié en la necesidad de crear en este estudiante una transformación favorable y adecuada de sus actitudes. Asimismo, los conocimientos fisiológicos o anatómicos que este estudiante va adquiriendo, no le permiten conocer otros síntomas psicológicos subyacentes de gran importancia.

El objetivo principal de este estudio consistió en motivar, por un lado, a la creación de nuevas investigaciones sobre este tema; y, por otro, crear consciencia de la limitación y carencia que existe al respecto. Así como también, en lo posible, la urgente necesidad de incluir en los planes y programas de estudio de las carreras de medicina y psicología, materias sobre sexualidad, para lograr de esta manera, profesionales capaces de prevenir, hacer un diagnós

tico más preciso, elaborar un plan de tratamiento acertado y, obtener, finalmente resultados óptimos. Cabe mencionar, también, la importancia de que médicos y psicólogos conozcan y acepten sus propias capacidades y deformaciones en lo referente a sus actitudes hacia el sexo, con objeto de evitar un manejo inadecuado de mitos, prejuicios y tabúes, por ejemplo, de tal manera, que no afecte su relación y al paciente mismo.

En la presente investigación tratamos algunos tópicos de interés sexual, mediante el uso del Cuestionario de Actitudes y Conocimientos Sexuales (SKAT) diseñado por H.K. Lief y D.M. Reed. Estos son, masturbación, relaciones heterosexuales, mitos sexuales y aborto en cuanto a actitudes y conocimientos sexuales se refiere. En la parte de actitudes definimos qué población de nuestra muestra está en favor o en contra, en relación a los temas arriba citados. Asimismo, correlacionamos actitudes y conocimientos de la muestra total, con el fin de observar si el conocimiento sexual influye en el papel que desempeñan las actitudes. También, en base al análisis estadístico, determinamos qué población posee mayores conocimientos.

En el primer capítulo se analizaron los planes y programas de estudio de las carreras de Psicología y Medicina de la UNAM en Ciudad Universitaria, con el fin de investigar si

existe en su formación profesional material que incluya temas de contenido sexual. Además, se exponen las teorías sexuales más importantes de Sigmund Freud, Karen Horney, Harry Stack Sullivan y Erik Fromm; así como los postulados de George Devereux en cuanto a los obstáculos en el estudio de lo sexual a los que se puede enfrentar el investigador.

Para el capítulo segundo se recopilaron las investigaciones sobre este tópico que se han venido realizando en nuestro país y en el extranjero, observándose la ausencia en especial, del tema de esta tesis en nuestro país.

La metodología constituyó el tercer capítulo, en donde se plantea el objetivo de estudio, criterios para seleccionar a la población, instrumento que se utilizó, procedimiento y su aplicación. También se detallaron la forma de calificación de los Cuestionarios, las pruebas de hipótesis y estadísticos utilizados, que en este caso consistió en el Análisis de Varianza de una sola clasificación, Calificación "Z", Correlación "r" de Pearson, media y desviación estándar.

Los resultados se muestran en el capítulo cuarto, a través de las hipótesis formuladas en la metodología. También se incluyen todos los datos estadísticos en 7 tablas.

En el capítulo quinto se analizan los resultados obtenidos así como al final se establecen las limitaciones que presenta la investigación y las sugerencias, las cuales surgieron en base al desarrollo de la investigación.

Esperamos que esta investigación, motive nuevos estudios, ya que es un área de vital importancia, por ser el conocimiento del sexo y sus actitudes hacia el mismo una problemática central que se vive en el país (el índice de natalidad tan alto que se pretende disminuir). Es importante en primera instancia que el profesional que se encarga de proporcionar la información, sea una persona formada en esta área, que posibilite una adecuada información y educación hacia la mayoría de la gente, además, de ser los encargados de participar en los programas de planificación familiar.

C A P I T U L O I

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

Revisión de Planes de Estudio

La medicina y la Psicología son disciplinas científicas encaminadas al cuidado físico y psicológico de la salud del hombre, cuyo objetivo fundamental consiste en curar y prevenir enfermedades o en su defecto rehabilitar conductas inadecuadas. No obstante, con objeto de verificar si los programas de estudio son acordes con estos objetivos y con el entrenamiento que reciben estos profesionales durante su formación académica en la UNAM, en el presente capítulo se revisarán crítica y analíticamente los planes y programas de estudio de las carreras de medicina, psicología y física, que se relacionen con el sexo y la sexualidad del individuo, así como las aportaciones teóricas de Freud, Horney, Sullivan y Fromm; considerando también, las connotaciones sociales y biológicas de la sexualidad del hombre, por constituir éste la unidad bio-psico-social del universo.

Los Médicos y Psicólogos deben tener un conocimiento amplio acerca de estos tópicos, y, en especial, de su propia sexualidad, a fin de que puedan entender al paciente en toda su magnitud, ya que por medio del sexo la persona manifiesta su individualidad, tal como lo expone Singer (1969) "la sintomatología sexual está prominentemente asociada con la psi

copatología, porque la sexualidad conduce de por si más prontamente que cualquier otra conducta, a la expresión simbólica de actitudes hacia uno mismo y hacia otros, y hacia la vida misma. A través de nuestros propios genitales y de nuestras relaciones eróticas, por muy paradójico que parezca, queda simbolizada de la manera más concreta nuestra situación interna"(*)

De allí la importancia que tiene, el que los estudiantes y futuros profesionales de medicina y psicología deban poseer un conocimiento y una actitud tales, hacia el sexo, que permitan una aceptación y comprensión en todas sus manifestaciones de la persona que le solicita ayuda y, que evite en base a ésto, depositar en los pacientes su problemática.

Nos vamos a referir únicamente a estas dos carreras, puesto que al revisar el plan de estudios de la licenciatura en física, no encontramos alguna asignatura relacionada con este tema.

Medicina. El Médico Cirujano es el profesional que basado en el conocimiento científico y tecnológico, se dedica a preservar la salud del hombre, en especial de aquéllos que

(*) Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia, pág. 97.

no necesitan hospitalización, para lo cual tendrá que prevenir todo tipo de enfermedades mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados, a fin de evitar las complicaciones y la muerte y, finalmente, a través de la rehabilitación, tratará de reincorporar al individuo a una vida diferente auxiliándolo en la adaptación de su nueva identidad. Estos son los objetivos terminales en esta carrera.

Uno de los objetivos educacionales es crear en el estudiante una actitud científica en la práctica de la medicina, aplicando el método científico al estudio clínico del paciente, con lo cual desarrollará sus habilidades de la auto crítica, objetividad, curiosidad e iniciativa. También se incrementará la capacidad de observación y análisis, y de ordenar los hechos registrados para su oportuna y exacta interpretación.

Para el logro de estos objetivos, la carrera de Médico Cirujano ha sido clasificada en 10 ciclos.

Los dos primeros corresponden a los ciclos iniciales, en los que se cursan las siguientes materias que se relacionan con la sexualidad, Anatomía y Fisiología Humanas, Psicología Médica I (Medicina Humanística), Histología y Embriología Humanas, Bioquímica, Medicina Preventiva y Psicología

Médica II.

Durante los ciclos intermedios, tercero y cuarto se imparten Farmacología y, en forma integrada, Patología, Nosología Básica Integral e Introducción a la Clínica.

Del quinto al octavo, son los ciclos clínicos, en los que se cursan asignaturas por especialidades, siendo de interés para este trabajo, las Clínicas de Psiquiatría, Infectología, Nutrición y Endocrinología, Gineco-Obstetricia y Urología.

Los ciclos clínicos finales son el noveno y décimo que corresponden al Internado rotatorio de Pregrado, en donde el alumno integra los conocimientos útiles que ha obtenido en los ciclos anteriores.

Como resultado de la revisión del programa de estos cursos, a continuación se mencionará un breve análisis del contenido de cada uno de ellos que proporciona al alumno información sobre la sexualidad humana, así como el adecuado manejo de la relación médico-paciente, donde se encuentra implícita la actitud del médico, a este respecto.

Anatomía Humana. Esta materia le permite al alumno conocer,

describir, identificar y explicar la estructura normal y anormal del sistema urinario-genital masculino y femenino, del aparato reproductor y demás funciones del aparato genital. Además de las influencias que tienen las variaciones del medio interno y externo donde se desarrolla, sobre estos sistemas y aparatos.

Fisiología Humana. El alumno queda capacitado para reconocer, describir e interpretar las desviaciones de la salud, como resultado de los factores normales y para valorar el sentido y la magnitud del cambio, del aparato urinario, genital femenino y masculino. En especial el contenido de este curso brinda al alumno un enfoque del funcionamiento de las gónadas, que contempla las gónadas femeninas (los ciclos sexuales de la mujer y ovulación); las hormonas ováricas (progesterona y estrógenos. Acciones fisiológicas sobre el aparato genital, como la menstruación y otros sistemas. Regulación de la vida ovárica); las hormonas placentarias y gestación (influencias sobre la adenohipófisis y el ovario). Gónadas masculinas (la espermatogénesis); hormonas testiculares (acciones fisiológicas sobre los caracteres sexuales y la conducta sexual. Sobre el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos. Regulación de la actividad testicular).

Psicología Médica I. (Medicina Humanística). Este curso proporciona al alumno la oportunidad de comprender las relaciones entre la psicología y la medicina, por lo que hace énfasis en el enfoque humanista de la medicina. Así como, percibir al hombre como la "unidad" bio-psico-social asexual del organismo humano. Al igual que los conceptos psico y -sociogenéticos de la enfermedad. Durante el curso se analizan la importancia de incluir a la disciplina psicológica en la formación del médico, las influencias psicológicas o actitudes que permiten o impiden que el médico perciba otros síntomas subjetivos de sus pacientes o efectúe adecuadamente su trabajo. Las relaciones e influencias de las alteraciones fisiológicas sobre la conducta y sistema psíquico del hombre.

Histología Humana. El contenido de esta materia que se relaciona con el objetivo de este trabajo es el tema de histología de la gineco-obstetricia (módulo Bases histológicas de la Gineco-Obstetricia). Esta materia le permite al alumno establecer e interpretar el análisis morfológico, mediante el microscopio de todos los órganos del sistema urinario, genital femenino y genital masculino y al igual que el estudio ultraestructural de estos mismos.

Embriología Humana. Esta asignatura permite al alumno des-

cribir las estructuras y fenómenos característicos de las etapas de integración y desarrollo prenatal, desde la formación de la gónada y de las gametas, incluyendo aspectos clínicos, estudio de la división celular y alteraciones cromosómicas y genéticas; ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos hasta el ciclo sexual y fecundación. En lo referente a la relación materno-fetal, le permite valorar la normalidad o anormalidad del desarrollo intrauterino, así como factores externos que pudieran alterar este proceso. Este curso brinda al alumno el conocimiento del desarrollo del aparato urogenital en el hombre y en la mujer, que incluye, desde teorías sobre la formación de la uretra, vagina, hasta desviaciones fisiológicas como el hermafroditismo. Además, este curso se propone conscientizar al alumno del valor inminente hacia el respeto y protección de la vida humana a partir de sus inicios, premisa fundamental en su ética profesional.

Medicina Preventiva. Mediante esta materia el futuro médico obtiene conocimientos para orientar y educar a la comunidad o a un paciente mediante consulta individual, para evitar que contraiga alguna enfermedad, ya sea transmisible o no transmisible para prevenir su génesis y evolución, así como las medidas generales aplicables, a fin de impedir el progreso desfavorable de la enfermedad.

Psicología Médica II. (Continuación de Psicología Médica I).

Durante el desarrollo del curso, se pretende que el alumno perciba, comprenda y estudie al hombre como un "todo o "totalidad" (concepto de personalidad), es decir, que incorpore en forma conjunta los aspectos psico-sociales a los biológicos, ya que sería imposible comprender la salud o enfermedad del ser humano, tomando en consideración cada uno de estos puntos en forma escindida. Se analizan los temas del ciclo vital, que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte; además, incluye el estudio de la sexualidad, en donde se analizan la diferencia entre la conducta sexual animal y humana, la identidad y papel sexuales, fisiología de la respuesta sexual, homosexualidad y disfunciones, factores psicológicos y sociales del control natal y el aborto inducido.

Farmacología. El propósito del curso es capacitar al alumno para hacer uso racional de los medicamentos en la práctica clínica y para proteger al hombre de los efectos nocivos de los agentes químicos, incluye también los estudios de la farmacología preclínica. El contenido del curso posee las medidas generales de prevención y tratamiento de enfermedades infecto contagiosas, alteraciones o irregularidades del aparato genital masculino y genital femenino.

Bioquímica. Mediante este curso se propone que el alumno

adquiera el conocimiento de los elementos químicos por los que está formado el organismo humano así como su funcionamiento, análisis e interpretación. El contenido que nos interesa son las unidades de genética: transcripción, código genético y duplicación, que incluyen la descripción del mecanismo de duplicación y del proceso de transcripción del ADN, así como la del concepto de código genético. Y, por último, la unidad integración del esquema ADN - ARN - PROTEINA en relación a su significado biológico, transmisión y manifestación de la información genética, los errores congénitos del metabolismo y el proceso de síntesis de proteínas.

En el 4o. ciclo se cursan las materias de Nosología Básica Integral, Patología General e Introducción a la Clínica, las cuales se integran para permitir al alumno una visión total de la enfermedad, una correlación de los conceptos y la aplicación inmediata de los conocimientos adquiridos. En este ciclo lo relevante para nuestra investigación es que el alumno adquiera habilidad para establecer una relación médico-paciente a través de la entrevista. Así mismo los temas que se imparten tales como antecedentes gineco-obs-tétricos, interacción del funcionamiento del eje hipotálamo hipófisis-gónadas sobre los diferentes aparatos y sistemas; consejo genético, semiología de los aparatos genital femenino y masculino; exploración del aparato genitourinario; pal

pación y percusión del abdomen; laboratorio y gabinete de los aparatos genitourinario femenino y masculino.

Medicina Social. Esta materia permite que el alumno conozca, que la sociedad puede actuar como un factor causal en la génesis y evolución natural de alguna enfermedad directa o indirectamente, como sería el caso de enfermedades venéreas producidas por la prostitución. El médico también está capacitado, mediante este curso, para transmitir educación para la salud de tal forma, que prevenga o en su defecto evite el progreso de la enfermedad.

Clínica de Psiquiatría. Proporciona al estudiante el conocimiento para identificar síntomas y síndromes de las desviaciones sexuales más frecuentes, aplicar medidas dirigidas a la prevención así como las medidas terapéuticas (farmacológicas y/o psicológicas) adecuadas para cada caso. Durante el curso también se analizan los conceptos de neurosis y de la depresión, su tratamiento terapéutico, ya sea farmacológico o psicológico, a nivel primario, así como la distinción de un síntoma de tipo afectivo o neurológico.

Clínica de Infectología. El objetivo principal de este curso es capacitar al alumno para conocer la génesis y evolución de las enfermedades infecto-contagiosas más comunes,

considerando su frecuencia y gravedad, para ello, se basará en las estadísticas y, por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades venéreas (gonorrea, sífilis y uretritis inespecíficas), para lo cual se servirá de apoyo de los cultivos (exudados cervico-vaginales, uretra, lesiones de genitales, y biopsias de tejidos).

Clínica de Endocrinología y Nutrición. Permite al alumno conocer la patología de algunos síndromes (hipogonadismo, masculinización, Trisomía X, XYY, precocidad sexual, feminización, testículo feminizante, disgenesia gonadal, ovarios poliquísticos), su prevención, diagnóstico y tratamiento. Al igual que el reconocimiento de otros signos y síntomas de las alteraciones del aparato genital femenino y genital masculino (amenorrea, litiasis urinaria).

Clínica de Gineco-Obstetricia. En este curso se analizan y reconocen signos y síntomas de los padecimientos congénitos, degenerativos, traumáticos e infecciosos más frecuentes del aparato genital femenino. Asimismo, los procesos de fertilidad, embarazo, puerperio y lactancia, al igual que la técnica obstétrica. La parte práctica del curso está dedicada a capacitar al alumno para diagnosticar y cuidar durante el embarazo, a la madre y al producto, así como también, se capacita al futuro médico a través de esta materia, para la

atención de un parto normal.

Clínica de Urología. Dentro de este curso se estudia desde el funcionamiento normal del aparato reproductor masculino así como sus alteraciones. Su objetivo terminal es capacitar al alumno para que pueda prevenir, diagnosticar, curar y rehabilitar, a nivel primario, las alteraciones del aparato reproductor masculino (carcinoma de próstata, prostatitis, tumores testiculares, carcinoma de pene, chancro blando).

En los ciclos nueve y diez, el alumno se asigna a un centro hospitalario formando parte del personal médico, con sus respectivos derechos y obligaciones, tales como la asistencia a todos los servicios, la docencia e investigación, siendo ésta última, además del estudio, las metas de primer orden. En esta etapa el alumno integra los conocimientos útiles en la práctica médica profesional, para adquirir estabilidad necesaria para el ejercicio de la medicina en forma inmediata, tomando en cuenta, tanto la preparación científica, como la función que desempeña el médico en la sociedad.

Como conclusión a la información y análisis expuestos, se estima que el alumno que ha cursado el ciclo 10 posee desde un manejo adecuado de lenguaje técnico, conocimientos

acerca del funcionamiento, estructura, morfología y patología de los aparatos urinario, genital masculino y genital femenino de la reproducción y demás funciones del aparato genital así como del sistema endócrino, hasta habilidades para integrar síndromes; su diagnóstico, tratamiento, prevención y, en la medida de lo posible, su rehabilitación, mediante las técnicas terapéuticas, bien sean farmacológicas ó psicológicas.

También adquiere las habilidades para determinar la indicación de medicamentos, solicitar cuando se requiera estudios radiológicos, clínicos y paraclínicos, así como su interpretación de los cuales se sirve de apoyo, para el logro de los objetivos anteriormente expuestos.

Por último, el alumno egresado del ciclo 10, queda capacitado para resolver el 80% de los casos de contacto primario, que se le presenten y, será consciente de sus limitaciones en cuanto a conocimientos, además de la honestidad y ética profesionales, con lo cual estará capacitado para remitir al restante 20% con el especialista adecuado.

Psicología. El Psicólogo es el Profesional encargado de describir, explicar, controlar y pronosticar la conducta del individuo, basado en el método científico, cuyo campo

de trabajo es muy extenso, debido al gran número de alteraciones conductuales, que padece el hombre, bien sea por cuestiones hereditarias, congénitas o adquiridas. Una de las más frecuentes es la Neurosis, cuyo porcentaje es muy elevado en la actualidad.

Los planes de estudio de la Facultad de Psicología constan de 6 semestres con materias básicas y 3 más, compuestos de materias optativas, que se clasifican dentro de 6 áreas, que comprenden los campos en los cuales se puede desarrollar el psicólogo y estos son: Clínica, Educativa, General Experimental, del Trabajo y Psicofisiología.

El estudiante de Psicología aprende diferentes métodos y técnicas para lograr sus objetivos, que consisten en el empleo de entrevistas, instrumentos de evaluación psicológica (tests) y cuestionarios.

Del Primero al Sexto semestres, de esta carrera, las materias básicas que se imparten son comunes y obligatorias para todos los alumnos y éstas son, entre otras: Bases Biológicas de la Conducta, Anatomía y Fisiología del Sistema Nervios, Neurofisiología, Psicopatología, Teorías de la Personalidad I y II, Desarrollo Psicológico I y II.

Cada una de estas materias tiene sus objetivos específicos, siendo los principales la capacitación del alumno para realizar proyectos y evaluar nuevos campos que le permitan explicar la actividad humana, en base a sus posibilidades creadoras.

En la materia Bases Biológicas de la Conducta se hace una introducción al conocimiento de las áreas, conceptos y métodos fundamentales de la Psicología y trata de explicar y describir la etiología del desequilibrio psicobiológico, analizando los procesos de adaptación; identificando y describiendo el origen de las unidades genéticas, las relaciones psicogenéticas anormales, el funcionamiento de las hormonas sexuales y su acción sobre la conducta sexual y asexual.

Con la materia de Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso, se trata de que el alumno sea capaz de proponer posibilidades y detectar las limitaciones que hay para la presentación de las respuestas que componen el comportamiento humano, por lo tanto es útil, para que puedan indicar la forma cómo el hipotálamo interviene en la conducta sexual humoralmente y a través de reflejos autónomos.

Psicopatología es una materia teórica-práctica donde el alumno adquiere el conocimiento básico de conceptos tales

como: anormalidad, normalidad, síntoma, signo y síndrome, así como el conocimiento de cuadros nosológicos como: trastornos de la personalidad, neurosis y psicosis.

La materia de Neurofisiología le proporciona al alumno conocimientos sobre los mecanismos de preservación del individuo, analizando los de la conducta sexual además de otros; de esta manera el estudiante aprende a señalar los procesos que determinan los estados disposicionales de la conducta sexual, a describir los sistemas hormonales e identificar la fisiología de la reproducción y el control de las respuestas sexuales.

Teorías de la Personalidad I es la materia teórica que permite al alumno conocer el comportamiento humano en base a las aproximaciones teóricas vigentes, proporcionándole una sólida base conceptual. Con este estudio puede, además, conocer los factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad, tales como la influencia genética, influencia de la infancia en el desarrollo de la personalidad (embarazo, los primeros años de la vida), influencia de la adolescencia en el desarrollo de la personalidad, influencia de la sociedad en la cultura, enunciar las teorías psicodinámicas vigentes de Freud (teoría de los impulsos), de Sullivan (Etapas del desarrollo) y de Erikson (pregenitalidad y genitali

dad).

Las materias de Desarrollo Psicológico I y II permiten hacer una integración de los procesos que están involucrados en la evolución, crecimiento y desarrollo de un individuo; al estudiar la teoría psicoanalítica de Freud, el alumno puede definir el concepto de desarrollo, maduración, adaptación, organización y principio epigenético.

La materia de Psicología Fisiológica permite, dentro del área clínica, la orientación del diagnóstico mediante la evaluación de procesos orgánicos, asimismo da bases para establecer modelos terapéuticos adecuados, indicar las actividades periféricas que caracterizan la conducta emocional; enumerar las hormonas sexuales y la conducta emocional, identificar la relación neuroendócrina de la conducta; relacionar cambios conductuales con cambios de los niveles hormonales (el sistema gonadal, ciclo menstrual, cambios conductuales relacionados a las distintas fases del ciclo menstrual), embarazo y conducta, su relación con los cambios hormonales.

Las áreas que más tratan aspectos sexuales son: clínica y Psicofisiología.

teraciones sexuales subyacentes.

Psicología clínica y Psicoterapia I, es una materia básica para la formación del estudiante del área clínica, permitiéndole adquirir el conocimiento de las diferentes técnicas psicoterapéuticas de apoyo y de insight con metas reeducativas.

En Psicología Clínica y Psicoterapia II, además de ver las técnicas mencionadas, el alumno adquiere conocimientos para tratar de identificar y manejar mecanismos de defensa, para realizar interpretación en el proceso psicoterapéutico, detectando los factores que originan la transferencia y contra-transferencia y su manejo.

Dentro de la materia de Teorías de la Personalidad II se tocan aspectos teóricos más importantes de los siguientes autores: Freud, Sullivan, Fromm, Erikson y otros. Se relaciona la personalidad con los componentes básicos de la unidad biopsicosocial. El alumno puede aplicar sus conocimientos adquiridos dentro del área de su especialidad, adecuándolos a su realidad profesional y sociocultural.

El alumno egresado del área de Psicofisiología es capaz de realizar trabajos de investigación, docencia, evaluación de

El alumno que cursa el área de clínica es capaz de detectar, reconocer y diferenciar síntomas, síndromes y cuadros nosológicos en base a la clasificación de psicopatología de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo puede dar orientación y consejo matrimonial, aplicar técnicas de psicodinámica de grupo, realizar investigaciones en el campo de la salud mundial, aplicar, interpretar e integrar estudios psicológicos.

El programa de Modificación de Conducta tiene como fin primordial, que el estudiante pueda aplicar las técnicas de modificación conductual en el área clínica, como sería en terapia individual y en algunas técnicas de psicología comunitaria, tratando y analizando los problemas éticos involucrados en esta práctica. Además, el alumno puede explicar y analizar los elementos básicos de la Terapia Psico-social, como son: el acercamiento, según Masters y Johnson, el acercamiento grupal, según Lubitz y Lupicolo, tratamiento de la impotencia, de la eyaculación prematura y de la frigidez.

En Pruebas de la Personalidad, el alumno recibe bases teóricas y dinámicas de la personalidad, aplica, califica e interpreta pruebas de personalidad de tipo proyectivo, realiza la integración de baterías con pruebas estructurales y proyectivas, mediante las cuales es posible detectar ciertas al-

daño cerebral, participar en programas de rehabilitación de funciones perdidas por daño cerebral y tratar problemas de lenguaje. De todas las materias que comprende esta área, sólo una proporciona conocimientos sobre sexualidad y esta es Condicionamiento de respuestas autónomas, en la cual el alumno recibe información acerca de la aplicación de los procedimientos de condicionamiento y de los resultados en la investigación básica y aplicada de condicionamiento y el empleo de dichos sistemas con terapias para el tratamiento de alteraciones psicósomáticas. Adquiere conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología así como de técnicas de medida de respuestas gastrointestinales y urogenitales, tratando, entre otros, los trastornos de impotencia psicogénica y problemas en la conducta sexual. También ven la sexualidad y agresión humana desde el aspecto etológico.

Como conclusión, se estima que en el proceso de formación, el Psicólogo recibe información desde un punto de vista bio-psico-social en forma directa e indirecta, la cual se aborda en las diferentes materias que forman los programas y planes de estudio.

Teorías de la Sexualidad

Como punto de partida, consideramos importante definir el

concepto básico alrededor del cual gira la investigación realizada, así encontramos que en 1979, Alvarez Gayou, considera como sexo "A la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en un punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios" (*). Para este mismo autor el concepto básico de la sexualidad surge en "El punto donde se reúne el sexo (biológico), el sexo de asignación (social) y la identidad de género (psicológico)" (**).

En el sexo de asignación, el aprendizaje es el factor esencial; las actitudes y comportamiento de progenitores o sustitutos se transmiten al infante mediante "reforzamiento", el cual genera al cabo de un tiempo, condicionamiento en la adquisición de un rol sexual, ya sea femenino o masculino.

La identidad de género se refiere a la incorporación e identificación de las vivencias psíquicas y emocionales en el infante, de ser hombre o ser mujer.

Desde el punto de vista de la biología, el Dic. Sexológico

(*) Elementos de Sexología, pág. 1

(**) Idem., pág. 3.

clasificó al sexo en: cromosómico, gonadal, hormonal, genital externo y somático, que a continuación se enuncia:

- 1.- "El sexo cromosómico que está determinado por los cromosomas sexuales, XX en la mujer y XY en el hombre.
- 2.- El sexo gonadal.- Resulta de la diferenciación, testículo u ovario, de la glándula sexual reproductora.
- 3.- El sexo hormonal.- Se determina por la secreción de la gónada: andrógenos y estrógenos.
- 4.- El sexo genital externo.- Se le puede llamar sexo oficial, el que se registra, teniendo a la vista los órganos genitales exteriores: vulva hendida o pene.
- 5.- El sexo somático.- Corresponde al aspecto particular del conjunto del cuerpo: estatura, peso, caracteres secundarios y todos los elementos de la diferenciación sexual morfológica que se manifiestan por completo después de la pubertad" (*).

Partiendo de estos aspectos, se realizará un análisis en el

(*) Op. Cit, Adaptación y Estandarización de la Prueba de Actitudes y Conocimientos sexuales de Harold I. Lief y D. M. Reed, pág. 10.

aspecto psicológico, de cómo consideran diferentes teóricos a la sexualidad y su relación con el desarrollo de la personalidad y, la influencia que tiene para sí mismo y con la gente que le rodea.

Sigmund Freud fue el primer investigador que dio énfasis al estudio de la sexualidad humana, marcando la gran influencia de ésta en el desarrollo de la personalidad. Por ejemplo, los estados neuróticos, psiconeuróticos y psicóticos, tenían siempre su origen en aspectos sexuales. Para llegar a estas conclusiones, Freud se basó en los numerosísimos casos que estudió, mediante la práctica privada y, así fue como en 1894 observó que los pacientes, quienes mostraban angustia carecían de una sexualidad normal, es decir, presentaban abstinencia sexual, orgasmos perturbados, coitos anormales, etc. Ante este hecho consideró que:

1. "La sexualidad frustrada se traduce en angustia.
2. La represión, que origina las neurosis, apareja perturbaciones sexuales, las que a su vez producen angustia, de donde se deduce, que la neurosis es causa indirecta de la angustia" (*).

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 36.

En 1898 Freud ratificó lo anterior, al afirmar que el factor etiológico en las neurosis de angustia, ya sea adquirida o hereditaria, eran "las perturbaciones e influencias no civas provenientes de la vida sexual" (*), que variaban según el sexo del paciente.

En el año de 1900 Freud modificó su teoría de las neurosis, indicando que los factores de los trastornos neuróticos más relevantes eran la herencia y la constitución orgánica; para ello, se basó en los relatos de sus pacientes, referentes a violación y seducción, al comprobar que éstos no eran hechos reales, sino más bien, fantasías elaboradas para tratar de defenderse de hechos sexuales concretos que el sujeto sí había realizado durante su niñez y, como consecuencia de esto, se desprende el que Freud considerara que las psiconeurosis estaban apoyadas en perturbaciones de procesos sexuales orgánicos y, como resultado de la importancia que le dio al sexo en la etiología de las neurosis, es como llegó a elaborar las teorías de la sexualidad y del complejo de Edipo.

Para continuar sus estudios de la sexualidad, Freud elaboró

(*) Neurastenia y Neurosis de Angustia, pág. 184.

la Teoría de la Evolución Psicosexual humana, cuyo núcleo es una fuerza psíquica que adquiere predominio en diferentes partes del cuerpo, dependiendo de la edad del sujeto, a la cual llamó libido. La libido es la energía sexual que el individuo debe poseer en cantidades adecuadas, es decir, la acumulación sistemática, producto de la represión o el déficit de esta energía, producen, lo que Freud llamó, las neurosis actuales: neurastenia y neurosis de angustia. En la represión de cualquier idea, la cual suponía era de tipo sexual, la libido encuentra obstáculos en su curso normal, originando un desbordamiento y cambiando su camino y objeto, hasta depositarse en cualquier parte del organismo, como se ría en el caso de la histeria. Durante este proceso surge un conflicto con el ego y es aquí, el momento en el cual se presentan los síntomas "que manifiestan indirectamente las tendencias libidinosas" (*).

La mayor parte de la investigación acerca de la sexualidad, se basó en la libido por lo que enfatizó y distinguió diversas etapas del desarrollo psicosexual. Consideró que existía una fuerza o energía básica del ser humano denominada psicosexual, por estar dirigida y ser su culminación en el momento de la procreación. Además, hizo hincapié en que el

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 156.

concepto sexual no es sinónimo de genital. Por ejemplo, el niño hasta un año de edad, obtiene satisfacciones placenteras, mediante el acto de mamar, lo cual se califica de sexual. Por otra parte, utilizó la palabra "sexual", empleada para calificar fenómenos sensitivos, emotivos y afectivos, para indicar que la energía psicosexual es el agente causante de éstos.

El desarrollo de la vida sexual, según Freud tiene sus inicios a partir del nacimiento, manifestándose en forma de excitaciones, necesidades y satisfacciones sexuales, ya que no es lógico pensar que la sexualidad surja en la pubertad, careciendo de antecedentes. En general, la mayoría de los investigadores, no le conceden valor alguno a la sexualidad del niño, dado el proceso de represión acerca de temas sexuales, que provoca una amnesia infantil, que se da en casi todos los seres humanos.

El período genital, que se inicia a los 11 ó 12 años, se considera una de las etapas más difíciles del individuo, debido al elevado nivel de ansiedad, característica esencial de ésta, ya que es producto de toda la serie de cambios psicofisiológicos que van transformando sistemáticamente al niño en adolescente. A esta edad el niño desplaza el objeto sexual al exterior de su núcleo familiar, el cual empieza a elaborarse a partir de la fase oral, constituyendo el

pecho materno el modelo para las futuras relaciones eróticas. Además la elección del objeto sexual también dependerá de la evolución en el desarrollo psicosexual, debido a que existe la alternativa de "quedar fijado", es decir, si el niño persiste en hallar su objeto sexual dentro de su familia, permanecerá fijado en alguna etapa y podrá adquirir o estará más predispuesto para la adquisición de alguna neurosis.

La zona erógena en la mujer se propaga del clítoris a la vagina; siendo éste un cambio, que aunado a la represión, es propicio para la adquisición de la histeria. Sin embargo, como afirma Mandolini (1977), que las ideas de Freud a este respecto han sido refutadas. La mayoría de las mujeres ya conocen la vagina desde su infancia y, durante la edad adulta, tanto el clítoris como la vagina, son la sede de excitaciones sexuales.

Otra característica de este período, es que el individuo es está preparado biológicamente para ejercer sus funciones sexuales (coitales). No obstante éstas se tienen que posponer a causa de la "moral sexual cultural", que más adelante se detallará, generando de esta manera, retención de la libido y, por consiguiente la llamada "crisis de la pubertad".

Como se mencionó anteriormente, durante esta etapa el indi

viduo selecciona sus objetos sexuales fuera de su constelación familiar, a fin de preservar su salud y continuar su "crecimiento", por lo cual, Freud reconoció, que cada sujeto selecciona en forma distinta, pero predominando en cada uno de ellos, casi siempre, un factor común. Esto es, un sujeto elegirá, por lo general, objetos sexuales con rasgos similares. Por todo ello, identificó 7 clases de sujetos, según las características de los objetos sexuales que prefieren:

- 1) Los que eligen como objeto sexual a las mismas personas que ama y ha amado desde su niñez, por no poder apartar la ternura infantil de sus padres.
- 2) Los homosexuales, producto de la identificación con la madre, en el sentido de elegir un objeto sexual tal como el que ella eligió.
- 3) Los homosexuales, producto de la identificación con el padre, por el anhelo de fincar una relación incestuosa con él, motivada por el deseo de sustituir a la madre.
- 4) Los que se enamoran de mujeres no libres: casadas, con novio, amante, etc.

- 5) Los que eligen mujeres, cuya reputación es dudosa.
- 6) Los que se enamoran de personas parecidas a ellos.

Las etapas del desarrollo psicosexual, según Freud, son factores determinantes y decisivos para la futura vida sexual del niño, ya que como afirmó "a mayor perturbación del desarrollo psicosexual, con más claridad aparece la elección del objeto incestuoso" (*). Un ejemplo muy claro de ello, se observa cuando el adolescente elige como objeto sexual a una mujer o a un hombre de edad madura, que bien podría representar la figura materna o paterna, respectivamente, es decir, existe la tendencia de relacionarse con sujetos que le recuerden tales imágenes.

Lo anterior surgió a partir de que él identificó una serie de factores que intervienen en este proceso, uno de ellos es la madurez precoz sexual, que se expresa por la disminución temporal de la etapa de latencia y por reacciones perversas de tipo sexual; posteriormente dificulta el control del instinto sexual.

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 147.

La 1a. teoría de los instintos elaborada por Freud y que más tarde modificó, sirvió de apoyo para el estudio de las perversiones y aberraciones sexuales. En esta teoría él estima que existen dos instintos en el hombre: el sexual y el de conservación o del Yo. El primero es el causante de la neurosis, mientras que el 2o. no causa ningún conflicto neurótico.

El concepto de Instinto es para Freud "la representación psíquica de una fuente excitativa, continuamente corriente e intrasomática" (*), dicho en otras palabras, el instinto denota un concepto, el cual consiste en la división que hay entre lo psíquico y lo somático, cuya fuente reside en excitar un órgano, con el fin de detener esa misma excitación. Posteriormente Freud formuló la hipótesis de que "los órganos del cuerpo producen excitaciones, fundadas en diferencias químicas" (**), considerando una de las excitaciones como exclusivamente sexual, cuyo órgano productor es la zona erógena del instinto parcial, aunque cualquier parte del cuerpo puede erotizarse, de aquí vienen las perversiones.

A raíz del análisis de las perversiones y aberraciones sexua

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 125.

(**) Idem, pág. 126.

les es como Freud empezó su estudio, tomando en cuenta los 2 siguientes grupos de anormales sexuales:

"Primer grupo intermedio"
grado por los que tienen un objeto sexual anormal".

- "a) Los invertidos
- b) Los que buscan impúberes y animales como objeto sexual.
- c) Los que buscan la boca y el ano como objeto sexual.
- d) Los que buscan como objeto sexual los genitales, pero no porque lo sean, sino por funciones inherentes a los mismos.
- e) Los que buscan como objeto sexual cualquier parte del cuerpo
- f) Los fetichistas
- g) Los sadistas
- h) Los masoquistas" (*).

"Segundo grupo intermedio"
grado por los que tienen un fin sexual

- 1. Fin sexual de los invertidos
- 2. Desviaciones relativas al fin sexual.
 - a) Transgresiones anatómicas

anormal".

b) Fetichismo

c) Fijación de fines sexuales pre
liminares.

3. Sadismo y masoquismo." (*)

A través de la privación sexual normal, indicó Freud, se pueden generar las neurosis lo cual puede dirigir al sujeto a tratar de satisfacerse en forma perversa; estas tendencias se encuentran latentes en las personas que se manifiestan, por lo que el origen de las perversiones se puede descubrir en los niños, esta conclusión de Freud manifiesta que la sexualidad perversa es la sexualidad infantil ampliada.

Al realizar Freud el estudio de las perversiones, aumentó su creencia de que la sintomatología neurótica era provocada por la represión sexual del sujeto y que ésta se da más fuertemente en los neuróticos que en la gente normal y vuelve a ratificar que los síntomas neuróticos se originan a raíz de una sexualidad anormal.

La primera teoría de Freud sobre los instintos fue analizada por varios autores, siendo Adler quien introdujera un nuevo factor como importante dentro de las neurosis, "la

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 120.

agresión", esto ocurrió por 1910.

Posteriormente, hacia 1914, Freud consideró además de los instintos sexuales, los impulsos agresivos, afirmando que la agresión es innata en el humano y también como la sexualidad puede ser reprimida. Finalmente, llegó a la conclusión de que el sadismo forma parte del instinto sexual por lo que la agresión no es necesariamente provocada por la libido, y que el ser humano tiene la obsesión de repetir situaciones pasadas.

Freud afirmaba que entre la normalidad y la neurosis no puede haber una delimitación exacta, ya que existen algunas perversiones que son innatas en todos los hombres y dependiendo de las circunstancias se pueden agrandar.

Freud llegó a las siguientes conclusiones, después de haber estudiado las perversiones: "casi todas las extralimitaciones de las perversiones constituyen parte de la vida sexual del hombre normal", (*) quien en ciertas circunstancias puede sustituir el fin sexual, por una de las perversiones: siempre hay un aspecto de perversión sexual en el hombre;

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 124.

existen algunas perversiones que se pueden considerar como normales y otras patológicas; asimismo, hace hincapié en que si hay normalidad en otros aspectos de la vida, esto no garantiza que el individuo sea normal sexualmente, pero sí existe algo anormal en alguna otra fase de su vida, con seguridad existirá alguna anormalidad sexual.

En 1908 Freud efectuó investigaciones acerca de la sexualidad en relación con la cultura, en la que distinguió tres grados:

1. La cultura que permite el ejercicio de la sexualidad sin restricción alguna.
2. La cultura que limita el ejercicio de la sexualidad a la reproducción.
3. La cultura que limita el ejercicio de la sexualidad a la reproducción legítima.

Puso especial atención en la última, ya que en ésta existe un número cuantioso de sujetos desadaptados y, por lo tanto, neuróticos. Además, por ser la moral sexual cultural, el factor imperante y central en esta clase de cultura.

En ese mismo año, Freud sostuvo que la nerviosidad moderna es producto de la moral sexual cultural. La moral sexual cultural es la serie de preceptos y normas establecidos por la sociedad, cuyas funciones principales son inhibir el instinto sexual, ya sea antes del matrimonio o durante el mismo es decir, obliga al sacrificio de los aspectos propicios para conservar la salud.

Uno de los preceptos sociales se refiere a que la vida sexual activa debe limitarse únicamente al matrimonio que, en otras palabras, sería la abstinencia sexual. La abstinencia sexual en la mujer, es todavía un factor predominante en nuestra cultura, aunque en menor grado. Sin embargo, si ésta persiste hasta el matrimonio, puede ser un factor etiológico en el desencadenamiento de las neurosis, dependiendo, por supuesto, de la naturaleza y constitución de cada individuo, ya que solamente en contadísimos casos funciona la "sublimación" de lo sexual. Según Freud, "después de los veinte años de edad la abstinencia es peligrosa para el hombre, y cuando no conduce a la nerviosidad, trae consigo otros daños". (*) Además, como él afirmó "la abstinencia no contribuye a formar hombres enérgicos o independientes, ni pensadores originales o valerosos reformadores, sino más

(*) La moral sexual, pág. 943.

bien honradas medianías, que se sumergen luego en la gran masa, acostumbrada a seguir, con cierta resistencia, los impulsos iniciados por individuos enérgicos" (*).

La abstinencia masculina no prepara al hombre para el matrimonio, sino más bien demuestra que tiene poco impulso libidinoso, el cual no se puede manejar a voluntad. La abstinencia femenina y masculina, son producto de las normas sociales, las cuales tienden a reprimir o inhibir el instinto sexual, creando sensaciones de miedo, pecado, vergüenza, etc., siendo todo ello, una de las causas de la frigidez femenina y, en el caso de los hombres, de impotencia masculina.

Como se puede observar la cultura juega un papel extremadamente determinante, no sólo en la sexualidad premarital, sino también en la sexualidad dentro del matrimonio. En este último aspecto afirma Freud, que también la moral sexual cultural suele ocasionar incompatibilidad sexual en el matrimonio, que se manifiesta al cabo de pocos años, ya que por un lado, los anticonceptivos ayudan a la insensibilidad sexual y son perjudiciales para la salud y, por el otro, el temor al embarazo favorece la desaparición de la ternura fí

(*) La moral sexual, pág. 943.

sica entre los cónyuges, estos factores son propicios para que las mujeres sean menos aptas para la sublimación. Así mismo, en relación a las mujeres, agrega que para casarse es necesario tener una gran salud y no como es la creencia popular, que el matrimonio cura determinados trastornos nerviosos, ya que las relaciones sexuales maritales no contribuyen a reparar el daño de la represión sexual anterior al matrimonio, en caso de que ésta se haya fomentado.

Freud también sostuvo que "la conducta sexual de una persona constituye el prototipo de todas sus demás reacciones" (*). Por ejemplo, en la mujer se puede observar claramente este caso, en donde, aquella que carece de dificultades para realizar un trabajo intelectual acerca de lo sexual, asimismo, se encuentra para efectuar otras actividades intelectuales.

Por último, a este respecto, puntualizó que las restricciones en la vida sexual de un pueblo generan "temor a la vida y miedo a la muerte, factores que perturban la capacidad de goce, disminuyen el deseo de tener hijos y afectan a los pueblos en su deseo de participar en el porvenir" (**).

(*) La moral sexual, pág. 252

(**) Idem, pág. 253.

En 1917 Freud no estuvo satisfecho de su primera teoría de la angustia, lo cual hizo que obtuviera estas nuevas conclusiones:

- 1) La angustia es un estado afectivo y puede presentarse, tanto en neuróticos como en personas normales. En los neuróticos es más usual y aparece en mayores magnitudes.
- 2) Existen dos tipos de angustia: la real y la neurótica. La primera es una reacción normal ante un peligro inminente y, por supuesto, una expresión del instinto de conservación.

En el estudio de las fobias, confirmó la relación que hay entre la angustia y el temor a la castración por el padre, en donde él afirmó que este temor es lo que verdaderamente se había reprimido. Estos resultados lo llevaron a asegurar que en el caso de las fobias la angustia ocasiona la represión y no ésta la angustia. En 1925, se le presentó a Freud un problema que no solucionó al afirmar lo anterior, en relación con lo que apoyó en 1917 (que cuando existe alguna alteración de la función sexual, la libido se transforma en angustia) a lo cual informó dos posibles soluciones:

1o. La angustia era producto del temor a la castración, o

proveniente de la libido.

- 2o. "El Yo, en las neurosis actuales, sospecha peligros en la situación del coito interrumpido, de la excitación frustrada y de la abstinencia ante las cuales reacciona con angustia".

Tal como se dijo con anterioridad, cuando la libido se acumula en grandes cantidades y no se libera, aparece un conflicto entre el yo y la sexualidad, surgiendo en este momento "los síntomas que manifiestan indirectamente las tendencias libidinosas". (*) Los síntomas que representan, tanto las fuerzas Instintivas (instinto sexual,) como las represoras (censura poderosa opuesta al instinto). La primera constituye siempre una fantasía de contenido sexual; por lo que los síntomas son formas de sustituir las satisfacciones prohibidas.

Y para concluir con la exposición Freudiana de la sexualidad, en 1932 modificó la Segunda Teoría de la Angustia (1925); ratificó que el Yo, es la sede de la angustia real; el ello y Super Yo de la neurótica. Sin embargo, consideró

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 195.

que la angustia real puede convertirse en neurótica, dependiendo del manejo interno del individuo. Por ejemplo, el niño que atraviesa por la etapa fálica sufre angustia real, por el hecho de referirla a un objeto exterior concreto, que es el padre; pero, cuando el niño experimenta el deseo incestuoso de poseer a la madre, en este momento, surge la angustia neurótica (angustia de castración) como producto de ello.

Karen Horney hizo un análisis crítico positivo a las teorías psicoanalíticas de Freud. Entre estas se encuentran la instintivista; y la que se refiere a la etiología de las neurosis, desechando el Complejo de Edipo y el impulso del placer, como sus generadores y argumenta que es el medio ambiente hostil, el que ocasiona que el niño se sienta desamparado e indefenso, concibiéndolo como amenazador. Horney clasificó 5 actitudes como reacciones a las neurosis.

Una de estas son las referentes a la sexualidad, las cuales siguen 2 caminos ya sea un deseo compulsivo por la actividad sexual o una inhibición ante ésta. Debido a que la angustia y el miedo son reacciones emocionales, síntomas de algunas neurosis, Horney establece diferencias de cada una de ellas, indicando que el miedo se da ante un peligro objetivo y evidente, mientras que en la angustia el peligro no se

puede observar directamente pues es subjetivo. Este factor se encuentra en los impulsos instintivos, cuya dinámica es la que despierta en el individuo los sentimientos de peligro latente y de desvalidez. Contrariamente a Freud, quien afirma que la angustia se debe a las represiones de los impulsos sexuales, ella fundamenta que el origen de la angustia no se encuentra en los impulsos sexuales, sino en los impulsos hostiles que se relacionan a ella.

Horney afirma que un enfrentamiento entre lo instintivo y lo cultural no ocasiona necesariamente una neurosis, pero puede conducir fácilmente a la supresión de deseos y la neurosis surgiría si el conflicto despertara angustia.

En relación a estos aspectos, Horney utiliza nuevas técnicas terapéuticas en las cuales el complejo de Edipo no tiene importancia, dándole énfasis al factor cultural y entonces "el psicoanálisis deja de ser una forma de ayudar al paciente a controlar sus impulsos y se convierte en un medio para eliminar la angustia hasta el punto que aquél pueda prescindir de sus tendencias neuróticas; el concepto de libido es reemplazado por el de fuerzas emotivas" (*). Según Horney es importante reconocer las tendencias neuróticas y encontrar sus funciones y consecuencias que encierran para la personalidad del paciente dentro del análisis.

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 402.

Para Harry Stack Sullivan, las fuerzas motrices del hombre radican en el afán de lograr satisfacción y el anhelo de seguridad, las cuales se encuentran estrechamente relacionados entre sí. El logro de satisfacción corresponde a factores biológicos como satisfacción del hambre, sed, sueño, soledad, etc., y el anhelo de seguridad está basado en aspectos culturales. Si el nivel cultural interviene en el logro de los satisfactores surge en el individuo ansiedad.

Sullivan, al igual que Freud, afirma que la angustia aparece cuando en el individuo hay en su interior amenazas de romper las buenas relaciones con los demás, pero además indica que dichos impulsos son causados por exigencias culturales, restándole la importancia que Freud le da a los instintos agresivos y sexuales. Asimismo, para Sullivan es más importante la influencia de los padres o sustitutos sobre el niño para la formación de su carácter, dejando de lado la evolución de la libido de la teoría de Freud.

Sullivan destaca seis etapas del desarrollo de la personalidad: la infancia, niñez, juventud, preadolescencia, adolescencia temprana y adolescencia postrera. En estas dos últimas etapas el individuo empieza a sentir la dinámica de lo sexual, siendo la intimidad condición necesaria para su satisfacción, la cual incluye un sentimiento de proximidad y ternura para el compañero sexual. Sullivan no acepta que el se

xo sea el núcleo de la personalidad ni sus desordenes, pero dado que la sexualidad pertenece a necesidades fisiológicas básicas, no las puede separar completamente.

Cuando el establecimiento de las relaciones heterosexuales fracasan, entonces surge la homosexualidad como medida deseperada.

Erich Fromm, al igual que los demás culturalistas, le dio más importancia a la acción de los factores sociales que a los instintivos sobre el ser humano. Debido a esto, considera que el hombre es el organismo que se adapta por su aprendizaje y cultura y no tanto por sus instintos, ya que éstos disminuyen en los animales superiores y especialmente en el hombre.

Para que haya adaptación sobre todo al medio ambiente que rodea al individuo, es necesario que éste trabaje y produzca. Algo importante en el hombre es la necesidad de sentirse acompañado y de relacionarse con sus semejantes, evitando la soledad. Cuando el ser humano se siente aislado de los demás, surge en él angustia y puede utilizar mecanismos psíquicos, tratando de evadir tales sentimientos. Estos mecanismos se pueden dar tanto en los neuróticos como en los normales.

Fromm relaciona el carácter con los procesos de adaptación y desecha la creencia de Freud, quien lo relacionaba con la libido. Asimismo, Fromm afirma que el carácter es una reacción del individuo que experimenta ante acciones externas, padecidas durante la infancia primordialmente. Además, añade que el carácter determina tanto el pensamiento, el comportamiento así como la vida emocional.

Para Fromm, las neurosis representan un tipo de adaptación dinámica considerándolas como el producto de esfuerzos inconscientes, los cuales tienen la tendencia de eliminar el desarrollo de la persona. La génesis de las neurosis es el temor a la soledad y, la angustia se forma por el conflicto que se da entre la necesidad de obtener aceptación social y de lograr la individualidad. Fromm agrega que hay otros dos factores que producen la neurosis, además de la angustia ante la soledad, y son los problemas éticos y algunas condiciones sociológicas.

Al contrario de Freud quien considera que el amor por uno mismo es recíprocamente excluyente del amor por los demás, Fromm opina que un amor está completamente unido al otro.

En la ética humanista, el factor que interviene entre lo bueno y lo malo es la felicidad, la cual es una prueba del

éxito que se obtiene en el "arte de vivir".

Cuando Freud estudió las neurosis, les encontró relación con la religión, interpretándolas como una religión infantil; mientras tanto Fromm opina que las neurosis son una forma particular de religión, con la diferencia de que la religión es un culto compartido por muchos sujetos, en tanto que la neurosis es un culto individual y debido a ésto en la neurosis el individuo se siente solo y aislado.

Fromm está de acuerdo con lo que dicen incluso en algunas religiones "que la autovaloración crítica y la resultante capacidad para discernir entre la experiencia religiosa falsa y la genuina, son los elementos esenciales de la actitud religiosa. Tanto en el pensamiento religioso humanista como en el psicoanálisis, la capacidad del hombre para lograr la verdad, está inseparablemente unida al logro de la libertad y la independencia." (*)

En consecuencia, Fromm interpreta de manera diferente al complejo de Edipo. En esta etapa el niño lucha en una sociedad patriarcal por obtener la libertad e independencia

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 461.

y para esto no es importante si el aspecto sexual se encuentra presente o no.

Dentro de la terapia, Fromm indica que las situaciones traumáticas sexuales no son esenciales, en cambio sí lo son las situaciones de soledad, poniendo de manifiesto los mecanismos de evasión que utiliza el paciente para relacionarse con el mundo exterior y con él mismo.

Estos tres autores pertenecen al grupo de psicoanalistas culturalistas, quienes le dan marcada importancia a la relación que se da entre el hombre y su medio ambiente, el cual se representa por la sociedad como productor de la neurosis y le restan o eliminan importancia al valor biológico de la libido y los instintos que Freud les dio.

Hubo una serie de contradicciones y similitudes entre los culturalistas y Freud. Entre ellas encontramos que Karen Horney realizó un análisis crítico sobre algunas teorías freudianas, oponiéndose a la orientación biológica, y dándole énfasis al factor cultural en las neurosis. Afirma que la angustia se origina en los impulsos hostiles que se relacionan a ella, y no en los impulsos sexuales y reemplaza el concepto de libido por el de fuerzas emotivas. Horney coincide con Freud al tener factores comunes en las neuro-

sis, la angustia y las defensas levantadas contra ella y discrepa en cuanto a la naturaleza de la corriente instintiva.

Sullivan está de acuerdo con Freud al tomar en cuenta la aparición de la angustia en cuanto hay amenazas que pueden causar problemas en la interrelación humana, pero agrega situaciones culturales como factores causantes de dichos impulsos y le resta la importancia a los impulsos agresivos y sexuales que Freud les da, así como al desarrollo de la libido.

Fromm, al igual que los demás culturalistas, le da más relevancia al efecto de los factores sociales sobre la conducta humana, que los factores instintivos. En relación al carácter, no toma en cuenta la libido; sin embargo, sí considera los procesos de adaptación. Para Fromm, las neurosis se originan por el temor a la soledad, y se forma angustia al buscar la aceptación social y lograr la individualidad. Además, agrega como factores causantes de las neurosis, los problemas éticos y algunas condiciones sociológicas. Fromm le da otro sentido al complejo de Edipo, argumentando que el niño, en esta etapa, lucha por lograr su libertad e independencia de la autoridad paterna, sin llegar a una lucha con el padre y, cuando el incesto se encuen

tra en un individuo, no significa que ésto sea por deseos sexuales hacia los miembros de su familia, sino que es un sentimiento más profundo de seguir siendo niño, unido a la figura de protección; mientras que Freud declara que en el Complejo de Edipo, la neurosis tiene su núcleo en la fijación incestuosa ligada en términos sexuales.

En la revisión de estos autores, se encontró que Freud le dió énfasis al estudio de la educación sexual, quien indicó algunos aspectos, que deben considerarse a fin de transmitir al niño una adecuada información de la sexualidad: él aconseja que el educador se familiarice con el psicoanálisis, a fin de que sea capaz de comprender su propia infancia, lo cual facilita la comunicación adecuada de materiales sexuales, ya que como Freud afirma, que "el análisis le permitirá reconciliarse con ciertas fases de la evolución infantil, no correrán el riesgo de exagerar la importancia de los impulsos instintivos infantiles perversos, se guardarán de sojuzgarlos violentamente y de evitar que el niño los asocie con ideas de degeneración, pecado, etc." (*)

En la actualidad, existe todavía una cantidad apreciable de

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 260.

educadores y padres de familia con tendencias demasiado conservadoras en cuanto a lo sexual. Por lo general, estas personas dan a los niños explicaciones nada lógicas que encubren determinadas cosas, lo que conlleva a que sus dudas se oscurezcan más, y que se distorsionen los conceptos que haya adquirido, ya que como Freud sostiene que "la educación sexual basada en el ocultamiento, no conduce a nada favorable porque: el instinto no se encadena; los niños se siguen interesando por los hechos sexuales; sólo se consigue que consideren lo sexual como algo despreciable; la curiosidad hace que den marcada importancia a cosas que no la tienen; negada una explicación al niño, éste sigue atormentándose en silencio y puede llegar a peligrosas y falsas conclusiones, etc." (*)

Freud también aconseja que los temas sexuales deben tratarse a la luz del día, como cualquier otro. La escuela es el núcleo encargado de impartir estos conocimientos a partir de la sexualidad animal. "Las explicaciones de las características humanas de la vida sexual y de su significado social debe darse a los diez años y, en el momento de la confirmación explicarle las obligaciones morales enlazadas

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 261.

con el ejercicio del instinto." (*)

Al respecto Mandolini (1977), admite que está de acuerdo con lo expuesto por Freud sobre este tema, con excepción de que la educación debe apoyarse en psicoanálisis, a fin de evitar las neurosis, ya que solamente es válido para ciertas neurosis.

Además, Mandolini agrega que las preguntas que cuestionen los niños acerca de tópicos sexuales deben contestarse siempre y cuando las preguntas del niño nos den la pauta que si no las contestan "satisfactoriamente" los padres o los maestros, el sujeto buscará explicaciones en cualquier otra fuente.

Estos aspectos de la educación sexual son importantes en el caso de las personas profesionales que de alguna forma van a trabajar en el campo de la salud, ya sea física, biológica o emocional, ya que el trato directo con los pacientes va a permitir el conocimiento de la individualidad del mismo (paciente) y en consecuencia conocer sus enfermedades, y si carece de un conocimiento y educación sexual, la acti

(*) Historia General del Psicoanálisis, pág. 261.

tud hacia sí mismo y las gentes a las que debe proporcionar auxilio estarán distorsionadas o alteradas, lo que originará rechazos o abusos hacia los pacientes.

Hasta hace poco tiempo el científico del comportamiento con fundía la conducta sexual determinada por la cultura con la que es innata, lo cual en la actualidad no es así; este profesional tiene ya capacidad de discriminación en estos aspectos. Sin embargo, y a pesar de ello, no ha tomado en cuenta la distinción y el papel que juegan en investigaciones sobre sexualidad, las características inherentes ligadas al sexo y las complementarias o conjugadas y, provocadas por la existencia del otro sexo. Por ejemplo, las características anatómicas sexuales del hombre, representan para la mujer el "complejo de castración" y, a su vez, las características fisicas de la mujer reafirman para el varón la "angustia de castración". Estos procesos caracterizan respuestas complementarias y conjugadas a la irreductible existencia del otro sexo, lo cual implica que pueden ser modeladas y modificadas por la educación. En este sentido, Devereux (1977) acepta que es imposible, que el Complejo de Castración Femenino o masculino desaparezca en su totalidad, pero sí rechaza la premisa, fuertemente apoyada por Freud, de que el complejo de castración se convierta en el centro de una grave neurosis.

En el libro "De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento", Devereux expone su tesis que el automodelo sexual del científico del comportamiento desempeña un papel muy importante en la investigación de la sexualidad. A este respecto, señala que el dimorfismo sexual "per se" es un factor que contribuye a impedir la empatía, la comprensión del organismo y las funciones del otro sexo en la relación médico-paciente. Todo ello aunado a un profesional, cuyas actitudes sean negativas o que no haga un adecuado manejo de ellas y que, además, posea escasos conocimientos psicosexuales, daría como resultado, entre tantos, la negación inconsciente de las diferencias sexuales anatómicas y funcionales, ya que como Devereux lo expone, refiriéndose a este caso específico "puede hacer que los médicos neuróticos ejecuten operaciones innecesarias cuyo objetivo inconsciente parece ser la eliminación de los órganos característicos del otro sexo, que parecen 'superfluos', según el automodelo ligado al sexo del médico". (*)

En 1938 Menninger analizó con detalle la motivación neurótica en este tipo de operaciones. Una conclusión que obtuvo, entre otras, fue que si todos los ginecólogos fueran mujeres

(*) De la Ansiedad al Método de las Ciencias del Comportamiento, pág. 231.

decrecería el número de pacientes histerectomizadas y, sería lo mismo para las mastectomizadas.

La incapacidad de empatía no puede vencerse ni por el entrenamiento académico que se imparte a los médicos en el transcurso de su preparación. El problema no reside en este aspecto, sino más bien en el intento de querer equiparar las funciones del sexo del investigador con las del sexo opuesto lo cual conduce a la elaboración de ciertas fantasías neuróticas. Por lo general, el neurótico se niega a reconocer que el sexo opuesto tiene funciones diferentes, ya que todo aquello que no es su cuerpo, lo interpreta como expresiones de poder.

A veces no es la propia personalidad del científico del comportamiento, la que influye en la investigación, sino la actitud de la paciente misma, por lo que, en esta situación, se reflejaría la habilidad del profesional para hacer uso adecuado de sus actitudes y conocimientos, ya que la preparación académica no los capacita únicamente como informadores o descriptores de lo que le sucede al paciente, sino más bien en formadores que, con la orientación que le brinden, el o la paciente se ayudará a solventar el problema que lo llevó a recurrir a este profesional.

Resulta demasiado paradójico, tal y como lo expone Devereux (1977) de que los principios más fundamentales de la psicología femenina se hayan establecido por Freud y otros psicoanalistas varones. Una reacción muy clara a lo que constituye el complejo de castración femenina, y en general, de la psicología femenina, se observa en la actitud de la psicoanalista Karen Horney al disidir de Freud sobre estos aspectos. No obstante, existen otras psicoanalistas que han brindado a la ciencia descubrimientos bastante positivos acerca de la sexualidad del hombre, como lo es Greenacre, quien en 1953, enfatizó "que las mujeres no sólo sienten envidia sino también pavoroso respeto por el pene". (*)

Devereux encuentra que hay una irracionalidad en el hombre respecto a la sexualidad, asimismo, se muestra renuente para entenderla. Debido a estas dificultades, propone estudiar la sexualidad mediante la observación participante.

Sin embargo, hay varios factores que pueden afectar esta investigación, tales como el sexo del observador, ya que hay temas que se les facilitan estudiar a los hombres y otros a las mujeres. Se ha comprobado que en general, la información sobre la sexualidad femenina la obtienen los científicos

(*) Idem., pág. 238.

del sexo masculino y viceversa; o dependiendo del sexo, le pueden permitir o no presenciar ciertas actividades.

Otro factor influyente puede ser la conducta del investigador de campo, ya que ocasiona dudas sobre su condición sexual y las personas llegan a pensar que se trata de un homosexual, por ejemplo; también la continencia del investigador puede ser mal interpretada y dudan de su virilidad.

En algunas culturas, es necesario participar de las actividades de costumbre, incluso las sexuales, ya que en caso contrario no obtiene la información deseada y además se le critica.

También se presentan algunas dificultades técnicas, pues en el plano sexual, resulta difícil llevar a cabo una observación participante, en primer lugar porque dicha conducta se desaprueba por razones moralistas.

Devereux indica que "el tabú que prohíbe el estudio de la sexualidad por la observación participante puede y debe remplazarse por una regla metodológicamente válida contra la utilización de ese procedimiento en la investigación sexual y contra la utilización y ese procedimiento en la investigación

sexual y contra la confianza excesiva en la información obtenida por sus medios. La consideración fundamental es que las experiencias del observador participante raramente concuerdan con las experiencias de quienes practican una actividad dada de costumbre. Por eso no puede provocar respuestas "típicas" en la persona con quien está interactuando".(*)

En base a ésto, también afirma que los hábitos sexuales determinados por la cultura del observador participante pueden ocasionar respuestas atípicas ciertas parejas, quienes tengan otro tipo de hábitos sexuales.

Las características de ciertas razas también pueden deformar las apreciaciones del observador participante, tales como las diferencias anatómicas.

Considerando todas estas dificultades, Devereux llega a la conclusión de que es necesario "reconocer nuestra impotencia para aplicar los métodos tradicionales de investigación provechosamente al estudio de lo sexual, y ésto es lo que tratamos de favorecer con nuestra discusión. Ciertamente es que ya pasó hace mucho el tiempo de reconocerlo, porque mien-

(*) Idem., pág. 148.

tras tanto Freud había hecho ver por lo menos dónde podríamos buscar datos susceptibles de arrojar luz sobre la sexualidad como manifestación de la vida y de lo social y no simplemente como un género de coreografía que confunden con la sexualidad. En resumen, si queremos empezar a saber, tenemos que empezar por confesar nuestra ignorancia, que se vuelve superable en el preciso momento en que la reconocemos".(*)

(*) Idem., pág. 155-156.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

FUNCION	BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
ORGASMO	Es una respuesta gratificante. Es la descarga explosiva de tensiones neuromusculares acumuladas. En el hombre hay eyaculación. La mujer se tarda más en alcanzarlo pero tiene orgasmos múltiples. Se divide en 4 fases: De excitación, de meseta, orgástica y resolución.	Respuesta placentera . Su calidad puede verse afectada por varios aspectos tales como el estado emocional, medio que lo rodea, atracción, desagrado o in diferencia hacia el compañero sexual.	La mujer no lo alcanza con tanta facilidad que el hombre, ocasionado por actitudes falacias y en ocasiones anticuadas de la sociedad.
MENSTRUACION	Es un ciclo que se inicia en la mujer entre los 11 y 15 años de edad. Consiste en el sangrado uterino mensual, cuya duración fluctúa entre 3 y 7 días. En algunas mujeres se presentan síntomas antes y/o durante este período que consiste en fatiga, dolor de cintura, cefalea, etc. que se relacionan con el cambio en los niveles hormonales ocurridos.	Los estados psicológicos tienen gran influencia sobre este período, en especial el stress emocional. También se pueden presentar síntomas de tipo psicológico tales como irritabilidad, depresión, tensión, etc.	Hay muchos mitos sobre la menstruación, uno de ellos es que durante este período es pecado tener relaciones sexuales.
MENARQUIA	Con el nombre de Menarquia se conoce el primer sangrado.	Se presentan alteraciones nerviosas y stress, ya que la adolescente se encuentra ante algo nuevo y siente temor.	La falta de orientación y educación sexual antes de este primer período, ocasiona que la adolescente experimente sensaciones de temor.

FUNCION	BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
<p>CONCEPCION Y EMBARAZO</p>	<p>Es el momento en que el espermatozoide y el óvulo se unen en el tercio distal de la trompa de Falopio. Sólo se efectúa durante el período fértil de la mujer. Durante el embarazo se suspende el sangrado menstrual. Se produce crecimiento e hipersensibilidad de las mamas. Algunas mujeres sufren ciertos trastornos como náuseas, aversión por ciertos alimentos u olores.</p>	<p>Puede producir diferentes trastornos en la mujer. Puede significar dicha y felicidad para algunas y para otras constituye una serie de sensaciones de miedo y culpa por no desear el advenimiento de un hijo.</p>	<p>En ocasiones en el cónyuge de la embarazada, surge el fenómeno conocido con el nombre de "embarazo simpático" en el cual el marido sufre de vómitos y náuseas junto con su esposa.</p>
<p>MENOPAUSIA</p>	<p>Ocurre entre los 45 y 50 años de edad, se refiere a la suspensión definitiva del ciclo menstrual.</p>	<p>Viene acompañada de numerosos trastornos emocionales como las depresiones (severas o menos severas), que además se relacionan con la sensación de pérdida de la función reproductora en la mujer.</p>	<p>A pesar de los cambios ocurridos durante esta época, experimentan un apetito sexual muy pronunciado con capacidad activa hasta una edad muy avanzada.</p>
<p>ANDROPAUSIA</p>	<p>Es el climaterio masculino. Se presenta alrededor de los 55 años y consiste en la disminución en su energía sexual. Hay varios cambios físicos, los testículos se encogen y se vuelven menos firmes. La producción de esperma escasea. El líquido eyaculado es más delgado y menos abundante.</p>	<p>Viene acompañada de un impacto psicológico depresivo producto de la disminución en su energía sexual.</p>	<p>No obstante estos cambios, nace un fuerte deseo de tener relaciones sexuales, y se ha comprobado que está capacitado físicamente para realizar el coito y brindar gratificaciones orgásmicas mutuas a edades bastante avanzadas.</p>

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD HUMANA.

DISFUNCIONES	BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
<p>DISPAREUNIA (Se da en los dos sexos)</p>	<p>Es la experimentación de dolor o dificultad para realizar el coito, es más común en las mujeres. El dolor se puede presentar en la vagina, cérvix, útero o vejiga. Causas orgánicas: lesión ocasionada por una episiotomía, aborto criminal o violación. En mujeres de edad avanzada, o en etapa de menopausia.</p>	<p>Se origina principalmente por la tensión o temor a la primera relación sexual. Temores o bloqueos emocionales.</p>	<p>Los mitos de la sociedad afectan la primera relación sexual. Se puede curar por medio de intervenciones quirúrgicas o Psicoterapia.</p>
<p>VAGINISMO (Se da sólo en las mujeres.)</p>	<p>Es una contracción de los músculos que rodean al conducto vaginal, la cual es muy dolorosa e impide la función coital.</p>	<p>Puede darse como consecuencia de la impotencia primaria del marido. También lo causan episodios de trauma sexual como el estupro o violación.</p>	<p>La Ortodoxia religiosa puede llegarla a producir. Se puede curar mediante la intervección conjunta de la pareja afectada.</p>
<p>IMPOTENCIA (Se da en el hombre)</p>	<p>Incapacidad del hombre de lograr y mantener en erección su miembro y poder efectuar el coito. La impotencia orgánica se puede deber a un mal funcionamiento hormonal, por abuso en la ingestión de alcohol o algunas drogas, por cansancio o por el mismo proceso de envejecimiento.</p>	<p>Impotencia Primaria: es cuando siempre ha fracasado en sus intentos por realizar el coito. Impotencia Secundaria: Se logra erección pero se pierde ante cualquier distracción y no logra la eyaculación. Su vida sexual pudo haber sido normal, pero luego tuvo fracasos o ya es incapaz de realizar nuevamente el coito.</p>	<p>Impotencia Primaria: Puede causarla la intervención del medio familiar, las restricciones, represiones religiosas y conflictos homosexuales. Impotencia Secundaria: Se puede dar por temor y ansiedad, ya que ante el primer fracaso, piensan que ya no funcionan más sexualmente, este temor se vuelve realidad y vienen más fracasos. Sus causas pueden ser las mismas de la Impotencia Primaria.</p>

DISFUNCIONES	BIOLOGICO	PSICOLOGICO	SOCIAL
DISFUNCION OR GASTICA FEMENINA. (Frigidez)	Es el bloqueo parcial o total del deseo sexual de la mujer. Hay 2 tipos: Primaria, es en la que nunca ha experimentado el orgasmo. La situacional es cuando ya lo ha experimentado por lo menos una vez, pero en la actualidad ya no es capaz de volverlo a lograr. Su origen puede deberse a lesiones o deficiencias constitucionales en el sistema nervioso, aparato sexual, de equilibrio hormonal, lesiones genitales o por abuso en la ingestión de alcohol ó drogas.	Su causa principal son conflictos tales como miedos, verguenzas o culpas que surgen del aprendizaje de la represión de sus deseos sexuales y llegan a pensar que el sexo es malo, sucio, dañino y perverso.	Debido a la educación recibida, temen que la sociedad las recrimine y piensan que no son libres para realizar su sexualidad. El cariño y paciencia del compañero son el mejor tratamiento.
IMPOTENCIA EYACULATORIA	Aunque es rara esta disfunción, consiste en que el hombre no puede eyacular dentro de la vagina de su compañera sexual, pero si lo puede hacer por la masturbación e incluso en encuentros homosexuales.	Las experiencias traumáticas psicológicas pueden ser las causantes.	Debido a que hay erección continua sin eyaculación, la mujer puede alcanzar varios orgasmos, pero luego ella se siente incompetente para proporcionar placer a su compañero. Al no haber eyaculación no hay probabilidad de embarazo.
EYACULACION PRECOZ	Es la incapacidad de controlar la eyaculación, y no puede el hombre retardarla un tiempo adecuado como para satisfacer a su compañera.	Está relacionada a factores emocionales ó al autocontrol. Ocasiona ansiedad tanto en hombres como en mujeres.	Puede afectar la relación sexual dentro del matrimonio.

C A P I T U L O I I

ANTECEDENTES

A N T E C E D E N T E S

En el presente capítulo se expondrá una revisión de los estudios realizados en México y en Estados Unidos que se relacionan con el tema de esta tesis y que incluyen población, ya sea de Psicología o Medicina, así como el concepto de sexualidad, a fin de conocer sus resultados y conclusiones que puedan servir de apoyo en el desarrollo de este trabajo.

En 1973, Casabal Morales y Wengerman Markus realizaron una investigación para detectar los rasgos de personalidad de los estudiantes de Psicología, utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.

La muestra utilizada en este estudio, consistió en alumnos que ingresaron a la facultad de Psicología de la U.N.A.M. en el año de 1973, siendo voluntario responder el cuestionario, el 66% lo contestó y el 34% restante se rehusó. El número total de questionarios aplicados fue de 367, de los cuales 199 los contestaron alumnos del sexo femenino y 168 del sexo masculino. La edad fluctuó entre los 18 y 25 años. La aplicación se hizo en forma colectiva y se calificó por medio de computadora.

La hipótesis principal de trabajo consistió en comprobar que "existen características específicas de personalidad en el perfil del MMPI en el estudiante de Psicología." (*)

Además, se establecieron tres hipótesis secundarias que afirmaban:

- 1.- "Más del 15% de los estudiantes de Psicología tienen por lo menos dos escalas del perfil del MMPI arriba de T80.
- 2.- El estudiante de Psicología presenta una elevación marcada en la Escala 4.
- 3.- Hay diferencia de características de personalidad en el grupo de hombres y mujeres de los estudiantes de Psicología." (**)

Al obtener los resultados, se encontró que el 2.37% de los alumnos del sexo masculino y el 3.01% del sexo femenino, requieren de más ayuda, ya que son los que poseen los rasgos y características de personalidad más alterados; el 15.47% del sexo masculino y el 14.07% del sexo femenino están cerca de padecer alteraciones severas; el 11.90% del sexo masculino y

*Estudio de las características de la personalidad utilizando el MMPI en una muestra representativa de la generación 1973 de la Facultad de Psicología, pág. 3

** Idem., pág. 54.

el 10.55% del sexo femenino se alejarían un poco de esta posibilidad, pero sin descartarla totalmente y; el 70.23% del sexo masculino y el 72.36% del sexo femenino estarían ocupando la zona más cercana que corresponde a la normalidad estadística, sin que esto quiera decir que no poseen alteraciones de personalidad.

En base a estos resultados, la hipótesis de trabajo se corroboró: la diferencia entre la población del sexo femenino y del sexo masculino consistió, en que las características de personalidad presentadas por los hombres, fueron más acentuadas, debido a que prevalecieron en los 4 grados de psicopatología las escalas (7) (8) por arriba de un puntaje T90.

En base a estos resultados, la hipótesis de trabajo se corroboró al encontrar elevadas en toda la población las escalas (8) (7); ésto significa que los estudiantes de Psicología son sujetos que poseen tendencias perfeccionistas, exigentes consigo mismos, incapaces de tomar decisiones debido a su inseguridad.

Asimismo, las hipótesis secundarias sí se cumplieron por lo que fueron aceptadas.

Con la realización de esta investigación, se trató de evaluar

al estudiante de Psicología, en función de sus rasgos alterados de personalidad y se espera, que con estudios posteriores, se logre detectar a tiempo desórdenes de personalidad y poder brindar la ayuda necesaria.

Toledo Olazcoaga y Varela realizaron una investigación para explorar las características de personalidad de los estudiantes que ingresaron a la carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) plantel Zaragoza, con el fin de que, aunados estos resultados con los que puedan obtener posteriormente, se logre realizar una orientación hacia los sujetos que lo requieran al ingresar a la carrera.

Se hizo una comparación entre el estudiante de Psicología y el de Odontología. La hipótesis de trabajo principal menciona que hay diferencias en las características de personalidad que se obtienen con la aplicación del MMPI, entre los estudiantes de Psicología y de Odontología. Como una segunda hipótesis, plantean que el 15% de los alumnos de Psicología de la ENEP Zaragoza presenta, por lo menos, dos escalas del perfil con un puntaje mayor de T-80. Entre otras hipótesis secundarias, están las proposiciones de que existen diferencias en el perfil entre los alumnos del sexo femenino y masculino, así como entre los que trabajan y no, y entre los que viven

en el Estado de México (zona Cd. Netzahualcóyotl) y entre los que viven en el D. F.

El instrumento que se utilizó fue el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su versión corta, además de un cuestionario de datos económicos.

La muestra total estuvo formada por 127 alumnos de Psicología, y 131 de Odontología. La edad se concentró entre los 18 y 20 años, tanto en hombres como en mujeres, ocupando arriba del 90%, los solteros.

Se encontró que la población de Psicología presentó elevadas las Escalas Es, D y Dp, resultando un perfil característico de personalidad. El 19.7% de la población presentó dos ó más escalas arriba de T-80, por lo que se dedujo que el alumno con estas características, puede presentar dificultad en alcanzar un buen rendimiento, tanto académico como profesional.

Asímismo, se encontró que sí hay diferencia significativa al nivel del .05 en el Perfil del MMPI entre el grupo de hombres y mujeres de los estudiantes de Psicología de la ENEP Zaragoza; habiéndose encontrado también diferencias en cuanto a sexo; pero referente a las hipótesis que sugieren que existen diferen-

cias entre los alumnos que trabajan y no trabajan, y entre los que viven en el Edo. de México y los que viven en el D. F., no hubo diferencia significativa, por lo que se aceptó la hipótesis nula.

Se concluyó en este trabajo que los alumnos de Psicología son individualistas, medianamente deprimidos y preocupados; se encuentran insatisfechos consigo mismo y con el medio, por lo que pueden haber tenido dificultades en la aceptación de normas sociales.

Tienden a intelectualizar sus problemas, por una parte; y, por otra, mantienen sus relaciones interpersonales a distancia y sin afecto, ya que debido a que son susceptibles, temen involucrarse emocionalmente.

Poseen una gran cantidad de energía, la cual posiblemente utilicen de manera ineficiente: tienen muchas ideas que pueden ser básicamente buenas, pero no son adecuadamente elaboradas, por lo que en ocasiones les impide llegar a conclusiones satisfactorias.

Ocampo González, realizó un estudio en 1979 para ver si existen diferencias entre estudiantes de Psicología de provincia

y el D. F., entre alumnos de primero y último semestres de Psicología, así como entre los alumnos del sexo femenino y masculino. Se utilizó el Inventario de Personalidad de Douglas N. Jackson, el cual mide 14 necesidades.

Se tomó en cuenta la residencia, nivel escolar y sexo del alumno. Las hipótesis principales plantean que existen diferencias en las escalas del Inventario de Jackson entre estudiantes de Psicología de provincia y del D. F.; que existen diferencias entre estudiantes del primero y último semestres de Psicología y entre hombres y mujeres.

La muestra seleccionada para el estudio consistió en alumnos de la UNAM y de la Universidad Metropolitana nacidos en el D. F. y, estudiantes de Psicología de las universidades de provincia nacidos en provincia. Para este trabajo se eligien además las universidades de Querétaro, Cuernavaca, Puebla, Toluca y Jalapa. En total la muestra seleccionada fue de 1000 alumnos.

Se encontró que en la mayoría de las escalas de este inventario existen grandes diferencias, las cuales se pueden deber porque el grupo de provincia, proviene de una población diferente del grupo del D. F.

En el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, el cual depende de la Facultad de Medicina, Pucheu y Rivera (1976), realizaron una investigación que consistía en tratar de identificar alteraciones psíquicas y poder realizar un diagnóstico temprano.

Este trabajo se realizó con alumnos de recién ingreso a la facultad de Medicina de la UNAM en 1969, 1970 y 1971; se les aplicó en forma colectiva el MMPI, cuyo perfil se calificó e interpretó a través de la computadora. El total de la población que cooperó fue de 5625 alumnos, siendo 4277 del sexo masculino y 1348 del sexo femenino, con edades que fluctuaban entre los 17 y 25 años; con una media de 20 y la desviación estándar de 3 años.

Se hizo un programa computarizado para normalizar la clasificación de los perfiles en grados de psicopatología, ya que utilizando normas mexicanas, es más efectivo detectar psicopatología en estudiantes mexicanos. Para ello, se utilizaron 5 criterios, uno para establecer la validez del perfil y 4 para determinar el grado de psicopatología. Además se usaron las normas americanas a fin de mostrar la relativa efectividad de las mismas.

Utilizando las normas mexicanas para la población de 3 años de ambos sexos, se encontró que, la proporción de casos clasificados en el grado uno (con un mal ajuste demasiado severo) fue entre 2.29 y 3.93%; para el grado dos fue de 7.35 a 12.39%; para el grado tres, de 16.37 a 46.75% y, para el grado cuatro (los mejor ajustados), 36,31 a 72,98%. Una gran cantidad de casos se clasificó en los grados 1 y 2, utilizando las normas americanas, ya que las puntuaciones de sujetos mexicanos están generalmente elevadas en las escalas 2 y 8. Las escalas más elevadas del MMPI para ambos grupos fueron 2, 8 y 7.

A continuación se resumen algunos estudios que sobre el sexo se han hecho en México.

En lo que se refiere a las actitudes acerca de la masturbación, Montoya Pérez (1980), en un estudio con adolescentes, encontró que "los hombres aceptan mucho más la masturbación que las mujeres", ya que éstas consideran que "es una conducta enferma y que produce trastornos", cuya frecuencia en procentaje es de 66 a 61 y 39 a 27, respectivamente. Con referencia al aborto, en este mismo estudio, Montoya Pérez encontró que tanto hombres como mujeres apoyan que 'es mejor el aborto que el nacimiento de hijos no deseados'. No obstante, se oponen a la legaliza-

ción del aborto, siendo las mujeres en un porcentaje mayor.

Sauceda Flores (1975) realizó estudios en México con grupos de adolescentes masculinos basados en actitudes y conductas sexuales, encontrando que la edad en que inician la masturbación es a los 13 años en promedio, con una frecuencia de dos veces por semana, en un 74% de esa muestra; el 33% de estos jóvenes afirman que esta práctica produce debilidad física, el 19% dicen que ocasiona pérdida de la memoria.

Tanit Varela (1980) elaboró unas escalas para medir varias actitudes, entre ellas se encuentran algunas relacionadas con la valoración de las relaciones extramatrimoniales, en donde el 81% de las mujeres aceptan la idea de que sean censuradas por igual en ambos miembros de la pareja y sólo el 61% de los varones lo hacen, el 18% opinan en forma indecisa.

Por otra parte, en Estados Unidos de Norteamérica se han elaborado numerosas investigaciones sobre actitudes y conocimientos sexuales de médicos, los cuales representan una base sólida para la población que se eligió en el presente estudio.

Pauly (1971) (*) demostró que el número de problemas que el mé

(*) Op. Cit., Sex Education in Medicine, pág. 2

dico detecta está directamente relacionado con el conocimiento de tales problemas. Más de las dos terceras partes de los médicos que hacen historiales sexuales dentro de su rutina, identificaban serios problemas sexuales en casi la mitad de sus pacientes. Esto corresponde a lo que Masters y Johnson afirmaron, que casi la mitad de las parejas casadas de Estados Unidos tienen problemas sexuales.

Debido a que vivimos rodeados de una cultura que afirma que las personas no deben masturbarse, se ha encontrado que esto es causa de sentimientos de culpabilidad en unos casos y sensación de suciedad en otros. Es por ello, que Shere Hite inició en 1972 una investigación acerca de la sexualidad femenina, siendo una de sus partes dedicada a la masturbación, encontrando que una gran mayoría de mujeres se masturba y, un alto porcentaje de ellas, declararon que habían disfrutado con la masturbación físicamente, pero habitualmente no de un modo psicológico. Algunas mujeres experimentaban un sentimiento de culpabilidad al masturbarse, pero lograron superar el mismo. Otras mujeres no pudieron deshinibirse para disfrutar con la masturbación, incluso físicamente. Pero otras mujeres disfrutaron plenamente con ella. Casi todas las mujeres fueron educadas para que no se masturbaran. La mayoría de las mujeres opinaron que la importancia

de la masturbación radica en su carácter de sustitutivo de la relación sexual (u orgasmo) con otra persona. Otras la vieron como una experiencia enriquecedora. Algunas mujeres opinaron también que la masturbación les había ayudado a mejorar su relación con otra persona. Pero algunas mujeres la vieron como un medio de ganar independencia y confianza en sí mismas. Y otras más la describieron como un puro placer, importante por derecho propio.

Lief (1976) afirma que, conociendo la anatomía no capacita a un médico para ayudar a un adolescente en el manejo de fuertes sentimientos sexuales, o a resolver los problemas de sus padres. Conociendo cómo se trae un bebé al mundo, no significa saber cómo ayudar al paciente de edad mediana, que sufre terriblemente por no saber si la disminución en su sexualidad implica un desorden orgánico, que sea normal de la edad, una crisis pasajera, o debido a conflictos pasajeros emocionales de su hogar o trabajo. También afirma, que el médico tiene la responsabilidad de conocer someramente la personalidad de sus pacientes, es decir, actuar en lo que a conductas y a sus actitudes se refiere, basado en los intereses del paciente. Por ejemplo, no le va a sugerir a un paciente que viva un "amor libre" o que "tome la píldora", si éste es moralmente opuesto o no se encuentra preparado para ello.

En una investigación realizada por Lief en 1976 con estudiantes de Medicina, en el Centro de Educación Sexual para Estudiantes de Medicina (CSEM) de Filadelfia, utilizando el cuestionario de Actitudes y Conocimientos Sexuales (SKAT), encontró que el 15% de los estudiantes de medicina aún creen que 'la masturbación causa ciertas condiciones de inestabilidad emocional y mental'. Esto mismo encontró Greenbank en el 50% de su población hace 15 años. Entre otros hallazgos revelados en el estudio de Lief, resalta que el 35% de las mujeres y el 37% de los hombres creen que 'la masturbación es casi siempre un desorden psicológico'.

También se encontró en este estudio que el estudiante de medicina es más conocedor, y rechaza más mitos sexuales que los estudiantes de otras carreras, así como que el estudiante de medicina es más conservador en todas sus actitudes que los estudiantes graduados no pertenecientes a la carrera de medicina. En base a los resultados de esta investigación concluye que el actual estudiante de medicina es algo más conocedor de la sexualidad y con una doctrina menos moralista que los estudiantes de hace una década:

Por lo que todos sabemos, las actitudes hacia el sexo han cambiado rápidamente, sobre todo en relación a las actitudes se-

xuales prematrimoniales, las cuales cada vez son más aceptadas, si no por la sociedad, sí por los jóvenes de recientes generaciones y, mientras más recientes son más permisivos.

En un estudio sobre actitudes sexuales realizado por Bauman y Wilson con estudiantes solteros de la Universidad Americana en 1968 y 1972, encontraron grandes diferencias relativas a la conducta sexual prematrimonial, por considerarla más aceptable para el hombre que para la mujer, concluyendo, en general, que hombres y mujeres en 1972 reportaron mayor permisividad que los de 1968. También detectó que en 1968, cerca del 50% de hombres y mujeres habían tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que en 1972 el porcentaje se había incrementado a 70.

Dentro de los estudios realizados al respecto, en nuestro país, son limitados y, más específicamente en lo que se refiere a la exploración de actitudes y conocimientos del estudiante de Medicina y Psicología.

Entre estas investigaciones podemos citar el estudio realizado por Gleason Meza (1976) en su Adaptación y estandarización de la prueba de actitudes y conocimientos sexuales, ex

clusivamente en la población de estudiantes de la carrera de Medicina, diseñada por Harold I. Lief y David M. Reed.

Como se puede observar en Estados Unidos de Norteamérica se han explorado las actitudes y conocimientos sexuales del médico. Sin embargo, en nuestro país se carece de reportes científicos acerca de la sexualidad de médicos y psicólogos y aún más específicamente, de la influencia de sus conocimientos en sus actitudes, ya que los estudios realizados con estas poblaciones se refieren solamente a la de tección de rasgos de personalidad de estos sujetos.

C A P I T U L O I I I

M E T O D O L O G I A

METODOLOGIA

El objetivo del presente estudio consistió en investigar las actitudes y conocimientos hacia el sexo en poblaciones, cuya actividad principal estará dedicada y directamente relacionada con el área de las ciencias de la salud. Para ello, se procedió a trabajar en la Universidad Nacional Autónoma de México, en Ciudad Universitaria en las facultades de Medicina y Psicología. También realizamos la misma labor en la Facultad de Ciencias, Escuela de Física, por ser esta población diferente a las dos primeras al tener un entrenamiento y actividades contenidas dentro del campo de las ciencias físicas.

Objetivo
Con objeto de conocer si existen diferencias significativas en el aspecto de formación académica de estos profesionales y, así como también, si poseen la suficiente capacidad para manejar con propiedad las actitudes hacia el sexo, en su relación con el paciente, se correlacionaron actitudes y conocimientos hacia el sexo de la población de estudio.

Población. La población total de estudio estuvo formada por 660 alumnos de primero y noveno semestres de las facultades de Medicina y Psicología y de la Escuela de Física de la

U.N.A.M. en Ciudad Universitaria, formada aproximadamente por el 10% del total de alumnos que durante el ciclo lectivo 1980-81 se encontraban inscritos en 1o. y 9o. semestres de dichas carreras.

La población se tomó al azar, sorteando todos los grupos de estos semestres, hasta reunir el 10% de alumnos de cada carrera. El número total de estudiantes inscritos en primer semestre, lo proporcionó la Secretaría Escolar de la Facultad correspondiente. Sin embargo, fue imposible que se nos diera la cifra "exacta" de los estudiantes registrados en noveno semestre, debido al desconocimiento de estos datos.

A partir de aquí, por necesidades del estudio, se seleccionaron a aquellos sujetos que reunieran el requisito de "ser solteros" y asimismo, que hubieran contestado todos los reactivos del Cuestionario No. 1, por lo que las variables que se controlaron en la presente investigación fueron: la carrera de estudio, grado de escolaridad, estado civil y que el Cuestionario No. 1 estuviera totalmente contestado. Como resultado de esta selección, la muestra quedó integrada con un total de 571 sujetos.

A continuación se presentan los cuadros 1 y 2, en donde el pri

mero muestra la frecuencia de la distribución total de la población de estudio por semestres y estado civil. En el cuadro 2 se puede observar la frecuencia de la muestra de estudio y su frecuencia relativa del primer semestre, en los tres sectores

CARRERA	SEMESTRE	S	C	D	V	U.L.
PSICOLOGIA	1o.	66	7	0	0	2
	9o.	76	10	1	0	4
FISICA	1o.	45	3	0	0	0
	9o.	16	5	0	0	0
MEDICINA	1o.	226	15	1	0	5
	9o.	141	26	1	0	8
TOTALES		571	67	3	0	19

Cuadro No 1.- Distribución total de la población por semestres y estado civil.

CARRERA	SEMESTRE	FRECUENCIAS	F. R.
Psicología	1o.	66	9.5
	9o.	77	
Física	1o.	45	14.42
	9o.	16	
Medicina	1o.	226	12.5
	9o.	141	
T O T A L		571	

Cuadro No. 2. Distribución del total de la muestra.

Como se puede observar en el cuadro anterior, se obtuvo un 9.5% del total de alumnos en el primer semestre de Psicología, lo cual se debió a que se invalidaron los cuestionarios de 9 sujetos, por no cumplir el requisito, en lo referente a su estado civil.

En total se desecharon a 67 sujetos casados, 3 divorciados y 19 que vivían en unión libre. Por otra parte, tampoco se trabajó con aquellos sujetos que, por lo menos, dejaron sin contestar uno de los reactivos del Cuestionario de Actitudes, ya que ello imposibilitaba el adecuado tratamiento estadístico de los datos.)

Instrumento, El instrumento que se utilizó en la presente investigación, se basó en las dos primeras partes del Test de Actitudes y Conocimientos sexuales (SKAT, forma 2), rediseñado por H. I. Lief y D. M. Reed del Centro de Estudios de Educación Sexual en Medicina, de Filadelfia, Pa., E.U.A. en 1972. Este test se encuentra formado por cuatro partes que contienen un total de 149 reactivos de opción múltiple y de falso/verdadero. Se utiliza para describir "grupos" y no para asesorar o brindar un diagnóstico "individual". En esencia, este instrumento fue diseñado dentro del campo de la enseñanza para valorar cursos sobre la sexualidad humana y, dentro de la investigación científica, como una herramienta para las ciencias sociales.

Tiene la ventaja de que las puntuaciones crudas de la sección de conocimientos y de actitudes se pueden convertir a puntuación normalizada T, con una media de 50 y desviación estándar de 10. La puntuación normalizada se obtuvo de una investigación basada en 850 alumnos de la carrera de medicina (principiantes y avanzados) de 16 escuelas de Estados Unidos en el año de 1972. Es en ese país, donde se han llevado a cabo cuantiosos estudios con este instrumento; sin embargo, en México solamente existe el de Gleason Meza, 1976 el cual trata de la adaptación y estandarización de las dos

primeras partes del SKAT en su primera versión o forma 1, es decir, actitudes y conocimientos sexuales únicamente, para la población de medicina del Distrito Federal.

A continuación se mencionarán brevemente los contenidos del SKAT y, posteriormente, se describirán con más detalle las dos primeras secciones que utilizamos, por ser la base de los objetivos de esta investigación.

- Sección I. Actitudes (35 reactivos)
- Sección II. Conocimientos (71 reactivos)
- Sección III. Información Básica (12 reactivos)
- Sección IV. Frecuencia de Relaciones Sexuales
(31 reactivos)

PRIMERA SECCION. ACTITUDES

Esta parte contiene 35 reactivos de opción múltiple, con 5 alternativas de respuesta, tipo Likert. Mide 4 escalas, explorando las actitudes hacia las Relaciones Heterosexuales (RH), Mitos Sexuales (MS), Masturbación (M) y Aborto (A). Mediante el uso de este cuestionario se pueden obtener, una respuesta por cada reactivo y una puntuación grupal de cada escala.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

Escala de Relaciones Heterosexuales (RH). Esta escala mide actitudes generales del individuo hacia las relaciones heterosexuales pre y extramatrimoniales. Los individuos con una puntuación alta, consideran aceptables las relaciones prematrimoniales (o incluso deseables para hombres y mujeres) y beneficiosas las relaciones sexuales extramatrimoniales para la relación matrimonial. Una puntuación baja indica una actitud conservadora o de desaprobación hacia las relaciones pre y extramatrimoniales.

Escala de Mitos Sexuales (MS). Esta escala mide la aceptación o rechazo de conceptos sexuales erróneos. Una puntuación alta indica rechazo a estos conceptos. Una puntuación baja indica aceptación de estos conceptos erróneos.

Escala de Masturbación (M). Esta escala mide la permisividad hacia actividades autoeróticas. Los individuos con puntuaciones altas estiman que la estimulación autoerótica es un medio saludable para aliviar la tensión y obtener placer. También las puntuaciones altas significan que los padres no deberían prohibir que sus hijos se masturben. Puntuaciones bajas sugieren que la masturbación es una práctica malsana y que no deberían permitir padres a hijos.

Escala de Aborto (A). Se encarga de explorar sentimientos médico-legales y sociales acerca del aborto. Una puntuación alta significa que el individuo acepta el aborto como técnica de control natal y que debería permitirse siempre y cuando lo deseara la madre. Puntuaciones bajas indican que el aborto se considera una forma de asesinato.

De los 35 reactivos, sólo 32 se estiman estadísticamente para la puntuación total de las escalas. Los 3 restantes se analizan por separado en base a la respuesta dada.

SEGUNDA SECCION. CONOCIMIENTOS

Esta parte contiene 71 reactivos de falso/verdadero acerca del conocimiento sexual humano, explorando aspectos psicofisiológicos y sociales.

Debido a que 21 de estos reactivos son ambiguos, los autores de esta prueba, sólo le otorgan valor a los 50 reactivos restantes, los cuales se someten al tratamiento estadístico

Procedimiento. El procedimiento que se siguió fue traducir del inglés al español las secciones I y II del SKAT, eliminándose de esta última 6 reactivos, por ser "localistas"* o

*aquellos reactivos para ser contestados únicamente por la población de E.U.A.

cuyo contenido carecía de información estadística correcta para nuestro país. A fin de sustituir éstos, seleccionamos al azar 6 de 112 reactivos contenidos en la versión final del cuestionario de conocimientos sexuales, adaptado y estandarizado por Gleason Meza, 1976, considerando como único criterio, que el reactivo seleccionado no se repitiera en esta Sección del SKAT.

Con objeto de asegurar el entendimiento conceptual y sintáctico de los reactivos de ambos cuestionarios, se realizó un estudio piloto con dos grupos de estudiantes de 6o. año de una preparatoria mixta y oficial de la Universidad Nacional Autónoma de México, de los turnos matutino y vespertino, siendo un total de 35 hombres y 39 mujeres, cuyos resultados acerca de los conceptos desconocidos fueron los siguientes:

TABLA 2.- Conceptos que se modificaron por ser desconocidos por una muestra de alumnos de 6o. año de una preparatoria oficial de la UNAM.

CONCEPTOS DESCONOCIDOS	FRECUENCIAS		TOTAL	
	HOMBRES	MUJERES	FREC.	%
1. Promiscuidad	14	19	33	45
2. Extramaritales	12	11	23	31
3. Premaritales	8	8	16	22
4. Orogenital	11	15	26	35
5. Autoestimulación	12	7	19	26
6. Abortos terapéuticos	13	10	23	31
7. Frigidez	15	8	23	31
8. Menopausia	13	9	22	30
9. Incesto	20	12	32	43
10. Condón	8	6	14	19
11. Se aclaró el concepto de LSD como droga.	9	11	20	27

En base a estos resultados, se adaptaron algunos reactivos y se anotó el significado de los conceptos desconocidos. La versión final del material (Anexo I) quedó integrada de la siguiente forma:

1) Cuestionario No. 1 de Actitudes, con 35 reactivos de opción múltiple con 5 alternativas de respuesta:

- A) Completamente de Acuerdo (CA)
- B) De Acuerdo (A)
- C) Indiferente (I)
- D) En Desacuerdo (D)
- E) Completamente en Desacuerdo (CD)

2) Cuestionario No. 2 de Conocimientos, con 71 reactivos y dos opciones de respuesta:

- 1) Verdadero (A)
- 2) Falso (B)

Estos dos cuestionarios trataron las áreas descritas anteriormente.

3) Dos tarjetas IBM pre-perforadas de respuesta, una de color amarillo para el Cuestionario No. 1 y otra de color azul para el Cuestionario No. 2.

En la portada del material se inscribieron las instrucciones generales acerca del objetivo general de la investigación, forma de contestar los cuestionarios, procedencia de la misma, al igual que la discreción con que serían manejados los

datos proporcionados. Además, se inscribieron instrucciones específicas en el encabezado de cada cuestionario, indicando las alternativas de respuesta en cada uno de ellos.

Aplicación La aplicación de los cuestionarios se llevó a partir de octubre de 1980 a febrero de 1981. Estos cuestionarios se autoadministraron en forma colectiva a los turnos matutino y vespertino, con excepción del 9o. semestre de Medicina, en donde la aplicación se hizo por la mañana. A los grupos seleccionados se les invitaba a participar en esta investigación, hablando primero, con maestros o instructores, con objeto de que aceptaran ceder su hora y, posteriormente con los alumnos; a ambos se les explicaba brevemente el objetivo y procedencia de esta investigación y, la discreción con que los resultados serían manejados, así como, también que los cuestionarios eran anónimos por naturaleza, por ser esta forma una técnica que no ejerce algún tipo de presión o intimidación a la respuesta que dé el sujeto, además de generar confianza y, por consiguiente, sinceridad al contestar los reactivos. Toda explicación siempre la dio una misma persona en todos los casos, a fin de evitar que influyera en el estudio, otro tipo de variables sin algún control. Sin embargo, las autoras de este trabajo permanecieron presentes durante todas las aplicaciones.

Con objeto de evitar algún tipo de presión en la contestación de los cuestionarios, se permitió que abandonaran el aula de clases aquellos alumnos que, por alguna razón, no aceptaban resolver éstos, por lo cual, con los sujetos que permanecieron, se procedió a la distribución de los dos cuestionarios impresos junto con sus respectivas instrucciones. Para la captura de las respuestas se proporcionó a cada elemento de la muestra dos tarjetas de computación IBM pre-perforadas, con el fin de que ellos contestaran perforando definitivamente el inciso elegido a la pregunta correspondiente.

El tiempo que se requirió para la contestación de estos cuestionarios osciló entre 30 y 50 minutos. A medida que iban terminando los examinados se procedió a recoger cuadernillos y tarjetas, verificando que contuvieran los datos del examinado y que hubieran contestado todos los reactivos. Sin embargo, algunos sujetos dejaron sin contestación algunos reactivos y, al exhortarlos para que los contestaran, respondían en forma evasiva. En este caso, a fin de obtener las puntuaciones estadísticas exactas del Cuestionario de Actitudes, se desecharon a todos aquellos sujetos que, por lo menos, dejaron sin perforar uno de los reactivos.

HIPOTESIS PRINCIPALES

1. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.
H1. Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.

2. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.
H1. Hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.

3. Ho. Si los estudiantes de Psicología, Medicina y Física poseen más conocimientos sobre el sexo, entonces sus actitudes no serán liberales.
H1. Si los estudiantes de Psicología, Medicina y Física poseen más conocimientos sobre el sexo, entonces sus actitudes serán liberales.

HIPOTESIS SECUNDARIAS

1. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Psicología.
H1. Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primero y no veno semestres de Psicología.

2. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Psicología.
H1. Hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Psicología.

3. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y noveno semestres de Medicina.
H1. Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y no veno semestres de Medicina.

4. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Medicina.
- H1. Hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Medicina.
5. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.
- H1. Hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.
6. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.
- H1. Hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.
7. Ho. No existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.

- H1. Existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.
8. Ho. No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.
- H1. Existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.
9. Ho. No existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina.
- H1. Existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina.
10. Ho. No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina
- H1. Existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

La calificación y el tratamiento de los datos se realizó en forma computarizada, mediante la elaboración de programas especiales y el paquete SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, en donde se aplicaron los estadísticos siguientes:

Análisis de Varianza de una sola clasificación, Prueba "F", Calificación "Z", Media, Desviación Estándar y Coeficiente de Correlación "r" de Pearson.

El procedimiento fue el siguiente:

1. Se desechó a los sujetos que no cumplían los requisitos de "ser solteros" o que, por alguna circunstancia, dejaron sin contestación, al menos, un reactivo del Cuestionario de Actitudes.
2. Se agruparon los reactivos en base a cada una de las actitudes que integran la escala del Cuestionario No. 1, a los cuales se les dio una calificación ponderada, que osciló entre 1 y 5, según el peso de las normas del SKAT.

3. Se sumaron las puntuaciones de cada escala. Se obtuvieron 4 por cada sujeto, siendo ésta la puntuación cruda. Este procedimiento se hizo de la misma manera para todos los sujetos.

4. La puntuación cruda del Cuestionario de Conocimientos, se obtuvo sumando las respuestas correctas. Se otorgó un punto por reactivo cuando su contestación era acertada, en caso contrario, se dio cero puntos. Esto mismo se realizó con todos los sujetos.

A fin de ejemplificar la aplicación de los estadísticos utilizados en este trabajo, obtuvimos al azar las puntuaciones de 30 sujetos, siendo 10 estudiantes de Física, 10 de Psicología y 10 de Medicina, y en todos los casos el 50% del primer semestre y el restante del noveno semestre.

5. En base a las puntuaciones crudas, se procedió a la aplicación del Análisis de Varianza de una sola clasificación y Prueba F, por ser la primera una técnica estadística que permite estimar diferencias significativas entre medias, utilizando la varianza y comparar simultáneamente varios conjuntos. La fórmula es:

$$s^2 = \frac{\Sigma(X - \bar{X})^2}{N} \quad *$$

en donde,

s^2 , es igual a la varianza

$\Sigma(X - \bar{X})^2$, es la suma de los cuadrados

N , es el número de sujetos

$N - 1$, son los grados de libertad.

La suma de cuadrados se calcula así:

$$\Sigma(X - \bar{X})^2 = \Sigma X^2 - \frac{(\Sigma X)^2}{N} = \Sigma X^2$$

en donde,

ΣX^2 , es la suma de los cuadrados de los datos y,

$\frac{(\Sigma X)^2}{N}$, es el cuadrado de la suma de los datos, dividido entre el número de ellos, y que se le denomina Factor de Corrección.

* Para poblaciones pequeñas se utiliza $s^2 = \frac{\Sigma(X - \bar{X})^2}{N - 1}$

Paso No. 1.- Se colocan en columnas las puntuaciones crudas de los 30 sujetos, que en este caso son las puntuaciones de Actitudes hacia las relaciones heterosexuales, de la siguiente forma:

PSICOLOGIA		MEDICINA		FISICA	
S	PUNT.	S	PUNT.	S	PUNT.
1	27	11	25	21	21
2	25	12	21	22	30
3	27	13	27	23	21
4	19	14	31	24	21
5	28	15	25	25	28
6	17	16	25	26	11
7	28	17	19	27	28
8	10	18	24	28	24
9	25	19	18	29	13
10	19	20	21	30	13
	<u>210</u>		<u>236</u>		<u>225</u>

Paso No. 2.- Se eleva al cuadrado cada dato y se obtiene la suma:

$$\Sigma X^2 = (27)^2 + (25)^2 + (27)^2 + \dots + (13)^2 + (13)^2 = 15,921$$

Paso No. 3.- Se suman los datos

$$\Sigma X = 27 + 25 + 27 + \dots + 13 + 13 = 671$$

Paso No. 4.- Para encontrar el Factor de Corrección se busca N, en donde:

$$N = 3 \times 10 = 30$$

Así que el Factor de Corrección resulta:

$$FC = \frac{(\Sigma X)^2}{N} = \frac{(671)^2}{30} = \frac{450241}{30}$$

Paso No. 5.- Con el Factor de Corrección se obtiene la Suma de los Cuadrados Total:

$$SCTT = \Sigma X^2 - FC = 15,921 - 15,008 = 913$$

Esta suma de cuadrados representa la suma de las desviaciones al cuadrado de cada dato con respecto a la media general del experimento.

Paso No. 6.- Se calculan las desviaciones de las medias de cada grupo con la media general. La ΣX^2 en esta ocasión, es tá dada por los totales de las columnas, los cuales resultan de los 10 sumandos, de este modo:

$$\Sigma X^2 = \frac{(210)^2}{10} + \frac{(236)^2}{10} + \frac{(225)^2}{10} = 15,042.1$$

El Factor de Corrección es el mismo, ya que:

$$\Sigma X = 210 + 236 + 235 = 671$$

$$N = (3)(10) = 30$$

$$FC = \frac{(\Sigma X)^2}{N} = \frac{(671)^2}{30} = 15,008$$

Paso No. 7.- Se obtiene la Suma de Cuadrados entre Tratamientos:

$$SCE = \Sigma X^2 - FC = 15,042.1 - 15,008.1 = 34.1$$

Paso No. 8.- Como cada muestra o grupo tiene su propia variabilidad interna, o sea, la existente entre un sujeto cualquiera y la media de su grupo. Así que cada una tiene su propia suma de cuadrados.

Para el grupo de alumnos de Física:

$$\Sigma X^2 = (21)^2 + (30)^2 + (21)^2 + \dots + (13)^2 = 4,826$$

$$\Sigma X = 21 + 30 + 21 + \dots + 13 = 210$$

$$n = 10$$

$$FC = \frac{(210)^2}{10} = 4,410$$

$$SC_F = 4,826 - 4,410 = 416$$

Para el grupo de alumnos de Medicina:

$$\Sigma X^2 = (25)^2 + (21)^2 + (27)^2 + \dots + (21)^2 = 5,708$$

$$\Sigma X = 25 + 21 + 27 + \dots + 21 = 236$$

$$n = 10$$

$$FC = \frac{(236)^2}{10} = 5,569.6$$

$$SC_M = 5,708 - 5,569.6 = 138.4$$

Para el grupo de alumnos de Psicología:

$$\Sigma X^2 = (27)^2 + (25)^2 + (27)^2 + \dots + (19)^2 = 5,387$$

$$\Sigma X = 27 + 25 + 27 + \dots + 19 = 225$$

$$n = 10$$

$$FC = \frac{(225)^2}{10} = 5,062.5$$

$$SC_P = 5,387 - 5,062.5 = 324.5$$

Paso No. 9.- El total de estas tres últimas sumas de cuadrados es:

$$SCTT = 4,826 + 5,708 + 5,387 = 15,921$$

$$SCTT = 416 + 138.4 + 324.5 = 878.9$$

que representa la suma de cuadrados dentro de los grupos (SCD). El mismo resultado se obtiene restando a la suma de cuadrados total, la de entre grupos, o sea:

$$\begin{array}{rcl} \text{SCTT} & \text{SCE} & \text{SCD} \\ 913 & - & 34.1 = 878.9 \end{array}$$

Paso No. 10.- Se buscan los grados de libertad para:

- a) el total: $N - 1 = 30 - 1 = 29$
- b) para los grupos $= 3 - 1 = 2$ y,
- c) dentro de grupos $= 3(10 - 1) = 27$

Paso No. 11.- Se obtienen los Cuadrados Medios o Varianzas, mediante la fórmula:

$$\begin{aligned} s^2 &= \frac{\Sigma(X - \bar{X})^2}{N-1} = \frac{34.1}{2} = 17.05 \\ &= \frac{878.9}{27} = 32.55 \end{aligned}$$

Paso No. 12.- A fin de estimar en forma significativa la diferencia entre ambas varianzas, se busca la distribución F, mediante:

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2} = \frac{17.05}{32.55} = 0.5238$$

Paso No. 13.- Se consultan las tablas de F, en donde se ve que el valor de 3.35 se da por puro efecto del azar 5 veces en 100. Como el valor obtenido en el ejemplo es menor que el valor tabular, no hay elementos para rechazar la hipótesis nula, concluyendo que las diferencias entre los grupos no son significativas y se pueden atribuir al azar.

6. Se utilizó la Calificación "z" para comprobar si la diferencia entre medias de dos poblaciones era significativa o resultado del azar, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

en donde:

z , es la calificación que indica las diferencias significativas entre las dos muestras.

\bar{X}_1 , es la media aritmética de la primera muestra.

\bar{X}_2 , es la media aritmética de la segunda muestra.

s_1 , es la desviación estándar de la primera muestra.

s_2 , es la desviación estándar de la segunda muestra.

N , es igual al número de casos en ambas muestras.

El nivel de significancia empleado fue de 0.05 ó de 5% teniendo como consecuencia, un 95% de confianza en la toma de decisiones, o 5 ocasiones en 100 de rechazar una hipótesis, cuando debería ser aceptada, siendo por esta razón la frontera de decisiones de 1.96 que corresponde al valor Z .

Formulando, por lo tanto la regla de decisiones de la siguiente manera:

Si el valor que se obtenga de Z , es mayor de 1.96, la prueba será significativa, hecho que induce a rechazar H_0 , aceptándose la hipótesis alternativa, o bien si el valor que se obtiene de Z es menor de 1.96, la prueba no será significativa, aceptándose la hipótesis nula rechazándose la hipótesis alternativa.

A fin de obtener el resultado de la calificación, se procedió a obtener la media aritmética y la desviación estándar, mediante las fórmulas siguientes:

Media: $\bar{X} = \frac{\sum fx}{\sum f}$

en donde:

\bar{X} , es igual a la media aritmética de la muestra.

$\sum f$, es la sumatoria total de las frecuencias.

f , es igual a la frecuencia con que ocurre una respuesta.

x , es igual al punto medio de las frecuencias

Desviación Estándar:

$$s = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \left(\frac{\sum X}{N}\right)^2} \quad *$$

en donde:

$\frac{\sum X^2}{N}$ es la suma de los cuadrados de los datos dividida entre el número de ellos, y

$\left(\frac{\sum X}{N}\right)^2$ es el cuadrado de la media aritmética.

* Para poblaciones pequeñas se utiliza:

$$s = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}}{N - 1}$$

Paso No. 1.- Se seleccionan y ordenan las puntuaciones crudas de los cuestionarios de Actitudes y Conocimientos sexuales de las 3 poblaciones de estudio para la elaboración de tablas de distribución de frecuencias para obtener medias y desviaciones estándar. En este caso, ejemplificaremos el procedimiento con las puntuaciones del estadístico anterior (puntuaciones de actitudes hacia las relaciones heterosexuales).

VALORES X	FRECUENCIAS f	fX
11	1	11
13	2	26
21	3	63
24	1	24
28	2	56
30	<u>1</u>	<u>30</u>
	Σf 10	ΣfX 210

$$\text{Media Aritmética de Física } \bar{X} = \frac{\Sigma fX}{\Sigma f} = \frac{210}{10} = 21$$

Esto mismo se hizo con las puntuaciones de Medicina y Psicología, en donde sus medias son:

Media Aritmética de Medicina: $\bar{X} = 23.6$

Media Aritmética de Psicología: $\bar{X} = 22.5$

Paso No. 2.- Se calculan las desviaciones estándar para cada muestra, mediante:

$$s = \sqrt{\frac{\Sigma X^2 - \frac{(\Sigma X)^2}{N}}{N - 1}}$$

$$X^2 = 4,826$$

$$\frac{(\Sigma X)^2}{N} = \frac{(210)^2}{10} = \frac{44100}{10} = 4,410$$

Sustituyendo:

$$s = \frac{4,826 - 4,410}{10-1} = \frac{416}{9} = 46,222$$

Desviación Estándar de Física: $s = 6.7986$

Desviación Estándar de Medicina: $s = 3.92$

Desviación Estándar de Psicología: $s = 6.00$

Paso No. 3.- Con las medias y desviaciones estándar de cada población se procede a encontrar la Calificación Z en grupos de dos en dos, en base a:

$$\text{Física} = X_1$$

$$\text{Medicina} = X_2$$

$$\text{Psicología} = X_3$$

$$z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N} + \frac{S_2^2}{N}}} = \frac{21 - 23.6}{\sqrt{\frac{(6.79)^2}{10} + \frac{(3.92)^2}{10}}} = \frac{-2.6}{\sqrt{\frac{46.1041}{10} + \frac{15.3664}{10}}}$$

$$= \frac{-2.6}{\sqrt{6.147}} = -1.048$$

$$z = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_3}{\sqrt{\frac{S_2^2}{N} + \frac{S_3^2}{N}}} = 0.48$$

$$z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_3}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N} + \frac{S_3^2}{N}}} = 1.49$$

Los resultados anteriores nos indican que existen elementos para rechazar la H_0 es decir, no hay diferencias significativas entre Física y Medicina; entre Medicina y Psicología

y Física y Psicología. Las actitudes hacia las relaciones sexuales son iguales en estos 3 sectores.

7. La Correlación r de Person se utilizó con el fin de probar si existe alguna relación entre las actitudes y conocimientos de la muestra estudiada; la fórmula de r es la siguiente:

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

en donde:

- N es el total de la población de estudio;
- $\sum X$ es la suma de la puntuación cruda de todos los sujetos en base a sus actitudes.
- $\sum Y$ es la suma de la puntuación cruda de todos los sujetos en base a sus conocimientos.
- $\sum XY$ es la suma del producto de las puntuaciones crudas, de sus actitudes y conocimientos.
- X^2 es el cuadrado de las puntuaciones crudas de actitudes.

- y^2 es el cuadrado de las puntuaciones crudas de conocimientos.
- ΣX^2 es la suma de los cuadrados de las puntuaciones crudas de actitudes.
- ΣY^2 es la suma de los cuadrados de las puntuaciones crudas de conocimientos.
- $(\Sigma X)^2$ es la suma de la puntuación cruda de actitudes, elevada al cuadrado.
- $(\Sigma Y)^2$ es la suma de la puntuación cruda de conocimientos, elevada al cuadrado.

Paso No. 1.- Se colocan en columnas las puntuaciones crudas obtenidas de los 30 sujetos, que en este caso corresponden a las actitudes hacia las relaciones heterosexuales (x) y de los conocimientos sexuales (y).

A continuación se ilustra como quedan las puntuaciones de ca da sector.

FISICA		MEDICINA		PSICOLOGIA		
X	Y	X	Y	X	Y	
21	25	25	29	27	33	
30	22	21	25	25	23	
21	25	27	28	27	31	
21	23	31	16	19	18	
28	31	25	31	28	31	
11	29	25	20	17	24	
28	24	19	31	28	31	
24	33	24	26	10	30	
13	21	18	25	25	24	
13	21	21	27	19	21	
Σ	210	254	236	258	225	266

Paso No. 2.- Se multiplica "X" y "Y" y se obtiene la suma, la cual se multiplica por el total de la población.

$$\Sigma XY = (21)(25) + (30)(22) + \dots + (19)(21) = 17,485$$

$$N\Sigma XY = 30(17,485) = 524,550$$

Paso No. 3.- Se suman las X, por un lado y las Y por otro y luego estos totales se multiplican.

$$\Sigma X = 21 + 30 + \dots + 25 + 19 = 671$$

$$\Sigma Y = 25 + 22 + \dots + 24 + 21 = 778$$

$$(\Sigma X)(\Sigma Y) = (671)(778) = 522,038$$

Paso No. 4.- Se obtiene la resta de los resultados obtenidos en los pasos 2 y 3.

$$N\sum XY - (\sum X)(\sum Y) = 524,550 - 522,038 = 2512$$

Paso No. 5.- Se obtienen los cuadrados de cada variable y se suman.

$$\sum X^2 = (21)^2 + (30)^2 + \dots + (25)^2 + (19)^2 = 15,921$$

$$\sum Y^2 = (25)^2 + (22)^2 + \dots + (24)^2 + (21)^2 = 20,788$$

Paso No. 6.- Se multiplica el número de sujetos por la suma de los datos elevados al cuadrado:

$$N\sum X^2 = 30 (15,921) = 477,630$$

$$N\sum Y^2 = 30 (20,788) = 623,640$$

Paso No. 7.- Se suman los datos de cada variable y el total se eleva al cuadrado.

$$(\sum X)^2 = (21 + 30 + \dots + 25 + 19)^2 = 450,241$$

$$(\sum Y)^2 = (25 + 22 + \dots + 24 + 21)^2 = 605,284$$

Paso No. 8.- Se obtiene la resta del total en el paso 6, menos el total en el paso 7.

$$N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2 = 477,630 - 450,241 = 27,389$$

$$N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2 = 623,640 - 605,284 = 18,356$$

Paso No. 9.- Se multiplican entre sí los 2 resultados obtenidos en el paso 8 y se obtiene su raíz cuadrada.

$$\sqrt{[N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]} = \sqrt{(27,389)(18,356)} =$$

$$= 22,422.143$$

Paso No. 10.- Se divide el resultado obtenido en el paso No. 4, entre el obtenido en el paso anterior:

$$r = \frac{2512}{22,422.143} = 0.1120$$

Este resultado nos indica que la correlación entre las actitudes y los conocimientos sexuales, es muy baja.

C A P I T U L O I V

RESULTADOS

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, de acuerdo a nuestras hipótesis, después de haber tratado estadísticamente toda la información en los dos cuestionarios aplicados a los alumnos de Psicología, Medicina y Física.

Hipótesis de Trabajo

1. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.

SE RECHAZA

2. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de Psicología, Medicina y Física.

NO SE RECHAZA

3. Ho. Si los estudiantes de Psicología, Medicina y Física poseen más conocimientos sobre el sexo, entonces sus actitudes no serán liberales.

SE RECHAZA

Hipótesis Secundarias

1. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Psicología.

SE RECHAZA

2. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Psicología.

NO SE RECHAZA

3. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y noveno semestres de Medicina.

SE RECHAZA

4. Ho. No hay diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Medicina.

SE RECHAZA

5. Ho. No hay diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.

SE RECHAZA

6. Ho. No hay diferencias significativas en los conoci-

mientos sobre el sexo, entre los alumnos de primero y noveno semestres de Física.

NO SE RECHAZA

7. Ho. No existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.

SE RECHAZA

8. Ho. No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina.

SE RECHAZA

9. Ho. No existen diferencias significativas en las actitudes hacia el sexo entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina.

SE RECHAZA

10. Ho. No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre el sexo, entre los alumnos de noveno semestre de Psicología y Medicina.

SE RECHAZA

A R E A	SECTORES	PRUEBA F	FRONTERA DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES
I. <u>Actitudes</u>				
Mitos Sexuales	Psicología, Medicina y Física	6.708	3.04	Se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	Psicología, Medicina y Física	11.104	3.04	Se rechaza Ho
Aborto	Psicología, Medicina y Física	8.931	3.04	Se rechaza Ho
Masturbación	Psicología, Medicina y Física	2.489	3.04	No se rechaza Ho
II. <u>Conocimientos</u>	Psicología, Medicina y Física	0.933	3.04	No se rechaza Ho

Tabla No. 1. Resultados de la Prueba "F", donde se observa la frontera de decisiones y toma de decisiones, de acuerdo a las cuatro escalas del Cuestionario de Actitudes Sexuales, así como también, resultados del Cuestionario de Conocimientos Sexuales.

ESCALA	MEDIA SECTOR 1	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 1	MEDIA SECTOR 2	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 2	CALIFICACION Z	FRONTERA DE DECISIONES $\alpha = 0.05$	TOMA DE DECISIONES
Mitos Sexuales	31.8881	4.7175	30.2807	5.2724	-3.3424	-1.96 1.96	Se rechaza Ho
Relaciones Hete	30.4965	5.3020	28.1935	5.7415	-4.3046	" "	Se rechaza Ho
rosexuales	26.1119	5.5540	23.6431	5.8553	-4.4410	" "	Se rechaza Ho
Aborto	23.2797	4.0427	22.8665	4.5958	0.9973	" "	No se rechaza Ho
Masturbación							

ESCALA	MEDIA SECTOR 2	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 2	MEDIA SECTOR 3	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 3	CALIFICACION Z	FRONTERA DE DECISIONES $\alpha = 0.05$	TOMA DE DECISIONES
Mitos Sexuales	30.2807	5.2724	29.5082	4.7841	-1.1505	-1.96 1.96	No se rechaza Ho
Relaciones Hete	28.1935	5.7415	26.8852	7.3283	-1.3283	" "	No se rechaza Ho
rosexuales	23.6431	5.8553	24.7869	7.4947	1.1358	" "	No se rechaza Ho
Aborto	22.8665	4.5958	21.7213	5.5351	-1.5308	" "	No se rechaza Ho
Masturbación							

ESCALA	MEDIA SECTOR 3	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 3	MEDIA SECTOR 1	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 1	CALIFICACION Z	FRONTERA DE DECISIONES $\alpha = 0.05$	TOMA DE DECISIONES
Mitos Sexuales	29.5082	4.7841	31.8881	4.7175	3.2668	-1.96 1.96	Se rechaza Ho
Relaciones Hete	26.8852	7.3283	30.4965	5.3020	3.4804	" "	Se rechaza Ho
rosexuales	24.7869	7.4947	26.1119	5.5540	1.2429	" "	No se rechaza Ho
Aborto	21.7213	5.5351	23.2797	4.0427	1.9849	" "	Se rechaza Ho
Masturbación							

Tabla No. 2. Actitudes hacia el sexo entre los tres sectores de estudio, que muestran medias, desviaciones estándar, calificación "z", frontera y toma de decisiones.

SECTOR 1 = PSICOLOGIA, SECTOR 2 = MEDICINA, SECTOR 3 = FISICA

ESCALAS	VALOR "r" DE PEARSON
Mitos Sexuales	0.3521
Relaciones Heterosexuales	0.1926
Aborto	0.2559
Masturbación	0.3165

Tabla No.3. Correlación "r" de Pearson entre actitudes y conocimientos sexuales de la población total de estudio por escalas de actitud.

ESCALA	SECTOR(ES)	SEMESTRES	PRUEBA F	FRONTERA DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES
Mitos Sexuales	Física	1º y 9º	6.415	4.00	Se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	"	" "	5.690	4.00	Se rechaza Ho
Aborto	"	" "	5.959	4.00	Se rechaza Ho
Masturbación	"	" "	5.913	4.00	Se rechaza Ho
Mitos Sexuales	Medicina	" "	26.397	3.86	Se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	"	" "	12.705	3.86	Se rechaza Ho
Aborto	"	" "	26.720	3.86	Se rechaza Ho
Masturbación	"	" "	25.569	3.86	Se rechaza Ho
Mitos Sexuales	Psicología	" "	4.702	3.89	Se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	"	" "	3.910	3.89	Se rechaza Ho
Aborto	"	" "	2.152	3.89	No se rechaza Ho
Masturbación	"	" "	0.256	3.89	No se rechaza Ho
Mitos Sexuales	Psicología y Medicina	1os.	5.657	3.89	Se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	Psicología y Medicina	"	7.172	3.89	Se rechaza Ho
Aborto	Psicología y Medicina	"	8.000	3.89	Se rechaza Ho
Masturbación	Psicología y Medicina	"	3.107	3.89	No se rechaza Ho

Tabla No. 4. Resultados de la Prueba F, con la frontera de decisiones, de acuerdo a las cuatro escalas del Cuestionario de Actitudes, donde se comparan los primeros y novenos semestres de cada carrera, así como los primeros semestres de Psicología y Medicina.

ESCALA	MEDIA SECTOR 1	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 1	MEDIA SECTOR 2	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 2	CALIFICACION Z	FRONTERA DE DECISIONES $\alpha = 0.05$	TOMA DE DECISIONES
Mitos Sexuales	32.6234	4.4368	32.0142	4.7208	-0.9472	-1.96 1.96	No se rechaza Ho
Relaciones Heterosexuales	31.2208	5.2230	29.5248	5.4427	-2.2580	" "	Se rechaza Ho
Aborto	26.7273	5.1315	24.6454	5.6973	-2.7524	" "	Se rechaza Ho
Masturbación	23.3766	3.8424	24.3475	4.3866	1.6949	" "	No se rechaza Ho

Tabla No. 5. Actitudes hacia el sexo de los novenos semestres de Psicología y Medicina

SECTOR 1 = PSICOLOGIA, SECTOR 2 = MEDICINA

A R E A	SECTORES	PRUEBA F	FRONTERA DE DECISIONES	TOMA DE DECISIONES
Conocimientos	Psicología 1o. y 9o.	1.876	3.91	No se rechaza Ho
	Medicina 1o. y 9o.	62.456	3.86	Se rechaza Ho
	Física 1o. y 9o.	2.463	4.00	No se rechaza Ho

Tabla No. 6. Resultados del Cuestionario de Conocimientos Sexuales de los tres sectores de estudio entre primero y noveno semestres, con la Prueba "F", Frontera de Decisiones y Toma de Decisiones.

SEMESTRES	MEDIA SECTOR 1	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 1	MEDIA SECTOR 2	DESVIACION ESTANDAR SECTOR 2	CALIFICACION Z	FRONTERA DE DECISIONES $\alpha = 0.05$	TOMA DE DECISIONES
Primeros	26.2121	3.9981	24.9248	4.5752	2.2252	-1.96 1.96	Se rechaza Ho
Novenos	27.2597	4.9905	28.8440	4.6939	-2.2876	" "	Se rechaza Ho

Tabla No. 7. Resultados de los conocimientos sexuales entre los primeros semestres de psicología y medicina, así como los novenos semestres de las mismas Facultades.

SECTOR 1 = PSICOLOGIA, SECTOR 2 = MEDICINA

C A P I T U L O V

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Siendo la finalidad primordial de este trabajo el comprobar cómo inciden los postulados de planes y programas de estudio del Médico Cirujano y del Psicólogo en su formación profesional, en donde las actitudes y conocimientos hacia el sexo juegan un papel determinante, para proporcionar una adecuada ayuda a la gente que acude a buscar solución a los padecimientos que les aquejan, se analizarán a continuación los resultados expuestos en el capítulo anterior.

Se encontró que en la población general, los alumnos de Psicología son más liberales en sus actitudes hacia los mitos sexuales, relaciones heterosexuales y aborto, que los de Medicina y Física, siendo éstos igualmente conservadores. En cambio, en las actitudes hacia la masturbación entre Física y Psicología, la Calificación "Z" rebasa ligeramente la frontera de decisiones, por lo que resulta difícil asegurar, que los alumnos de Psicología sean más liberales que los de Física. En esta misma escala los alumnos de Medicina son conservadores en sus actitudes. A través del uso de la Prueba "F" se obtuvieron resultados que carecen de significancia en los tres sectores, es por ello, que pretendemos poner en tela de juicio, que haya diferencias significativas en las actitudes hacia la masturbación en alumnos de Psicología.

En cuanto a conocimientos de toda la población, es decir, sin discriminar semestres, se encontró que los tres sectores de estudio poseen los mismos conocimientos.

Se encontró que sí hay correlación entre las actitudes hacia el sexo y conocimientos de la población en general. No obstante, existe una relación muy baja con respecto al aborto y relaciones heterosexuales y una relación baja, en lo referente a los mitos sexuales y a la masturbación.

Se observa también, mayor liberalidad en los alumnos de 9o. semestre que en los alumnos del primer semestre, en base a las cuatro escalas ya comentadas, excepto que los alumnos de Psicología de primero y noveno semestres tienen las mismas actitudes hacia el aborto y la masturbación.

Sobre los conocimientos entre alumnos de primero y noveno semestres de Psicología y Física, se encontró que no hay diferencias significativas en ambos semestres, mientras que los de noveno semestre de Medicina, poseen más conocimientos que los de primero de esta misma Facultad.

Acercas de las actitudes hacia el sexo se encontró que los alumnos de noveno semestre de Medicina y Física son más liberales que los de primer semestre en las cuatro escalas.

Otro resultado que se obtuvo en cuanto a los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina, es que los segundos son conservadores en las actitudes hacia los mitos sexuales, relaciones heterosexuales y aborto en comparación con los primeros. Sin embargo, no hay diferencias significativas en sus actitudes hacia la masturbación.

En base a los conocimientos, se obtuvo que los alumnos de Psicología del primer semestre saben más que los de Medicina del mismo semestre. No obstante, los alumnos de Medicina del 9o. semestre poseen mayores conocimientos que los del 9o. semestre de Psicología.

Las actitudes de los alumnos de los novenos semestres de Psicología y Medicina presentan variaciones. Los de Psicología son más liberales en las actitudes hacia las relaciones heterosexuales y aborto, mientras que hacia los mitos sexuales y la masturbación no se encontraron diferencias significativas.

C A P I T U L O VI

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El estudiante egresado de la Facultad de Medicina posee más conocimientos sobre el sexo que el de Psicología, lo cual puede sugerir que los planes de estudio tienen una influencia favorable en la adquisición de conocimientos. Esto mismo se comprueba, al observar que los alumnos de medicina que ingresan a primer semestre poseen menos conocimientos que al finalizar la carrera.
2. El entrenamiento profesional que se le brinda al estudiante de Psicología no modifica en nada el nivel de conocimientos sexuales, ya que no hay diferencia entre los alumnos que ingresan y los que egresan. Esto mismo se concluye para los alumnos de la Escuela de Física.
3. El alumno de Psicología rechaza conceptos erróneos, como por ejemplo, "que los hombres y mujeres de clase baja tienen un impulso y una respuesta sexual más fuerte que otros individuos". Los alumnos de los otros dos sectores aceptan estos conceptos. En general, se observa que las actitudes del sector de Psicología es más liberal que el de Medicina y Física, lo cual tenderá a reflejarse en la relación profesional que establezca con la gente que acude en búsqueda de servicios, en

donde según Singer, el tener una mayor aceptación de su propia sexualidad, permitirá tener una mejor aceptación y reconocimiento de la sintomatología del paciente.

4. En cuanto a las relaciones pre y extramaritales, los alumnos de Psicología juzgan que éstas son aceptables y muy beneficiosas más que dañinas. Los alumnos de Física y Medicina muestran desapruebo hacia las mismas.
5. Se puede considerar que la información que reciben estos profesionistas durante su formación académica, la cual se manifiesta en el 9o. semestre de los estudiantes de Medicina, y en base a los planes y programas de estudio, posee una función específica, que les permite tener un conocimiento en torno a todos los aspectos que están relacionados con el sexo. Sin embargo, se puede observar que el grado de aceptación o rechazo que se manifiesta en los estudiantes del 9o. semestre de Psicología, es significativo, lo cual facilita a los mismos poseer una mejor actitud hacia las relaciones heterosexuales y el aborto, lo que posibilita que tengan mejor aceptación de la conducta de los pacientes o de las personas con las que van a tratar en forma profesional.
6. Asimismo, es notorio en los estudiantes de medicina, que los conocimientos que, sobre las funciones y estruc-

tura del aparato reproductor tienen, no se relacionan con las actitudes sexuales, las cuales tienden a ser conservadoras y, probablemente, ésto tenga una repercusión en los pacientes a los que tienen que ayudar en la solución de los problemas que les aquejan, ya que bajo este aspecto, aunque no todas las personas que acuden en demanda de servicio tienen problemas de tipo funcional, quien los llega a presentar, pueden estar relacionados con alteraciones o desequilibrio biológicos lo cual impide captar de manera plena toda la sintomatología, que por consiguiente, imposibilita al médico brindar una ayuda efectivamente integral, es decir, explorar los aspectos bio-psico-sociales del individuo.

7. Dado que la adquisición de conocimientos no contribuye a la formación de las actitudes sexuales, se considera que éstas se tornan más liberales o más conservadoras, a partir de la influencia del contexto social en que se desarrollan estos alumnos, tal como Sullivan lo propone en la formación del carácter, el cual se va generando en el núcleo familiar, ya sea por los padres o sustitutos sobre el niño.

C A P I T U L O V I I

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. Se considera que Física, a pesar de ser una muestra representativa proporcionalmente no se compara con las de Medicina y Psicología.
2. El sexo de la población no se controló, y no sabemos cual será la actitud del hombre y la mujer frente al sexo y que tanto influyen los resultados que se están obteniendo.
3. No es posible controlar las lecturas y conocimientos que en forma particular en el transcurso del desarrollo y por las vivencias mismas adquieran los integrantes de la investigación.
4. Las características de personalidad de la muestra en estudio se desconocen ya que las diferentes investigaciones que se han realizado no arrojan suficientes datos para poder establecer un estudio correlativo entre rasgos de personalidad y actitudes sexuales.
5. Los resultados de esta investigación son válidos para alumnos solteros de los sectores estudiados.

SUGERENCIAS. Se recomienda que para futuras investigaciones, se controlen variables como la edad, el sexo y rasgos

de personalidad, que posibiliten establecer un estudio correlativo o comparativo entre las variables antes mencionadas, a fin de poder obtener un mejor conocimiento de estas poblaciones que permitan tener mayores indicadores para su desarrollo profesional y que se refleja en el trato que establecen con las gentes que acuden en demanda de ayuda.

También sería conveniente realizar un seguimiento de la población que en el año de 1980-81 ingresó a las facultades, a fin de poder tener un conocimiento más amplio sobre su desarrollo y capacitación profesional.

Dada la importancia que tiene la sexualidad en las gentes que se dedican al campo de la salud en general, es conveniente explorar a través de diferentes técnicas las actitudes en relación al sexo, a fin de poder tener un conocimiento más amplio en torno a este tema ya que es vital, puesto que posibilita que quien tiene un adecuado concepto de sí mismo y de su sexo en particular podrá brindar una mejor ayuda a las personas que soliciten sus servicios, además de que tanto el médico como el psicólogo, a través de su comportamiento, son modelos con los cuales tienden a iden

tificarse los pacientes y entre mayor congruencia exista entre la actividad profesional y la conducta profesional, mejor será la relación con el paciente, y el beneficio que le pueda proporcionar al mismo, además de tener satisfechas sus necesidades básicas, lo que permitirá un mejor ejercicio de la actividad a la que se dedica.

Tomando en consideración los resultados obtenidos se sugiere que "urgentemente" se incorporen a los planes y programas de estudio del psicólogo, materias de sexualidad, a fin de permitir a las futuras generaciones una buena capacitación en esta área, lo que redundaría en el propio profesional y en su relación con el paciente.

En lo referente a los planes y programas de estudio de la carrera de Medicina, se sugiere la incorporación de un curso de "Dinámicas de Grupo", a fin de que se posibilite un cambio en las actitudes en este profesional hacia el sexo, que les permita darse cuenta de la importancia que tiene esta área en su concepto de sí mismo y el reflejo en el ejercicio de su profesión.

A N E X O S

ESTE TRABAJO FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACION CIENTIFICA SO
BRE EDUCACION SEXUAL EN LA U.N.A.M.

A CONTINUACION PRESENTAMOS 2 CUESTIONARIOS, LOS CUALES TIE-
NEN QUE SER CONTESTADOS EN LAS TARJETAS DE RESPUESTAS, PER-
FORANDO UNA SOLA ALTERNATIVA POR CADA PREGUNTA. NO HAY RESU
PUESTAS BUENAS NI MALAS, NI TAMPOCO ES NECESARIO QUE NOS DIU
GAS TU NOMBRE, SOLO ANOTARAS TU EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL,
FACULTAD DONDE ESTUDIAS, SEMESTRE Y RELIGION. LO UNICO QUE
TE PEDIMOS ES SINCERIDAD EN TUS RESPUESTAS.

EL CUESTIONARIO NO. 1, SE DEBERA CONTESTAR EN LA TARJETA
AMARILLA Y EL CUESTIONARIO NO. 2, EN LA TARJETA AZUL.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN MANEJADOS DE MANERA CONFIDENU
CIAL.

TE AGRADECEMOS LA COOPERACION Y SINCERIDAD EN LA CONTESTA-
CION A LAS PREGUNTAS.

MUCHAS GRACIAS.

CUESTIONARIO NO. 1

INSTRUCCIONES:

Las siguientes oraciones expresan diferentes opiniones de la Conducta Sexual en nuestra sociedad. Para cada oración se proporcionan las cinco alternativas siguientes de respuesta, tú deberás escoger la que exprese mejor tu opinión, perforando en la tarjeta la letra de la alternativa seleccionada.

ALTERNATIVAS:

- A) CA (COMPLETAMENTE DE ACUERDO)
- B) A (DE ACUERDO)
- C) I (INDEFINIDO)
- D) D (EN DESACUERDO)
- E) CD (COMPLETAMENTE EN DESACUERDO)

Contesta lo más espontáneamente posible. Asegúrate de contestar cada oración y de perforar UNA SOLA RESPUESTA para cada pregunta.

PREGUNTAS

- 1.- La difusión de la educación sexual está causando un aumento en las relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 2.- La masturbación mutua entre 2 ó más varones a menudo es precursora de una conducta homosexual.
- 3.- Las relaciones sexuales fuera del matrimonio casi siempre son dañinas para el mismo.

- 4.- El aborto debería permitirse cada vez que la mujer embarazada lo deseara.
- 5.- Tener información acerca de métodos anticonceptivos a menudo es una invitación a la promiscuidad (relaciones sexuales con muchas personas) .
- 6.- Aliviar la tensión mediante la masturbación es una práctica saludable.
- 7.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio son moralmente indeseables.
- 8.- El juego sexual orogenital (boca y genitales) indica un deseo excesivo de placer físico.
- 9.- Los padres deberían impedir que sus hijos se masturben.
- 10.- Las mujeres deberían tener relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 11.- El aborto es un asesinato.
- 12.- Debería prohibirse a las muchachas que se autoestimulen (masturbarse) sexualmente.
- 13.- Todas las leyes contra el aborto deberían ser abolidas.
- 14.- Deberían tomarse severas medidas legales contra los homosexuales.
- 15.- Debería haber una ley que exigiera una junta médica para aprobar el aborto.
- 16.- Las relaciones sexuales deberían ocurrir sólo entre parejas casadas.
- 17.- El hombre de clase baja tiene un impulso sexual mayor que el de otras clases.
- 18.- La sociedad debería ofrecer el aborto como una forma aceptable para el control de la natalidad.
- 19.- En general la masturbación es dañina.
- 20.- Un médico debería estar obligado a informar al marido o a los padres de cualquier mujer a la que él ayudara abortar.

- 21.- Hoy en día la promiscuidad está en auge en las universidades.
- 22.- Los abortos deberían ser desaprobados bajo cualquier circunstancia.
- 23.- Los hombres deberían tener relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 24.- Los varones deben ser animados a masturbarse.
- 25.- Los abortos no deberían permitirse después de la vigésima semana de embarazo.
- 26.- La experiencia de ver desnudos a los miembros de la familia, suscita curiosidad en los niños.
- 27.- Las relaciones sexuales antes del matrimonio entre adultos que están de acuerdo, deberían ser aceptadas por la sociedad.
- 28.- Los abortos terapéuticos (practicados cuando el embarazo amenaza la salud de la madre y/o producto) deben limitarse a los hospitales.
- 29.- La masturbación entre niñas es una causa frecuente de frigidez (incapacidad de la mujer para experimentar placer sexual).
- 30.- Las mujeres de la clase baja se caracterizan por ser muy ardientes sexualmente.
- 31.- El aborto es una mal mayor que el de traer al mundo a un niño no deseado.
- 32.- Debe prohibirse la mutua masturbación durante la infancia.
- 33.- La virginidad entre muchachas solteras debe fomentarse en nuestra sociedad.
- 34.- Las relaciones sexuales fuera del matrimonio pueden ocasionar una mejor relación matrimonial entre la pareja casada.
- 35.- La masturbación es aceptable cuando el objetivo es simplemente búsqueda de placer sensorial.
- 36.- Cual es tu sexo:

A) Femenino

B) Masculino

- 37.- Cual es tu estado civil? A) Soltero B) Casado
C) Divorciado D) Viudo E) Unión Libre
- 38.- Escuela o Facultad a la que perteneces
A) Física B) Medicina C) Psicología
- 39.- Qué semestre estás cursando?
A).- 1er. Sem. B) 2o. Sem. C) 8o. Sem. D) 9o. Sem.
- 40.- Cuál es tu religión?
A) Católica B) Judía C) Evangelista D) Otra E) Ninguna
- 41.- Perfora la letra, (en la tarjeta), según el rango en que se encuentre tu edad:
A) De 18 a 20 años cumplidos B) De 21 a 23 años cumplidos
C) De 24 a 26 años cumplidos D) De 27 a 29 años cumplidos
E) De 30 años en adelante

CUESTIONARIO NO. 2INSTRUCCIONES:

Algunas de las siguientes oraciones son falsas y otras ciertas, en la tarjeta de respuestas, perfora la letra "A" cuando sea verdadera y la letra "B" cuando sea falsa.

EJEMPLOS:

Los embarazos pueden ser interrumpidos sin peligro, en cualquier momento, mediante el uso de ciertas drogas.

A) Verdadera B) Falso

El LSD frecuentemente estimula el impulso sexual

A) Verdadera B) Falso

ASEGURATE DE CONTESTAR TODAS LAS ORACIONES; PERFORA UNA SOLA RESPUESTA POR CADA PREGUNTA.

PREGUNTAS

- 1.- Durante la menopausia (retiro de la regla) pueden ocurrir embarazos.
- 2.- La mayoría de los sistemas morales y religiosos que existen en el mundo, condenan las relaciones sexuales antes del matrimonio.
- 3.- La ansiedad afecta diferentemente el momento del orgasmo en los hombres y en las mujeres.
- 4.- Una mujer no tiene capacidad fisiológica para tener un orgasmo como el hombre.
- 5.- No hay diferencia entre el hombre y la mujer con respecto a la edad de máximo impulso sexual.
- 6.- El incesto (relaciones sexuales entre parientes cercanos directos) es más frecuente en las familias de clases bajas que en las familias de clase alta.

- 7.- El uso del condón (anticonceptivo que usa el hombre) es el más confiable de los diversos métodos anticonceptivos. ✓
- 8.- Un hombre casado de 25 años tiene tantas probabilidades de mezclarse o de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio como un hombre casado de 40 años.
- 9.- Los embarazos pueden ser interrumpidos sin peligro, en cualquier momento, mediante el uso de ciertas drogas.
- 10.- En las mujeres hay dos tipos de respuestas fisiológicas orgásmicas, una clitorídea y otra vaginal.
- 11.- La impotencia casi siempre es un desorden psicológico. ✓
- 12.- Los transvestistas (Hombres que les gusta vestirse de mujer) son homosexuales.
- 13.- Hace una generación había tantas relaciones sexuales antes del matrimonio como las hay ahora.
- 14.- Las actitudes sexuales de los niños son moldeados por la literatura erótica.
- 15.- En algunos matrimonios exitosos el ajuste sexual puede ser muy deficiente.
- 16.- Es más probable que los hombres homosexuales sean más creativos que los hombres no homosexuales.
- 17.- Una mujer que ha tenido una histerectomía (extirpación del útero) puede experimentar orgasmo durante la relación sexual). ✓
- 18.- La homosexualidad surge del aprendizaje y de experiencias adquiridas y condicionadas.
- 19.- La estimulación sexual sin penetración tiende a producir una respuesta fisiológica más intensa que las que produce la penetración en la relación sexual.
- 20.- Comúnmente los convictos por graves crímenes sexuales son aquellos que comenzaron por ofensas o delitos sexualmente menores.
- 21.- Uno de los resultados inmediatos de la castración en el hombre adulto es la impotencia.
- 22.- La constitución corporal de la mayoría de los homosexua

les carece de rasgos distintivos.

- 23.- La masturbación en una persona casada es signo de falta de ajuste sexual matrimonial.
- 24.- Los exhibicionistas son homosexuales latentes.
- 25.- El orgasmo femenino es indispensable para la fecundidad.
- 26.- Solamente una pequeña minoría en todas las parejas casadas ha experimentado alguna vez juegos sexuales orgenitales.
- 27.- La impotencia es la causa de esterilidad más frecuente.
- 28.- Ciertos alimentos hacen al individuo mucho más susceptible a la estimulación sexual.
- 29.- Un alto porcentaje de los ~~hombres~~ cometen ofensas contra niños, se encuentran entre amigos y parientes de los niños.
- 30.- La mayoría de la gente cree que las relaciones sexuales prematrimoniales son aceptables socialmente.
- 31.- La devoción religiosa no tiene relación con la aceptación ó rechazo de las relaciones prematrimoniales por miembros de nuestra sociedad.
- 32.- Ahora hay procedimientos médicamente confiables para interrumpir el embarazo despues de los 3 primeros meses.
- 33.- El 25% de los hombres mayores de 70 años tienen una vida sexual activa.
- 34.- El comienzo de la impotencia secundaria a menudo se asocia con la influencia del alcohol.
- 35.- Amamantar al niño protege a la madre de salir embarazada.
- 36.- En nuestra cultura algunas conductas homosexuales son parte normal del crecimiento.
- 37.- Para producir el orgasmo femenino durante la relación sexual, se necesita el contacto directo del pene con el clítoris.

- 38.- Durante un período de tiempo que sigue al orgasmo, las mujeres no pueden responder a más estimulación sexual.
- 39.- En algunas jurisdicciones legales, la inseminación artificial por un donante, puede hacer a la mujer susceptible de ser juzgada por adulterio.
- 40.- La promiscuidad sexual habitual es consencuencia de un impulso superior al normal.
- 41.- Cerca de la mitad de los hombres casados han tenido relaciones extramatrimoniales hacia los cuarenta y pico de años.
- 42.- La impotencia en hombres mayores de 70 años es casi universal.
- 43.- Se puede demostrar que ciertas condiciones de inestabilidad mental y emocional son causadas por la masturbación.
- 44.- Es más probable que las mujeres que han tenido varios compañeros sexuales antes del matrimonio sean más infieles después del matrimonio que otras.
- 45.- El daño emocional provocado en un niño por violación o seducción se le atribuye más a las actitudes de los padres que a la experiencia misma.
- 46.- El desajuste sexual es la principal causa de divorcio.
- 47.- La estimulación directa del clítoris es esencial para que la mujer alcance un orgasmo
- 48.- La mayoría de los hombres conserva su interés sexual hasta una edad más avanzada que la mayoría de las mujeres.
- 49.- El hombre circuncidado tiene más problemas con el control de la eyaculación que el hombre no circunciado.
- 50.- Muchas personas de mediana edad o mayores se masturban.
- 51.- La gente de clase socioeconómica baja usa con más frecuencia diferentes posiciones en sus relaciones sexuales.
- 52.- Los individuos que violan a alguien tienen un impulso sexual excepcionalmente fuerte.

- 53.- El método del ritmo (las parejas se abstienen de tener relaciones sexuales durante los 6 a 8 días intermedios entre 2 períodos menstruales), cuando se usa correctamente es tan efectivo como la píldora para prevenir la concepción.
- 54.- Los exhibicionistas no están más predispuestos que otros a cometer crímenes sexuales.
- 55.- La capacidad para concebir puede presentarse bastante tiempo después de la menarquia (primera regla en la mujer).
- 56.- Muchas mujeres erróneamente se auto-consideran frígidas (incapacidad en la mujer para experimentar placer sexual).
- 57.- La menopausia (retiro de la regla) en una mujer se acompaña de una aguda y permanente reducción en el impulso e interés sexual.
- 58.- Las dos formas de anticoncepción más ampliamente usadas en el mundo son el condón (anticonceptivo usado por el hombre) y la relación sexual interrumpida.
- 59.- La gente de bajo nivel socioeconómico tiene relaciones sexuales con más frecuencia que la de nivel alto.
- 60.- Los materiales pornográficos son responsables de la conducta sexual aberrante hoy en día.
- 61.- Para algunas mujeres, la llegada de la menopausia (retiro de la regla) señala el comienzo de una vida sexual más activa y satisfactoria.
- 62.- En nuestra cultura el impulso sexual del adolescente masculino es más fuerte que el de la adolescente femenina.
- 63.- Las parejas de clases socioeconómicas más bajas generalmente no están interesadas en limitar el número de niños que tienen.
- 64.- El excesivo juego sexual en la niñez y en la adolescencia interfiere en el ajuste matrimonial posterior.
- 65.- Hay una tendencia mundial hacia una conducta más agresiva de las mujeres durante el noviazgo, en las relaciones sexuales y en el coito mismo.

- 66.- A veces un niño puede haber cooperado o incluso haber provocado el ataque sexual de un adulto.
- 67.- Las drogas, marihuana, LSD, frecuentemente estimulan el impulso sexual.
- 68.- Siete de cada diez padres desean la educación sexual formal en las escuelas.
- 69.- Por cada mujer que se masturba existen cuatro hombres que lo hacen.
- 70.- La ducha vaginal es una forma efectiva de anticoncepción.
- 71.- Los estudiantes del primer año de medicina saben más acerca del sexo que otros estudiantes de primer año, de nivel universitario.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Gayou, Juan Luis. Elementos de Sexología, Editorial Interamericana, México 1976.
- Casabal Morales, C. y A. Wengerman M. Estudio de las características de la personalidad utilizando el MMPI en una muestra representativa de la generación 1973 de la Facultad de Psicología. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México 1974.
- Curso de Fisiología. Programa 1975, Facultad de Medicina, Depto. de Fisiología, UNAM.
- Devereux, George. De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento, Editorial Siglo XXI, México 1977.
- Foucault, Michel. Historia de la Sexualidad, Editorial Siglo XXI, Quinta Edición, México 1979.
- Freud, Sigmund. Ensayo sobre la Vida Sexual y la Teoría de las Neurosis. Aportaciones a la Psicología de la Vida Erótica. Obras Completas. Volumen I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Freud, Sigmund. Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis. La Femenidad. Obras Completas, Volumen II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Freud, Sigmund. Primeras Aportaciones a la Teoría de las Neurosis. Neurastenia y Neurosis de Angustia. Obras Completas, Volumen I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Gleason Meza, Georgina. Adaptación y Estandarización de la Prueba de Actitudes y Conocimientos Sexuales de Lief y Reed. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México 1976.
- Green, M.D., R. Human Sexuality a Health Practitioner's Text. The William & Wilkins Company, Baltimore, E.U.A., 1975.

- Haber, A. y R. Runyon. Estadística General, Fondo Educativo Interamericano, S. A., Primera Edición, Massachusetts, E. U. A., 1973.
- Hite, Shere, El Informe Hite. Estudio de la Sexualidad Femenina, Varía Plaza & Janes, S. A., Editores, 3a. Edición, España, 1978.
- Información Básica sobre las materias de los últimos semestres de la Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, División de Estudios Profesionales. Coordinación de Servicios Profesionales y Sociales, Agosto, 1980
- Katchadourian H., A. y D.T. Lunde. Las Bases de la Sexualidad Humana, Editorial CECSA, México 1979.
- Lief, H. I. y A. Karlen, Sex Education in Medicine, Spectrum Publications, Inc., New York 1976.
- Lief, H. y David M. Reed. Sex Knowledge and Attitude Test. Second Edition, Dept. of Psychiatry, University of Pennsylvania, School of Medicine, 1972.
- Mandolini Guardo, Ricardo. Historia General de Psicoanálisis de Freud a Fromm, Editorial Ciordia, Quinta Edición, Buenos Aires, 1977.
- Masters, W. H. y V.E. Johnson. Human Sexual Inadequacy, Little, Brown & Co., Boston, 1970.
- Masters, W. H. y V.E. Johnson. La Respuesta Sexual Humana, Inter-Médica Editorial, 3a. Reimpresión de la obra original de inglés, Argentina, Buenos Aires, Feb., 1980.
- McCary, James L. Sexualidad Humana. Factores Fisiológicos, Psicológicos y Sociológicos. Segunda Edición, Editorial El Manual Moderno, S. A., México 1976.
- McGuigan, F. J. Psicología Experimental, Editorial Trillas, México 1976.
- Montemayor García, Felipe. Fórmulas de Estadística para Investigadores. Estadística Descriptiva Inferencial no Paramétrica y Muestreo. Colección Científica. Manual No. 5, Instituto Nacional de Antropología e Historia, SEP, México 1973.

- Montoya Pérez, Luz Ma. Actitudes y Conducta Sexual en una Muestra de estudiantes de preparatorias oficiales. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México 1980.
- Ocampo González, Eloisa. Estudio comparativo entre estudiantes de Psicología del primero y último semestre del Distrito Federal y Provincia, a través del Inventario de Personalidad de Douglas Jackson. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México 1979.
- Organización Académica 1980-1981. Facultad de Medicina, Secretaría de Rectoría, Dirección General de Orientación Vocacional, UNAM.
- Organización Académica 1979 Físico, Secretaría de Rectoría, Dirección General de Orientación Vocacional, UNAM.
- Organización Académica 1979. Facultad de Psicología, Secretaría de Rectoría, Dirección General de Orientación Vocacional, UNAM.
- Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano, Manual para la Enseñanza y el Aprendizaje de las Asignaturas Clínicas de los Ciclos V a VIII, Facultad de Medicina, UNAM, 1975.
- Planes de Estudio UNAM 1980. Dirección General de Publicaciones, UNAM.
- Programas de Anatomía Humana, Psicología Médica I, Histología y Embriología Humanas, Bioquímica, Medicina Preventiva, Psicología Médica II, y Farmacología, Facultad de Medicina, UNAM. Octubre 1980.
- Programa por objetivos, Lineamientos para la integración. Plan de Estudios para la carrera de Médico Cirujano, 1976. IV. Ciclo. Facultad de Medicina, UNAM, Secretaría de Enseñanza Clínica.
- Pucheu Regis C. y O. Rivera. The Development of a Method for Detecting Psychological Maladjustment in University Students. A Handbook of Cross-National MMPI Res. Ed. J. Butcher y P. Paucheri, Minn. Univ. Press. 1976.

- Rattner, Josef. *Psicología y Psicopatología de la Vida Amorosa*, Editorial Siglo XXI, Quinceava Edición, México 1981.
- Reyes Govantes, Jesús. *Normas para la Elaboración de un trabajo de Investigación*, ISSSTE, Subdirección de Acción Cultural, CNCA.
- Rivera Jiménez, Ofelia. *Estudio de la Correlación entre el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el Inventario de Valores Hartman (HVI) en un grupo de alumnos del primer año de la Facultad de Medicina*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México 1971.
- Serrano Sánchez, Irene y P. Fritzmaurice G. *Las actitudes hacia el papel de la Mujer en México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México 1976.
- Siegel, Sidney. *Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta*. Editorial Trillas, México, 1975.
- Singer, Erwin. *Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica, México 1969.
- Spiegel, Murray R. *Teoría y Problemas de Estadística*, Serie de Compendios Schaum, McGraw-Hill, 1961.
- Toledo Olazcoaga R. y Flor de Ma. Varela. *Estudio de las características de Personalidad de una Muestra representativa de la carrera de Psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Zaragoza*. Tesis de Licenciatura, México 1981.
- Varela Escarza, L. T. *Actitudes de los Estudiantes Universitarios hacia unos problemas de actualidad*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México 1980.

TESIS HERRERA
UNICO SISTEMA EN EL PAIS
COMPUTADORA
PASEO DE LAS FACULTADES
No. 32-C
548-62-29 548-32-17
CIUDAD UNIVERSITARIA