

11241

2 of 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina

"EXPERIENCIAS SEXUALES Y SU RELACION CON ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS"

Tesis de Post-Grado que para obtener el Diploma de : ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Presenta

DR. JOSE LUIS ALVAREZ FRUTOS

México, D.F., 1989

TEXIS CON FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signature]

Vo. Bo
Ally
20-II-89

[Handwritten signature]



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

_ I N D I C E

	PAG.
1. Ansiedad	1
1.1 Teorías de la Etiopatogenia y Fisiopatología	2
1.2 Teorías Psicodinámicas	7
1.3 Descripción clínica	9
1.4 Exámenes especiales	14
1.5 Clasificación	15
1.6 Tratamiento	16
2. Sexualidad normal y anormal	16
2.1 Sistema sexual	18
2.2 Conducta y papel sexual	22
2.3 Embriología	23
3. Planteamiento del problema	24
4. Objetivo e Hipótesis	24
5. Material y Método	25
5.1 Criterios de inclusión	25
5.2 Técnica	27
6. Resultados	30
7. Discusión y Conclusiones	33
8. Bibliografía	

ANSIEDAD: Actualmente la ansiedad se considera, en general, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad o de la sociedad de dicha erupción. Ante impulsos coercitivos sexuales o agresivos que empiezan a emerger, ante la tensión de la soledad o de la tristeza, o ante la revelación del amor o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza, lo primero que se experimenta es ansiedad en el contexto de la situación conflictiva (1).

HISTORIA:

Da costa y otros cirujanos militares que se enfrentaron a las neurosis de ansiedad de los soldados durante las guerras de la última parte del siglo XIX, no tenían aparentemente conciencia del papel vital de la ansiedad en la alteración que ellos describían. Su atención estaba casi enteramente centrada en los síntomas corporales, y por la misma razón, sus explicaciones se realizaban en términos fisiológicos. En opinión de Da costa, las demandas excesivas efectuadas al sistema nervioso y al corazón por los rigores físicos de la guerra, la enfermedad y las heridas, de alguna manera no claramente entendida, causaban un hundimiento en ambos sistemas orgánicos, dando lugar a la alteración funcional.

Sus contemporáneos psiquiatras, aunque reconocían la ansie-

dad como un síntoma psicológico significativo, todavía tendían a explicarla en términos físicos. Las teorías de Pierre Janet eran probablemente las más elaboradas de todas las que procedían de la escuela de orientación neurológica de Charcot en La Salpêtrière (2).

Actualmente podríamos encontrar como definición práctica la siguiente:

Miedo: ansiedad debida a un peligro real y conscientemente percibido.

Ansiedad: sentimiento de miedo debido a conflictos inconscientes.

Ansiedad flotante: temor no ligado a ninguna idea, que se difunde.

Pánico: crisis de ansiedad aguda e intensa, acompañada de desorganización de la personalidad (2).

TEORIAS DE LA ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA:

Los estudios de gemelos, han demostrado que la angustia patológica tiene componentes hereditarios. La aplicación de cuestionarios en gemelos monocigotos y dicigotos, normales o que sufren angustia tienden a demostrar los mismos componentes genéticos. En estudios de familias de pacientes que sufren "neurosis de angustia", se encontró que alrededor del 15% de los padres y hermanos están afectados en forma semejante; los estudios clínicos apoyan la interpretación de estas observaciones. En un estudio de Slater y Shields e una serie amplia no seleccionada, se encontró una concordancia en los pares de gemelos monocigotos con neurosis de angustia de solamente 4%.

Fue menos frecuente encontrar una historia familiar positiva en los padres concordantes que en los discordantes. Los estudios de gemelos coinciden en cuanto a que los pares monocigotos son más parecidos que los pares dicigotos con respecto a la neurosis y muestran semejanzas en cuanto a angustias fóbicas u obsesivas. Los datos obtenidos a partir de gemelos criados por separado y la observación de que no se ha encontrado gran cantidad de gemelos monocigotos en poblaciones neuróticas, nos hace desistir de explicar los hallazgos solamente en bases ambientales aunque no podemos negar la importancia del medio ambiente (3).

El hombre, por lo que respecta a su cuerpo y sus funciones fisiológicas pertenece al reino animal. La conducta del animal está determinada por instinto, por tipos específicos de acción que a su vez están determinados por estructuras neurológicas hereditarias. Cuanto más elevado es el lugar que un animal ocupa en la escala del desarrollo encontramos en él, en el momento de nacer, una mayor flexibilidad de los tipos de acción y una menor adaptación estructural. En los primates superiores hasta encontramos un grado considerable de inteligencia, es decir, el empleo de ideas para la realización de los objetivos deseados, por lo cual permite al animal ir más allá de los tipos de acción prescritos por los instintos. Pero, por grande que sea el desarrollo dentro del reino animal, algunos elementos básicos de existencia siguen siendo los mismos.

El animal "es vivido" mediante leyes biológicas naturales; forma parte de la naturaleza y nunca la trasciende. No tiene concien-

cia de carácter moral, ni de sí mismo, de su existencia; no tiene razón, si entendemos por razón la capacidad de penetrar la superficie percibida por los sentidos y comprender la esencia que está tras aquella superficie; por lo tanto, el animal no tiene idea de la verdad, aunque puede tener alguna de lo útil.

La existencia animal es una existencia armónica entre el animal y la naturaleza; no, desde luego, en el sentido de que las circunstancias naturales no amenacen con frecuencia al animal y le obliguen a sostener una ruda lucha para subsistir, sin el sentido de que el animal está equipado por la naturaleza para hacer frente a las mismas circunstancias que va a encontrar así como la semilla de una planta para utilizar las condiciones del suelo, clima, etc., a las que ha llegado a adaptarse en el proceso de la evolución.

En cierto momento de la evolución animal ocurrió un acontecimiento singular, comparable a la primera aparición de la materia, a la primera aparición de la vida y a la primera aparición de la existencia animal. Ese nuevo acontecimiento ocurrió cuando, en el proceso de la evolución, la acción dejó de ser esencialmente determinada por el instinto; cuando la adaptación a la naturaleza perdió su carácter coercitivo; cuando la acción dejó de estar esencialmente determinada por mecanismos transmitidos hereditariamente. Cuando el animal trasciende a la naturaleza, cuando al papel puramente pasivo de la criatura, cuando se convierte biológicamente hablando, en el animal más desvalido, "nace el hombre".

En ese momento, el animal se ha emancipado de la naturaleza mediante la posición erecta y vertical, y el cerebro ha crecido mucho más que en los animales superiores. Este nacimiento del hombre puede haber durado centenares de miles de años, pero lo que importa es que surgió una especie nueva que trasciende a la naturaleza, "que la vida adquirió conciencia de sí mismo".

Como tiene conciencia de sí misma, se da cuenta de su importancia y de las limitaciones de su existencia. Prevee su propio fin: la muerte. Nunca se ve libre de la dicotomía de su existencia: no puede librarse de su alma aunque quiera, no puede librarse de su cuerpo mientras vive, y éste lo impulsa a querer vivir. La razón, bendición del hombre, es también su maldición, le obliga a luchar sempiternamente para resolver una dicotomía insoluble.

La necesidad de encontrar soluciones siempre nuevas para las contradicciones de su existencia, de encontrar formas cada vez más elevadas de unidad con la naturaleza, con sus prójimos y consigo mismo, es la fuente de todas las fuerzas psíquicas que mueven al hombre de todas sus pasiones, afectos y ansiedades (4). Henri Ey divide los efectos en dos tipos: los depresivos dentro de los cuales menciona al dolor y a la angustia y los expansivos que los subdivide en alegría y placer.

Los depresivos son los que expresan la insatisfacción y la tensión de las pulsiones. Su tonalidad cualitativa es la del dolor, la angustia y la tristeza. En tanto que síntomas de la vida psíquica anormal debemos describir tres niveles de regresión: a) en el nivel

de regresión más profundo, se trata de trastornos del humor o de los sentimientos vitales (disgusto, abatimiento, inquietud) o de emociones paroxísticas (rabia, desesperación, miedo, cólera) que descargan la tensión insoportable. En tal caso, estos sentimientos vitales y estas reacciones emocionales son, en cierta manera "endógenos" (Kurt Schneider), en el sentido de tratarse de afectos cuyo determinismo profundo depende de anomalías de la organización interna de las pulsiones instintivas primitivas, sin relación o por lo menos con un mínimo de relación con los acontecimientos o las motivaciones psicológicas. Tal es el caso de la depresión melancólica o del fondo depresivo de muchas neurosis.

- b) Al nivel de regresión menos profunda, se distinguen los sentimientos vitales y las emociones que están en relación con situaciones imaginarias (miedo de ser violada, pérdida fantasmática de un "objeto" amado, temor de un castigo, deseo angustiado de un acto homicida, etc.). Se trata de verdaderos afectos de "pesadilla". Esta forma paroxística y emocional, se presenta sobre todo en la melancolía, pero también en muchas otras psicosis agudas (estados confuso-oníricos alcohólicos, "accesos" delirantes, estados crepusculares y epilépticos). Bajo la forma de sentimientos vitales en relación con la vida fantasmal inconciente o subconciente, se les encuentra en las neurosis (neurosis de angustia, fobias, etc.).
- c) Por último, en un nivel de regresión menos acusado todavía, estos afectos son reactivos a las situaciones reales, es decir, que

bajo la forma de emociones (desespero, cólera) o trastornos de humor (depresión, angustia), los afectos son tan solo cuantitativamente patológicos. Se trata de reacciones afectivas excesivas o desencadenadas por débiles estímulos en razón del descenso del umbral de reacción. Estos trastornos se encuentran constantemente en la clínica de las "reacciones neuróticas" (5).

TEORIAS PSICODINAMICAS:

Dada la posición central que ocupa en el aparato psíquico humano, no debería de ser motivo de sorpresa el que la ansiedad se encuentre como síntoma en todos los tipos de enfermedades emocionales. Cuando se presenta, es un signo de movimiento interior. Es una indicación de que algo está alterando el equilibrio psicológico interno.

La ansiedad es una señal para el YO de que un impulso, inaceptable está intentando adquirir representación conciente y liberarse, y como señal provoca en el YO la adaptación de medidas defensivas contra las presiones que proceden de más abajo. Si las defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece o se contiene satisfactoriamente, pero, según el tipo de defensas empleadas el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos. Idealmente, sólo el empleo de la represión debería reestablecer el equilibrio psicológico sin formación de síntomas, puesto que la represión afectiva contiene completamente los impulsos y los afectos y fantasías asociadas con ellos, por el hecho de hacerlos inconcientes, pero con mayor frecuencia de la deseada

la represión no, es completamente efectiva y entonces es necesario buscar ayuda en defensas auxiliares del tipo de la conversión, del desplazamiento o de la regresión, a través de las cuales los impulsos adquieren una expresión parcial, aunque desviada en los síntomas de tipo histérico, en los de la neurosis fóbica o en los de la neurosis obsesivo compulsiva, según sea el mecanismo de defensa que predomine. Tal como se hace evidente, de la fuerte presencia de la ansiedad en asociación con otros síntomas neuróticos, las defensas auxiliares no son tampoco totalmente efectivas, pero en general mantienen al afecto dentro de niveles tolerables.

Cuando la represión no es capaz de funcionar adecuadamente, y cuando las otras defensas no desempeñan ningún papel, la ansiedad aparecen entonces como el único síntoma, y cuando alcanza niveles por encima del nivel normal de su funcionamiento como señal, puede aparecer con toda la furia como un ataque de ansiedad.

Desde un punto de vista clínico, este estado de acontecimientos internos se manifiesta como una neurosis de ansiedad. El significado de la importancia de la ansiedad depende de la naturaleza del conflicto subyacente, del cual forma parte, y de que este conflicto en sí mismo al ser un legado de las experiencias de la persona durante las primeras fases de su desarrollo, es el que ha moldeado la estructura psíquica con la cual como adulto se enfrenta al mundo. Son los estímulos del ambiente adulto que activan los conflictos que la persona lleva consigo, los que causan alteraciones del equilibrio psíquico y movilizan a la ansiedad señal, que a su vez, reclama a las diversas

defensas del YO.

Debe recordarse sin embargo, que el propio paciente no es completamente conciente de todos los movimientos psicológicos que tienen lugar en su interior y con frecuencia no tiene una percepción clara de cuales son los factores ambientales que han desencadenado el proceso que sufre. Es una parte importante de la función del psiquiatra a través de las observaciones de la conducta de su paciente y de las asociaciones de éste, descubrir estos procesos inconcientes, de tal forma que las razones de los síntomas del paciente puedan ser bien entendidas y tratadas adecuadamente. Cuando se enfrenta a un paciente con neurosis de ansiedad el terapeuta debe preguntarse a sí mismo dos cuestiones sobre la ansiedad; las dos hacen referencia a su función en los procesos psicológicos que conducen a los síntomas clínicos:

- 1) Cuál es el impulso interior que el paciente tiene.
- 2) Cuáles son las consecuencias que él teme de su manifestación (2).

DESCRIPCION CLINICA:

La ansiedad se puede definir como un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. Generalmente la causa es un conflicto intrapsíquico inconciente o irreconocible. La ansiedad va acompañada por un patrón característico del síntoma nervioso autónomo

implicando una respiración alterada, un ritmo cardíaco aumentado, palidez, sequedad de boca, aumento del sudor y trastornos musculoesqueléticos, con un consecuente temblor y sensación de debilidad.

Ha de diferenciarse la ansiedad del temor, en el que la combinación precedente de sensaciones y descargas nerviosas ocurre como una reacción al peligro real, consciente y externo que está presente o que amenaza con materializarse.

El pánico es una ansiedad extrema, aguda e intensa acompañada por la desorganización de la personalidad y de su funcionamiento.

La ansiedad flotante es el síntoma celular y clave de la neurosis. Consiste en una sensación de miedo que el paciente no puede asignar de forma lógica a una causa específica. En la búsqueda de la causa, los pacientes que sufren ansiedad flotante tienen tendencia a relacionarla con algún contenido ideacional apropiado.

La neurosis de ansiedad es un estado neurótico basado principalmente en la ansiedad flotante. Está caracterizada por la irritabilidad, expectativa ansiosa, conciencia atormentada y episodios de pánico. Hay una hipersensibilidad a las visiones y sonidos ordinarios; ello provoca reacciones de sobresalto frecuentes y con una provocación sensorial mínima. La palpitación cardíaca, la dificultad para respirar, el vértigo, las náuseas, la sequedad de boca, la diarrea, el comer en forma compulsiva, la frecuencia urinaria, las emisiones seminales, la visión borrosa, la debilidad física general y otras manifestaciones físicas pueden aparecer de forma crónica como parte de la neurosis de ansiedad. En un esfuerzo para reducir los sentimientos desagradables

bles asociados con la ansiedad, la persona utiliza varios mecanismos defensivos que en su totalidad constituyen muchas de las manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos.

La histeria de conversión, por ejemplo, es un recurso patológico bien conocido para reducir o eliminar la ansiedad flotante. Es una neurosis caracterizada por las deficiencias sensoriales y motoras sin una lesión orgánica estructural correspondiente. Por ejemplo, el efecto de la paraplejía histérica puede ser el evitar el acceso a una situación temida por el paciente a causa de impulsos eróticos o agresivos deseados o rechazados inconscientemente. A menudo, el síntoma físico es tan efectivo en aliviar la ansiedad que el paciente muestra una actitud de calma (La Belle Indifference) que contrasta de forma extraña con la extensión de la incapacidad física. La Belle Indifference es un ejemplo de afecto inapropiado. La histeria ansiosa es una neurosis en la que el paciente desarrolla miedos o fobias en relación con situaciones específicas que pueden estimular impulsos eróticos o agresivos inconscientemente deseados y rechazados por el paciente. Se puede discernir una función similar de disminución de la ansiedad en muchos de los síntomas de la neurosis obsesivo compulsiva y de la esquizofrenia.

En todos los casos se comprende mejor el cuadro clínico en términos adaptativos en los que se le permite un impulso "peligroso", una pequeña descarga indirecta o enmascarada y a la necesidad de restricción y castigo también se le permite cierto grado de gratificación enmascarada. Estos esfuerzos conflictivos se sintetizan y armonizan

de tal modo que reduzcan la cantidad de sufrimiento causado por la ansiedad y juntos forman el síntoma clínico o neurosis. Por otro lado, los ataques de ansiedad aguda pueden aparecer repentinamente sin previo aviso en una persona que hasta el comienzo de aquellos había permanecido razonablemente tranquila y despreocupada. Sin embargo, es más frecuente que se presenten en un fondo de ansiedad crónica en el cual muchos de los síntomas de la fase han estado ya presentes con intensidad menor durante largos períodos. Además, muchos pacientes experimentan sólo ansiedad crónica sin padecer la irrupción de formas agudas. Tal como ocurre con los ataques de ansiedad aguda, en este caso el paciente tampoco es capaz de encontrar la causa de hallarse ansioso. Sin embargo, un número considerable de individuos son capaces de relacionar su tensión crónica con las dificultades ambientales, del tipo de discusiones matrimoniales o dificultades laborales, aunque pueden ser inconcientes de la forma exacta de qué o porqué la ansiedad produce sus síntomas. La ansiedad crónica es muy molesta, y si persiste en tiempo suficiente, puede ser desmoralizante hasta el grado de que incapacite al paciente en su funcionamiento normal y en su vida cotidiana.

Los síntomas de la ansiedad crónica son muchos y muy variados. Generalmente el paciente se queja de sentirse nervioso, tenso, malhumorado e irritable. Puede tener dificultades para dormir por la noche y se fatiga fácilmente durante el día. Los síntomas gastrointestinales son frecuentes; el paciente se encuentra alterado no sólo por la sensación de mariposas en el estómago sino también por

molestias cardiacas y sensación de plenitud gástrica, que a veces se acompaña de eructos. En ocasiones puede notar también movimientos intestinales rápidos y aumento en la frecuencia de micción. Las cefaleas son más infrecuentes y por lo general se describen como sensación de presión o de tensión frontal, occipital y vertical, aunque algunas veces puede tener la calidad de una opresión intensa en la región frontal. Además, el paciente puede quejarse de tensión o dolor muscular, especialmente en el cuello y en la espalda. Suda con facilidad en particular en las palmas de las manos; a menudo tiene sensación de enrojecimiento facial, sequedad de boca y con cierta frecuencia se siente tembloroso. Particularmente molesto para aquellos pacientes cuya ocupación requiere un esfuerzo mental es la dificultad que tienen con frecuencia para concentrarse, controlar sus pensamientos y estudiar los problemas.

- Los signos y conducta característicos del paciente que padece formas de ansiedad aguda son difíciles de pasar por alto incluso cuando no se está inclinado a valorarlos; la propia impaciencia del paciente hace que ésto no sea posible. A menudo, el paciente va de un lado a otro ansiosamente, cuando no frenéticamente y si permanece sentado mueve sus manos, brazos y piernas sin descanso, se queja en voz alta del torbellino interior y de una manera intensa pide ayuda. Su expresión facial se correlaciona con su terror. Su sudoración puede ser muy visible, suspira con frecuencia y a menudo efectúa hiperventilación. El examen físico descarta las anomalías estructurales. El latido cardiaco es energético y el pulso y la respiración se encuen-

tran elevados; el primero puede llegar hasta 140-150 pulsaciones por minuto. En general, este pulso es regular y no aparecen extrasístoles. Cuando aparecen soplos, son funcionales, sintólicos y de localización apical o pulmonar. El tamaño cardiaco es normal y las elevaciones de la presión arterial, cuando se producen, son ligeras y transitorias. Por palpación puede descubrirse un área de dolorimiento sobre la superficie del pecho y un temblor en las manos. Cuando existe hiperventilación, puede provocarse con facilidad el signo de Chvostek, y cuando aquella es excesiva pueden detectarse contracciones tetánicas en las extremidades. Los pacientes con ansiedad crónica menos intensa muestran muchos de los mismos rasgos de las formas agudas, pero en menor magnitud. Los suspiros frecuentes, la intranquilidad, una actitud aprensiva, pulsaciones alrededor de 80 a 90 y cierto grado de excitabilidad e irritabilidad marcan al paciente ansioso. Un apretón de manos frío y sudoroso sirve prácticamente para el diagnóstico. Los pacientes que presentan ansiedad crónica no ofrecen pruebas físicas de alcalosis respiratoria, pero se les encuentra extraordinariamente sensibles a la hiperventilación. Después de 10 a 20 aspiraciones profundas efectuadas por indicación del examinador, el paciente notará los síntomas característicos de adormecimiento y cosquilleo en las extremidades y a menudo incluso alrededor de la boca.

EXAMENES ESPECIALES

En general, los exámenes de laboratorio especiales apenas si dan información alguna sobre el paciente y su alteración. Debe

notarse, sin embargo, que aunque el electrocardiograma suele ser normal (excepto para la taquicardia sinusoidal) en los pacientes que presentan un ataque de ansiedad aguda se ha detectado ocasionalmente una depresión de la onda T en las derivaciones II y III y en la derivación precordial, especialmente cuando el paciente está sentado o de pie, de la misma manera en algunas ocasiones se observa una depresión del segmento S-T. Los trazos electroencefalográficos son normales, aunque debe recordarse que en todos los pacientes ansiosos su estado de actividad mental y de alerta tenderá a suprimir el ritmo Alfa, especialmente en las áreas frontales y en este sentido sus registros divergirán de los del individuo más normalmente relajado (2).

CLASIFICACION:

Antes de mencionar una clasificación, vale la pena el comentar que en la mayor parte de los trastornos psiquiátricos se encuentra la ansiedad como síntoma, -sin embargo, existen algunos padecimientos en que dicho síntoma es la manifestación cardinal. Según el DSM-III los trastornos de ansiedad son los siguientes:

I. TRASTORNOS FOBICOS (O NEUROSIS FOBICAS)

- a) Agorafobia con crisis de angustia (ataques de pánico)
- b) Agorafobia sin crisis de angustia
- c) Fobia social
- d) Fobia simple

II. ESTADOS DE ANSIEDAD (NEUROSIS DE ANSIEDAD)

- a) Trastornos por angustia (trastornos de pánico)
- b) Trastornos por ansiedad generalizada
- c) Trastornos obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva)
- d) Trastorno por estres postraumático agudo
- e) Trastorno por estres postraumático crónico o retrasado
- f) Trastorno por ansiedad, no especificado (6)

TRATAMIENTO:

En cuanto al tratamiento se ha mencionado de utilidad la psicoterapia analítica o de "insight", la psicoterapia de apoyo, las técnicas de relajación y de meditación, así como los fármacos tranquilizantes entre los que se encuentran las benzodiazepinas, el meprobamato y los barbitúricos. Los antipsicóticos "suaves" como por ejemplo la tioridazina se utiliza frecuentemente como ansiolítico, debido a que no existe peligro de abuso por parte del paciente, sin embargo la validez de su uso es controvertida.

SEXUALIDAD:

Sexualidad normal y anormal: Hace diez años, los psiquiatras estaban mucho más seguros que ahora sobre lo que se consideraba como vida sexual saludable, puesto que, para ellos, el concepto de normalidad era más estadístico que científico.

Por aquella época, la mayoría de los psiquiatras estaba de acuerdo en que la homosexualidad era una enfermedad, pero hoy, el tema sirve de controversia entre dos grupos polarizados en torno a dos enfoques distintos: uno, aún insiste en que la homosexualidad es una enfermedad, y el otro ni siquiera se decide a enjuiciarla como una desviación, porque el término ya implica cierto contenido psicopatológico, por ello la considera una variante sexual que debe de ser eliminada del catálogo de trastornos.

El funcionamiento normal, es decir, lo que la sociedad juzga como normal, ha virado desde el sexo reproductivo al sexo relacional, y ahora asistimos a progresivos intentos de llegar al sexo recreativo (placer físico acompañado o no de afecto o amor). Los varones han manipulado siempre las tres clases de sexo, y las mujeres están descubriendo ahora que también ellas son capaces de acceder a las tres caras del sexo, incluyendo la recreativa.

Esta variación en el sentido de las relaciones está modificando también la naturaleza de los vínculos familiares, enriqueciendo sus posibilidades y empujando a las personas a relaciones más abiertas, en la misma medida en que el sexo recreativo puede ser fuente de nuevos vínculos entre amigos. Los rígidos patrones de relación basados en el todo o nada, el desarrollo e institucionalización del adulterio y los devaneos truculentos de la edad madura deben ser sustituidos por nuevos patrones de relación. Aunque las relaciones de intimidad son, hoy día, muy difíciles para mucha gente, ¿serán alcanzables con más o menos dificultades si la sociedad reduce sus expectativas iluso-

rias acerca de temas como el compromiso exclusivo y la suficiencia de los vínculos unipersonales?. Si se implantasen nuevos patrones entre amplios sectores de población, ¿se conseguiría que la gente fuese menos posesiva y amortiguase su propensión a los celos?. La vivencia adolescente de posesión que se experimenta con el primer amor y persiste a veces hasta la edad adulta ¿podrá ser considerada en el S. XXI o, como dice Comfort, ocurrirá lo mismo que ocurre ahora con las obras del S. XIX cada vez menos interesantes para nuestros hijos, nietos en función de que son emocionalmente incomprensibles?.

El concepto actual de normalidad ha sido influido por nuevos descubrimientos y hechos, nuevas técnicas, patrones sociales cambiantes y actitudes y conjuntos de creencias distintos, todo lo cual afecta al pensamiento y a los sentimientos de la gente. La normalidad es un proceso, una dinámica, un intercambio de innovaciones, descubrimientos, informaciones, actitudes y conductas.

SISTEMA SEXUAL:

La sexualidad puede ser descrita en términos de un sistema, por analogía con los sistemas circulatorio o respiratorio. En su caso, el sistema se divide en:

Sexo biológico: que incluye cromosomas, hormonas, caracteres sexuales primarios y secundarios.

Identidad sexual: (denominada a veces identidad genérica subjetiva) y es el sentimiento de masculinidad o femineidad.

Identidad genérica que en el papel masculino o femenino.

Conducta sexual, que implica la conducta motivada por el deseo de placer sexual y orgasmo (sexo físico); Conducta genérica; connotaciones conductuales masculinas o femeninas.

SEXO BIOLÓGICO:

Las características básicas de un organismo son el resultado de la interacción entre el ambiente y el código genético transmitido por los padres. El entorno fetal puede ser en sí mismo altamente significativo y en el modelado del desarrollo y diferenciación fetales. Un exceso o una deficiencia de hormonas maternas, infecciones víricas, traumas, tóxicos, deficiencias nutritivas o estres maternos pueden perjudicar al feto incluso antes de que el entorno actúe tras el haci-namiento. La combinación cromosómica XX ó XY programa la diferenciación gonadal que conducirá a la formación de ovarios y testículos. Si se trata de testículos, la secreción gonadal de andrógenos programará al feto en la línea de masculinidad. Money y Ehrhardt (1972) escriben: Sin hormonas gonadales fetales, el feto continúa siempre la diferenciación de la anatomía reproductura de la hembra.

El feto es, pues, primariamente femenino. Las secreciones testiculares (o su carencia) programan los patrones de organización cerebral, con las consiguientes conductas sexuales posteriores.

Las anomalías del sexo biológico pueden ser mayores o menores. Las anomalías anatómicas o fisiológicas mayores (es decir,

la insensibilidad androgénica) crean problemas de intersexualidad que, no se corrigen a edades tempranas, conducen a conflictos de identidad sexual.

IDENTIDAD SEXUAL:

A veces, la identidad sexual no es más que el prefijo de la identidad genérica. La identidad sexual puede definirse como el sentimiento subjetivo de masculinidad o femineidad de una determinada persona a lo largo de toda su vida. Este sentimiento es más o menos reforzado por el modo de actuación de la gente que rodea al sujeto y, en particular, de sus padres. El color azul o el rosa son ya manifestaciones precoces de este código discriminativo.

La asignación de uno y otro sexo al niño desempeña un papel tan importante como los mismos andrógenos fetales en la organización cerebral que determinará la futura conducta masculina (si la cantidad de andrógenos es suficiente) o femenina (si los andrógenos son escasos). Incluso son características biológicas ambiguas, la educación bien definida en función del sexo conduce a una identidad sexual subjetiva y objetivamente firme. Las modificaciones en la asignación de sexo son indeseables después de los 18 meses. Como han señalado Money y Ehrhardt (1972): a los tres o cuatro años, las dificultades para que un niño hermafrodita alcance una identidad sexual definida son las mismas que tendría un adulto para solventar un cambio de sexo impuesto.

Casi todo el mundo experimenta la correspondiente diferenciación sexual sin importantes problemas de identidad. La excepción viene determinada por algunos niños con morfología sexual ambigua y una educación no discriminada con respecto al sexo y por transexuales que tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto, rechazando por tanto su propia apariencia corporal y su correspondiente estado social.

IDENTIDAD GENERICA:

Con las excepciones relativamente raras que hemos mencionado, el desarrollo de la sexualidad conduce a un sentimiento de masculinidad o femineidad que acostumbra estar completamente definido a los tres años. Sin embargo, en la cultura americana, las dudas y conflictos acerca de la masculinidad y la femineidad, son abundantes. Los trastornos graves desembocan en desviaciones sexuales, como el travestismo, el fetichismo, el voyeurismo y el exhibicionismo. La homosexualidad es un caso especial de trastorno en la identidad genérica puesto que el homosexual no suele tener dudas sobre su masculinidad o femineidad (identidad sexual).

Las variaciones conductuales generadas por las dudas y conflictos sobre la masculinidad o la femineidad son numerosas. Las maniobras que tienden a proporcionar seguridad abarcan un amplio espectro, que va desde la promiscuidad compulsiva en ambos sexos o la competitividad no sexual, a los deportes o hábitos externos. Las respuestas inhibito-

rias o de evitación son asimismo comunes.

Las actitudes y la conducta para con el otro sexo están fuertemente influidos por la seguridad o inseguridad en la propia identidad genérica. La mayor parte de los problemas conyugales, dirimidos en la batalla de los sexos, tienen su raíz en la inseguridad genérica.

CONDUCTA Y PAPEL SEXUAL:

La conducta sexual se divide en conducta encaminada al intercambio específicamente sexual y en conducta genérica. La primera se basa en el deseo de alcanzar placer sexual, culminando por el orgasmo; la segunda se centra en una serie de repertorios conductuales a las que se les asigna una connotación masculina o femenina. Los cilios de respuesta sexual y las disfunciones pertenecen a la primera categoría, en tanto que las relaciones y los vínculos genéricos se adscriben a la segunda. La conducta genérica ha sido asignada generalmente por tradición pero, hoy día, los papeles son negociables y los problemas acaban siendo serios si esta negociación se hace imposible por falta de comunicación o por conflictos derivados de los derechos e intereses de cada género.

La distinción entre ambos tipos de conducta se debe a razones analíticas y de su estudio, pero en la práctica, el sexo genérico y la sexualidad están en íntima conexión. Con raras excepciones, las relaciones sexuales y la conducta social de ambos sexos son diferentes facetas de un mosaico complejo y pluridimensional.

EMBRIOLOGIA:

El sexo del ser humano queda determinado en el momento de la fecundación. Dentro de los límites definidos por la variación normal, la herencia individual y las influencias ambientales, el desarrollo anatomofisiológico de una persona está predeterminado desde la concepción. De igual forma que la sociedad dicta unos determinados papeles socioculturales para cada sexo, el desarrollo psicológico se ve afectado por éstos. La fisiología sexual va más allá de la reproducción, y los cambios hormonales afectan la libido, el bienestar físico y la conducta. Estos hechos físicos contribuyen también poderosamente al desarrollo psicológico de la persona.

Las estructuras gonadales son reconocibles en el embrión a la cuarta semana. No obstante, estas estructuras no adoptan la característica morfología masculina o femenina hasta la séptima semana. Al principio, se aprecian los bordes genitales, de unos 5 mm., de longitud, situados a ambos lados de la línea media embrionaria. Las células germinales primordiales emigran (hacia la sexta semana aproximadamente) desde la pared del intestino primitivo al área gonadal. Estas células germinales parecen tener un efecto inductor que influye en la diferenciación gonadal. Las glándulas sexuales están unidas a la superficie del epitelio por sus respectivos cordones, y las diferencias entre un sexo y otro todavía no son manifiestas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad siempre ha jugado un papel importante como causa de ansiedad. Una persona ansiosa verá su sexualidad un tanto distorsionada, debido al conflicto ansioso. Se han hecho observaciones en animales que han dado como resultado que la ansiedad continua provoca desajustes sexuales. Durante la ansiedad, las glándulas sexuales se "encogen" y pierden su función, en comparación con las glándulas adrenales que aumentan su función. Ambas glándulas sexuales, ya sean masculinas o femeninas, son estimuladas por hormonas gonadotrópicas de la pituitaria y las adrenales son activadas por ACTH.

¿Puede la ansiedad verse reflejada en el manejo de la sexualidad?.

OBJETIVO:

Este trabajo tiene como objetivo fundamental determinar las diferencias entre dos grupos de personas, uno de ellos con ansiedad y el otro sin ésta y valorar sus experiencias y sus conductas sexuales.

HIPOTESIS:

Hipótesis nula: No existen diferencias en las conductas sexuales entre personas ansiosas y personas no ansiosas.

Hipótesis alterna: Existen diferencias en las conductas sexuales entre personas ansiosas y personas no ansiosas.

MATERIAL Y METODO:

El presente estudio se realizó en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante los meses de marzo de 1988 a enero de 1989.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron pacientes de entre 18 y 28 años de edad, solteros, estudiantes de diferentes licenciaturas universitarias, de ambos sexos y se les practicó un cuestionario traducido y adaptado por E. Rubio del Sex Knowledge Attitude Test (SKAT) para saber sus actitudes y conductas sexuales. Asimismo se les aplicó la escala de Hamilton para determinar a aquellos pacientes que reportaban ansiedad. Se dividieron en dos grupos: 25 pacientes no ansiosos y 25 pacientes que según la escala de ansiedad la presentaban desde intensidad leve hasta la intensidad fuerte. No hubo pacientes con intensidad máxima en este grupo.

En ambos grupos, trece eran mujeres y doce eran hombres. Entre los dos grupos, de 18 años comprendieron 6 mujeres y 4 hombres; de 19 a 20 años 10 eran mujeres y 10 eran hombres; de 21 a 25 años 5 eran mujeres y 6 eran hombres; y de 26 a 28 años 4 eran mujeres y 5 eran hombres. En el nivel de religiosidad, 32 se describieron como moderadamente religiosos y 10 como no religiosos. 38 pacientes

que sus padres estaban casados entre sí, 8 pacientes que sus padres eran divorciados y 4 refirieron un padre muerto (Anexo 1).

Las preguntas investigadas fueron las siguientes:

1. ¿Ha salido con diversos muchachos (as)?
2. ¿Ha tenido novio (a)?
3. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
4. ¿Ha tenido relaciones sexuales utilizando diversas posiciones coitales?
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales con diferentes parejas?
6. ¿Ha pagado por tener relaciones sexuales?

En esta sección las respuestas fueron NUNCA, UNA VEZ, DE 2 A 5 VECES, 6 O MAS VECES.

7. ¿A qué edad comenzó Ud. a masturbarse?

Las respuestas fueron: ENTRE LOS 10 y 13 AÑOS, ENTRE LOS 14 y 18 AÑOS, NUNCA ME HE MASTURBADO.

8. ¿Con qué frecuencia se masturbaba Ud. en la escuela?
9. ¿Con qué frecuencia se masturbaba Ud. en la preparatoria?
10. ¿Con qué frecuencia se masturbaba Ud. en la facultad?

Las respuestas fueron: NUNCA O UNA VEZ POR SEMANA, 2 A 3 VECES POR SEMANA, DE 4 a 7 VECES POR SEMANA.

UTILIZACION DE LA ESCALA DE HAMILTON:

La posibilidad de hacer diagnósticos psiquiátricos mediante criterios operativos específicos, constituye uno de los avances más importantes en la nosología psiquiátrica ya que entre otras, permite comparar estudios realizados en diferentes lugares y tiempos, y esclarecer muchas de las controversias que durante años limitaron el avance científico de la psiquiatría clínica y de la epidemiología psiquiátrica.

Para que haya acuerdo en el diagnóstico psiquiátrico, tiene que haber previamente un acuerdo sintomático. Es decir, los criterios operativos de diagnóstico se basan fundamentalmente, en la presencia y/o ausencia de signos y síntomas. Sobre todo éstos últimos, ya que la mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen mucho más síntomas que signos.

Las escalas de evaluación se construyen tomando en cuenta los signos y síntomas que se consideren más representativos de un trastorno psiquiátrico específico. Pero no basta con que éstos estén en listados, sino que tienen que estar definidos operativamente; es decir, mediante elementos apreciables objetivamente por observadores independientes. De otra forma, las escalas no serían más que formas de registro.

La utilidad de las escalas de evaluación en psiquiatría, depende en buena medida de su validez y confiabilidad. Esta última se define como la reproductividad de una medición, ya sea en el mismo sujeto en diferentes ocasiones, o en el mismo sujeto por diferentes

evaluadores (confiabilidad interobservador).

El término reproductibilidad indica que mediciones diferentes del mismo fenómeno, conducen al mismo resultado.

Por otro lado, al estudiar la confiabilidad de una escala de evaluación debe tomarse en cuenta tanto el diseño del estudio como el índice de confiabilidad estadística que va a utilizarse.

Los diseños más comunes son: 1. estudios con viñetas clínicas que permiten conocer si los evaluadores identifican e interpretan los síntomas adecuadamente; 2. estudios con videograbaciones que permiten evaluar el sesgo de los observadores; 3. estudios con evaluadores simultáneos en los que uno entrevista al paciente, mientras que otros observan y lo califican independientemente; y 4. estudios de prueba-contraprueba con pares de entrevistadores.

El índice estadístico para analizar la confiabilidad depende ante todo de la naturaleza de las variables (nominales y dimensionales) que conforma la escala.

Los aspectos de la confiabilidad en la evaluación de la ansiedad, que es una de las áreas en donde más dificultades se han tenido para llegar a un acuerdo aceptable, ya que por un lado, ciertos síntomas de la ansiedad "patológica" son difíciles de distinguir de la ansiedad "normal"; y, por otro, la ansiedad y la depresión comparten varios elementos sintomáticos.

A pesar de que existen diversas escalas para evaluar la ansiedad, la diseñada por Hamilton en 1959 es la más usada, sobre todo en los ensayos clínicos que pretenden evaluar magnitud y cambios

en la severidad de los síntomas. Es importante señalar, que al igual que otra, esta escala se diseñó para usarse en pacientes que tienen un cuadro de ansiedad previamente diagnosticado como tal, y no para evaluar manifestaciones de ansiedad comunes a otros trastornos psiquiátricos. El instrumento contiene 14 reactivos, cada uno de los cuales se califica dentro de una escala del 0 a 4 (ausente, leve, moderado, severo, máximo) dependiendo de su intensidad. Estos incluyen las manifestaciones clínicas más representativas de los estados de ansiedad patológica.

La escala se aplica en máximo treinta minutos basándose en las quejas sintomáticas del paciente en la condición de los últimos días (mínimo tres). El paciente se deberá sentir tranquilo, sin presiones y en lo posible se deberán de describir las situaciones en las mismas palabras de los pacientes. Se deberán de evitar las interrupciones, y de preferencia dentro de la misma hora de consulta.

Los reactivos son: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, humor depresivo, síntomas somáticos, síntomas somáticos generales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas del sistema nervioso autónomo y comportamiento durante la entrevista.

Tomando como ejemplo el reactivo de humor ansioso, la calificación se basa en:

- 0: el paciente no está ansioso ni irritable.
- 1: el paciente es dudoso que esté más ansioso o irritable que siempre.
- 2: el paciente expresa claramente que se encuentra en un estado de

ansiedad, aprehensión o irritabilidad que puede ser difícil de controlar, pero que no interfiere en su actividad cotidiana.

- 3: la ansiedad o inseguridad es en momentos más difícil de controlar porque la preocupación es mayor hacia los daños o peligros que puedan ocurrir en el futuro; ejemplo de esto puede ser la ansiedad experimentada como pánico y puede ocasionalmente interferir en la vida y actividad cotidiana del paciente.
- 4: el sentimiento de miedo exagerado está tan frecuentemente presente que interfiere marcadamente en la vida del paciente.

RESULTADOS:

En la pregunta investigada ¿HA SALIDO CON DIVERSOS MUCHACHOS (AS)? las respuestas fueron:

	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD	6	5	8	6
PACIENTES SIN ANSIEDAD	4	6	10	5

Utilizando la prueba de la chi cuadrada, el resultado es $X^2 = .20$ lo que es $>$ de .05 y resulta no significativa la diferencia.

2. ¿HA TENIDO NOVIO (A)?	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD:	7	6	5	7
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	5	8	7	5

El resultado utilizando la prueba de la chi cuadrada es $X^2 = .10$ lo que es $>$ de .05 y resulta no significativa la diferencia.

3. ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?

	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD:	8	6	6	5
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	8	5	6	6

El resultado es $X^2 = .70$ lo que es $>$ de .05 y la diferencia es no significativa.

4. ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES UTILIZANDO DIVERSAS POSICIONES COITALES?

	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD:	7	6	7	5
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	6	5	9	5

El resultado es $X^2 = .50$ lo que es $>$ de .05 y la diferencia es no significativa.

5. ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON DIFERENTES PAREJAS?

	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD:	7	9	4	5
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	6	8	6	5

El resultado es $X^2 = .50$ lo que es $>$ de .05 y no es significativa la diferencia.

6. ¿HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES?

	nunca	una vez	2 a 5 veces	6 ó más veces
PACIENTES CON ANSIEDAD:	9	6	5	5
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	8	5	6	6

El resultado es $X^2 = .50$ lo que es $>$ de .05 y no es significativo.

7. ¿A QUE EDAD COMENZO A MASTURBARSE?

	10-13 años	14-18 años	nunca
PACIENTES CON ANSIEDAD:	10	11	4
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	11	8	6

La $X^2 = .10$ lo que es $>$ de .05 y la diferencia no es significativa.

8. ¿CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA UD. EN LA SECUNDARIA POR SEMANA?

	0-1	2-3	4-6 +
PACIENTES CON ANSIEDAD:	6	9	10
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	8	10	7

La $X^2 = .10$ lo que es $>$ de .05 y la diferencia no es significativa.

9. ¿CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA UD. EN LA PREPARATORIA POR SEMANA?

	0-1	2-3	4 ó +
PACIENTES CON ANSIEDAD:	4	12	9
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	6	10	9

La $X^2 = .30$ lo que es $>$ de .05, por lo tanto no es significativa.

10. ¿CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA UD. EN LA FACULTAD POR SEMANA?

	0-1	2-3	4 ó +
PACIENTES CON ANSIEDAD:	6	13	8
PACIENTES SIN ANSIEDAD:	4	13	6

La $\chi^2 = .30$ lo que es $>$ de .05 y no resulta significativa la diferencia.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Como se observa en los resultados, las diferencias fueron en todos los casos no significativas, por lo que se deduce claramente que en este grupo de pacientes no existen diferencias entre personas ansiosas y las no ansiosas en cuanto a sus conductas sexuales.

Se deberán de tomar en cuenta los siguientes aspectos que pudieron haber limitado los resultados:

El grupo de pacientes fue reducido y no puede ser tomado como una muestra representativa de los estudiantes en general.

Sólo intervinieron estudiantes que solicitaron consulta psiquiátrica por lo que si en un trabajo posterior se toma en cuenta a un grupo de estudiantes que no requieran consulta o atención psiquiátrica, probablemente los resultados sean diferentes. Ningún paciente fue calificado en la escala de ansiedad de Hamilton con intensidad máxima. Asimismo, no son pacientes con un fondo ansioso permanente, pudiendo tratarse de una situación ansiosa de tipo reactivo, secundaria a problemas escolares, familiares, de pareja, etc., pero que una vez

resueltos éstos, volvían a un estado menos ansioso. -

Es de pensarse que si se hubiesen incluido pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-III-R los resultados hubiesen mostrado diferencias significativas.

Existe la posibilidad de que una ansiedad leve (dentro del rango normal) no afecte la conducta sexual, no así a personas con trastornos graves de ansiedad, en los que ésta si influya no solamente en su vida cotidiana sino también pueda determinar cambios en la conducta sexual.

En este caso, cabe pensar que la conducta sexual está marcada por varios factores siendo la ansiedad uno de ellos pero no el único.

Si se desean observar diferencias significativas, entonces se deberá de:

- Aumentar el número de pacientes
- Incluir sólo grupos de hombres y de mujeres ya que ésto pudo haber modificado los resultados.
- Discriminar aún más a las personas ansiosas de las no ansiosas, utilizando para ello los criterios del DSM-III-R.

Dentro del análisis de los datos, se puede advertir que la masturbación fue similar en el grupo de pacientes masculinos ansiosos y de los no ansiosos. Es mucho más frecuente en los hombres y su edad de inicio es menor a la de las mujeres. Existen casos en que las mujeres refieren nunca haberse masturbado o nunca han tenido

relaciones sexuales, sin embargo en los hombres el 76% habían tenido relaciones sexuales. La gran mayoría de las personas entrevistadas ha salido con diferentes muchachos (as) y han tenido uno o varios novios (as).

Al parecer el nivel de religiosidad no tuvo influencia en las conductas sexuales. La encuesta aplicada sobre sexualidad, traducida y modificada por E. Rubio, permitió ver más ampliamente al paciente que se ve en consulta, pudiendo adentrarse en sus conocimientos, conductas y experiencias sexuales, las cuales en ocasiones no son investigadas lo más adecuadamente posible.

No es de dudarse que este estudio, haciendo las modificaciones referidas, muestre realmente diferencias en las conductas sexuales entre pacientes ansiosos y no ansiosos, como puede haber diferencias entre personas deprimidas, con trastornos graves de la personalidad, psicóticos, etc.

La sexualidad es un reflejo en muchas de las actividades cotidianas del ser humano, ya que no es de dudarse que sea parte importante de las inquietudes, dudas, manejo de culpa en gente joven la que generalmente no está bien informada sobre estos temas.

Se necesita asimismo aplicar la información sexual desde edades tempranas para que cada vez sea mayor la posibilidad de alcanzar una vida sexual madura, plena y gratificante.

NIVEL DE RELIGIOSIDAD		
Muy religiosos	16%	(n = 8)
Moderadamente religiosos	64%	(n = 32)
No religiosos	20%	(n = 10)

DISTRIBUCION POR EDADES		
	Hombres	Mujeres
18 años	4	6
19 a 20 años	10	10
21 a 25 años	6	5
26 a 28 años	5	4

VARIABLE	NO ANSIOSOS
EDAD Distribución por sexos n = 25	Rango = 18 a 28 años Hombres = 48% Mujeres = 52%

VARIABLE	ANSIOSOS
EDAD Distribución por sexos	Rango = 18 a 28 años Hombres = 48% Mujeres = 52%

BIBLIOGRAFIA

1. Kolb L.C.: *Psiquiatría Clínica Moderna* 5a. ed. La Prensa Médica Moderna, 1977.
2. Freedman, M.A.; Kaplan, I.H.; Sadock, J.B.: *Tratado de Psiquiatría*. 2a. ed. Barcelona: Salvat editores, 1982: Vol. 1.
3. De la Fuente, J.R.; Lara, Ma. del C.: *La confiabilidad en la evaluación de la ansiedad*. *Acta Psiquiátrica Psicol. Amér. Lat.* 1987: 33; 209-218.
4. Fromm, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. 1a. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1956.
5. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, CH.: *Tratado de Psiquiatría*. 8a. ed. Barcelona: Toray-Masson, 1978.
6. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Revisado)*.
7. Rubio, E. y col.: *Caracterización de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de Médico Cirujano*. *Salud Mental*; Vol. 11, marzo, 1988.
8. De la Fuente, R.: *Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría, "Desórdenes de la Afectividad"*. México: Imprenta Universitaria.
9. Small, A.; Gessner, T.; Ferguson, T.: *Sex roles and dysphoric mood*. *Sex roles*: 1984; oct. Vol. II.
10. Whitley, B.: *Sex role orientation and psychological well-being; two meta-analysis*. *Sex Roles*: 1985; Jan. Vol. 12 (1-2).

11. Goldman, H.: *Psiquiatría General. El Manual Moderno.* 1a. ed. México, 1988.
12. Cuevas, B.: *Conocimiento sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología.* Vol. 9; 53-71, 1983.
13. Hamilton, M.: *The assessment of anxiety states by rating.* *Brit. J. Med. Psychol.* 1959: 32; 50-55.
14. Wilson, G.D.: *Psychological tests.* En: Sanisbury, P. and Kreitman, N. (eds.) 169-185.
15. Lief, H.: *Sex Knowledge and Attitude Test (SKAT) 2a. ed.* Center for the study of sex education in medicine. Filadelfia, 1972.