

11226.
Zej
162A



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 8 San Angel
Curso de Especialización en Medicina Familiar

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD HUMANA
DE MEDICOS ADSCRITOS AL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 8"**

TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

DR. DIOGENES DEL CARMEN LOPEZ PEREZ



México, Distrito Federal.

1983-1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

INDICE

I	INTRODUCCION.	1
	Planteamiento del Problema.	3
	Justificación.	3
	Hipótesis.	4
	Objetivo.	4
II	GENERALIDADES.	5
	Anatomía Sexual Humana.	5
	Diferenciación y Determinación sexual	9
	Sexo, Sexualidad y Educación Sexual.	13
	Respuesta Sexual Humana.	21
	Exploración Mínima de la Sexualidad.	29
	Disfunciones Sexuales.	32
	Homosexualidad.	38
	Fármacos, Enfermedad General, Cirugía y su relación con la Sexualidad Humana.	40
	Características del profesional de la Salud en relación - al trabajo en el área de la Sexualidad.	45
	Demografía.	54
III	MATERIAL Y METODOS.	
	Cuestionario de conocimientos.	56
IV	RESULTADOS.	61
	Tabla I promedio general de calificación de la población en general.	63
	Tablas II y III Promedios globales de calificación de -- grupo control y muestra.	64
V	DISCUSION Y COMENTARIOS	65
VI	RESUMEN Y CONCLUSIONES.	66
VII	BIBLIOGRAFIA.	67

INTRODUCCION

A manera de prefacio trataremos de explicar de una manera somera y sencilla, algunos detalles sobre la conducta y sexualidad humana, tema de gran actualidad que ha resistido grandes embates lo cuál al mismo tiempo lo ha hecho cada vez más interesante.

Todas las evidencias indican con claridad según Masters y Johnson que, -- tanto en lo individual como en lo colectivo muestra inestabilidad sexual-culturalmente inducida/a traspasado los límites concernientes a la profesión.

No existe hombre o mujer que no tenga que encararse alguna vez con las -- tensiones sexuales ¿puede permitirse que esta fase de nuestra vida que -- afecta a más personas que ninguna otra respuesta fisiológica y que es tan necesaria a nuestra existencia deba permanecer sin el beneficio del análisis objetivo y científico?

El material que se refiere a la conducta es una contribución para comprender los modelos de respuesta sexual humana, pero la existencia de prejuicios hace que no se pueda dar a esta información todo su valor. Hasta que la investigación pueda disponer de un cuadro más representativo de la población general, aun la información reconocidamente tendenciosa es de -- extraordinario valor para el estudio del comportamiento sexual humano.

El importante problema de la inadecuación sexual humana no podrá ser resuelto en forma definitiva por médicos ni psicólogos hasta que pueda acu-

mularse más información efectiva. Estos datos solo podrán obtenerse cuando nuestra sociedad acepte una investigación objetiva sobre sexualidad humana. ¿porqué entonces la ciencia y los científicos continúan dominados por los miedos, miedo a la opinión pública, a las consecuencias sociales, a la intolerancia religiosa, a la presión política, y por sobre todo al fanatismo y al prejuicio tanto dentro como fuera del mundo profesional?

Con todo esto y por ello al tratar de contestar el siguiente cuestionamiento ¿cómo se comportan el hombre y la mujer ante un estímulo sexual efectivo? por lo mismo destacaremos aquí - las similitudes y no las diferencias en la anatomía y fisiología de la respuesta sexual humana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que la patología sexual es extensa y que en la mayoría de los casos el paciente se encuentra frenado moralmente ante el médico - para exponer libremente su problemática y que en ocasiones no es lo suficientemente explícito, o que en otras ocasiones calla su padecimiento -- real por considerarlo vergonzoso de acuerdo al grado de cultura y de educación o escolaridad directamente, se impone la necesidad de discurrir el grado de conocimientos que sobre sexualidad humana posee el médico - del Instituto Mexicano del Seguro Social, independientemente de la especialidad que ejerza., Con la única finalidad de mejorar en lo posible el -- beneficio que redunde en una atención integral y cada vez más certera, de la patología sexual del individuo consultante, así como de sus relaciones y actitudes. Por lo que se justificaría se realice un proyecto de desarrollo para cursos formativos en sexualidad humana para médicos del Instituto.

JUSTIFICACION.

El médico forma parte de una familia, o al menos proviene de una de ellas, es un ser que trae tras de sí todo un proceso de socialización con valores sociales y de cultura sin embargo no siempre sus actitudes ante la sexualidad serán abiertas ni para el mismo ni para los demás. Y todo -- como resultado de falta de información adecuada desde el seno familiar traduciéndose en su práctica en conductas de rechazo, desaprobación y evitación ante las demandas de individuos con dificultad en el desarrollo de su sexualidad.

HIPOTESIS

El médico, carece de conocimientos sobre sexualidad humana por lo que se encuentra limitado para proporcionar una atención integral al paciente.

OBJETIVO GENERAL

Investigar el grado de conocimientos que sobre sexualidad humana poseen los médicos del IMSS , realizando una comparación analítica entre los especialistas de las diferentes áreas.

ANATOMIA SEXUAL HUMANA

Muchos de nosotros combinamos un vivo interés por los órganos sexuales con una tendencia igualmente compulsiva ya sea para negar ese interés o para avergonzarnos de él.

A muchas personas los órganos sexuales no les parecen ni bellos ni atractivos sexualmente cuando se observan en forma directa. Para la mayoría de nosotros, a fin de entender las funciones sexuales es útil cierto conocimiento de la anatomía sexual, en particular de los genitales.

Los órganos genitales pueden estar a la mano y a la vista (genitales externos), pueden estar a la mano sin ser visibles (genitales internos).

El transporte de orina al exterior desde la vejiga se realiza a través de un conducto llamado uretra. Esta desemboca en un sitio muy cercano al vestíbulo del conducto por donde sale la menstruación llamado vagina. En el varón la uretra es un conducto común para la orina y el semen. Es también lugar donde se mezclan los componentes que integran el semen. Al llegar dichos elementos a la encrucijada urinario-seminal se contrae involuntariamente un músculo llamado esfínter de la vejiga que impide el paso de orina de la vejiga a la uretra.

La uretra masculina siendo órgano interno se hace externo y discu-

re en el interior de los cuerpos cavernosos. La estructura de estos - cuerpos permite contener cantidades variables de sangre y cuando la -- plétora sanguínea es total el pene se erecta.

El pene para su estudio se divide en tres porciones: raíz, cuerpo y glande. El cuerpo esta constituido por los 3 cuerpos cavernosos. El glande es un ensanchamiento del cuerpo cavernoso de la uretra. En los individuos no circuncidados el glande se encuentra cubierto por un replieque de piel llamado prepucio. Cuando el pene esta erecto el prepucio se retrae y queda al descubierto el glande.

Los genitales externos femeninos son: Labios mayores, labios menores, clítoris y el vestíbulo de la vagina. En algunas mujeres el introito vaginal esta parcialmente ocluido por una membrana conocida --- como himen.

La vagina es un conducto que posee una cavidad virtual, y músculo liso en los tercios medio é interno y músculo estriado en el tercio -- externo. Hasta la fecha no se han observado glándulas en las paredes-- vaginales. La membrana que tapiza a la pared vaginal es estratificada.

En el tercio interno de la vagina penetra parte del útero llamado cuello uterino.

Los genitales internos femeninos son: vagina, útero, tubas uteri-

nas y ovarios.

En ovarios se producen la maduración de las células precursoras-
de óvulos, además de hormonas como los estrógenos y la progesterona.-
Los óvulos maduros son liberados por los ovarios (ovulación) y cap-
tados por las tubas. Si la mujer fué inseminada los espermatozoides -
llegan hasta las tubas y ahí se produce la fecundación. El producto -
de la fusión del óvulo y espermatozoide es transportado por la tuba -
hasta el interior de la cavidad del útero y ahí se produce el desarro-
llo del nuevo individuo.

Los espermatozoides se producen en los testículos, que se encuen-
tran contenidos en el escroto (bolsas de piel que se hallan suspendi-
das por la raíz del pene). Los testículos también producen hormonas-
fundamentalmente, andrógenos de los cuales la testosterona es la más-
importante.

La estructura básica del testículo es sumamente simple. Es un --
conjunto de finisimos túbulos plegados sobre sí mismo y rodeados por-
una cápsula fibrosa inextensible, la túnica albugínea; en los inters-
ticios se encuentra las células productoras de andrógenos, las célu-
las intersticiales. La función de los túbulos en contraste, es la pro-
ducción y maduración de espermatozoides; al finalizar este proceso,--
(espermatogénesis) los espermatozoides son transportados en el inte-
rior de los túbulos hasta conductos comunes donde desembocan todos --
ellos. Estos conductos comunes abandonan el testículo y constituyen -

el epidídimo que se "monta" sobre el primero y da origen al conducto--
inguinal. El conducto deferente desemboca en las vesículas seminales -
y estas dan origen a los conductos eyaculadores que llevan a los esper-
matozoides a la uretra. Los conductos eyaculadores atraviesan la pró-
tata y esta rodea a la uretra inmediatamente por abajo de su lugar de-
origen en vejiga y vacía sus secreciones a la uretra.

El semen está constituido por el líquido producido por próstata--
y vesículas seminales, el cual se une a los espermatozoides.

Por debajo de la próstata se encuentran dos pequeñas glándulas --
que vierten sus secreciones a la uretra, se denominan glándulas bulbou-
retrales que lubrican el conducto uretral.

Bibliografía. 2, 24, 26, 34.

DIFERENCIACION Y DETERMINACION SEXUAL

La fecundación es el fenómeno que consiste en la unión del óvulo con el espermatozoide, y ocurre en la mayoría de los casos en el tercio externo de la tuba uterina se calcula que existe un depósito de alrededor de 200 a 300 millones de espermatozoides durante la cópula y generalmente sólo uno se necesita para la fecundación.

Es importante señalar el hecho de que, los espermatozoides adquieren su motilidad gracias al líquido seminal de donde asimilan sustancias metabólicas que aseguran su supervivencia (entre ellas la fructuosa secretada por la próstata). Se dice entonces que la célula masculina es ya madura pero adquiere su capacitación horas después de permanecer en el tracto genital.

Dadas las características del proceso de la gametogénesis los espermatozoides portarán un número haploide de cromosomas, es decir tendrán 22 autosomas y un cromosoma sexual o gonosoma y este puede ser cromosoma "X" ó "Y"

Los cromosomas que intervienen a nivel del acrosoma de los espermatozoides capacitados al entrar en contacto con la membrana ovular van a condicionar su poder fecundante finalmente.

Se han evidenciado dos sustancias que intervienen de manera directa en la fecundación, la fertilisina y la antifertilisina. La primera llamada también sustancia espermo-repulsiva, impide la aproximación de los espermatozoides al óvulo y la segunda también secretada en el tracto genital ejerce la acción contraria, estas dos intervienen en distintas fases del proceso de la fecundación.

Para el óvulo sucede lo mismo que para el espermatozoide durante la ovogénesis y debido al proceso de la meiosis el ovocito también va a adquirir un número haploide de cromosomas y un sólo cromosoma sexual que en todos los casos será el cromosoma "X"

En el momento de la ovulación, el óvulo se rodea de envolturas más o menos importantes, aparece una membrana pélfida gruesa y en general las células granulosas del fo-

liculo ovárico constituyen la corona radiada. El espermatozoide debe atravesar esta envoltura además de la membrana pelúcida y la membrana plasmática del huevo.

Los cambios físico-químicos del acrosoma del espermatozoide durante la capacitación corresponde a una especie de desenmascaramiento de la enzima Hialuronidasa. Esta va a actuar sobre el ácido hialurónico que mantiene la asociación de las células de la corona radiada. La membrana pelúcida que rodea el ovocito ofrece el segundo obstáculo, interviene una segunda sustancia, la espermolisina (Thibault y Dausier). Los espermatozoides más capacitados permanecen aplicados contra la membrana pelúcida pero no la atraviesan.

El núcleo del espermatozoide aumenta de tamaño y forma el pronúcleo masculino. Antes de fusionarse los pronúcleos cada uno de ellos duplica el DNA. Se produce entonces la fusión de los pronúcleos y se reintegra así el número de cromosomas, listos para la división celular.

La fecundación establece así las siguientes consecuencias biológicas:

1. - Reintegración del número diploide del cromosoma de la especie.
2. - Determina el sexo cromosómico del individuo.
3. - Produce la diversificación de la especie (al recibir información genética de dos líneas diferentes).
4. - Da inicio a las divisiones de segmentación.

Una vez que ha quedado determinado el sexo del producto a nivel genético el cigoto (que es una célula poco diferenciada y totipotencial) inicia su proceso de

división celular o de segmentación. Alrededor de 90 Hs después de la fecundación se produce la primera división de segmentación. De todo el proceso de diferenciación celular, se van a formar en el embrión tres capas celulares, endodermo, mesodermo y ectodermo y a partir de ello van adquiriendo gran poder de especialización. El aparato genital humano proviene del mesodermo.

En la cuarta semana de desarrollo embrionario se aprecia ya la primera manifestación de las gónadas, a través de los pliegues o crestas gonadales o genitales. Durante la sexta semana aparecen las células germinativas en los pliegues genitales (en caso de no llegar a estos pliegues las gónadas no se desarrollarán). Se dice que estas células tienen influencia inductiva sobre el desarrollo de ovarios y testículos. Dependiendo de la fórmula cromosómica que posea el producto, estas células adoptarán una conducta de formación ya sea masculina o femenina. Existe un período indiferenciado de la gónada, es decir, aquella donde los cordones sexuales primitivos se encuentran unidos al epitelio de la superficie.

En la misma sexta semana, a la par de las crestas genitales aparecen dos pares de conductos, los conductos mesonéfricos o de Wolff y los conductos paramesonéfricos o de Müller. Previamente, la gónada ya diferenciada en testículo u ovario alrededor de la octava semana comienza su función secretora. El testículo a través de las células intersticiales empiezan a producir andrógenos y esta hormona estimula los conductos mesonéfricos a desarrollarse, dando origen a epidídimos, conductos deferentes y vesículas seminales. Al mismo tiempo, el testículo fetal produce una sustancia llamada inhibina, que estimula a los conduc

tos paramesonéfricos evitando su desarrollo , los cuales se atrofian posteriormente .

En caso de que no existan los andrógenos , desaparecen las estructuras mesonéfricas, y se desarrollan los conductos paramesonéfricos, fusionándose por el centro , dando origen a las tubas uterinas y al útero. El ovario fetal no produce secreción de hormona alguna . Esto asume una importancia relevante, ya que como mencionamos anteriormente, sólo basta la ausencia de andrógenos circulante , para que el producto adquiriera características femeninas en caso de que su fórmula cromosómica sea XX.

A lo anterior , es a lo que se le ha llamado nivel endócrino de diferenciación sexual. Por otra parte aproximadamente a la tercera semana, y a partir de células mesenquimatosas se va a formar el tubérculo genital. Si hay andrógenos circulantes este tubérculo empieza a crecer para formar el pene y los pliegues genitales se fusionan por el centro para formar el escroto. En ausencia de andrógenos circulantes , no hay fusión de estos pliegues y esto va a dar origen a los labios mayores y menores. El tubérculo genital no crece y va a dar origen al clitoris . Esto corresponde a un cuarto nivel de diferenciación sexual , llamado también nivel genital externo.

Existe un quinto nivel de diferenciación sexual , que es más social que biológico , independientemente de la concordancia que exista entre los cuatro niveles antes señalados , corresponderá a la asignación del sexo en base a sus genitales externos en el momento de su nacimiento.

SEXO SEXUALIDAD Y EDUCACION SEXUAL

SEXO.- Características físicas heredadas que sitúan a un individuo en un continuo, y en cuyos extremos encontramos seres reproductivamente complementarios.

SEXUALIDAD.- ésta, por su parte puede describirse como el conjunto de características biológicas, socioculturales, y psicológicas que por ende incluyen en sí mismas la combinación de los factores denominados sexo biológico, social y psicológico que se definen de la siguiente manera.

SEXO BIOLOGICO O GENETICO.- Puede considerarse como tal, la unión del óvulo con el espermatozoide, originando una célula -huevo; el óvulo aporta un cromosoma "X", el espermatozoide un cromosoma "X" o uno "Y" por lo que la resultante directa de su

unión o combinación resultarán formulas que definan "el sexo cromosómico" XX el femenino y XY para el masculino.

SEXO DE ASIGNACION ó SEXO SOCIAL: Este es casi automáticamente adquirido cuando se establece las perspectivas de la familia y la sociedad ante el nacimiento de un niño en cuanto su futuro rol sexual y desde cuando la persona que atiende el parto indica que es hombre o mujer dependiendo de sus genitales externos.

IDENTIDAD SEXOGENERICA ó SEXO PSICOLOGICO: Corresponderán a tal, la expresión clara y manifiesta del sujeto ante la sociedad, esto quiere decir -- que va a sentir y a comportarse como hombre o mujer y actuará como tal.

La Sexualidad se va amoldando y adoptando generalmente por factores externos así mismo en forma conciente podemos influir en algunos componentes que la modifiquen, haciéndolo más natural y disminuyendo al mismo tiempo la expresión y represión a la que se encuentra sometida; los estereotipos culturales, acuerdos implícitos por medio de los cuales coopera y funciona un grupo de personas bajo ciertas normas, este mecanismo jamás es estático, la misma sociedad lo transforma y adapta de acuerdo a sus necesidades y condiciones. Estereotipos de géneros, llevados a cabo de acuerdo a los roles definidos y asignados a cada hombre y mujer; las diferencias -- existentes entre ambos no son una ley de la naturaleza, si no que responden a otros factores que van más allá de la relación específica entre --- ellos. Estos rasgos se hallan debilmente unidos al sexo biológico; responden más bien a las necesidades de una estructura social en un determinado

tiempo y espacio, que se perpetúa a través de estas diferencias, incorporándose al enjambre social y transmitiéndose de generación en generación.

El hombre fertiliza, la mujer menstrua, se embaraza y amamanta. Si esto fuera lo determinante, la vida se organizaría al rededor de estas variables, sin embargo no es suficiente. Es necesario, tener conciencia del contexto social en el que se desarrollan y mantienen los patrones de relación entre los sexos, cuyas diferencias después de un análisis aparecen como arbitrarias.

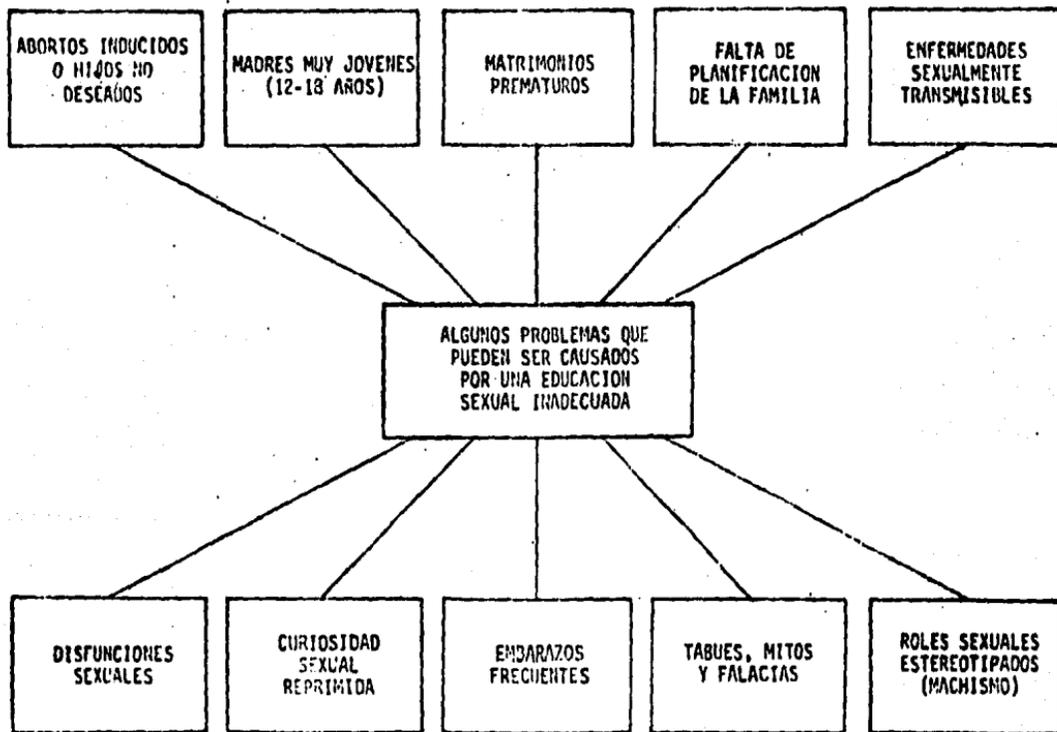
Los estereotipos antes mencionados tanto los culturales como los géneros deben ser lo bastante rígidos como para imponer orden y al mismo tiempo suficientemente flexibles como para permitir el cambio.

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.

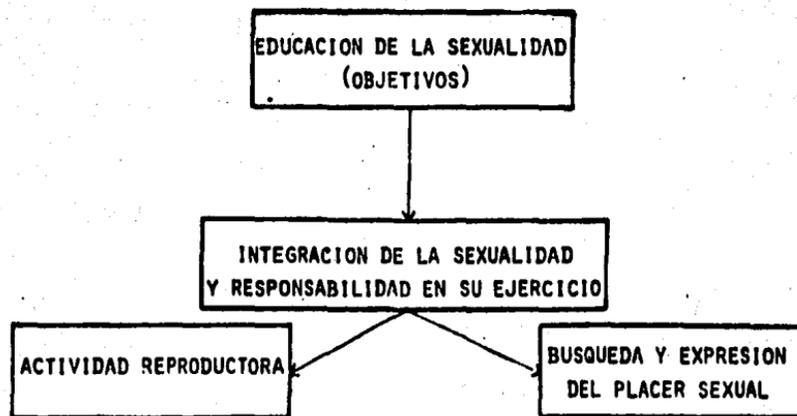
Se inicia en etapa temprana y está presente siempre. Se comienza a adquirir desde el nacimiento siendo un proceso paulatino diario y continuo; de esta manera el proceso educativo sexual como tal puede darse de dos maneras:

a) INFORMAL: Se enseña y se aprende acerca del sexo sin dirección o planeación previa y/o conciente, el menor aprende de los adultos como ven y viven su propia sexualidad y la de los que lo rodean. Estudian Patrones, tabúes, normas de conducta sexual así como reacciones paternas ante la curiosidad sexual y conductas infantiles. Conlleva una carga valorativa, mítica y prejuiciosa ante las expresiones sexuales.

CUADRO 3



CUADRO 4



B) FORMAL: Con esto, se planea adecuadamente la información y se ignoran los mensajes que implica la propia sexualidad, mensajes no verbales a través de "diversos canales".

En la actualidad muchas personas consideran que la educación de las sexualidad consiste en informar al niño como se origina la vida de un ser humano, como éste se desarrolla en el vientre materno y cuál es el complicado proceso de un nacimiento, así mismo explicar a la niña púber que es la -- menstruación y que cuidados requiere, por otro lado algunos piensan que -- este tipo de educación está destinado únicamente a controlar el comportamiento de los jóvenes.

Lo anterior pone a reflexionar sobre la necesidad de una educación de la sexualidad en toda la sociedad, a todo nivel; y a meditar el hecho de que no es posible negar constantemente está presente. Existe, y por lo tanto debemos analizarla, planearla y sistematizarla.

Nuestra sociedad se aproxima cada día hacia una actitud más positiva en -- pro de la sexualidad, la educación sexual es considerada un punto de vista más amplio y como uno de los medios si no el más importante que ayuda al individuo a desarrollar su potencial creativo como ser humano.

En nuestro medio la educación sexual formal se encuentra limitada a la -- que pueden impartir profesores de enseñanza primaria la mayor parte de -- ellos pobremente preparados al respecto con un carácter autoritario religioso negador de la sexualidad algunas veces la educación sexual la pro--

porcionan el profesional de la salud con un marco teórico parcializado; - con cierta frecuencia el sacerdote con un acervo de concepciones religiosas de la sexualidad con escaso o nulo carácter científico y con fundamento en la interpretación dogmática de leyes mosaicas y en las tradiciones-Judeo-Cristianas o proporcionadas como, ya se mencionó a través de los medios masivos de comunicación donde la sexualidad ocupa el lugar de un valor de cambio en una sociedad de consumo.

Obviamente la preparación de los profesionales que laboran en cada nivel requiere de diferentes habilidades y profundidad; el educador sexual necesita conocer las bases bio-psicosocioculturales de la sexualidad, técnicas didácticas y características generales de la población con quien labora. El consejero requiere de las bases bio-psicológica o "counseling", -- además de conocer las características de la población con quien trabaja, - y poseer un directorio mínimo para poder canalizar los casos que ameriten atención más especializadas; el terapeuta sexual requiere sólidos conocimientos de la anatomía y fisiología sexuales, de técnicas psicoterapéuticas y de las de condicionamiento conductal.

El perfil de personalidad de los tres niveles de profesionales, también debe ir de acuerdo al tipo de labor que se espera realicen. El investigador y evaluador debe poseer los suficientes conocimientos de la investigación social y psicológica, además de los conocimientos básicos de la sexualidad humana.

Resumiendo lo anterior podríamos decir que, la Educación sexual tiene -- como principal objetivo en niños y jóvenes hoy en día, construir bases --

firμες y sólidas para que el individuo pueda funcionar eficazmente a lo largo de su vida como ser Masculino ó Femenino.

Bibliografía. 5, 7, 31, 32, 39.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

DEFINICION: Se considera ésta como una respuesta integral del organismo que engloba tanto cambios fisiológicos a nivel de la esfera genital como de la extragenital, es decir es una respuesta que involucra a todo el organismo en su totalidad.

Kinsey y Cols. Presentaron una recopilación de datos estadísticos reflejando en ellos los modelos de conducta sexual en E.U.A. de 1938 a 1952. Este estudio fué basado en interrogatorios directos dando una invaluable información sociológica básica. Posteriormente otra evaluación revela la magnitud de esta contribución abriendo las puertas de la investigación de la respuesta sexual humana.

William Masters y Virginia Johnson en el año 1966 esquematizan los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo a las diferentes fases por las que atraviesa un ser humano durante el ciclo de la respuesta al estímulo sexual efectivo, el cual varía en cada individuo. El trabajo de Kinsey basado en investigación sociológica no interpreta fielmente la respuesta fisiológica y psicológica a la estimulación sexual ya que la conducta sexual no puede llevarse a cabo fielmente en tanto no se responde a dos preguntas sustanciales sobre el tema.

- 1.- ¿ Qué reacción física se desarrolla cuando el hombre y la mujer responden a una estimulación sexual efectiva ?.....y
- 2.- ¿ De qué manera se comportan frente a la estimulación sexual efectiva ?.

Para que la falta de adecuación sexual pueda ser bien tratada debe solucionarse los problemas que plantean estas dos interrogantes básicas la respuesta acertada de estos problemas multifacéticos traerá consigo el establecimiento de una información científica y elemental. La observación directa como primer técnica para describir y definir las modificaciones físicas que se llevan a cabo durante los ciclos de respuesta masculino y femenino es adecuado, sin embargo esta observación directa varía en forma significativa en relación con la preparación y objetividad del observador, se agregan posteriormente medidas fisiológicas y registros cinematográficos de toda las fases del ciclo de respuesta sexual; en cuanto a las reacciones fisiológicas para dar una idea más precisa es aplicable el esquema original de Masters y Johnson el cuál comprende cuatro fases: Excitación, Meseta, Orgasmo, y Resolución. Arbitrariamente, es sin embargo una base efectiva en la descripción de detalles en las variaciones fisiológicas de la reacción sexual las cuales pueden ser transitorias y aparecer sólo en una de las fases del ciclo.

La fase de la excitación del ciclo se desarrolla a partir de una estimulación somática ó psicógena, esta estimulación es de suma importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo.

Si la estimulación es adecuada a la demanda, la intensidad de la respuesta generalmente aumenta con rapidez, al mismo tiempo la fase de excitación resulta corta. Por otro lado si el estímulo físico o psicológico es objetable la fase de excitación puede prolongarse demasiado o inclusive puede verse interrumpida, la primera y la última fase del ciclo repre

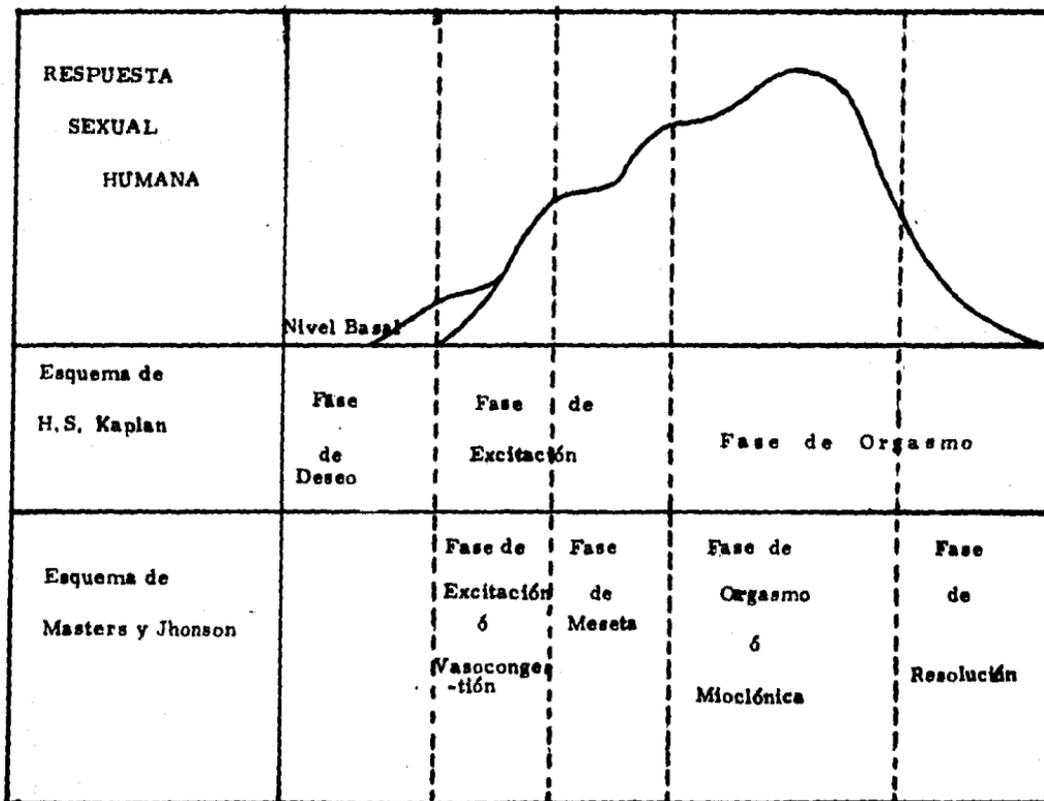
mite volver a la fase de Orgasmo en cualquier momento de la fase de reso-
lución si se aplica un nuevo estímulo efectivo.

En el hombre la fase de resolución incluye un período refractario y só--
lo se puede lograr una reestimulación efectiva terminando este período. -
En muy contadas excepciones fisiológicamente las probabilidades del hom--
bre para responder a la reestimulación es mucho menor que la de la mujer.

El esquema propuesto por Masters y Jonhson se ha modificado con el tiempo
la principal modificación hecha por la Doctora Helen Singer Kaplan que --
utiliza, completamente y enriquece el modelo original; básicamente añade--
una fase previa a las etapas propuestas en el esquema inicial: incluye --
la fase de meseta dentro de la de excitación y de la resolución en la del
Orgasmo (ver figura) quedando como un esquema trifásico únicamente.

Fases de deseos: Aquí los cambios sustanciales se llevan a cabo en las --
funciones cerebrales superiores, debido a que presentan modificaciones --
en el estado de ánimo de la persona la cuál despierta interés por la acti-
vidad sexual, se activan centros cerebrales expresándose en el organismo--
por sensaciones difusas o reacciones pélvicas vagas.

Fases de excitación: En el hombre la primera manifestación es la erec---
ción del pene y en la mujer la lubricación vaginal estos cambios son de--
bidos a ajustes fisiológicos extragenitales básicamente a nivel cardiovas-
cular hay aumento en la frecuencia cardiaca incremento en el riego --



ESQUEMA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA MODIFICADO POR H. S. KAPLAN.

sanguíneo produciéndose por consiguiente erección por cierre de las válvulas venosas y en la mujer lubricación también como fenómeno hemodinámico por aumento en la velocidad del flujo y vasocongestión produciéndose tras-sudado en las paredes de la vagina y no secreción glandular como se pensaba con anterioridad; aumentan las cifras de tensión arterial en razón directa al grado de excitación en genitales externos de la mujer habrá erección de clítoris, engrosamiento y aplanamiento en labios mayores y menores y cambio de coloración de claro a oscuro, podrá encontrarse -- también erección de los pezones tanto en el hombre como en la mujer cuando se acerca el final de la fases de excitación el clítoris se retrae --- hacia atrás se abre el orificio externo del cervix, hay vasodilatación en tercio externo de vagina, coloración intensa de genitales externos. Estos cambios corresponden a la fase de meseta de Masters y Jonhson a la turgencia del tercio externo de la vagina se le llamó plataforma orgásmica.

En el hombre, los testículos rotan y se acercan al cuerpo por contracción del escroto, musculos cremasteriano y el darthos al mismo tiempo las --- glándulas las bulbo-uretrales (Coupper) secretan una gotas de líquido -- las cuales lubrican la uretra a nivel superficial general y por el mismo fenómeno hemodinámico aparece el "rubor sexual" (enrojecimiento).

En esta misma fase ocurren contracciones musculares voluntarias que aumentan la tensión sexual por los fenómenos de vasocongestión y contracciones musculares a esta fase también se le ha denominado "vasocongestiva" o --- "miotómica".

Fases de Orgasmo: Lo mismo que en la fase de excitación el fenómeno más revelante es hemodinámico, sin embargo el aspecto más trascendental en la fase de Orgasmo es muscular, la actividad muscular es involuntaria y son contracciones miclónicas y debido a esta característica a esta fase también se le llama mioclónica. (Contracciones que se producen cada 0.8-segundo).

En el hombre se presentan contracciones a nivel de conductos deferentes y de uretra en décima de segundos, mecanismo por el cual los espermatozoides son expulsados (eyaculados) al exterior. En la mujer pasa algo similar: se presentan contracciones musculares tanto uterinas como vaginales, tanto la frecuencia cardiaca como respiratoria alcanza su máximo lo mismo el rubor sexual, se presenta sudoración profusa. Inmediatamente después de terminada esta fase se inicia la resolución de los cambios fisiológicos, durante la resolución si la mujer es estimulada adecuadamente -- puede volver a presentar otro Orgasmo; es decir, teóricamente posee capacidad multiorgasmica; el hombre, finalizando la resolución inicia un -- período refractario variable durante el mismo no sólo no responde a los estímulos sino que pueden ser molestos y dolorosos en caso de continuarlos.

Durante la repuesta sexual pueden encontrarse factores biológicos y psicológicos y éstos a su vez pueden afectarse por razones de índole social.

Esta repuesta puede ser de intensidad variable aún en un mismo individuo y con la misma pareja además puede presentarse en cualquier forma de relación que involucre la esfera genital sea heterosexual, homosexual o in

EXPLORACION MINIMA DE LA SEXUALIDAD

Es frecuente que el clínico explore brevemente la sexualidad de sus pacientes. La mayor parte de las ocasiones se realiza exclusivamente al llenar el formato de una historia clínica y generalmente se concreta a antecedentes ginecoobstétricos y todo esto de manera muy superficial.

Los trabajos realizados por Burnap y otros evidencian la cantidad de problemas que se encuentran al realizar una exploración intencionada. Las necesidades de nuestro pacientes generalmente son de información, que el médico tiene la obligación de satisfacer. La exploración de la sexualidad se encuentra dificultada por problemas de la comunicación -- ante la dificultad del binomio paciente-médico para hablar del sexo, -- por desconocimiento del tema, malas actitudes o temores. Además la intención de la exploración de la sexualidad no es hacer terapia sino -- solo detectar problemas para prevenir, educar y canalizar adecuadamente. Realmente importa saber cuándo explorar, qué explorar y cómo hacerlo.

Una exploración mínima de la sexualidad puede hacerse:

- 1.- Como parte de una historia clinica general.
- 2.- Cuando un problema sexual es la causa de consulta.
- 3.- Cuando la causa de la consulta es incierta.
- 4.- Cuando en una consulta por un motivo específico se expresa un asunto de índole sexual.

Los puntos fundamentales que debe contemplar una exploración mínima de la sexualidad son:

- a) Masturbación; incluyendo actitudes familiares, sentimientos --- personales y circunstancias en que ocurría, intentando correlacionar esto con eyaculación precóz y anorgasmia femenina.
- b) Historia coital; comprendiendo edad y circunstancias en que se - inició la vida sexual, y en las que actualmente se realiza: frecuencia, satisfacción con dicha frecuencia, orgasmo, sensaciones y tiempo estimado de los mismos.
- c) Algunos otros intereses de expresión sexual como: homosexualidad, paidofilia, fetichismo etc. Y para finalizar:
- d) Preguntas que tiendan a aclarar las dudas del paciente.

Es importante emplear una estrategia para poder hacer las preguntas con tacto y crear así un ambiente de confianza y seguridad. Es evidente que sin un marco previo de conocimientos y objetividad científica, el -- clínico difícilmente logrará una verdadera comunicación con el paciente. La exploración mínima de la sexualidad es bastante fácil y breve, pero-- algunas actitudes de los clínicos tienden a disminuir su destreza para - realizarla. Algunas de estas han sido descritas por varios autores y son: La incomodidad con la propia sexualidad; el temor a tratar ciertos temas-

de tipo " tabú "; el erigirse en juez del comportamiento de los pacientes, o la tendencia a etiquetar expresiones de la sexualidad dentro de un marco puramente patológico. Es por tanto, que para lograr los resultados apetecidos en una exploración mínima de la sexualidad, que no se impongan los valores personales del médico ante los de su paciente, y que no interfieran en la interpretación y análisis de los datos proporcionados por este último para lograr una adecuada comprensión de su problemática sexual.

Bibliografía. 1, 2, 4, 8, 16.

DISFUNCIONES SEXUALES.

Es en realidad difícil una definición sin embargo, implica una alteración en el funcionamiento, una alteración persistente de la respuesta sexual de alguna persona. Las disfunciones sexuales serían el prototipo de ----- aquellas alteraciones que a causa de los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad producen un sufrimiento silencioso en los individuos.

Dichas disfunciones no son procesos totalmente definidos por lo que para su diagnóstico se requiere habilidad para tomarlo como alteración física, psicológica y sociocultural del sujeto por una parte, y por otra deben considerarse en relación a la pareja o parejas de los mismos individuos ya sean Heterosexuales, Homosexuales, o Bisexuales es su caso.

Las disfunciones pueden ser al mismo tiempo primarias o secundarias así como selectivas o generalizadas. Etimología. Dentro de las posibles y más probables causas de disfunciones tenemos, información y aspectos formativos, aprendizaje, experiencias previas, Enfermedad, Fármacos, Aspectos psicodinámicos personales, Relaciones interpersonales, Relaciones de la pareja, Patrones socioculturales, Aspectos Religiosos, y por último factores externos.

A nivel de la fase de la fase de DESBO tanto en el hombre como en la mujer podemos encontrar las siguientes disfunciones.

A) Apatía sexual y B) Disritmia.

Funcional. Etiología causas externas o psicológicas o adinamia de pareja

Fases de excitación. - a) Disfunción lubricativa, presente únicamente en la mujer, la cual consiste en la dificultad o imposibilidad para que la vagina se lubrique en forma adecuada, su etiología es muy variada, pueden encontrarse en el fondo motivos psicológicos como angustia y ansiedad o razones netamente biológicas como la presente en el hipotiroidismo o en la carencia de estrógenos (Menopausia).

b) Disfunción eréctil, consiste en la incapacidad para lograr y mantener erección adecuada. Esta alteración se puede presentar en diversos grados o situaciones en forma parcial o total, selectiva o generalizada en su caso si el hombre la presenta con una o con todas las parejas y, primaria o secundaria si nunca se ha logrado una erección o si la ha tenido pero se ha perdido a la fecha. Con lo anterior las combinaciones patológicas pueden ser variadas tanto como su etiología y al mismo tiempo variará el tratamiento.

Las causas de esta alteración son de diferentes índole en 80-90% de las personas con este tipo de disfunción encontramos fondo psicológicos y el 10% la etiología es biológica u orgánica. Con frecuencia se asocian dos fuentes de disfunción como en el Diabético donde la función es sustancialmente orgánica pero se asocia un factor psicógeno lo cual agrava el pronóstico.

Esta fase de la Respuesta sexual puede verse alterada por enfermedades -

de diferentes sistenas o por la ingestión de algunos fármacos.

Causas psicológicas por eventos traumáticos en diversos estadios del desarrollo individual, factores emocionales, ambientales, falta de información adecuada o expectativas fuera de la realidad asi como alteración en las relaciones interpersonales o de la misma pareja. La incidencia y frecuencia de estos factores se ven incrementados por la edad.

Fases de Orgasmo. - Anorgasmia puede presentarse lo mismo en hombre que en la mujer, trataremos la anorgasmia femenina por ser la más frecuente en nuestro medio , consiste en que la mujer no alcanza el Orgasmo. Casi siempre se encuentra intimamente ligada a patrones socioculturales y --- religioso restringidos o bien en actitudes negativas a la sexualidad en general pero especialmente de la mujer.

Puede clasificarse en primaria, secundaria o preorgasmia. Primaria, incapacidad de la mujer para alcanzar el Orgasmo y nunca lo ha logrado con ningún tipo de estímulo. Secundaria, se presenta en mujeres que si han experimentado un Orgasmo pero que actualmente se han truncado sus intentos. La preorgasmia consiste en haber alcanzado el Orgasmo con otros estímulos pero no por la relación sexual (coital) vale la pena hacer hincapié en la etiología de fondo sociocultural o psicologica y que de ninguna manera debe llamársele frigidez, actualmente término descartado por considerarse un término valorativo.

b) Eyaculación precóz. En algunas ocasiones se ha llamado control inade-

cuado de la eyaculación, la más frecuente dentro de las disfunciones masculinas. Podemos mencionar como causas generadoras de esta patología al origen psicológico y otras de origen orgánico.

En sí, la mayoría de las veces su causa es de origen psicológico trastornos de aprendizaje sobre todo si el individuo ha tenido sus primeras experiencias con prostitutas, el factor tiempo predispone a una relación sexual rápida motivo por el cual se presenta una eyaculación igual (rápida) condicionando al hombre a "aprender" una defectuosa relación de pareja lo cual condiciona y favorece la aparición de una disfunción.

Las causas orgánicas son raras y por lo general se asocian a factores emocionales.

c) Eyaculación Retarda. El Orgasmo y la eyaculación son eventos diferentes e independientes sin embargo ambas son poco frecuentes y generalmente se consideran las dos alteraciones en conjunto. Aquí la etiología se considera un factor psicosocial y a actitudes negativas o condenatorias hacia la sexualidad.

d) Eyaculación retrógrada obedece generalmente a causas orgánicas probablemente de origen muscular que controla el esfínter vesical el cual se cierra momentos antes de la eyaculación; cuando esta acción se encuentra inadecuada, el semen se envía hacia atrás, es decir hacia la vejiga, sin embargo y a pesar de, el hombre tiene la sensación de Orgasmo normal. En orientales como algunos budistas no se consideraba como disfunción ya

que incluso entrenaban su esfínter con el fin de lograr esto para que --
"la semilla perlada de la vida" no fuera utilizada para engendrar, por --
lo que pensaban que la conservaban en el cuerpo.

e) Incompetencia eyaculatoria o anorgasmia. Es la ausencia de Orgasmo --
masculino y a pesar del estímulo, así como la anorgasmia femenina es fre --
cuente. Puede ser por causas psicológicas o por otras causas orgánicas -
por lo general por la ingestión de algunos medicamentos (tranquilizantes).
Otras condiciones que afectan el ciclo de la respuesta sexual humana así
como someramente explicadas son.

1. Vaginismo. Contracción involuntaria espástica de la musculatura vagi --
nal haciendo prácticamente imposible la entrada o salida del pene.

2. Dispareunia, Dolor durante el coito y puede afectar ambos sexos, es -
posible su origen en alteraciones orgánicas que impiden odificulten la -
relación sexual alterándola en alguna de sus fases, sin embargo no se --
descarta la posibilidad de que incurran factores psicológicos. Para el -
diagnóstico es necesario una historia clínica sexual completa.

HOMOSEXUALIDAD

Viene del griego homo, del mismo sexo sin hacer alusión especial al hecho de ser homosexual masculino o lesbiana. La homosexualidad es un tema controvertido que ha sido objeto de polémica o rechazo durante muchos años, sin embargo podemos citar el informe de la Doctora Evelyn Hooker del National Institute of Mental Health, que publicara en 1969 donde se concluyó que la hostilidad y suspicacia hacia la homosexualidad hace más daño social que beneficio, "La homosexualidad presenta un problema mayor para nuestra sociedad debido principalmente a la cantidad de injusticia y sufrimiento incluidas en ella, no solo para los homosexuales sino para todos los involucrados en en ello" consideramos que un resumen de lo que se sabe de la homosexualidad nos puede brindar información de este tipo de conducta.

La homosexualidad no es una enfermedad mental, la Dra. Evelyn Hooker, concluyó que no había una gran incidencia de enfermedades mentales estadísticamente diferentes entre homosexuales y heterosexuales. En 1973 la American Psychiatric Association, retiró a la homosexualidad como una enfermedad mental de su manual oficial de diagnósticos. Y en 1975 la American Psychological Association apoyó la decisión de la citada asociación psiquiátrica y declaró "La homosexualidad "per se" no indica alteraciones del juicio, estabilidad emocional o en general capacidades sociales o vocacionales" por lo tanto si no es una enfermedad no hay por que curarla, a menos de que la persona interesada no se encuentre de acuerdo con su orientación .

La mayoría de los investigadores concluyen que, se puede cambiar

la conducta de la persona homosexual pero difícilmente sus actitudes.

Con respecto a su estereotipo, el homosexual masculino no es característicamente afeminado, ni la lesbiana es masculinoide, no existen estereotipos definidos que identifiquen al homosexual ni conductas particulares que definan roles durante las relaciones sexuales, inclusive Masters y Johnson encontraron una vivencia más plena aparente de las relaciones sexuales entre homosexuales que entre heterosexuales atribuyendo esto, al condicionamiento moral o educacional del heterosexual. Con respecto a la paternidad o maternidad asumida por homosexuales, los estudios realizados aún no son concluyentes para afirmar que el ambiente total creado por una pareja homosexual sea un factor determinante en la orientación de las personas, que como sus hijos se encuentran a su cargo. Es frecuente encontrar heterosexuales como "fruto" de parejas homosexuales. Con respecto a la ocupación no hay límites para las posibilidades de desempeño profesional que los homosexuales no puedan desempeñar como lo demuestra la gran cantidad de asociaciones profesionales "Gay" que existen en los Estados Unidos.

FARMACOS ENFERMEDAD GENERAL CIRUGIA Y SU RELACION
CON LA SEXUALIDAD HUMANA.

Desde tiempo inmemorial el hombre ha intentado encontrar en los productos naturales o en fármacos sustancias que afecten positivamente la respuesta sexual humana con el objeto de incrementar el placer o la capacidad sexual. No existe evidencias científica de que los supuestos afrodisiacos modifiquen significativamente la intensidad de las relaciones y reacciones ante un estímulo sexual efectivo. Se ha supuesto que el alcohol es un inhibidor de los centros nerviosos superiores y alivia de esta manera los sentimientos de culpabilidad e inhibiciones, equilibrando las reacciones físicas deprimidas. Sin embargo su uso a largo plazo aumenta producción de enzima hepática que destruye la testosterona, principal responsable del apetito sexual, de forma similar se supone que actúan el hachis, opio, morfina, cocaína, y LSD entre otras, inclusive la marihuana puede producir ginecomastia e incompetencia eréctil.

Otras drogas como el Nitrito de Amilo (intensificador del orgasmo) y la Yohimbina, se han experimentado pero los resultados no son concluyentes. Se puede decir que la buena salud, mucho descanso, sueño adecuado o una buena cantidad de ejercicios con liberación de las tensiones emocionales continúan siendo los afrodisiacos más efectivos para el ser humano.

Los andrógenos son sustancias de las que se ha demostrado que tienen influencia sobre el deseo sexual y efectivamente abaten el umbral de respuesta a la estimulación sexual efectiva en ambos sexos, sin afectar en particular la lubricación, la erección o el orgasmo. Un efecto similar se ha observado con la administración de gonadotropina coriónica humana y de hormona luteinizante, ambas sustancias que elevan los niveles séricos de andrógenos. La atribución errónea de alguna disfunción sexual a deficiencia androgénica puede llegar a producir mayor frustración en los pacientes, dado que en muchos casos existen mayores implicaciones de tipo psicológico que no mejoran con administración exógena de la hormona, y sí empeorarán al paciente.

La medroxiprogesterona disminuye la libido dado que baja los niveles de hormonas luteinizante. Se ha utilizado con cierto éxito en paidófilos-reincidentes.

Los fármacos han sido elementos de incalculable valor en el manejo de un gran número de entidades nosológicas, y sin embargo a pesar de contemplar sus efectos sobre los procesos fisiológicos casi siempre se le ha prestado poca atención a su influencia sobre el funcionamiento sexual, y por lo general el clínico no se percató de los efectos indeseables sobre ésta última esfera. Es sorprendente el número de fármacos empleados en la práctica diaria y que de alguna manera afectan la respuesta sexual. Sabemos que los principales eventos de la misma se encuentran mediados por el parasimpático (fase vasocongestiva), y el simpático (fase mioclónica)

y que cualquier anticolinérgico o simpaticolítico, así como fármacos o medicamentos que de alguna manera afecten los centros cerebrales superiores condicionarán disfunciones sexuales. El médico ante esta eventualidad debe encarar el problema y hacer las recomendaciones pertinentes sobre su uso y efectos indeseables que de no explicitarse harán modificaciones --- transitorias, problemas en ocasiones difíciles de tratar.

A continuación presentamos en forma de lista algunos de los fármacos que afectan la respuesta sexual humana.

Afectan la fase de estímulo sexual efectivo (disminución del deseo sexual y apatía sexual):

Alcohol etílico

Ciproterona.

Clorodiazepóxido.

Digitálicos.

Diazepam.

Espironolactona.

Fenotiazinas.

Sulpiride.

Sales de litio.

Afectan la fase vasocongestiva (hipolubricación vaginal e incompetencia eréctil):

Alfa metil dopa.

Atropina.

Biperiden.

Cimetidina.

Clofibrato.

Dicilomina.

Escopolamina.

Hematropina.

Pipenzolato.

Propantelina.

Trihexifenidilo.

Tiazidas.

Ac. etacrínico.

Furosemide.

Hidralazina.

Difenhidramina.

Diazepam.

Clordiazepóxido.

Afectan la fase mioclónica (anorgasmia e incompetencia eyaculatoria):

Alfa metil dopa.

Antidresivos tricíclicos.

Bloqueadores de 5;-hidroxitriptamina.

Cimetidina.

Difenhidramina.

Fentolamina.

Fenoxibenzamina.

Guanetidina.

Haloperidol.

Inhibidores de la monoaminooxidasa.

Propranolol.

Prazosina.

Reserpina.

Tioridacina.

Medroxiprogesterona.

Bibliografía. 2, 6, 10, 26, 35.

CARACTERISTICAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN RELACION AL TRABAJO EN EL
AREA DE LA SEXUALIDAD

Como consecuencia del desarrollo de los medios de comunicación masivos, la comunidad, se ha visto en la necesidad de aceptar abiertamente el tema de la sexualidad, además de que hoy en día se le cuestiona, lo comenta y, como consecuencia de ello, existe la necesidad de contar con un marco de referencia sólido para entender su propia sexualidad y la de los demás. La demanda social contempla tal marco de referencia como un sistema estructurado por la información científica y por el desarrollo de actitudes y conductas que permitirán al individuo establecer relaciones interpersonales más auténticas y sólidas, sin abandonar el sistema de valores comunitario. La gente desea saber más y mejor sobre esta dimensión de la conducta humana, pero también quiere analizar su propio comportamiento, saber si lo que hace está bien hecho y si sus valores continúan siendo vigentes.

Tales elementos son los puntos claves de una técnica exploratoria que permita al profesional de la salud elaborar un diagnóstico en el que reconozca, no sólo las demandas evidentes de su consultante, sino también las exigencias no verbalizadas o no reconocidas de manera consciente. En ausencia de dicho diagnóstico situacional el profesional se verá incapacitado para dar una respuesta adecuada, útil, para reconocer sus propias limitaciones ante la situación específica planteada.

Como consecuencia de la diversificación de los conocimientos en materia de sexualidad humana, resulta, prácticamente imposible que todos los profesionales de la salud posean conocimientos profundos en el área. Sin embargo, como señala el médico norteamericano Richard Green: Descuidar la esfera sexual del paciente es, prácticamente, descuidar la salud integral, por ello, resulta indispensable que un grupo de profesionales posea conocimientos básicos por lo menos para responder a las demandas.

Se espera que algunos de los profesionales con los que la comunidad cuenta lo auxilién en esta empresa. Una gran parte de las expectativas sociales se dirigen al profesional de la salud, que si bien es cierto que ya no cuenta con la fuerza simbólica que solía poseer antaño, sigue teniendo una gran fuerza como promotor de valores sociales, como consejero ante problemas comunitarios, como agente de prevención y cambio y, finalmente, como personaje que siempre tiene al alcance la solución a todos los problemas.

No obstante, la capacidad con la que los profesionales pueden responder a las expectativas sociales depende de los siguientes factores :

- Del acervo de conocimientos que en esta área posee.
- De las actitudes con las cuales se enfrenta ante su propia sexualidad y, por ende, a la de sus consultantes.

Indudablemente, gran parte de las situaciones conflictivas que en el -- área de sexualidad a nivel individual, de pareja, de familia o de comu-- nidad se presentan, son susceptibles de prevención, a través de progra-- mas educativos con orientaciones dirigidas a la promoción de algunos -- valores que permitirán al individuo, a la pareja, la familia o la comu-- nidad, desarrollar un repertorio más flexible de actitudes y comportami-- entos, consiguiendo así relacionarse interpersonalmente de forma armó-- nica y constructiva.

Esos valores se expresan como propósitos básicos de todo proceso de edu-- cación sexual y serían los siguientes :

- Reintegrar la sexualidad a la totalidad del individuo para atender - globalmente la salud de la población.
- Promover la transformación de los roles sexuales estereotipados, pa-- ra contribuir al desarrollo social, por medio de elementos de comunica-- ción, confianza, respeto y responsabilidad en el seno de la estructura-- familiar.
- Fomentar una actitud responsable ante la conducta reproductiva.
- Comprender la sexualidad como un fenómeno dinámico, que se transfor-- ma en relación al contexto cultural, época y etapa del desarrollo -- ontogenético en la que se vive.

En el siguiente cuadro se explicitan los niveles de conocimiento conve-- nientes para responder a demandas específicas.

Niveles de Atención Profesional en Materia de Sexualidad Humana, de acuerdo a los niveles operativos en la Sexología.

PRIMER NIVEL

(Profesionales de Salud con un entrenamiento básico en Materia de Sexualidad Humana)

Del Usuario

Del Profesional de la Salud

a) Entrevista Inicial :

Demanda expresa o evidente

Exigencia táctica

Respuesta profesional útil

Solicitud de servicios profesiona
les.

Necesidad de hacer oír sus
quejas, temores o ansieda-
des y de aclarar dudas y -
fantasías.

Interés auténtico por sus consul- -
tantes, capacidad de empatía. Habi-
lidad para interpretar los mensajes
directos y "entre líneas" del con--
sultante. Habilidad para mantener--
un clima de comunicación y confian-
za, después de haberlo formado.

Ayuda para ordenar las ideas que -
habrán de exponerse.

Ayuda para reducir la an-
siedad que produce el ha-
blar de aspectos muy ínti-
mos y personales.

Demostraciones de auténtico interés,
de comprensión de la situación .
Conducción hábil de la entrevis----

Esclarecimiento de dudas

Saber con precisión si el repertorio de conocimientos que posee es adecuado o no.

b) Entrevistas subsiguientes (o bien entrevista inicial también)

Clarificación de valores

Saber con precisión si determinada posición o conducta es "adecuada" o "inadecuada". Recibir aprobación o "Consentimiento" Adquirir un marco ético de referencia.

ta, sin producir bloqueos en la comunicación.

Demostración en la actitud de --- que los temas de sexualidad son naturales y no vergonzosos.

Informar de manera clara, objetiva, fundamentada y adecuada al nivel cognoscitivo del consultante, sin evasiones o engaños cuando el tema planteado no es conocido suficientemente.

Referir a otras fuentes de información que gocen de la confiabilidad del profesional, en lenguaje claro y sencillo.

Identificar la demanda implícita. Ayudar a la persona para que reconozca su propia jerarquía de -- de valores, en vez de imponer los propios como verdaderos, absolutos e incuestionables. Promover el desarrollo de la autodeterminación, como ejercicio de la libertad de responsabilidad personal.

SEGUNDO NIVEL

(Profesionales de Salud con un conocimiento profundo en materia de sexualidad humana y de técnicas de consejería)

Ayuda para mejorar una relación interpersonal inestable.

Revisar sus expectativas respecto a la relación de pareja y -- búsqueda de "fórmulas" para conseguir bienestar conyugal.

Mostrar la importancia de la comunicación en la vida de los -- dos. Promover cambios en los -- papeles sexuales rígidos. Señalar el papel del resentimiento en la dinámica marital. Si la -- demanda persiste deberá realizarse una serie de entrevistas con un especialista en terapia conyugal.

Ayuda en la educación de los hijos

Ansiedad por desconocimiento o por temor a hacer erróneamente las cosas!

Disminuir ansiedad, escuchar con atención, informar lo más ampliamente posible, promover la auto-suficiencia y autodeterminación; búsqueda conjunta de metas educativas, enfatizando el valor de -- la afectividad, de la naturalidad y de la COHERENCIA en el proceso educativo.

Atención de fallas en el desempeño sexual.

Solución inmediata del problema

Identificar las causas de la falla Si el interrogatorio y la exploración muestran que el problema es ocasional, se proporciona información, se busca reducir la ansiedad Si el problema obedece a causas orgánicas o es secundario al uso de fármacos, se da la información pertinente, se busca reducir la ansiedad y se proporciona el manejo médico-quirúrgico conveniente. Si las causas de la disfunción son de naturaleza emocional, reforzadas por el contexto social, se canalizará al especialista en terapia de disfunciones sexuales.

Ayuda para resolver las dificultades para establecer relaciones interpersonales debido a conflictos intrapersonales.

Puede ser una petición indirecta, a través de familiares.

Psicoterapia, más o menos profunda de acuerdo a las necesidades del caso. Canalización con un especialista.

TERCER NIVEL

(Médico o Psicólogo con entrenamiento en Sexualidad Humana, Psicoterapia y Terapia Sexual)

Atención a fallas en la respuesta sexual.

Solución Inmediata al problema y disminuir su ansiedad y temor.

Escuchar con interés el problema. Demostrar confianza al paciente. Explicar el diagnóstico-pronóstico.

y características del tratamiento
Responsabilizar al paciente de su
participación en dicho tratamien-
to.

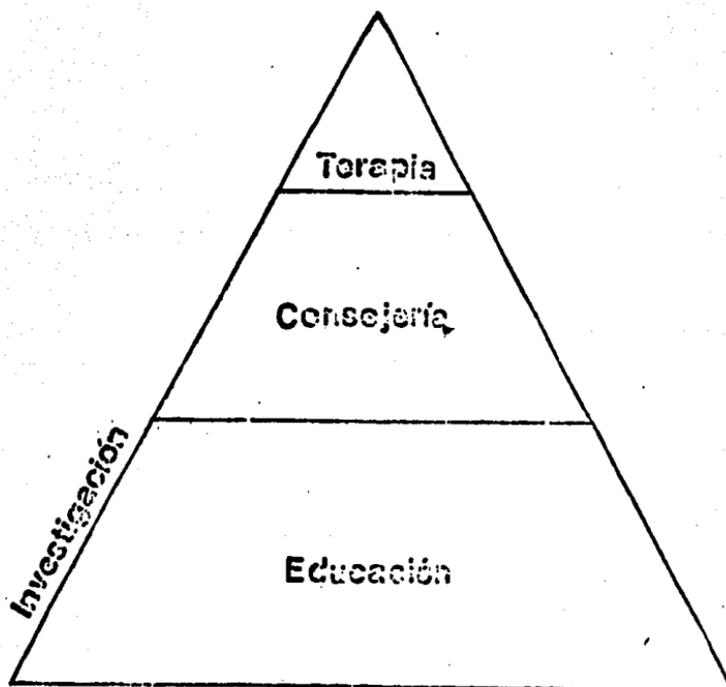
Mostrar conducta profesional en
todo momento.

Solución a conflictos interper-
sonales como resultado de con -
flictos intrapersonales.

Restablecer la dinámica familiar
alterada. Ofrecer alternativas a
los conflictos individuales. Dis-
minuir culpa y ansiedades.

Actitud imparcial. evitar las va-
loraciones. No actuar como juez-
Ofrecer alternativas en un marco
de confianza, y si es necesario-
referir el caso a un psicoterapeu-
ta

CUADRO No. 5



Bibliografía. 9, 20, 25, 27, 31, 36.

DEMOGRAFIA

La reproducción, la expectativa de vida y los movimientos poblacionales, son ampliamente estudiados por la demografía. Pero indudablemente que es interesante hacer algunas observaciones al respecto en esta revisión.

El aumento de la población en México, como en otros países ha preocupado y seguirá preocupando a los gobiernos. Y la reproducción tan ligada a la sexualidad es uno de los puntos en donde se ha incidido al fenómeno.

De 1900 a 1950 casi se duplicó la población mexicana incluyendo el periodo histórico de la revolución mexicana, en donde el índice de crecimiento fué de menos de 0.5%, a partir de entonces y progresivamente, el índice ha crecido y se dice que actualmente tendemos a duplicarnos en 30 años. Esto es resultado de múltiples factores en donde podemos -- mencionar; el nivel de vida principalmente, los avances científicos y entre estos los médicos sanitarios etc., lo que ha aumentado la expectativa de vida y ha disminuído las tasas de mortalidad.

Por otro lado y de acuerdo a la política de población, en CONAPO, se manejan las cifras de índice de crecimiento de 2.5% en 1981 y se espera llegar al 1% en el año 2000. Claro es que esto no es posible únicamente con un programa de control anticonceptivo, programa del cual ya se tienen algunos positivos resultados, pero que evidentemente, sa-

bemos que estos son una pequeña parte de los necesarios para evitar el crecimiento explosivo de la población.

Para integrar el control anticonceptivo a las parejas, es básico-satisfacer necesidades vitales; económicas, sociales y con esto educacionales con lo que automáticamente surgirá la conciencia social de -- controlar el número de descendientes, dentro de muchas otras cosas por más importantes.

Bibliografía. 28.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.

- 1) A TODA PACIENTE CON SINDROME DE TURNER
- Se le debe predecir esterilidad primaria
 - Debe evitarse la concepción
 - Presenta caracteres sexuales secundarios pero tardíos
 - Es indispensable cariotipo para definir sexo y diagnóstico
 - Es indispensable cariotipo para definir diagnóstico y pronóstico reproductivo
- 2) PLANIFICACION FAMILIAR ES.
- Un método de ayuda en el ajuste sexual del matrimonio
 - Un aspecto primordialmente religioso y social
 - Incluye aspectos únicamente anticonceptivos
 - Es un programa político económico y familiar
 - Solo a y d
- 3) El profesional de la salud que se enfrenta a problemas de disfunciones sexuales debe.
- Hacer diagnóstico diferencial con otro tipo de patología
 - Canalizar en un momento dado al paciente con una persona adiestrada en terapia sexual.
 - Prevenir conflictiva mayor y disminuir la angustia
 - Brindar información objetiva descriptiva y no valorativa al paciente.
 - Todas las anteriores.
- 4) LOS TOCAMIENTOS GENITALES DESDE LA LACTANCIA SON INDICIO DE.
- Erotismo infantil
 - Perversión futura si esta no se frena
 - La obtención de placer
 - La exploración de su yo corporal
 - c y d son ciertas.
- 5) EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES -- CONCEPTOS, EXCEPTO.
- Fisiología de la reproducción
 - Enfermedades sexualmente transmisibles.
 - Métodos anticonceptivos
 - Prohibición de ciertas prácticas sexuales
 - Consejo genético
- 6) ACERCA DE LOS ESTROGENOS.
- Estimulan el crecimiento de la superficie glandular del endometrio
 - Disminuyen al tamaño de las glándulas mucosas del endometrio
 - Disminuyen el recambio celular de la epidermis
 - Aumentan la libido femenino
 - A y D son ciertas.
- 7) CLASICAMENTE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA SE HA DIVIDIDO SEGUN MASTERS Y JOHNSON EN LAS SIGUIENTES FASES.
- Excitación, lubricación, orgasmo y relajación
 - Excitación y orgasmo
 - Excitación, meseta, orgasmo y resolución
 - Excitación, lubricación, erección y orgasmo
 - Ninguna de las anteriores.

- 8) LA VAGINA ES UN CONDUCTO MUSCULO-MEMBRANOSO QUE POSEE
- Unicamente musculatura lisa
 - Músculo estriado en su tercio externo y liso en los dos tercios internos
 - Músculo estriado en su tercio interno y liso en los dos tercios externos
 - Sólo es un conducto membranoso fibrolástico
 - Posee únicamente musculatura estriada.
- 9) ES UN EFECTO DEL ALFA METIL DOPA.
- Disminución del deseo sexual
 - Anorgasmia
 - Galactorrea
 - Incompetencia eréctil
 - Todas las anteriores.
- 10) SE CONSIDERA ABORTO.
- Terminación espontánea o provocada del embarazo antes de semana 20
 - Terminación del embarazo en producto menor de 500 Grs.
 - Interrupción del embarazo antes de la semana 16 con producto menor de 500 Grs.
 - Todas las anteriores
 - Sólo C es verdadera.
- 11) ACERCA DEL HOMOSEXUAL (MASCULINO FEMENINO)
- Debe considerarse como paciente psiquiátrico
 - No tiene características que lo distinguan (estereotipo definido)
 - Cometen "crímenes pasionales" con mayor frecuencia que los heterosexuales
 - Proviene de padres divorciados
 - Proviene de un estrato socioeconómico alto
- 12) LA PRACTICA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EDADES - TEMPRANAS PROPICIA.
- Frecuentes frustraciones
 - Disfunciones sexuales en la edad adulta
 - Complejo de culpa o vergüenza
 - Compulsividad sexual
 - Una salud sexual al llegar al estado adulto.
- 13) SE SABE DE LOS EFECTOS DE LA TESTOSTERONA ADMINSTRADA EN - ADULTOS.
- Sirve para el tratamiento de algunos casos de incompetencia eréctil.
 - Sólo tiene efecto sobre el deseo sexual
 - Aumenta el tamaño de los órganos genitales
 - Aumenta la producción de espermatozoides
 - Todas son ciertas.
- 14) DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN NUESTRO MEDIO, SE SABE QUE LAS MAS FRECUENTES SON.
- Incompetencia eréctil y vaginismo
 - Anorgasmia femenina y eyaculación precoz
 - La falta de lubricación vaginal y preorgasmia
 - La eyaculación precoz e impotencia
 - Priapismo y dispareunia.

- 15) MIENTRAS MAYOR ES EL GRADO DE EDUCACION DE UNA MUJER
- Se vuelve más receptiva a la idea del aborto
 - Lo rechaza (al aborto)
 - Le es indiferente
 - Aconseja el aborto a los demás
 - Ninguna es verdadera
- 16) LOS SIGUIENTES SON CAMBIOS QUE CON LA EDAD SE PRODUCEN EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DE LA MUJER .
- Latencia mayor entre aplicación del estímulo sexual efectivo y lubricación vaginal
 - Disminución de la cantidad del líquido de lubricación
 - Contracciones clónicas de la musculatura perineal menos intensas que en años anteriores.
 - Disminución de la congestión vulvar
 - Todas las anteriores.
- 17) SE HA OBSERVADO DISMINUCION DE LA LIBIDO CON
- Diazepan
 - Barbitúricos
 - Reserpina
 - Todos los anteriores
 - Sólo A y B son ciertas.
- 18) LOS CONDUCTOS DE WOLFF Y DE MULLER SE PRESENTAN EN,
- Sólo en el hombre
 - Sólo en la mujer
 - Ambos se presentan en los dos sexos
 - En ninguno de los dos sexos
 - No se presentan en el Pseudohermafroditismo.
- 19) EL TRANSVESTISMO ES,
- Placer o excitación proveniente de vestirse con ropa de sexo opuesto
 - Estado en que la anatomía y la orientación en el papel sexual de un individuo son incompatibles.
 - Atracción de una persona por un miembro del mismo sexo
 - Hombre y mujer que disfrutan sexualmente con miembros de ambos sex.
 - Sólo A y B son ciertas.
- 20) LOS AGENTES A TRAVEZ DE LOS CUALES EL INDIVIDUO RECIBE -- EDUCACION SEXUAL SON,
- Los maestros , sacerdotes y médicos
 - Medios masivos de comunicación
 - Familia, clubes y amistades
 - Libros científicos y revistas
 - Todas las anteriores.
- 21) SE CALCULA QUE PARA EL AÑO 2000 Y COMO RESPUESTA A LAS POLITICAS DE POBLACION, LA TASA DE CRECIMIENTO EN MEXICO SERA,
- 1 %
 - 2 %
 - 2.4 %
 - 1.8 %
 - 3 %

- 22) DENTRO DE LA EXPLORACION MINIMA DE LA SEXUALIDAD ESTAN INCLUIDAS LAS SIGUIENTES AREAS EXCEPTO,
- a) Masturbación
 - b) Historia coital
 - c) Dispareunia
 - d) Hábitos Higienico-dietéticos
 - e) Obtención del orgasmo.
- 23) CUAL ES EL VOLUMEN PROMEDIO DE SEMEN EN CADA EYACULACION
- a) 8 ML.
 - b) 2 ML.
 - c) 14 ML.
 - d) 3 ML.
 - e) 10 ML.
- 24) LAS RELACIONES SEXUALES EN EL PUERPERIO SE PUEDEN INICIAR A.
- a) Los 40 días
 - b) Los 60 días
 - c) En cuanto lo desee la pareja
 - d) En cuanto cicatrice la episiorrafia
 - e) En cuanto dejen de presentarse los loquios
- 25) EL FENOMENO FISIOLÓGICO PREDOMINANTE EN FASE DE EXCITACION
- a) Vasoespasmo
 - b) Contracciones mioclónicas
 - c) Eyaculación
 - d) Vasocongestión
 - e) Espasmo de la musculatura perineal
- 26) DEL TAMAÑO DEL PENE ERECTO SE SABE QUE,
- a) Es independiente de su tamaño en estado flácido
 - b) Es importante para la satisfacción de la pareja
 - c) En promedio mide 10 Cms.
 - d) Ninguna de las anteriores.
 - e) Sólo A y C
- 27) LA CONTRAINDICACION ABSOLUTA DEL D. I. U. ES
- a) Su instalación durante el puerperio inmediato
 - b) Procesos infecciosos crónicos cervicales
 - c) Nuliparas
 - d) Sospecha de Ca. Cu. "in situ"
 - e) A y C son ciertas.
- 28) LOS JUEGOS SEXUALES Y LA MASTURBACION EN LOS ADOLESCENTES SON PARAMETROS DE,
- a) Desajustes endócrinos
 - b) Patología social
 - c) Falta de información en el seno familiar
 - d) Madurez individual
 - e) Desarrollo formativo del individuo

- 29) LAS RELACIONES SEXUALES EN EL EMBARAZO SE PUEDEN REALIZAR
- Hasta el sexto mes
 - No se deben realizar
 - Con cierto cuidado durante todo el embarazo
 - Hasta el octavo mes
 - Están contraindicadas durante el embarazo en primer trimestre
- 30) LOS CENTROS MEDULARES SACROS DE LA ERECCION SE ENCUENTRAN A NIVEL DE,
- S2 S4
 - S1 S3
 - L1 L4
 - S4 C1
 - T1 T2
- 31) DURANTE EL ORGASMO ES CARACTERISTICA FUNDAMENTAL
- Contracciones tónico clónicas.
 - Vasocongestión
 - Contracciones mioclónicas
 - Eyaculación
 - Palpitaciones.
- 32) SE PUEDE CONSIDERAR QUE LA ACTIVIDAD SEXUAL,
- Desaparece a los 55 años
 - Desaparece a los 65 años
 - Disminuye progresivamente y termina a los 70 años
 - Disminuye conforme avanza la edad pero no existe punto determinado -- donde acabe por completo.
 - Ninguna es verdadera.
- 33) SE SABE QUE LA HOMOSEXUALIDAD
- Es una desviación sexual
 - Tiene un fondo de origen endocrinológico
 - También se da en los niños
 - No tiene una causa científicamente comprobada
 - Todas las anteriores.
- 34) CONTRAINDICACION ABSOLUTA DE HORMONALES ORALES,
- Obesidad
 - Antecedentes de tromboflebitis
 - Cirrosis hepática de laennec
 - Ca. de mama
 - Todas las anteriores.
- 35) EL NIÑO ES UN SER SEXUADO CUANDO,
- Se percata de su diferencia anatómica respecto al otro sexo.
 - Explora su anatomía
 - En el momento en que genéticamente se determina su sexo
 - Sólo C y D son ciertas.

RESULTADOS.

Se estudió una población total de 88 Médicos adscritos de las diferentes áreas y especialidades en el Hospital General de Zona No. 8 del IMSS- los cuales representaban un 43% del total de la población médica de esta unidad.

La población estudiada comprendió 44 individuos de la especialidad de medicina familiar y 44 del resto de las especialidades y servicios. Considerando al primero como grupo control no estudiándose variables en él - sino únicamente el resultado del cuestionario de conocimientos el cuál se correlacionará con el segundo grupo (Médicos no familiares) del cual se estudiaron las siguientes variables.

a) Sexo, b) Escuela de procedencia, c) Con especialidad o sin ella, d) Si en la escuela de procedencia recibió curso(s) de educación sexual o sexualidad humana y e) Si en forma privada o por iniciativa propia asistió a --- curso(s) de educación sexual o sexualidad humana.

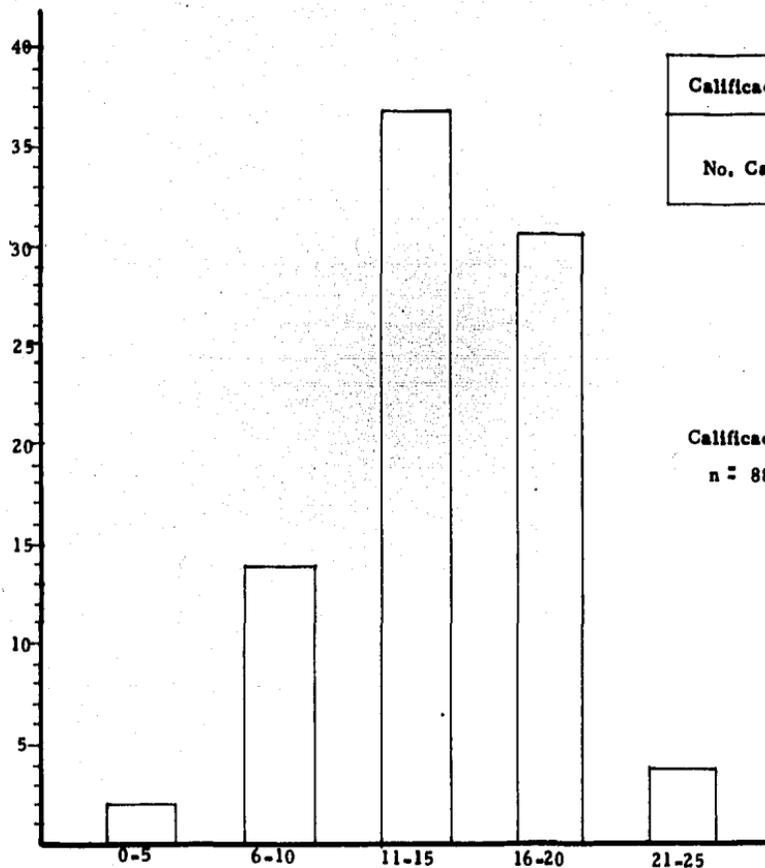
ANALISIS.

1. - En la muestra estudiada participaron médicos egresados de 8 distintas escuelas de medicina del país.
2. - Se encontró que no se cuenta con cursos formales y curriculares de Educación sexual o de Sexualidad humana en las universidades del país.
3. - De la muestra se obtuvo un promedio de calificación de 54.54 en el sexo masculino y de 45.45 para el femenino, de los médicos no familiares al mismo tiempo se considera que la muestra no es representativa en cuanto a su calificación por sexo debido a que se trata de un grupo heterogé -

neo.

4. - De la muestra (Médicos N6 Familiares) 15 individuos citan haber cursado postgrado lo cual representa el 34% de este grupo.

5. - El 100% de Médicos no familiares refirió que nunca recibió curso(s) de educación sexual o sexualidad humana en los cursos de postgrado así como ese mismo 100% jamás ha asistido por iniciativa propia o en forma privada a cursos de educación sexual o sexualidad humana.

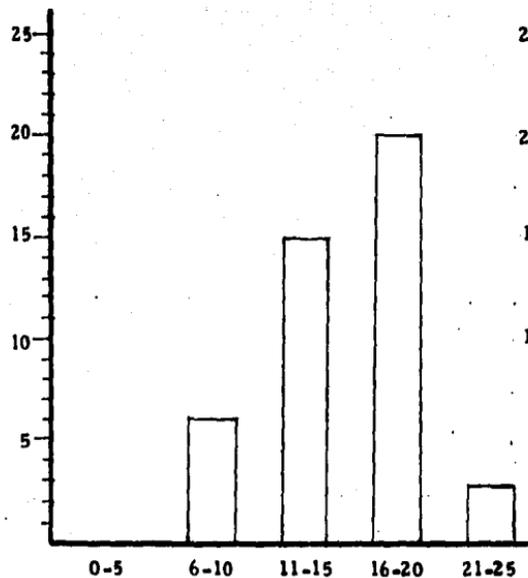


Calificación	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
No. Casos	2	14	37	31	4

Calificación
n = 88

\bar{x} 14,21 = 40,6 %

I PROMEDIOS GENERALES DE CALIFICACION DE LA POBLACION EN GENERAL.



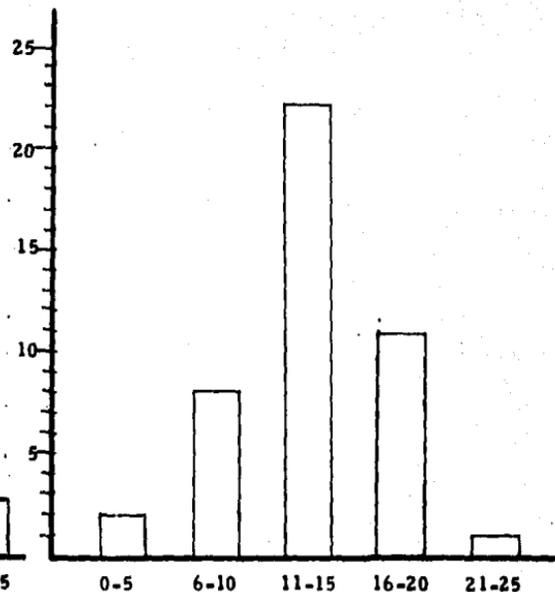
n = 44

\bar{X}
15,65 = 44,71%

Moda 19

Media 16

II Grupo Control (Médicos Familiares)



n = 44

\bar{X}
12,77 = 36,48%

Moda 12

Media 12

III Grupo Muestra (Médicos no Familiares)

PROMEDIOS GLOBALES DE CALIFICACION DE GRUPO CONTROL Y MUESTRA.

DISCUSION Y COMENTARIOS.

Inicialmente nuestra hipótesis postula en forma clara, que el Médico en la actualidad carece de conocimientos suficientes sobre sexualidad humana y resolver integralmente los problemas que aquejan a algunos pacientes y, al mismo tiempo en forma satisfactoria.

La observación realizada durante el presente estudio de investigación ha permitido correlacionar los parametros de conducta y conocimiento en diferentes areas del hospital donde se realizó el presente trabajo.

Se observó cierta tendencia conformista y actitudes variadas llegando a encontrarse en ocasiones rotundas negativas para la aplicación del cuestionario y su resolución de lo que se desprenden ciertas normas o modelos conductuales así como patrones establecidos y actitudes planas o negativas.

Se analizaron concienzudamente los factores que determinan la negatividad o el rechazo absoluto a cooperar y se considera que existe cierto recelo o temor a aceptar el hecho de demostrar que se sabe poco o bien no se sabe.

Se aplicó un cuestionario de 35 reactivos con cinco opciones de respuesta cada uno el cual explora en forma discreta los conocimientos que sobre esta área poseen médicos adscritos a este hospital, con los resultados que se citan y grafican.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

No existe explicación válida para fundamentar adecuadamente el por que en la curricula de escuelas y facultades del país no se lleven a cabo cursos formales de educación sexual o sexualidad humana .

Se investigó a fondo la relación de los grupos de individuos estudiados y entrevistados los cuales respondieron el cuestionario de conocimientos aplicado, encontrando que el nivel de conocimientos en esta area es NULO-realmente encontrandose promedios aritméticos de 15.65 en el grupo con trol (médicos familiares) y de 12.77 en el grupo de la muestra.

Lo anterior traduce que en realidad no se encuentra capacitado para otorgar una adecuada, eficaz e integral atención por lo que se considera la conveniencia de implantar cursos formativos en sexualidad humana para médicos del instituto mejorando en mucho con ello la calidad de la atención dichos cursos con bases científicas y sobre todo claros y objetivos.

Del grupo muestra (44 individuos) sólo uno obtuvo calificación aprobatoria (60) y al mismo tiempo el promedio porcentual grupal de la muestra en el examen de conocimientos fue de 36.48.

Bibliografía

1. -ALVAREZ GAYOU; MAZIN R. Educación Sexual en facultades y escuelas de Medicina en México. Revista de Salud Pública en México Vol. 19 No. 3., pags. 443-446, Mayo-Junio 1977.
2. -ALVAREZ GAYOU; MAZIN, R. Elementos de Sexología, Ed. Interamericana, 1979, México.
3. -BERZON; LEIGHTON. Positively Gay. Ed. Celestial Arts, New York - 1980.
4. -BURNAP, D. W.; GOLDEN, J. S. Sexual Problems in Medical Practice - J. Med. Educ. Vol. 42. Pag. 673, 1967.
5. -CARRASCO JUAN C. y Cols., Educación Sexual, Departamento de Publicaciones, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
6. -CHURCHILL; W. Do Drugs increase sex Drive. Sexology. pags. 228 -- 247, 1981.
7. -CONAPO; Documento de apoyo para el curso de Educación Sexual para orientadores Técnico Médicos y auxiliares de los Centros de Seguridad Social del IMSS, México 1980.
8. -GREEN; R. Sexualidad Humana 2a. Ed. Ed. Interamericana 1981.
9. -GREEN; RICHARD, M.D. Human Sexuality, a health practitioners text - edited by Ruhard Green M.D.
10. -HARMON; V. ALIAPOLIUS, MA. Gynecomastia in Marihuane users. - N. England J. Med. pag. 287. 1972.
11. -HERRERA, M. y Cols. El Médico Residente de Medicina Familiar ante la sexualidad Humana, Tesis Recepcional IMSS 1981 México.
12. -HOOKER; E. The Adjustment of the male homosexual. J. Pro. Tech. -- Vol. 21, pags. 18-31, 1957.
13. -HOOKER; E. The Problem of Homosexuality in Modern Society. Ruitenbeek, Hendrik M. Dutton, 1963.
14. -HOUILLO; C. Sexualidad, Ed. Omega Col. Métodos, Barcelona 1978.
15. -INEDITO, La Respuesta Sexual Humana, Información Científica y Técnica, Vol. 3 No. 43, 1981.
16. -KAPLAN; H. S. La Nueva Terapia Sexual, Ed. Alianza. Madrid Esp. 1978.
17. -KAPLAN; H. S. Disorders of Sexual Desire. New York; Simon and Schusters. 1979.
18. -KATCHADOURIAN; H. S. LUNDE, D. Las Bases de la Sexualidad Humana Ed. Ceca, México, 1980.
19. -LANGMAN, J. Embriología Médica. 2a. Edición Editorial Interamericana, México, 1969.
20. -LIEF; HAROLD. Medical Aspects of Human Sexuality, Williams S. WILKINS, Baltimore, 1975.
21. -MASTERS; JOHNSON, Respuesta Sexual Humana. Ed. Intermédica, Buenos Aires, Argentina, 1976.
22. -MASTERS; JOHNSON, Respuesta Sexual Humana, Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1978.
23. -MASTERS; JOHNSON, Human Sexual Inadequacy. Boston. Little Brown - and Co. 1970.

24. -MAZIN; R. Conferencia dictada sobre Diferenciación y Determinación Sexual en el IV Taller Básico IMESEX, Agosto 1979 México
25. -MAZIN; R. Revista de Sexualidad Humana y Educación Sexual, Cressalc Bogotá, 1981.
26. -Mc. CARY, J. L. Sexualidad Humana, 3a. Edición, Ed. El Manual Moderno, México, 1980.
27. -Mc. WHIRTER, David P, Chairperson M. D, Assect Association of Sex - Educators, Counselors and Therapists, Washington D. C 1980
28. - México Demográfico, Consejo Nacional de Población, 1979.
29. -MONEY; JOHN, Psicosexual Differentiation. Sex Research New Developments. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
30. -MONEY; JOHN, Trucker Patricia. Sexual Signatures. On being a man or a woman. Little Brown and Company, Boston, Toronto, 1975
31. -MONROY; de V. A. El Educador y la Sexualidad Humana. Editorial Pax - México. 1976.
32. -MONROY; de Velasco Anameli. El Educador y la Sexualidad Humana. Ed. Pax-México. 2a. Edición, 1977.
33. -MONROY; de Velasco Anameli. Trabajo Social y Sexualidad Humana. Ed. Pax-México, 1980.
34. -QUIROZ; R. Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa Tomo 3, México.
35. -RUBIN; E. LIEBER, C. S. ALTMAN, K. Prolongued Ethanol Consumption increases Testosterone Metabolism in the Liver. Vol. - 191. pags. 563-564., 1976.
36. -SHERMAN; J. SHERMAN R. Taller de Terapia Sexual y Comunicación personal. México, 1981.
37. -SCHLOSSER; Raquel. Mecanograma sobre Sexualidad, México 1981.
38. -WALLECHINSKY; WALLECE, WALLECE. The Book of the lists. Ban - tam books. New York, 1978.
39. -WILSON; Robert. Introduction to Sexual Counseling. Statewide Family-- Planning Program, Carolina Population Center 5th. Edition 1977.