

11226

74.207.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RELACION ENTRE LA URETRITIS GONOCOCCICA
Y EL GRADO DE ORIENTACION SEXUAL.

T E S I S

TRABAJO DE INVESTIGACION

Que para obtener el titulo de la Especialidad en
MEDICINA FAMILIAR

presenta

DRA. TOMASA ABRIANA VEGA CARRILLO

México, D. F.

1986



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

I	INTRODUCCION	1
II	MATERIAL Y METODOS	18
III	RESULTADOS	20
IV	DISCUSION, CONCLUSION Y COMENTARIOS	30
V	BIBLIOGRAFIA	37

I INTRODUCCION

En el siglo XVII nace la represión, después de centenas de años de libre expresión, coincidiendo con el capitalismo, formando parte del orden burgués dándole al sexo un valor mercantil y convirtió, en una regla para todos, que sólo se aplicaba a una reducidísima élite.

En el siglo XVIII nace una incitación política, económica y técnica al hablar del sexo, no tanto en forma de una teoría general de la sexualidad, sino en forma de análisis, contabilidad, clasificación y especificación, en forma de investigaciones cuantitativas o causales. Hablar del sexo libremente, no para condenar o tolerar, sino para dirigir, introducir a sistemas de utilidad.

Una sociedad afirma que su futuro y su fortuna están ligados, no sólo al número y virtud de sus ciudadanos, no sólo a las reglas de sus matrimonios y a la organización de las familias, sino también a la manera en que cada cual hace caso de su sexo.

A partir del siglo XVIII le dan una importancia objetiva al sexo de los niños y adolescentes, suscitando discursos en medicina explicando varias enfermedades de los nervios y, en psiquiatría se empieza a dar explicaciones de las variantes normales y anormales de la sexualidad.

Es muy posible que la intervención de la Iglesia en la sexualidad conyugal y su rechazo de los "fraudes" a la procreación hayan perdido mucho de su insistencia desde hace 200 años. Pero la medicina ha entrado con fuerza en los placeres de la pareja, ha clasificado toda una patología orgánica, funcional o mental que nacería de las prácticas sexuales "incompletas", las ha integrado al desarrollo y a las perturbaciones del instinto, y hasta el siglo XIX la Psiquiatría bautiza a las diferentes aberraciones de la sexualidad.

En el siglo XIX el sexo parece inscribirse en 2 registros: una biología de la reproducción que se desarrolló de modo continuo según una normatividad científica general, y una medicina de sexualidad que obedeció a muchas otras reglas de formación.

China, Japón, India, Roma, las sociedades árabe Musulmana, se dotaron de un ars erótica, en donde la verdad es extraída - del placer mismo, tomado como práctica y recogido como experiencia.

La confesión fue y sigue siendo la producción del discurso verídico sobre el sexo, constituyendo un archivo sobre la sexualidad, no dejando huellas en un principio (así lo quería la confesión cristiana), hasta que la medicina, la psiquiatría y también la pedagogía comenzaron a solidificarlo, logrando en convertir la confesión sexual en forma científica por medio de: Una codificación clínica del "hacer hablar", por el postulado de una causalidad general difusa, por el principio de una latencia intrínseca de la sexualidad, por el método de la interpretación y por la medicalización de los efectos de la confesión. (1)

La sexualidad parecía tener justificación tan sólo, y aún con limitaciones, dentro del matrimonio y en edad fértil, antes o después de ella, la actividad sexual adquiría connotaciones patológicas.

El conocimiento de la sexualidad, era transmitido verbalmente y no siempre bajo la responsabilidad de las personas más adecuadas, no es extraño que el estudio de la sexualidad humana estuviera y siga estando preñado de Mitos, inexactitudes, tabúes y, en general de errores con amargas consecuencias para el equilibrio físico y psíquico de los individuos, ya que la sexualidad ha permanecido etiquetada durante siglos como uno de los instintos más vergonzosos del género humano.

Los comienzos del cambio en los hábitos y costumbres relacionados con la sexualidad y sobre todo, en la eliminación de los tabúes que durante siglos han impedido hablar de la sexualidad como de cualquier otro problema humano, se remontan a finales del siglo XIX, cuando investigadores como Henry Havelock Ellis (1859-1939), Richard Von Jrafft-Ebing (1840-1902) y Theodor Hendrik Van der Velde, abordaron por primera vez la sexualidad desde un punto de vista científico, dando un enfoque racional al tema,

Freud (1856-1939), convirtió la sexualidad en uno de los pilares fundamentales para la comprensión total del hombre, en ningún momento intentó demostrar científicamente sus intuiciones,

Pese al creciente interés por el tema sobre la sexualidad, persistía aún la idea de que determinadas actividades sexuales eran patológicas, hasta que Alfred Kinsey (1894-1956), Pomeroy, y Martín, cambiaran el panorama de la sexología, demostrando que muchas de las conductas tenidas hasta entonces como antinaturales eran practicadas por casi la totalidad de la población y obligaron con ello a reconsiderar el enfoque global dado hasta entonces a la sexualidad.

Finalmente Williams Masters y Virginia Johnson lograron resolver las interrogantes básicas sobre el proceso que experimenta el organismo cuando emite una respuesta sexual, y sobre los mecanismos biológicos encargados de controlar este fenómeno. (2)

Como vimos en el breve resumen de la historia de la sexualidad, refieren que han ido desapareciendo los tabúes y mitos sobre este tema, en forma paulatina hasta hablar en forma natural de él pero me pregunto: ¿En verdad, se habla libremente de la sexualidad y lo relacionado a ella? y sobre todo en la gente de pocos recursos socioeconómicos y cultural, como son la mayoría de nuestros derechohabientes, o ¿sólo será en una pequeña élite científica? o ¿en qué época?, ¿estamos en el siglo XX fuera de mitos y tabúes? o tenemos una mezcla de todas las épocas y por ende desde el pensamiento mágico, religioso y muy poca gente científica y ¿quién? lo tendrá liberal, ¿porqué aún, son tan frecuentes las enfermedades venéreas en esta época de antibioticoterapia? Tantas interrogantes inquietaron a una servidora, para realizar la presente tesis, sobre la falta de orientación sexual y la uretritis gonococcica, ya que van de la mano, considerando a ésta última como una enfermedad pecaminosa, un tabú, siendo difícil que el paciente llegue abiertamente a hablarnos de su enfermedad, sobre todo si el médico es del sexo opuesto, llegando al diagnóstico de la Uretritis Gonococcica, hasta que nos ganamos la confianza del paciente, o bien cuando el cuadro clínico es muy claro o nos ayudamos paraclínicamente.

Para hablar de la sexualidad, requeriríamos de un arsenal de conocimientos y escribir miles de libros, como veremos tiene varios puntos importantes y a la vez subtemas de estos, que para hablar de cada uno de ellos, podríamos hacer infinidad de tesis, pero trataremos de ser breves, para tener un conocimiento general sobre el tema, haciendo incapie en enfermedades venéreas sobre la Uretritis Gonococcica como mencionamos anteriormente, la escogimos para estudio, ya que es una de las causas más frecuentes de consulta externa de Medicina Familiar, y la primera de las enfermedades venéreas, como trataremos de demostrar que se debe a una falta de información adecuada, sobre la sexualidad,

Empezaremos por hablar de la diferencia, de lo que es el sexo y la sexualidad, ya que la mayoría de las personas habla de ellos como sinónimos.

La SEXUALIDAD, es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombre o como mujer.

Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo.

Y el SEXO, es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para procrear la reproducción.

Pues bien tenemos al SEXO BIOLÓGICO, que resulta de la unión del óvulo y el espermatozoide para formar la célula huevo, aportando cada uno un cromosoma sexual, XX y X o Y respectivamente, de la combinación de estos cromosomas puede resultar XX o XY, correspondientes al SEXO CROMOSÓMICO, femenino y masculino respectivamente.

En la evolución posterior, entre la 6a y 8ava, semanas se determina el SEXO GONADAL y HORMONAL, con la diferenciación de las gónadas a testículos, o a ovarios, posteriormente a esto, se produce la atrofia de los conductos de Wolff o Müller, quedando establecido el SEXO GENITAL.

Nacido el niño con sus órganos sexuales diferenciados se le da un SEXO DE ASIGNACION, de acuerdo a la conformación de sus genitales externos, el simple hecho de que el médico o la persona que atiende el parto, que refiere si es masculino o femenino va a establecer cuales son las expectativas de la familia y especialmente de la sociedad, en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido y así decimos que se ha establecido su SEXO SOCIAL.

A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino determinando así el SEXO PSICOLÓGICO y su expresión social, es decir, va a sentirse hombre o mujer y va a actuar de acuerdo a ello.

Si el sexo biológico coincide, con el sexo social y el sexo psicológico, se puede decir que se logra una identidad sexual,

Siendo la identidad sexual un proceso complejo que para su consecución es determinante la relación del niño con sus padres y como cada uno de ellos viva su propia sexualidad y la del otro.

La sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos, por lo tanto la sexualidad es evolutiva, pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto a partir de sus transformaciones, trasciende al centro de la persona, se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo, como veremos con las teorías que describió Freud en su introducción al psicoanálisis, en donde la actividad erótica infantil, como fundamento de la sexualidad adulta. (3)

Describiendo las siguientes fases:

FASE ORAL: A poco de nacido usamos los labios para ingerir comida (que es placentera.- Principio del Placer), aprende de inmediato (Compulsión de Repetición), que al manipular la cavidad - labios - lengua - oral (zona erógena), según la ley de Jackson, - lo primero que entra en un sistema es lo último en abandonarlo, - por lo tanto la secuencia oral y la zona erógena son las etapas más duraderas y fuertes en el vivir del hombre, siempre recurrirá a la zona oral en busca de placer, y lo hará incluso cuando tal actividad resulte insuficiente para resolver un problema y reducir la tensión.

FASE ANAL: Ocurre entre los 12 y 24 meses de edad, cuando el tracto digestivo inferior se ha acumulado suficiente residuos alimenticios, surge una tensión en las vísceras, hecho que es causa de incomodidad y dolor, eliminando el producto y disminuyendo la presión el neonato vuelve a sentir placer.

FASE FALICA: De los 2 años en adelante, descubre y goza las restantes zonas erógenas de su cuerpo, los órganos genitales, pene y vagina, aunque también manipule las fosas nasales y los ojos para obtener placer.

FASE GENITAL: En esta etapa no se descubre, ni se emplean nuevas zonas erógenas, ocurre una síntesis de las tres secuencias anteriores, que ya no dirigen su fuerza sobre el individuo, sino hacia el exterior, por lo común en pos del sexo opuesto, (4)

Siguiendo con el desarrollo de la sexualidad, desde el momento del nacimiento los órganos genitales del individuo han adquirido un considerable grado de desarrollo, pero no han evolucionado

nado totalmente, hasta el comienzo de la pubertad, determinado -- por 2 hechos fisiológicos diferentes, la menstruación femenina y la espermatogénesis masculina.

Menstruación femenina: La vida sexual de las mujeres se caracteriza por cambios mensuales periódicos en la secreción de las hormonas sexuales, durante cada uno de estos ciclos, que abarca - de 28 a 30 días y cuya regularidad no es idéntica en todas las mujeres, se produce la maduración de un folículo ovárico, con la posterior expulsión de un óvulo y la transformación del endometrio aumentando de grosor para preparar la eventual anidación del óvulo en caso que sea fecundado, cuando esto no ocurre, el óvulo es expulsado al exterior junto con mucosa endometrial, que se descaema bruscamente produciendo hemorragia conocida por menstruación que ocurre por primera vez (menarquia) en promedio a los 13 años de edad, y siendo la última (menopausia) en promedio de los 45 a 55 años de edad.

Los acontecimientos que tienen lugar durante el ciclo dependen de las hormonas gonadotróficas, segregadas por la hipófisis anterior, bajo el control del hipotálamo y de los estrógenos y progesterona producidos por los ovarios.

Espermatogénesis masculina: equivale a la menstruación en la mujer, engloba el conjunto de multiplicaciones, transformaciones y divisiones que conducen a la formación de células germinales masculinas maduras, aptas para la fecundación. Los espermatozoides inician su crecimiento y proliferación en los túbulos testiculares como consecuencia de la estimulación de las hormonas gonadotróficas y testosterona segregada por las células de Leydig del testículo. La primera fase de este proceso comienza en el período embrionario cuando las espermatogonias van duplicándose y se acumulan en los tubos seminíferos, permaneciendo en estado latente, hasta que el organismo entra en su pubertad o período de madurez sexual, este ciclo requiere 64 días, las espermatogénesis que no debe confundirse con la simple expulsión de líquido prostático seminal, se inicia en promedio a los 13 años de edad y se mantiene durante su vida sexual del varón, aunque vaya decreciendo con el paso de los años.

Ya que se realizó la maduración sexual masculina y femenina, puede establecerse una relación sexual, pero para lograrla, debe existir un estímulo capaz de provocarla, pero antes es preciso una cierta atracción más o menos intensa hacia el mismo estímulo, sin lo cual éste no sería eficaz y esto va a depender; del clima, educación, estado nutricional, área geográfica, ética, vida social, de ciertas sustancias como los feromonas como lo demostró Michael y Keverne, cultura, época, imágenes publicitarias,

hasta conformar modelos estéticos universales inalcanzables, o -- inadecuados para comunidades, con un arquetipo muy diferente, -- por ejemplo en México, que somos morenos y de estatura baja, nos tratan de imponer personajes rubios, altos, esbeltos y de piel blanca, mostrados como máximo canon de belleza ante nuestro pueblo. (2)

Establecida la relación sexual, existen ciertos cambios en el organismo, por lo que es importante conocer como se desarrolla esta RESPUESTA SEXUAL HUMANA, pues su conocimiento propicia el entendimiento de las propias reacciones y las de otros y una mayor comprensión y comunicación entre la pareja, lo que facilita un mayor disfrute sexual.

Sí la persona conoce su cuerpo,
 Sabe cómo responde ante estímulos eróticos,
 Sabe cuáles de éstos le son más o menos efectivos,
 Aprende a conocer sus zonas erógenas,
 Sabe que le agrada y que le disgusta,
 Aprende a adelantar o retardar su orgasmo, y
 Todo esto lo conoce de su pareja,

Este conocimiento le coloca en posibilidad de satisfacer y ser satisfecho en su relación sexual.

La RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH), es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual efectivo que engloba modificaciones fisiológicas, genitales y extragenitales.

Es una reacción en la que se involucra todo el organismo y en la que intervienen no tan sólo los genitales, sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona.

En la RSH, encontramos factores biológicos (edad, estado de salud), social (ambiente donde se lleva a cabo), psicológicos (personalidad y relación con su pareja).

La RSH ha sido motivo de interés y de estudio, pero hasta 1966 William Masters y Virginia Johnson le dan un carácter científico a estas investigaciones. Estudiaron 2500 ciclos de RSH en 600 individuos entre los 18 y 89 años de edad y basados en sus ob

servaciones esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo a las diferentes fases por la que atraviesa el ser humano durante el ciclo de la respuesta a un estímulo sexual efectivo ya sea durante la masturbación y el coito homosexual o heterosexual.

Describiendo 4 periodos: el primero de excitación, el 2o. de meseta, el 3er. periodo de orgasmo y el 4o. de resolución. (Fig. 1)

La modificación de la Dra. Helen Singer Kaplan y sus colaboradores, es la más aceptada hasta nuestros días y consistió básicamente en añadir una fase previa, la de desco, a las etapas propuestas por Masters y Johnson, incluir la fase de meseta dentro de la fase de excitación y la de resolución dentro de la de orgasmo. (Fig. 2)

FASE DE DESEO: Depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro que consiste en una red de centros nerviosos y circuitos, tiene centros que la inhiben y otros que la excitan, es activada por 2 transmisores, uno inhibitorio y otro excitatorio que se localizan en el sistema límbico, hipotálamo y área pre óptica, que es un sistema arcaico que gobierna y organiza la conducta y garantiza no tan solo la supervivencia sino la reproducción de las especies, tiene amplias conexiones con otras partes del cerebro que permiten que el impulso sexual se vea influenciado e integrado en la experiencia total de la vida del individuo.

FASE DE EXCITACION: Es activada por el sistema parasimpático, produciendo el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales, tiene 2 centros en la médula, uno en S2 a S4 y otro de T11 a L2, se activan y causan la vasocongestión de los genitales en los cuales se edematizan, distinguiendo y cambiando su forma para adaptarse y prepararse para el coito, éstas modificaciones son diferentes en los dos sexos, pero complementarios; en el pene se adquiere dureza y mayor tamaño para penetrar en la vagina la cual se hincha y humedece para recibirlo. En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales, como son: aumento de la frecuencia cardíaca, acelerando la circulación sanguínea y por lo tanto aumento de la tensión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria. Hay una vasocongestión superficial o rubor sexual en algunas áreas del cuerpo, como en mejillas, cara interna de muelas, hay miotonía, observándose espasmo carpopedal y del esfínter anal.

FASE DEL ORGASMO: Es activado principalmente por el sistema simpático, es un reflejo genital que está gobernado por cen-

tros nerviosos, el impulso sensitivo es a través del nervio puden do a nivel sacro y la salida eferente es de T11 a L2.

El orgasmo consiste en contracciones involuntarias de ciertos músculos genitales de ambos sexos, la frecuencia cardiaca y respiratoria aumentan más, hay sudoración profusa y el rubor sexual se incrementa.

Al finalizar el orgasmo, se inicia la RESOLUCION de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación. Durante la resolución la mujer si es estimulada adecuadamente puede volver a presentar otro u otros orgasmos, es decir es multiorgásmica. Y en el hombre por el contrario, al finalizar la resolución del orgasmo, inicia un periodo refractario, de duración variable, durante el cual no responde a estímulos sexuales y puede ser doloroso. La edad es un factor importante en la duración del periodo refractario, aumenta a edades mayores y es corto a menor edad. (2),(5)

Para llegar a la KSH, no es preciso llegar a la culminación de la relación sexual, sino en ocasiones se puede llegar por medio de la MASTURBACION o autoerotismo o ipsoción u onanismo y ésta consiste en la estimulación de los órganos genitales para obtener placer erótico - habitualmente el orgasmo por medios distintos a la relación sexual, y se le llama automasturbación, cuando una persona se estimula a sí misma, y heteromasturbación, cuando es estimulada por otra.

Los estudios estadísticos realizados por Alfred Kinsey y colaboradores, demostraron que el número de personas que practican o han practicado en algún momento dado la masturbación es muy elevado; 90% varones y un 60% mujeres y que han llegado al orgasmo al menos una vez en su vida, sobre todo en la adolescencia, encontrando una mayor incidencia entre grupos de nivel sociocultural más elevado, la actitud social hacia este fenómeno ha sido tradicionalmente de censura. (6)

Se le nombra coito a la culminación de las relaciones sexuales, considerándolo, la forma de relación sexual más frecuente quizá porque para muchas personas coito y actividad erótica tiene en la práctica el mismo significado, las posturas coitales en la tradición hindú táutica con casi innumerables y especialmente acrobáticas, el Kamasutra, tratado erótico escrito entre los siglos IV y VII, especifica hasta 64 modos de coitos diferentes. (2)

Por lo que para que una relación sexual, sea plenamente satisfactoria, y sin el riesgo de embarazarse, es preciso conocer

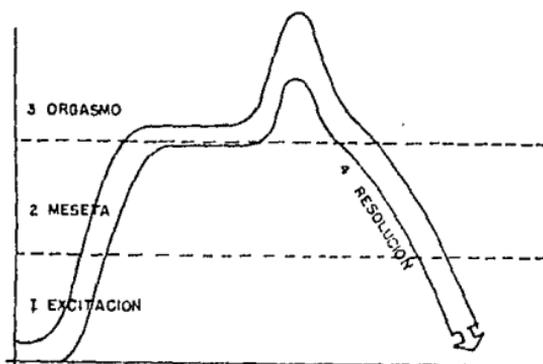


FIGURA I
LA RESPUESTA SEXUAL
HUMANA SEGUN MASTER Y JOHNSON

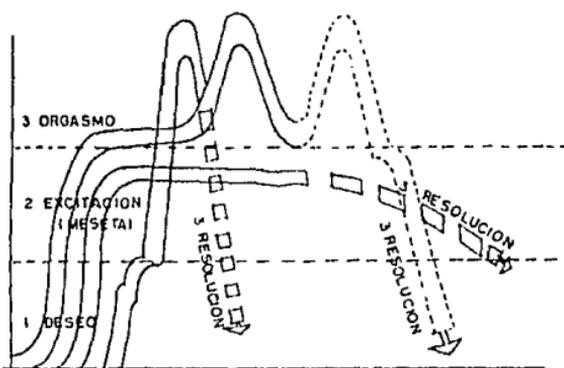


FIGURA II
LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
MODIFICADA POR KAPLAN Y COLS.

el control de la natalidad y evitar de esta manera embarazos no -
deseados que en unas ocasiones termina en aborto, por lo que es
necesario tengamos conocimiento de lo que es el control de la na-
talidad.

La planificación voluntaria y responsable de la natalidad
es para muchas personas, garantía de salud mental de la propia fa-
milia.

Considerando la ANTICONCEPCION, como un conjunto de méto-
dos que permiten a la pareja tener relaciones sexuales, sin riesgo
de embarazo; que puede ser temporal o definitiva,

Generalmente todos los métodos anticonceptivos evitan el -
embarazo, de alguna de las formas siguientes:

METODOS NATURALES:

COITO INTERRUPTO: Consiste en retirar el pene de la vagina
cuando el hombre siente inminencia de eyaculación.

METODO DEL RITMO u OGINO-KMAUS: Que consiste, en la absten-
ción sexual durante los días del ciclo en que la mujer es fértil.

METODOS MECANICOS:

Estos métodos establecen una barrera, física que impida el
paso del espermatozoides al útero, como son el condón, diafragma o dispo-
sitivo intrauterino.

METODOS QUIMICOS:

Estos métodos, destruyen o inactivan el espermatozoides mediante -
sustancias químicas, como aerosoles, cremas, pastas, jaleas, ta-
bletas, supositorios vaginales o irrigando el canal vaginal con -
distintas soluciones inmediatamente después del coito.

METODOS DEFINITIVOS:

Salpingoclasia en la mujer y vasectomía en el hombre, (7),
(8)

Existen conductas sexuales menos frecuentes, como en la -
HOMOSEXUALIDAD, que deriva del gr., homo - mismo o igual, y se a-
plica para definir la atracción hacia personas del mismo sexo; po-
pularmente es utilizado para referirse sólo a los varones, porque
a las mujeres homosexuales, se les dá otro nombre característico,
lesbianas.

También existen **DESVIACIONES SEXUALES**, que las presentan algunas personas que no son capaces de responder sexualmente, solos o con otros individuos del sexo opuesto o del mismo sexo, si la relación se establece al margen de determinadas situaciones específicas, o sin la presencia de objetos sexuales muy concretos."

La variedad de este tipo de conductas sexuales es inmensa, pero existe una cierta gama característica por su frecuencia dentro de la excepcionalidad.

A continuación mencionamos las más frecuentes:

TRANSVESTISMO: Es aquella persona que para obtener placer o excitación sexual, viste ropas adecuadas al sexo opuesto.

TRANSEXUALIDAD: Se trata de una persona completamente normal, que se siente atrapada en un cuerpo con un sexo físico diferente al suyo, en consecuencia, desea convertirse en una persona del otro sexo, y no duda en recurrir para ello a cualquier método ornamental e incluso quirúrgico.

FETICHISMO: Obtención del placer o excitación sexual a partir de objetos inanimados por ejemplo zapatos o ropa íntima o -- con partes del cuerpo, como el cabello de personas del sexo opuesto, predominando esta desviación en el sexo masculino. La fetichista femenina, la etiquetan en cleptomanía compulsiva que puede tener significados sexuales, inconscientes.

EXHIBICIONISMO: Conducto que induce al individuo a exponer deliberada y compulsivamente sus órganos sexuales, en condiciones inadecuadas, para provocar una respuesta en el observador y obtener con ello placer, puede acompañarse de masturbación y se da con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres.

VOYEURISMO o ESCOPOFILIA: Del francés voyeur - mirar, busca la excitación sexual mediante la contemplación de escenas eróticas, por lo general sin que las personas objeto del espionaje se perciban de ello.

SADISMO: Búsqueda del placer sexual infligiendo al compañero dolor o lesiones, humillaciones físicas o emocionales y, en general buscando sometimiento total y absoluto. El término deriva del nombre del novelista francés Donatien Alphonse Francois, - marqués de Sade, famoso por sus textos sobre la crueldad sexual.

MASOQUISMO: Nombre derivado del escritor austriaco Leopold va-Sacher-Masoch, es la búsqueda y provocación del propio sufrimiento o del ajeno, físico o emocional, para obtener placer sexual.

PAIDOFILIA: Es la atracción, excitación y placer sexual hacia los niños.

GERONTOFILIA: Obtención del placer sexual, con una persona de mayor edad de cualquier sexo.

BESTIALISMO o ZOOFILIA: Práctica de relaciones sexuales con animales.

NECROFILIA: Obtención del placer sexual con cadáveres, generalmente por medio de la cópula con o sin mutilación subsiguiente, es una desviación rara.

COPROFAGIA: La búsqueda de placer sexual mediante la ingestión de excremento.

PICACISMO: El individuo sólo consigue el orgasmo al comer algún alimento previamente introducido en el ano o en la vagina de la mujer.

FROTAMIENTO: Placer sexual obtenido al frotarse o arrimarse contra el objeto, generalmente los glúteos de una mujer vestida, en ocasiones ésta lo pasa desapercibido, ocurre generalmente, en transportes populares.

PERVERSION EN GRUPO: Implica la excitación y el placer sexual por la participación en actividad sexual de 2 o más personas simultáneamente.

Existen otros problemas sexuales con ramificaciones sociales y legales como son:

INCESTO: Que se refiere a la actividad sexual o cópula en miembros de la misma familia.

VIOLACION: Se define legalmente, como la cópula entre un hombre y una mujer en contra de su voluntad o sin su consentimiento, ya sea por la fuerza, amenaza de violencia física o engaño (drogarla).

SEDUCCION: La mujer es inducida a la cópula por medio de halagos, soborno o engaño, pero no por la fuerza o amenaza de violencia física.

DESNUDEZ: Este problema se presenta en situaciones sociales, en colonias o campos nudistas y domésticas, entre miembros de la familia.

PROSTITUCION: Es el otorgamiento de favores sexuales, por lo general en forma promiscua, anónima y sin afecto, por dinero.

PORNOGRAFIA: Es todo escrito, fotografía o película, o combinación de éstos, cuya sola finalidad es la de excitar sexualmente al lector, es decir, actúa, como un afrodisíaco psicológico. (2), (6), (9).

Existen algunas dificultades sexuales, que llegan a ser -- provocadas real y exclusivamente por enfermedades físicas como la diabetes, afecciones hepáticas o neurológicas graves, etc., pero la mayoría son manifestaciones, a nivel corporal, de un conflicto actual o antiguo, consciente o inconsciente en el seno de la personalidad, considerando estas alteraciones como **DISFUNCIONES SEXUALES**.

Mencionaremos las más frecuentes a continuación:

IMPOTENCIA: Es un trastorno en la erección del pene.

EYACULACION PRECOZ: Cuando existe una ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculador, independientemente si ocurre antes o después de que la mujer alcance el orgasmo.

La mujer ha sido durante siglos la víctima propiciatoria, pues la sexualidad se considera propia del varón, y se criticaba a la mujer que prefiera satisfacción sexual, que la maternidad, por lo que la disfunción femenina más frecuente es la frigidez.

FRIGIDEZ O ANORGASMIA: Consiste en la imposibilidad de alcanzar la fase del orgasmo.

VAGINISMO: Es una alteración Psicosomática, consiste en una contracción espasmódica e involuntaria de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, así como de los que forman el perineo, el coito se hace así imposible o muy difícil.

DISPARFUNIA: Durante el coito presenta dolor vaginal. (2), (6), (10).

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

También llamadas enfermedades venéreas, de Venus, diosa la tina del amor. (2)

Son padecimientos infectocontagiosos que se transmiten de una persona a otra por contacto sexual, por lo que es más frecuente durante la vida sexual activa, no existe predominio de sexo.

Están consideradas como enfermedades de tipo social, pues siempre van unidas a prejuicios y mala información, el miedo, la ignorancia y la vergüenza son condicionantes que agravan el problema, propiciando su ocultamiento. (11) Y en determinados padecimientos pueden ocasionar problemas graves y secuelas como esterilidad, aborto, lesiones en cualquier órgano o sistema del cuerpo humano y causar la muerte.

Este tipo de enfermedades son muy numerosas, como son la Uretritis Gonococcica, la Sífilis, la Uretritis no específica, la Candidiasis, la tricomoniasis, Chancro blanco, Linfogranulona venéreo, Herpes genital y la Escabiasis.

De las enfermedades sexualmente transmisibles, las principales por su gravedad y trascendencia son la Sífilis y la Gonorrea, en el IMSS durante los últimos 5 años se han reportado un total de 4 171 casos de Sífilis, y de 16 224 casos de Gonorrea.

La SIFILIS: Es una enfermedad aguda que sin tratamiento oportuno tiende a volverse crónica, causada por el Treponema pallidum, que es capaz de provocar lesiones en cualquier parte del cuerpo e inclusive dañar al feto si la mujer está embarazada.

La Sífilis se caracteriza por presentar una etapa sintomática inicial, que es la Sífilis primaria, en la cual la lesión principal es un chancro indoloro, que se localiza generalmente en los genitales, pero puede aparecer en los dedos, ano, labios o lengua; posteriormente la Sífilis presenta periodos de latencia en los cuales no hay síntomas pero la enfermedad avanza y finalmente pasa a ser crónica con lesiones irreversible que pueden afectar cerebro, corazón, articulaciones, riñones o cualquier parte del organismo. (11)

GONORREA o URETRITIS GONOCOCCICA; También conocida como Blenorragia, "Gota Militar", "Catarro Genital", (11)

La Uretritis Gonococcica, es una enfermedad infectocontagiosa, transmitida por contacto sexual, producida por la neisse-

ria gonorrhoeae, diplococo gram negativo, es una enfermedad cosmopolita, no existe inmunidad natural, (12) afecta más frecuentemente a los jóvenes, (13) tiende a ir en incremento en las últimas décadas (14), ocupa el primer lugar de las enfermedades venéreas en nuestro país. (11)

El período de incubación en el hombre es de 3 a 5 días con variación de 1 a 12 días; en la mujer no es posible determinarlo, ya que no se han practicado inoculaciones experimentales.

En el hombre la enfermedad se inicia con molestias uretrales y poliuria; al ocurrir la reacción inflamatoria aparecen secreción uretral mucosoide y disuria; en pocas horas la secreción se torna purulenta, durante 1 a 2 semanas el proceso se localiza en la uretra anterior y no hay manifestaciones de ataque al estado general, sino se modifica el curso de la enfermedad, un grupo de pacientes, la inflamación llega a la uretra posterior, a la próstata, a las vesículas seminales y al epidídimo. El 90% tiene manifestaciones clínicas y un 10% son asintomáticos, siendo éste grupo el más peligroso por su propagación, ya que no recibe tratamiento médico.

En la mujer el 90% de los casos la infección es asintomática y sólo el 10% de los casos da síntomas como son la poliuria, disuria, leucorrea abundante no específica, por lo que es difícil el diagnóstico clínico, ya que esta sintomatología se puede presentar en otras patologías del tracto genitourinario. Las zonas afectadas son el cervix, la uretra, raras veces las glándulas de Skene y de Bartholin, en el 10% de las pacientes puede dar náuseas, vómito, dolor abdominal, con signos de abdomen agudo a la exploración física, haciendo el diagnóstico por laboratorio. (12)

Las complicaciones locales son los abscesos periuretrales, epididimitis y las complicaciones sistémicas incluyen artritis, dermatitis, endocarditis, meningitis, miopericarditis y hepatitis y esterilidad. (15)

La Uretritis Gonococcica vá en incremento, y los pacientes que la padecen, la ocultan, evitan hablar de ella, como lo relacionado a la sexualidad, automedicamentándose en forma inapropiada, formando resistencia a los antimicrobianos específicos para éste diplococo gram negativo, no respetando edad, sexo, raza, afectando principalmente a los adolescentes, sin ninguna orientación sexual, para poder evitar sus complicaciones y embarazos no deseados, con sus repercusiones bio - psico - social.

URETRITIS NO ESPECIFICA: Es causada por gérmenes llamados

Clamidas, en la mujer generalmente no dá manifestaciones clínicas, aumentando así la contagiosidad y cuando las hay, son semejantes a las de la Uretritis Gonococcica. (11)

CANDIDIASIS: Producida por hongos, se encuentran frecuentemente en la boca, recto y regiones genitales, las manifestaciones clínicas en las mujeres son: prurito de los órganos genitales e ingles, leucorrea blanca grumosa. En los hombres, se presenta una irritación de los órganos genitales con erupción y edema de las partes afectadas. (11)

TRICOMONIASIS: Enfermedad venérea producida por el protozoo Trichomonas vaginalis, alojado en los órganos sexuales internos del hombre, como de la mujer, dando manifestaciones clínicas en la mujer como son el prurito vaginal intenso, edema cervical importante, con friabilidad y fácil sangrado al contacto de éste, leucorrea amarilla fétida, en el hombre produce prurito genital e irritación. (16)

CHANCRO BLANCO o ÚLCERA BLANDA o CHANCROIDE: Es causado por una bacteria que ataca principalmente al hombre y se manifiesta por una úlcera dolorosa en los genitales. (11)

LINFOGRANULOMA VENEREO: Es causado por Chlamydia trachomatis la enfermedad aguda se caracteriza por una lesión genital primaria transitoria, seguida por linfadenopatía regional multilocular, supurativa, que desaparece generalmente en una semana, en la mujer la lesión inicial es interna. (17)

HERPES GENITAL: Es causado por virus, afecta principalmente la piel de los genitales, son papulas y úlceras muy dolorosas, que pueden presentarse al rededor de los orificios naturales. (11)

ESCABIASIS: Es una enfermedad de la piel que también ataca los órganos genitales, por un parásito el Sarcoptes scabiei, que pasa a través de la piel y que puede ser transmitidas de una persona a otra por contacto directo, pudiéndose dar durante el contacto sexual. (18)

El desarrollo integral del ser humano incluye la sexualidad como parte importante de la personalidad (19), por lo que el desarrollo de la sexualidad, se inicia con el individuo, al recibir formación e información, sobre la manera en que la sociedad espera se manifieste dentro de un contexto normado por conocimientos, creencias y patrones de conducta respecto a valores establecidos (18), ya que éstos van a depender de la época, cultura, de cada sociedad manifestándose de acuerdo a ésta, sin que salga de lo "normal".

II MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de investigación se realizó en dos grupos, de 70 pacientes; en el grupo "caso" se cuenta con 35 pacientes con diagnóstico de Uretritis Gonococcica, que fueron captados y controlados por el Servicio de Medicina Preventiva, del día 2 de Septiembre al día 30 de Noviembre de 1985, de la UMF No. 75. Y el grupo "control" de 35 pacientes, sin diagnóstico de Uretritis Gonococcica, que se captaron aleatoriamente en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en esquina de Avenida Adolfo López Mateos y Avenida Chimalhuacán de Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México.

Se les aplicó un cuestionario elaborado y basado, en lo más elemental de lo que es la Orientación Sexual, y la Uretritis Gonococcica principalmente, tomando como marco teórico de referencia, la bibliografía mencionada al final de la presente tesis.

El cuestionario se realizó sólo a pacientes del sexo masculino, con vida sexual activa, con edades entre los 15 y 35 años de edad, con escolaridad alfabetá hasta bachillerato o equivalente, con estado civil de solteros.

Este cuestionario se aplicó por el investigador, en forma verbal, haciendo lo más explícito el interrogatorio y explicando cada una de las preguntas, para obtener respuestas confiables.

El cuestionario consta de 27 preguntas, todas para investigar el grado de conocimiento sobre la Orientación Sexual y las últimas 4 preguntas para diagnosticar la Uretritis Gonococcica y por ende colocarlas en el grupo "caso" o de "control", de acuerdo a sus respuestas.

En la presente investigación, para el grupo "control" no exigimos la corroboración del diagnóstico de la Uretritis Gonococcica por medio de laboratorio, por medio del cultivo del exudado transuretral por el medio de Thayer - Martin, porque, además de no contar con el material suficiente en laboratorio, el cuadro clínico en el hombre es muy claro y el antecedente de haber tenido relaciones sexuales previamente a la sintomatología, generalmente con mujeres que mercantan la sexualidad, nos ayuda para llegar al diagnóstico.

Calificando como buena Orientación Sexual a aquellos pacientes que contestaron adecuadamente más del 50% las preguntas del cuestionario y deficiente a los que contestaron correctamente

menos de la mitad del cuestionario.

Las fuentes de información se calificaron de la siguiente manera:

Profesional, cuando la información sexual provenía de gente capacitada, como son los médicos, psicólogos, maestros u orientadores sexuales.

No Profesional, cuando la información sexual, era a través de gente no profesional, pero adecuada, como son los padres o bien libros y revistas que dan la información correctamente.

Empírica, cuando la información sexual se tenía por experiencia propia.

No adecuada, cuando la información sexual, provenía de personas que podían transformarla en forma incorrecta, como los amigos, etc.

III RESULTADOS

De los 70 pacientes estudiados: 35 fueron escogidos del programa de enfermedades venéreas del Servicio de Medicina Preventiva del 2 de Septiembre al 30 de Noviembre de 1985, con Diagnóstico de Uretritis Gonococcica y 35 pacientes escogidos al azar de la Consulta Externa de Medicina Familiar, sin diagnóstico de Uretritis Gonococcica, todos de la Unidad de Medicina Familiar No. - 75 a quienes se les aplicó el cuestionario que se encuentra en el anexo No. 1.

Dando como resultado en el grupo "caso", en los pacientes con diagnóstico de Uretritis Gonococcica:

Buena Orientación Sexual en 11 pacientes - 31,4%

Deficiente Orientación Sexual en 24 pacientes - 68,6%

(Gráfica No. 1)

Coincidiendo los resultados con el grupo "control", en los pacientes sin diagnóstico de Uretritis Gonococcica:

Buena Orientación Sexual en 11 pacientes - 31,4%

Deficiente Orientación Sexual en 24 pacientes - 68,6%

(Gráfica No. 11)

Las edades de los 70 pacientes que participaron en el presente estudio, estuvieron comprendidos entre los 15 y 35 años de edad, como se muestra en seguida:

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD

En el grupo "caso"			En el grupo "control"		
Años	Casos	%	Años	Casos	%
15 - 20	9	25,71	15 - 20	10	28,57
21 - 25	10	28,57	21 - 25	12	34,28
26 - 30	19	28,57	26 - 30	8	22,85
31 - 35	6	17,14	31 - 35	5	14,28
Total	35	99,99	Total	35	99,98

(Gráfica No. III y IV respectivamente)

El grado de escolaridad es mayor en los pacientes que No tienen el diagnóstico de Uretritis Gonococcica, que en los que Sí lo tienen. (Cuadro No. I)

La fuente de información sexual en los pacientes con diagnóstico de Uretritis Gonococcica fue;

Profesional en 4 pacientes - 11.4%

No Profesional en 8 pacientes - 22.8%

Empírica en 10 pacientes - 28.5%

No adecuada en 13 pacientes - 37.1%

(Gráfica No. V)

La fuente de información sexual en pacientes sin diagnóstico de Uretritis gonococcica, fue la siguiente;

Profesional en 7 pacientes - 20%

No Profesional en 13 pacientes - 37.1%

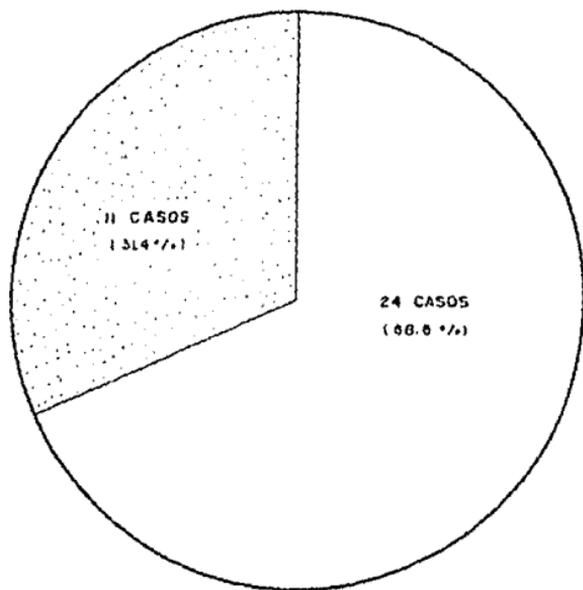
Empírica en 9 pacientes - 25.7%

No adecuada en 6 pacientes - 17.1%

(Gráfica No. VI)

GRAFICA I

GRADO DE INFORMACION SEXUAL EN PACIENTES
CON URETRITIS GONOCOCCICA



TOTAL 35 CASOS
(100%)



PACIENTES CON INFORMACION SEXUAL ADECUADA



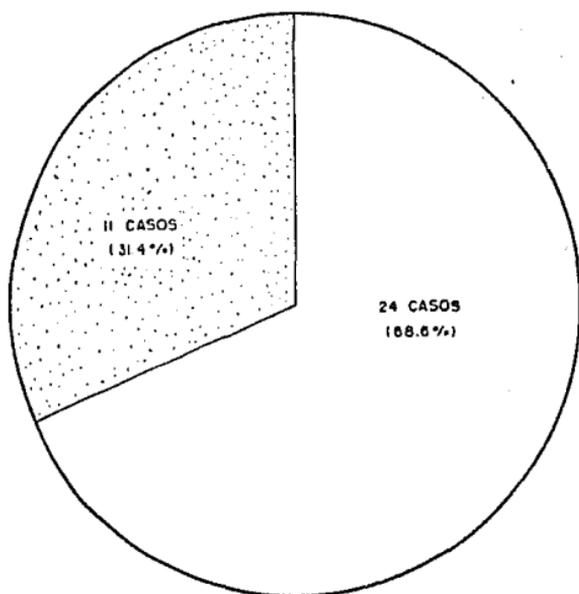
PACIENTES CON INFORMACION SEXUAL DEFICIENTE

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes
del programa de enfermedades
venéreas de la U.M.F. No. 75
del IMSS.

GRAFICA II

GRADO DE INFORMACION SEXUAL EN PACIENTES

SIN URETRITIS GONOCOCCICA



TOTAL 35 CASOS

(100%)



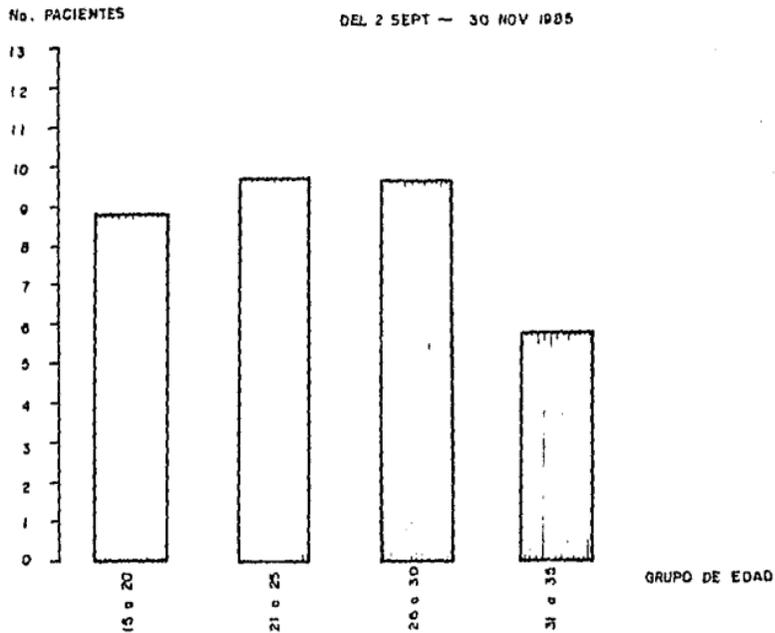
PACIENTES CON INFORMACION SEXUAL ADECUADA



PACIENTES CON INFORMACION SEXUAL DEFICIENTE

fuelle: Encuesta aplicado a pacientes
de la consulta externa de la
U.M.F. No. 75 del I.M.S.S.

GRAFICA III
DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD
EN PACIENTES
CON URETRITIS GONOCOCCICA
DEL 2 SEPT - 30 NOV 1985



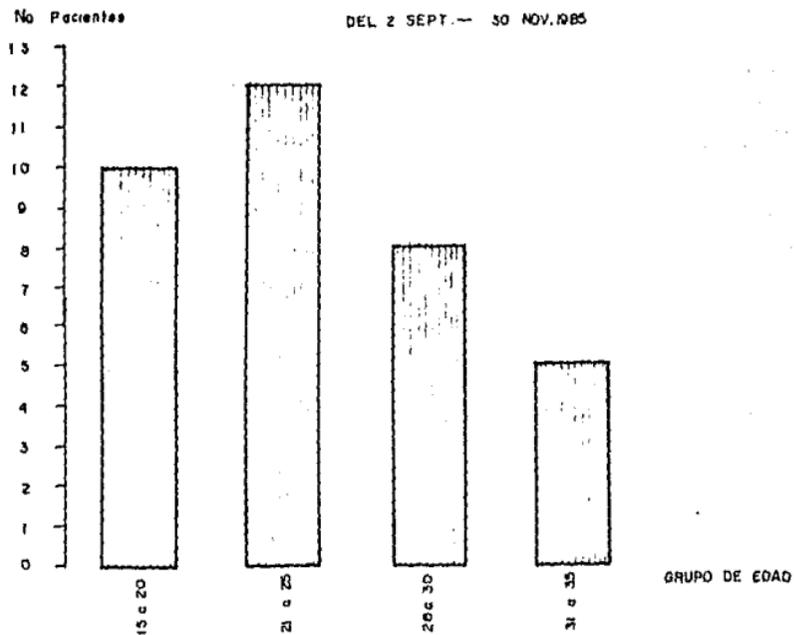
fuentes: Encuesta aplicada a pacientes del
programa de enfermedades
venéreas de la U.M.F. No. 75
del I.M.S.S.

GRAFICA IV

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD
EN PACIENTES

SIN URETRITIS GONOCOCCICA

DEL 2 SEPT. — 30 NOV. 1985



fuentes: Encuesta aplicada a pacientes
de la consulta externa de
la U.M.F. No. 75 del IMSS

CUADRO 1

GRADO DE ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES

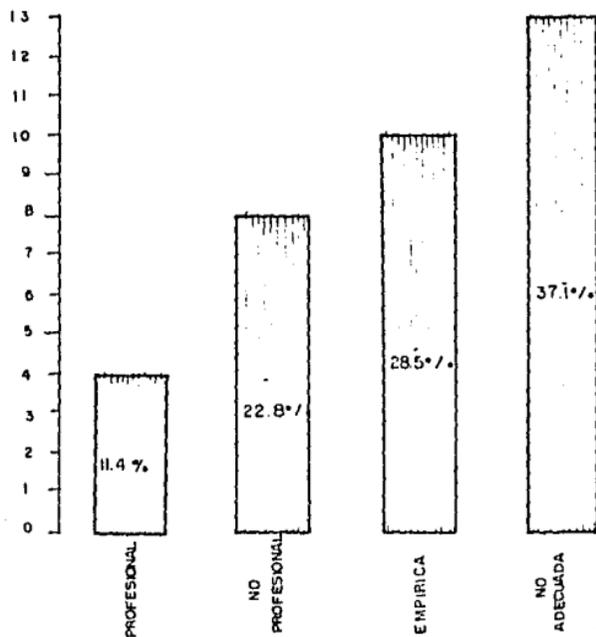
CON DX. DE URETRITIS GONOCOCCICA			SIN DX. DE URETRITIS GONOCOCCICA		
GRADO DE ESCOLARIDAD	CASOS	%	GRADO DE ESCOLARIDAD	CASOS	%
ALFABETA	2	5.7	ALFABETA	0	0
PRIMARIA	12	34.2	PRIMARIA	14	10
SECUNDARIA	14	40	SECUNDARIA	14	40
BACHILLERATO O SU EQUIVALENTE	7	20	BACHILLERATO O SU EQUIVALENTE	7	20
TOTAL	35	99.9	TOTAL	35	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del programa de enfermedades venéreas y pacientes de la consulta externa de la U.M.F. No. 75 del I.M.S.S.

GRAFICA V

FUENTES DE INFORMACION SEXUAL
EN PACIENTES
CON URETRITIS GONOCOCCICA

No Pacientes



Fuente de informacion sexual.

fuente: Encuesta aplicada a pacientes
del programa de enfermedades
venereas de la U.M.F. No. 75
del I.M.S.S

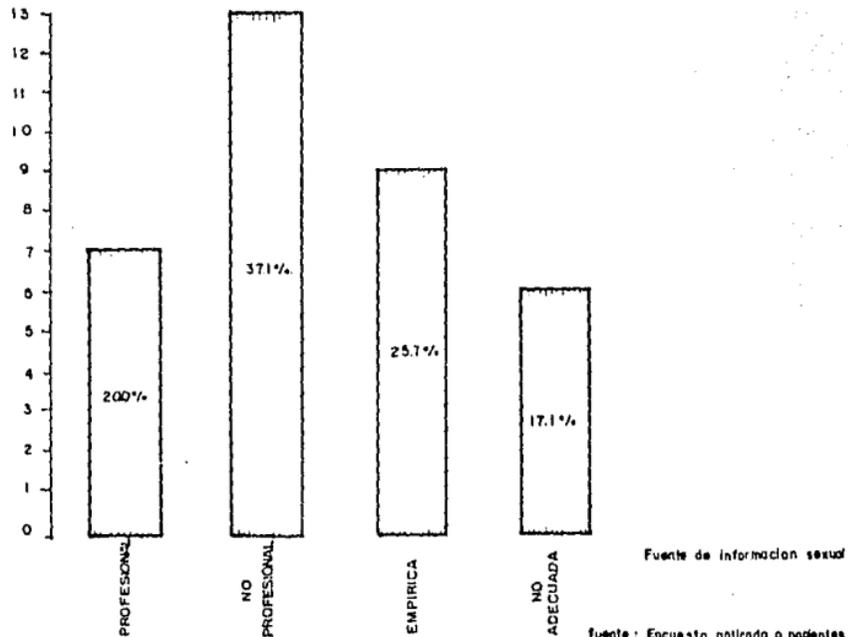
GRAFICA VI

FUENTES DE INFORMACION SEXUAL

EN PACIENTES

SIN URETRITIS GONOCOCCICA

No. Pacientes



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de la consulta externa de la U.M.F. No.75 del IMSS.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico de la información que se obtuvo, se sometió a la prueba de la χ^2 para muestras independientes Con y Sin diagnóstico de Uretritis Gonococcica, con un nivel significativo de una P menor de 0.05.

H_0 No existe relación entre el grado de orientación sexual y la Uretritis Gonococcica,

H_1 Sí existe relación entre el grado de orientación sexual y la Uretritis Gonococcica,

INFORMACION SEXUAL

	BUENA		DEFICIENTE		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
Con Uretritis G.	11	11	24	24	35
Sin Uretritis G.	11	11	24	24	35
Total	22	22	48	48	70

$$\chi^2 = \frac{(F_o - F_e)}{F_e}$$

$$g_1 = 1$$

$$\chi_c^2 = 0$$

$$\chi_t^2 = .0039$$

$$\chi_c^2 \text{ es mayor que } \chi_t^2$$

Por lo tanto se rechazó H_1 , y se aceptó H_0 .

IV DISCUSION, CONCLUSION Y COMENTARIOS

De los 70 pacientes que se estudiaron 35 con diagnóstico de Uretritis Gonococcica, grupo "caso" y 35 sin diagnóstico de Uretritis Gonococcica, grupo "control", coincidieron los resultados sobre el grado de orientación sexual: buena en 11 pacientes (31.4%) y deficientes en 24 pacientes (68.6%) en cada grupo respectivamente, y llevando estos resultados al análisis estadístico, se rechazó la hipótesis alternativa y por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula, por lo tanto No existe relación entre el grado de orientación sexual y la Uretritis Gonococcica, resultado que no esperábamos, pero esto no hecho a bajo el trabajo de la presente tesis, ya que desafortunadamente, llegamos a la conclusión en ambos grupos, que en la mayoría de la población derechohabiente (68.6%), hay una deficiente orientación sexual y sólo en el 31.4%

Pero analizando más profundamente los resultados de los cuestionarios, como podemos observar en el cuadro I, el grupo "caso" tiene un menor grado de escolaridad, en relación con el grupo "control".

Y la fuente de información, sobre la orientación sexual en el grupo "caso", fue en el 37.1% en forma no adecuada; 28.5% empíricamente; 22.8% por personal no profesional y sólo 11.4% por personal preparado adecuadamente, y en el grupo "control", en 37.1% fue no profesional; empíricamente en el 25.7%; profesional el 20% y por último en forma no adecuada el 17.1%, como podemos observar en el grupo "caso" la fuente de información sobre la orientación sexual fue principalmente inapropiada en relación con el grupo "control". (Gráfica V y VI).

Y por último analizando el grupo de edad, en el grupo "caso", la mayoría oscilaba entre los 21 y 30 años de edad y en el grupo "control", entre los 15 y 25 años de edad, no teniendo relación la edad con la Uretritis Gonococcica. (Gráfica III y IV)

Deduciendo al analizar estos 3 últimos puntos, que la edad la fuente de información sobre la orientación sexual y el grado de escolaridad, influyó en la obtención de la Uretritis Gonococcica, ya que en estos pacientes fue más deficiente su fuente de información sobre lo relacionado a la sexualidad, tenían menor grado de escolaridad y por ende se observó en todas las edades, entre los 15 y 35 años de edad, siendo más frecuente entre los 25 y 30 años de edad, en relación con los pacientes del grupo "control".

Haciéndonos reflexionar este trabajo, reafirmando que estamos en pleno siglo XX, con todas las etapas del pensamiento, con

tabúes y mitos, entonces ¿qué debemos hacer?, adiestrar y orientar en forma adecuada, con todo lo referente a la sexualidad, no sólo al personal paramédico, sino al propio médico, ya que somos los que estamos en íntimo contacto con el paciente y de alguna manera poder romper estos mitos y tabúes o bien introducirnos al pensamiento del paciente, darle confianza y de esta manera no sólo disminuir las enfermedades venéreas, sino también poderlos ayudar en cualquier alteración, inquietud o duda que tengan en relación a la sexualidad.

Por lo que es conveniente que el médico familiar, tenga una adecuada orientación sexual y, a un criterio amplio, o cuando menos un interés genuino por los problemas de los pacientes, con lo que respecta al tema en estudio, dándole confianza al paciente para que se desplaje en forma clara sus dudas y problemas emocionales, que en ocasiones se somatizan y llegan a consulta por problemas orgánicos aparentemente y al dedicarles el tiempo suficiente, se dará un tratamiento correcto y por lo tanto acudirá a consulta sólo cuando sea necesario.

Ya que los pacientes consideran al médico como diagnosticador y fuente de información sobre la salud, además del conocimiento básico de anatomía, fisiología y comportamiento sexual, incluyendo los avances recientes en la investigación, sobre respuesta sexual humana, el médico necesita conocer los efectos de las enfermedades, procedimientos quirúrgicos y medicamentos sobre la función sexual.

Los médicos pueden ser abordados para que proporcionen consejo sexual en una amplia variedad de situaciones médicas y humanas. Con mayor frecuencia que en otras áreas de la medicina, el médico necesita tomar un papel activo para iniciar la discusión sobre asuntos sexuales, en una encuesta se encontró que la incidencia de problemas sexuales comunicados por los pacientes aumentó de 7.9 a 14% cuando el médico preguntaba en forma rutinaria acerca de síntomas sexuales en la revisión de aparatos y sistemas en aquellas condiciones en donde es frecuente que ocurran problemas sexuales, como en la cirugía, ginecología, y urogenital, lesión medular, ileostomías, colostomías, infarto del miocardio, diabetes y diversas afecciones neurológicas, el médico tiene la responsabilidad de evaluar la función sexual.

Para que tengamos respuestas verdaderas es conveniente que durante la discusión de asuntos sexuales, es necesario asegurarle al paciente que todo lo que se diga será confidencial, aún cuando la relación médico-paciente ya lleva implícito el sello de secreto profesional.

ANEXO I

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO

En las preguntas:

1.- Solicitamos el nombre completo, con el fin de no repetir el cuestionario más de dos veces a la misma persona; 2.- sólo entran al estudio pacientes derechohabientes, por lo que solicitamos número de afiliación; 3.- anotar la edad en años cumplidos; 4.- sólo entran al estudio pacientes del sexo masculino; 5.- anotar escolaridad exacta; 6.- sólo captaremos solteros; 7.- si contestan de maestros, médicos, padres o gente preparada en orientación sexual se tomará como buena, si contestan amigos u otros, como deficiente; 8, 9, 22, y 23.- si contestan sí, lo tomaremos como bueno, si contestan que no, como deficiente; 10.- si contestan que es un estado fisiológico, que ocurre en las jóvenes o es el sangrado transvaginal lo tomaremos como buena, si contestan otra respuesta, lo tomaremos como deficiente; 11.- si contestan que es la última regla de la mujer y/o que en ocasiones tienen "bechor-nos", y/o cambios en su personalidad o que se acompañan de otras molestias, lo tomaremos como bueno, si contestan algo diferente o que no saben, como deficiente; 12.- si contestan que es la máxima satisfacción en el acto sexual se tomará como buena, si contestan algo que no tenga relación o que no saben, como deficiente; 13.- si contestan que es la salidad de secreción blanca por la uretra, cuando se llega a tener el orgasmo o algo parecido, lo tomaremos como bueno, si contestan algo diferente o que no saben, como deficiente; 14.- si contestan que es la manipulación de los genitales que pueden o no llegar al orgasmo, que se realiza en forma esporádica y generalmente durante la adolescencia, lo tomaremos como bueno, en caso que contesten que es malo, que se puede realizar a cualquier edad, en forma compulsiva o que no saben, lo tomaremos como deficiente; 15.- relaciones sexuales entre el mismo sexo, se toma como buena, si contestan algo diferente o que no saben, como deficiente; 16.- si contestan, que cuando la mujer no responde sexualmente, ante un estímulo sexual adecuado, se tomará como buena si contestaron algo diferente o que no saben, como deficiente; 17.- si contestan, que es cuando el hombre no puede llegar a la erección del pene o lo explican con sus palabras, lo tomaremos como bueno, si contestan algo diferente o que no saben, como deficiente; 18.- dependiendo de su escolaridad, tomaremos como bueno, cuando mencionen aunque sea un órgano del aparato genital y uno masculino y deficiente cuando contesten algo no relacionado o que no saben; 19.- si contestan que se necesita unir un óvulo y un espermatozoide y posteriormente tiene que irse formando y desarrollando, en el útero de la madre o algo parecido con sus palabras,

lo tomaremos como bueno, si contestan algo diferente o que no saben, como deficiente; 20.- si contestan que sí, entran al estudio si contestan que no, salen, (se prefirió hacer esta pregunta casi al final, porque si lo hacíamos al principio del cuestionario, tal vez se intimidaba el paciente, y éste no quisiera cooperar al presente estudio); 21.- se tomará como bueno, al mencionar cuando menos un método anticonceptivo y al no contestar ni uno como deficiente; 24, 25 y 26.- si contestan que sí, entra al grupo "caso", si contestan que no entran al grupo "control"; 27.- si contestan de 1 a 12 días entran al grupo "caso", ya que si contestan diferente, no los incluimos, ya que puede tratarse de una Uretritis inespecífica.

ANEXO I
CUESTIONARIO

1.- Nombre completo _____ 2.- Matrícula _____

3.- Edad _____ 4.- Sexo _____ 5.- Escolaridad _____

6.- Estado civil _____

7.- ¿De quién proviene la mayor parte de información sexual que tiene?

8.- ¿Se ha acercado a preguntar sus dudas respecto al sexo, a maestros, médicos, padres o personal capacitado sobre orientación sexual?

SI () NO ()

9.- ¿Ha llevado materias que hablen sobre aspectos sexuales?

SI () NO ()

10.- ¿Qué sabe sobre la menstruación? _____

11.- ¿Qué sabe de la menopausia? _____

12.- ¿Qué es el orgasmo? _____

13.- ¿Qué es la eyaculación? _____

14.- ¿Qué es la masturbación? _____

15.- ¿Qué es la homosexualidad? _____

16.- ¿Qué es la frigidez? _____

17.- ¿Qué es la impotencia? _____

18.- Describa los órganos genitales de la mujer y los del hombre;

Mujer: _____

Hombre: _____

19.- ¿Sabe cómo se forman los niños? _____

20.- ¿Ha tenido relaciones sexuales?

SI ()

NO ()

21.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce? _____

22.- ¿Sabe lo que es una enfermedad venérea?

SI ()

NO ()

23.- ¿Sabe cómo se transmite?

SI ()

NO ()

24.- ¿Tiene escurrimiento (pus) por el caño?

SI ()

NO ()

25.- ¿Tiene ardor o molestias al orinar?

SI ()

NO ()

25.- ¿Orina a cada rato más de lo habitual?

SI ()

NO ()

27.- ¿Si contestó que sí a las últimas 5 preguntas, cuántos días antes tuvo relaciones sexuales, de que iniciara con estas molestias?

1.- Foucault M. *Historie de Sexualitf.* México D.F.: Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., 1985:1-194.

2.- Equipo Aula Abierta. *Sexualidad y Vida Sexual*, México D.F.: Aula Abierta Salvat, 1985,77:1-65.

3.- Monrroy de VA. *La Educación de la Sexualidad como parte de la Salud Integral*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario, México IMSS, 1985:1-19.

4.- Freud. En *Bischof LS*, ed *Interpreting Personality -- Theories*. México: Editorial Trillas, México, 1963: 41-89.

5.- Monrroy VA. *Respuesta Sexual Humana*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario. México: IMSS, 1985:1-8.

6.- *Conducta Sexual Normal y Anormal*. En Solomon P. Patch VC, ed. *Manual de Psiquiatría*. México 11 D.F.: Editorial el Manual Moderno, S.A., 1976:161-82.

7.- Toledo MA, Kassen CJ, González AG. *Planificación Familiar*. En *Asociación de médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del I.M.S.S. AC*, ed. *Ginecología y Obstetricia*. México: Mendez Oteo, 1979:955-80.

8.- Gómez GG. *Anticoncepción y Sexualidad*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario. México: IMSS, 1985:1-17.

9.- Monrroy VA. *Expresiones de la Conducta Sexual, Variantes Sexuales*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario. México: IMSS, 1985: 1-10.

10.- Monrroy VA. *Concepto y Clasificación de las disfunciones Sexuales*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario. México: IMSS, 1985: 1-10.

11.- *Boletín Epidemiológico Anual*. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del IMSS, *Enfermedades sexualmente transmisibles*. En *Orientación Sexual*, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario, México, 1985:1-13.

12.- Kumate J. Gonorrea. En Kumate J. Gutiérrez G, ed, Manual de Infectología, México; Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1978;325-36,

13.- Santos JI. Enfermedades transmitidas por contacto sexual. Infectología 1982;2:81-92,

14.- Marion G, Landais MC, El uso de un óvulo anticonceptivo como quimioprolifáctico de las enfermedades sexualmente transmisibles. Salud Pública de México 1981; XXVIII:345-53,

15.- King KH. Infecciones Gonococcicas. En Harrison et cols. Medicina Interna, México D.F.; La Prensa Médica Mexicana, - 1984;966-72

16.- Plorde JJ. Enfermedades menores debidas a protozoarios. En Harrison et at cols, ed. Medicina Interna, México D.F.; La Prensa Médica Mexicana, 1984;1282-84,

17.- Holmes KK. Perine PL. Linfogranuloma venéreo. En Harrison et at cols, ed Medicina Interna. México D.F.; La Prensa Médica Mexicana, 1984;1144-46,

18.- Parasitosis cutánea, En Amado Saúl, ed, Lecciones de Dermatología. México 7, D.F.; Francisco Méndez Cervantes, 1977: - 103-6.

19.- Morales G MN, Características del Profesional de la - Salud en Relación con su trabajo en el área de la Sexualidad, En Orientación Sexual, ed. Contenido didáctico del curso básico para personal multidisciplinario. México; IMSS, 1985;1-3,