

11226
Tel. 70



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Departamento de Medicina General Familiar
y Comunitaria

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD
HUMANA EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL
FAMILIAR (J. S. S. S. T. E.)

T E S I S

Para obtener el Diploma Universitario
de Especialidad en

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Presenta

DR. PEDRO HERNANDEZ HERNANDEZ



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Noviembre de 1987



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.

J N D J C E

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES Y PROBLEMA.....	2
<i>Sexualidad Humana</i>	
<i>Educación Sexual</i>	
<i>La Educación Sexual en las Escuelas de Medicina</i>	
<i>El Médico Familiar como orientador</i>	
INSTRUMENTO.....	7
JUSTIFICACION (RAZONES PARA LLEVAR ACABO LA INVESTIGACION).....	11
<i>Revisión Crítica de la Información Existente</i>	
OBJETIVOS.....	15
MATERIA Y METODO.....	16
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	30
ANEXO.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUCCION.

El presente estudio: Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad Humana, se llevó a cabo en médicos en entrenamiento de la especialidad de Medicina General Familiar.

Se investiga el nivel de conocimientos y actitudes sexuales, y las diferencias en cada uno de los tres años de la residencia. Incluye también el estudio de las relaciones entre los conocimientos sexuales, las actitudes y algunas otras variables sociodemográficas como son: edad, sexo, y nivel de religiosidad.

Para esta investigación se utilizó el "Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales", que es un instrumento diseñado (Lief and Reed, - 1971) y desarrollado específicamente para ser usado en estudiantes de medicina.

El estudio se realizó con residentes de Medicina General Familiar de las clínicas Gustavo A. Madero e Ignacio Chávez dentro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado. (ISSSTE).

2.- ANTECEDENTES Y PROBLEMA.

2.1 Descripción del problema que se va a investigar.

SEXUALIDAD HUMANA

El concepto de Sexualidad Humana ha cambiado de acuerdo a la evolución de la sociedad. Quizá la concepción más generalizada o al menos la predominante en la cultura occidental sobre todo en relación con la religión judeo-cristiana, es la de considerar a la sexualidad sólo como un sinónimo de genitalidad o de actividad biológica respectiva, con la finalidad única y exclusiva de perpetuar la especie " dentro de la institución del matrimonio ". (1)

En comparación con otros conceptos más actualizados, resulta un tanto restringido en cuanto a su significado y finalidad. Por ejemplo, algunos autores coinciden en que la sexualidad humana encierra aspectos más amplios; los biológicos como la fecundación, la genética, la herencia, el coito y la reproducción; los aspectos psicológicos que incluyen las sensaciones, percepciones y sentimientos; dentro de los aspectos sociales los comportamientos, trabajos, leyes, etc. En conclusión la sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que se pertenece. (2-3-4).

EDUCACION SEXUAL

El consenso general indica que la educación sexual debe indicarse desde el nacimiento del individuo, ya que la sexualidad empieza también con el nacimiento, y es preparada por una evolución progresiva y una maduración lenta; una característica sobresaliente es que debe ser más formativa que normativa e integrarse en el conjunto de la educación de la familia, y en segundo lugar en la educación escolar. (5)

Es oportuno subrayar la importancia, de que el individuo llegue a la adolescencia por lo menos con un conocimiento aproximado de la se

sexualidad, con el fin de evitar iniciaciones hirientes así como sorpresas angustiantes, que afectan a menudo la sensibilidad del adolescente y le crean frustraciones importantes. Sin embargo, en la actualidad los tópicos de la sexualidad son expuestos a la población influenciados y basados en los prejuicios y mitos de antaño o, en muchas ocasiones, ni siquiera son mencionados por las instituciones responsables en la educación del individuo, las cuales son la familia y la escuela; por otra parte los medios masivos de comunicación, y en especial la publicidad, son determinantes ya que su información al pueblo lleva un gran contenido sexual expuesto abiertamente de tal forma que afecta tanto a niños como adultos, quienes en su mayoría posiblemente no se encuentren preparados para mejorar dicha información, debido a su ignorancia en el terreno de la sexualidad; además, estos medios son enfocados únicamente desde el punto de vista comercial y no educativo, proporcionando una información distorsionada e inadecuada; lo que conlleva a que una de las expresiones de la sexualidad que tiene gran trascendencia en coito, se manifiesta como una conducta irresponsable, apareciendo sólo como una necesidad fisiológica, pero sin ser concientizadas a fondo para lograr un equilibrio emocional, de tal forma que no se evitan consecuencias que más tarde se convierten en problemas personales importantes, -- los cuales no son más que el resultado de una educación sexual inadecuada, siendo fácilmente detectados como conflictos a nivel de la relación interpersonal o de pareja, renuencia por temor infundado, sin utilizar metodología anticonceptiva; embarazos no deseados, abandono de hijos, aborto, enfermedades venéreas, etc. Problemas que afectan directamente al núcleo familiar. (5) (6)

LA EDUCACION SEXUAL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA.

A partir de la década de los 70s, se ha observado interés por los cursos de educación sexual en los diferentes niveles de enseñanza de las escuelas de medicina de algunos países. Uno de los que ha demostrado un adelanto considerable es Suecia, ya que para 1971 contaba con programas escolares oficiales sobre educación sexual, con formación formativa, impartida en forma continua desde los 7 años -

a los 20 años de edad. (7)

En las dos últimas décadas en los E.U.A. casi todas las escuelas de medicina incluyen en su plan de estudios el tema de la sexualidad humana, así como un mínimo de programas de instrucción para médicos de cuidados primarios. (8)

Existen estudios donde se han evaluado los programas o cursos de sexualidad humana en los estudiantes de medicina, así como el impacto en sus actitudes, experiencia y personalidad, antes y después del curso.

Por ejemplo, en cuanto a la personalidad y a la conducta, un estudio realizado en los E.U. en 1971, describe al estudiante de medicina como compulsivo y sexualmente restringido, debido posiblemente a la poca información que tiene acerca de la sexualidad humana al ingresar y egresar de la escuela de medicina. (7)

En otro estudio realizado en 1974 y 1976, se observó que un mayor conocimiento sobre sexología por parte de los estudiantes de medicina conlleva a una modificación y/o liberación en sus actitudes sexuales, tanto en su conducta personal como hacia otras personas. -- (7)

Se reportan variados resultados posteriores a la realización de un curso de sexualidad humana; por ejemplo, en 1974 se efectuó un estudio donde demostraron una influencia positiva sobre las habilidades adquiridas para la entrevista y el interrogatorio sexual, conservando estos cambios positivos durante algunos meses después del curso; sin embargo, no se sabe hasta que punto influye en el tratamiento a largo plazo de los pacientes, quedando tal vez como posible objetivo para investigación posterior. (8)

La educación sexual en las escuelas y facultades de medicina en nuestro país, se ha considerado como deficiente, como lo demuestra una revisión hecha en 1977 a los currículums de las universidades,--

incluyendo a la U.N.A.M., donde se encontró que los estudiantes de medicina aprenden poco más allá de la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino. Es poco o nada lo que se enseña en las facultades sobre aspectos tales como: el orgasmo, la impotencia, la masturbación, los conflictos matrimoniales, los aspectos sexuales de la vejez, la homosexualidad, el desarrollo psicosexual de la infancia y la adolescencia, así como también es poco lo que se menciona sobre los componentes psicosexuales a menudo presentes en problemas tales como la ansiedad, depresión, asma, úlcera péptica, colitis, etc... Incluso durante los periodos de internado pocos reciben entrenamiento y manejo de las disfunciones relacionadas con la sexualidad. (3)

En el postgrado se vive la misma situación comentada anteriormente para los estudiantes de medicina, incluso durante los cursos de urología, ginecología y psiquiatría. (3)

En una encuesta llevada a cabo en los E.U.A. en 1976, se entrevistó a residentes de ginecoobstetricia, quienes refieren que casi no se daba información, si bien opinan que habían recibido más ó igual información sobre el tema que la mayor parte de residentes de cuidados primarios. Y en evaluación específica a estos mismos residentes, se demostró que en realidad no estaban capacitados para proporcionar orientación sexual, y que su falta de conocimientos (a la que se agregaría actitudes no terapéuticas, que con frecuencia existen) - afectaban su habilidad diagnóstica. (8)

EL MEDICO FAMILIAR COMO ORIENTADOR.

Para enfrentar más adelante los conflictos sexuales de los pacientes es necesario establecer estrategias docentes para capacitar al estudiante de medicina en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y culturales de la sexualidad humana, dado el papel del médico a nivel institucional y en la práctica privada como consejero, terapeuta y canalizador de pacientes con problemas de índole sexual. Sin embargo es importante reconocer que el especialista de la medicina familiar, además de la responsabilidad antes mencionada, tiene

también, una vez egresado de la especialidad y con la debida preparación en el área de la sexualidad humana, la de participar activamente en los cursos de educación sexual impartidos a los estudiantes de medicina, para que de esta manera se complete el equipo de especialistas que deben tomar parte en esta materia y así abordar los temas de la sexualidad de manera conductual y clínica en forma integrada, como actualmente se desarrolla en algunas escuelas de medicina de -- los E.U.A., donde inicialmente estos cursos los impartían sólo psicólogos y los psiquiatras. (3-9)

Se considera al médico familiar el profesional de la salud ideal para recibir y posteriormente orientar e impartir cursos de sexualidad humana; esta consideración se basa en 3 factores fundamentales que son:

- 1.- Cuenta con mayor posibilidad de ver pacientes con problemas sexuales variados.
- 2.- El trayecto de la medicina familiar se considera base del conocimiento médico.
- 3.- Maneja un amplio campo de grupos de edad y sexo. (9)

INSTRUMENTO.

Después de varios años de investigación y estudio en el campo de la sexualidad humana se decidió crear un instrumento efectivo con la finalidad de ayudar a la enseñanza y evolución de los cursos de comportamiento sexual humano, y que además tuviera aplicación en la investigación de las ciencias sociales, así como ayudar al autoestudio. En 1967 el Dr. H. Lief y el Dr. Reed en el Centro de Estudios de Educación Sexual en Medicina, en el Consejo Marital de Filadelfia, y en la Universidad de Pensilvania, diseñaron por primera vez el "Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales" (SKAT), como un intento de recolección de información sobre estas áreas, así como el grado de experiencia en la variedad de medios sexuales.

La experiencia en la aplicación de este instrumento es amplia, ya -- que para 1972 se había aplicado aproximadamente a 35 mil estudiantes de medicina de pregrado, graduados y postgraduados.

Para su conformación fué necesario desglosar un cúmulo de preguntas seleccionadas de un cuestionario elaborado a base de investigación bibliográfica relevante, experiencia clínica, entrevistas sociales y tópicos relacionados con el sexo. Este formato debía cumplir con tres objetivos:

- 1.- Contener preguntas de opción múltiple y falso-verdadero para -- que pudieran ser contestadas fácilmente.*
- 2.- Contener un gran número de variables.*
- 3.- Incluir preguntas potencialmente útiles en todos los rangos de educación media hasta educación superior.*

El test de actitudes y conocimientos sexuales (SKAT) se divide básicamente en cuatro secciones que se enumeran a continuación.

- 1. Sección o Escala de Actitudes Sexuales, la cual se subdivide y*

califica en cuatro subescalas, como sigue:

Relación Heterosexual (HR) que incluye actividades generales del individuo que van desde ambientes premaritales y extramaritales, a heterosexuales.

Concepción de los mitos sexuales (SM) que incluye aceptación ó rango individual de conceptos equivocados comunes sobre sexualidad como: educación sexual, homosexualidad, sexo orogenital, determinantes de acción sexual y respuesta sexual.

Autoerotismo ó Masturbación (M) que contienen actitudes generales sobre permisibilidad de estimulación autoerótica.

Aborto (A), que se refiere a la concepción del médico sobre los aspectos sociales y medicolegales del aborto.

2. *Escala de conocimientos. Que refleja los conocimientos del individuo sobre aspectos biológicos psicobiológicos y sociales de la sexualidad humana, interrelacionada con la sección de actividades.*
3. *Sección de Antecedentes que consiste en la obtención de datos demográficos personales y familiares del individuo.*
4. *La sección de experiencia incluye datos personales de conducta sexual, tolerancia sexual en el hogar, sistema de valores de los padres y en grupos de parejas sexuales, así como conocimientos y comparaciones.*

VALIDEZ DEL SKAT

Todas las preguntas planteadas en el SKAT son directas y francas y cada una intenta obtener sólo la información que está implicada en ellas. La validéz del SKAT se basa en dos evidencias generales y

Éstas son:

1. La correlación entre las escalas y la sección de preguntas del mismo.
2. Los estudios en los cuales fué aplicado el SKAT a sujetos antes y después de algunas intervenciones con la que se esperaba encontrar alteraciones en las actitudes y conocimientos sexuales.

El test de actitudes y conocimientos sexuales (SKAT) se ha ido perfeccionando y ha sido aplicado en varios países y traducido a varios idiomas, por lo que actualmente representa un compendio de las preguntas originales. (10)

Para el presente estudio se utilizará una versión traducida y adaptada por uno de los investigadores y asesor participantes, y que ya -- u ilizará con anterioridad (Rubio, E. Anexo 1); los coeficientes -- de confiabilidad obtenidos con los participantes de este estudio -- usando el modelo Alfa de Cronbach para las escalas usadas son los siguientes: (VER TABLA 1) para actitudes el coeficiente fué de -- 0.79310 y para conocimientos de 0.772667 lo que indica niveles de -- confiabilidad (consistencia interna) aceptables.

TABLA 1. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS. Análisis de -
Confiabilidad con el modelo alpha de Cronbach de las escalas
del Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales (SKAT) usa-
das en el estudio

<i>Escala</i>	<i>Coficiente Alpha para reactivos estanda- rizados.</i>
---------------	--

<i>Actitudes</i>	<i>0.79310</i>
------------------	----------------

<i>Conocimientos</i>	<i>0.77267</i>
----------------------	----------------

2.2 RAZONES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION.

En la actualidad no existe un estudio en que se evalúe y explore el área de conocimientos así como las actitudes y experiencia en el campo de la sexualidad humana, de los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en el ISSSTE, al igual que los residentes de medicina familiar de la Secretaría de Salud, que participan en el mismo programa académico impartido por la U.N.A.M.

El curriculum de la residencia en medicina familiar incluye el módulo de psicología médica, que tiene información general sobre educación sexual durante los tres años de la especialidad. En este curso se revisan temas como: Respuesta Sexual Humana, Identidad de Género, Rol Sexual, Aspectos Sociales de la Sexualidad, Disfunciones y Variantes Sexuales, Masturbación, Aborto, Homosexualidad Masculina y Femenina, Parafilias, Desarrollo Psicosexual de los niños y adolescentes, la sexualidad en los adultos y en los ancianos, la sexualidad y otras patologías orgánicas, la sexualidad y las drogas, etc..

El residente de medicina familiar, en su rotación por las clínicas del I.S.S.T.E., se enfrenta a varios problemas, entre otros el no contar con un educador sexual u otro profesional de la salud debidamente entrenado para atender este tipo de problemas de los pacientes en quienes se detecta un conflicto sexual ó que llega solicitar ayuda como primer motivo de consulta; éstos pacientes son canalizados en su mayoría con el psicólogo, el psiquiatra, el urólogo o el ginecólogo de la misma institución y, en otras ocasiones, sólo son orientados por los mismos residentes con los conocimientos adquiridos durante su adiestramiento, y donde lógicamente influirán las experiencias y actitudes personales del médico.

Constituye otro problema para el médico residente de medicina familiar el incremento en la demanda de pacientes que acuden a consulta para solicitar ayuda en relación a sus conflictos y dudas de índole sexual. De esta manera la información sexual de los médicos familiares adquiere singular importancia, ya que su intervención puede da-

har o ayudar al tratamiento de sus pacientes. Este fenómeno ha sido observado en las instituciones tanto de nuestro país como de otros países. (2-9-11-12)

Tomando en cuenta que la función del médico familiar es la de resolver, orientar y aconsejar a la comunidad en asuntos de materia sexual, un factor que pudiera dificultar estas funciones, es el adquirir una información sexual deficiente e imprecisa, y sobre todo si además es influida por mitos y prejuicios arraigados en nuestra cultura. (2)

Sin embargo el médico familiar cuenta con ventajas proporcionadas en su práctica clínica diaria, en comparación con otros especialistas, y éstas consisten en que atienden a un mayor número de pacientes de ambos sexos y diferentes edades, en forma más continua; pacientes que acuden a ellos para solicitar ayuda de tipo médico y no médico, por lo que se puede llegar a conocer mejor a los pacientes en todos aspectos y por lo tanto ganarse su confianza, y de esta manera enterarse y explicar mejor lo que el paciente refiere acerca de sus problemas sexuales, diagnosticarlos y principalmente saber como actuar. (9)

Por lo antes expuesto se pretende realizar una investigación que nos permita obtener información acerca de los conocimientos y actitudes sexuales de los médicos residentes de medicina familiar, en este caso en particular, de el J.S.S.T.E. Y para ello se utilizará un instrumento con efectividad ya probada para este tipo de estudios como lo es el Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales (SKAT).

2.3 REVISIÓN CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN EXISTENTE.

Es sorprendente el escaso número de investigaciones que se han reportado, en las cuales se ha utilizado el test de actitudes y conocimientos sexuales; si tomamos en cuenta el número de estudiantes de medicina a quienes se les ha aplicado dicho test. Esta paradoja aparentemente se debe al hecho de que es utilizado para evaluar cursos de -

sexualidad humana y no como parte de un control de investigación. - En aquellos casos en donde los educadores han aplicado el SKAT como un instrumento de evaluación, se ha encontrado típicamente útil para medir la efectividad de los cursos de sexualidad humana, así como las deficiencias en la educación de la salud sexual.

El SKAT ha estado sujeto a continuo perfeccionamiento, pero sin embargo también a modificaciones de acuerdo a las características o necesidades de los diferentes proyectos a investigar, estudios que han servido para demostrar la efectividad de este instrumento.

A continuación revisaremos algunos ejemplos de los aspectos de la prueba del SKAT. (10)

En 1981 en los E.U.A., el Dr. Schnarch utilizó la prueba del SKAT - en dos estudios: en el primero evaluó a los estudiantes de medicina de segundo año antes y después del curso de educación sexual, utilizando como grupo control a estudiantes de nivel superior que no habían llevado el curso, refiriendo resultados interesantes: los estudiantes del segundo año respondieron tanto como los de nivel superior, los comportamientos en los estudiantes fueron altamente resistentes a los cambios en cuanto a las actitudes sexuales de los pacientes. En el segundo estudio se evaluaron los conocimientos así como las actitudes y comportamientos de los estudiantes de medicina respecto a los demás médicos de nivel superior, así como médicos en la práctica de su profesión, y los resultados obtenidos reportan que los estudiantes de medicina fueron más conservadores que los médicos acerca del aborto, así como más liberales que los médicos acerca de la masturbación y sexo pre y extramaritales, y reconocieron más información sexual falsa. Los estudiantes también reconocieron que los médicos y los pacientes mantienen actitudes sexuales muy diferentes. (11-13)

También en 1982 el Dr. H. Alzate pudo comprobar la efectividad de SKAT para valorar los conocimientos y actitudes sexuales de los estudiantes de medicina; en su estudio aplicado a estudiantes de medi

cina colombianos, posterior al curso de sexología impartido desde 1968 en la Universidad de Manizales en Colombia, hicieron una comparación con los estudiantes de medicina de las escuelas de los E.U.A. El observó que los resultados en la mayoría de los sujetos experimentales, no fué más allá que la de los estudiantes americanos, señalando en comparación inmadurez, lo que indica que los estudiantes colombianos fueron significativamente más conservadores en el tema de aceptación y concepción de los mitos sexuales y en sus opiniones acerca del aborto. En cuanto al área de conocimientos sexuales los datos del grupo experimental indicaron que fueron muy pobres especialmente comparados con los estudiantes americanos. Sin embargo se observó un aumento en nivel de conocimientos sexuales de los estudiantes colombianos en relación con los que no han llevado el curso.

(12)

O B J E T I V O S .

1. **DESCRIBIR LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS CLINICAS GUSTAVO A. MADERO E IGNACIO CHAVEZ DE EL J.S.S.S.TE**
2. **IDENTIFICAR LAS DIFERENCIAS EXISTENTES EN CUANTO A CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL CAMPO DE LA SEXUALIDAD HUMANA ENTRE LOS RESIDENTES DEL 1o., 2o. Y 3er. AÑO DE LA ESPECIALIDAD**
3. **OBTENER UN PANORAMA DEL IMPACTO DEL CURSO DE SEXUALIDAD HUMANA QUE SE IMPARTE DENTRO DEL MODULO DE PSICOLOGIA MEDICA, EL CUAL FORMA PARTE DEL CURRICULUM DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR DE LA U.N.A.M.**

MATERIA Y METODO

PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

Se llevará a cabo un estudio Descriptivo y de corte transversal.

La población en estudio estará constituida por todos los residentes de Medicina General Familiar que pertenecen a las Unidades académicas de Gustavo A. Madero e Ignacio Chávez; y que desde luego acepten participar en el estudio. Sólo fueron seleccionadas estas dos sedes académicas del I.S.S.S.T.E., por contar en la actualidad con residentes de los tres niveles académicos.

CRITERIOS DE INCLUSION :

- Que sean residentes de Medicina General Familiar de alguno de los tres niveles académicos (R-1, R-2, R-3).
- Que sean residentes de las Unidades académicas Gustavo A. Madero e Ignacio Chávez del I.S.S.S.T.E.
- Que voluntariamente acepten contestar el cuestionario en forma individual y anónima.

CRITERIOS DE EXCLUSION Y ELIMINACION

- Cometer errores en el llenado del cuestionario así como en la tarjeta de respuestas en forma voluntaria e involuntaria.
- Cuestionario resuelto en forma incompleta.
- Pérdida parcial o total del cuestionario y/o la tarjeta de respuestas.
- Negarse a contestar el cuestionario bajo las condiciones solicitadas para su inclusión.

INFORMACION A RECARAR

En el presente estudio se incluyen las siguientes variables:

Sociodemográficas: variables cuantitativas como la edad de los residentes de Medicina General Familiar participantes; cualitativas como sexo, religiosidad y estado civil de los participantes.

Escala de conocimientos: que incluye aspectos psicológicos, psicosociales y fisiológicos, así como mitos sobre sexualidad humana.

Escala de Actitudes: que se compone de las siguientes subescalas: Relaciones heterosexuales; Mitos, Aceptación y concepción de la sexualidad, Opinión acerca del aborto, Autoerotismo y Masturbación.

No se contemplan problemas éticos ya que el estudio es estrictamente voluntario, confidencial y anónimo para los residentes participantes.

Se anexa el instrumento de investigación "Test de Actitudes y Conocimientos Sexuales" (Anexo 1 SKAT).

METODO DE OBSERVACION Y RECOLECCION DE DATOS :

Durante el mes de noviembre el investigador responsable acudirá a -- las clínicas Gustavo A. Madero e Ignacio Chávez y a los diferentes servicios de los hospitales donde se encuentran rotando los médicos residentes de Medicina Familiar; con el fin de ponerse en contacto -- con los Jefes de Enseñanza y Médicos titulares del curso, para obtener su autorización y así poder reunir a la población en estudio ó llegar a ellos y proceder a la aplicación del cuestionario, el cual será entregado personalmente por el investigador responsable, previa explicación de los motivos y objetivos del presente estudio a los residentes que deseen participar.

El cuestionario se entregará en un sobre debidamente cerrado y dentro se anexa una tarjeta de respuestas de opción múltiple; no se utiliza sección de instrucciones de llenado del cuestionario ya que éstas serán explicadas directamente por el investigador. Se permitirá al residente utilizar el tiempo necesario para responder el cues-

cionario y al terminar deberá ser entregado al mismo investigador -- responsable; pretendiendo terminar esta etapa de la investigación - dentro de la 2a. quincena del mes de diciembre de 1986.

INSTRUMENTO UTILIZADO.

La medición de las variables del estudio se realizó por medio de dos escalas del "Test de conocimientos y Actitudes Sexuales" (Lief y Reed, 1971): escala global de actitudes, que consta de 60 variables y la escala de conocimientos sexuales que incluye 40 variables. De la - sección de variables Sociodemográficas sólo se utilizarón, para éste estudio, cuatro variables de las diez que la componen (edad, sexo, - religión y grupo). La sección de Experiencia Sexual no fue utiliza da en esta investigación.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

El análisis de los datos obtenidos por medio de los cuestionarios -- fué analizada estadísticamente en el Centro de Cómputo Académico de la U.N.A.M., haciendo uso de los algoritmos del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 9.1).

Como se ha mencionado anteriormente el SKAT (Test de Conocimientos y Actitudes Sexuales) fué desarrollado específicamente para ser usado en estudiantes de medicina. Las actitudes sexuales son medidas en - el contexto liberal - conservador. La escala global de actitudes da por resultado una calificación que es indicativa del grado de liberalidad/conservativismo de las actitudes sexuales del participante, una calificación elevada es indicativa de "alto grado de liberalidad". De la misma forma provee de una calificación para el nivel de conocimientos sexuales en donde una calificación "elevada" es indicativa - de "mayor conocimiento sexual":

PRESENTACION DE RESULTADOS.

La presentación de resultados se hará, de acuerdo al tipo del presente estudio, en forma descriptiva, y serán aplicables sólo para la población de residentes de Medicina Familiar incluida en la investigación, sin hacer inferencias para otros grupos de residentes ó para la población general de médicos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la aplicación del Test de conocimientos y Actitudes Sexuales -- (SKAT) fueron invitados todos los residentes de Medicina General - Familiar de las Unidades Académicas seleccionadas; que en total sumaban 111 residentes de los tres niveles académicos (R-1, R-2, R-3). De los cuales 11 no aceptan participar después de haber leído el cuestionario argumentando diferentes motivos entre ellos principalmente: indiferencia y pudor, sin hacer más comentarios. Por lo tanto sólo se aplicaron 100 cuestionarios de los cuales fueron eliminados 9 de los participantes por no haber completado los instrumentos de la investigación en forma adecuada; quedando finalmente una muestra final de 91 médicos residentes de la especialidad de Medicina General Familiar.

La distribución por sexo de los participantes fue de 47 hombres y 44 mujeres; (VER TABLA 2) en cuanto a la edad la mayoría se ubicó en mayores de 26 años (84) y sólo 7 de 25 años de edad, (VER TABLA 3) y con una distribución por año de residencia de la siguiente forma: primer año = 21, segundo año = 34 y tercer año = 36. (VER TABLA 4)

Aproximadamente la mitad de los participantes eran solteros (46) mientras que la otra mitad eran casados. (VER TABLA 5)

TABLA 2.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS MEDICOS RESIDENTES PARTICIPANTES.
Sujetos de Estudio (N = 91)

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	47	51.6
Femenino	44	48.4
Total :	91	100.0

Fuente : Hoja de recolección de datos.

México, 1986

TABLA 3.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LOS MEDICOS RESIDENTES -
PARTICIPANTES, Sujetos de Estudio (N = 91)

<i>Grupos de edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Menores de 25 años</i>	<i>7</i>	<i>7.7</i>
<i>26 años ó más</i>	<i>84</i>	<i>92.3</i>
<i>Total :</i>	<i>91</i>	<i>100.0</i>

Fuente : Hoja de recolección de datos.

México, 1986

TABLA 4.

DISTRIBUCION POR AÑO DE RESIDENCIA DE LOS MEDICOS PARTICIPANTES. Sujetos de Estudio (N = 91)

Grupo	Frecuencia	%
R-I	21	23.1
R-II	34	37.4
R-III	36	39.4
Total :	91	100.0

Fuente : Hoja de recolección de datos.

México, 1986

TABLA 5.

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LOS MEDICOS RESIDENTES PARTICIPANTES. Sujetos de Estudio (N = 91)

Estado Civil	Frecuencia	%
Solteros	46	50.5
Casados	44	48.4
Divorciados	1	1.1
Total :	91	100.0

Fuente : Hoja de recolección de datos.

México, 1986

DESCRIPCION DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES.

Para determinar el nivel y posteriormente las diferencias significativas entre los tres grupos de estudio (R-1, R-2 y R-3); fue necesario recurrir a un análisis de varianza en un sentido así como una prueba de linealidad para cada una de las variables principales del estudio. (VER TABLA 6)

La diferencia de los promedios de Conocimientos (24.76 para primer año; 25.17 para segundo año y 28.11 para tercero) resultó estadísticamente significativa ($F=2.88 = 4.23$, $p = 0.0175$).

La prueba de linealidad también resultó significativa ($F 1.88 = 7.1550$, $p = 0.0089$) lo que indica "relación lineal" en las diferencias encontradas. En otras palabras los participantes en el estudio poseían niveles mayores de conocimientos sexuales entre más avanzado se encontraba su entrenamiento profesional y estas diferencias difícilmente pueden explicarse por la variación de muestra.

Los promedios para las calificaciones Actitudinales por grupo fueron: 119.4 para el primer año, 117.1 para segundo año y 122.5 para tercer año. Estas diferencias no fueron significativas al nivel de $\alpha = 0.05$. La prueba de linealidad no fue significativa. (VER TABLA 7)

CORRELACION SIMPLE ENTRE VARIABLES DEL ESTUDIO

Es importante señalar, como se menciona anteriormente, que esta correlación es con fines descriptivos aplicables sólo a la población en estudio.

Se correlacionaron entre sí mismas las siguientes variables: conocimientos, actitudes, sexo, edad, grupo y religiosidad de los residentes de Medicina Familiar participantes. (VER TABLA 8)

El coeficiente de más alta magnitud obtenida fué entre conocimientos y actitudes ($r_s = .5131$, $p = .001$) lo que indica una relación lineal positiva y significativa entre los niveles de conocimientos y actitudes sexuales. Los participantes del estudio que tenían actitudes más aceptables de la sexualidad tendían a tener también mayores conocimientos sexuales.

El nivel de conocimientos se correlacionan significativamente con todas las otras variables sociodemográficas incluidas en el estudio a saber en forma positiva con el año de residencia (grupo) ($r_s = .3427$, $p = .001$), en forma positiva con la edad del participante ($r_s = .2120$, $p = .022$), en forma negativa con el sexo del participante ($r_s = .3361$, $p = .001$) lo que debe interpretarse, como que los hombres tendían a saber más que las mujeres, en forma negativa con el nivel de religiosidad ($r_s = .2652$, $p = .006$).

Por el contrario, las actitudes sólo se correlacionaron significativamente en forma negativa con el nivel de religiosidad ($r_s = .3484$, $p = .001$), en otras palabras, los residentes participantes con actitudes hacia la sexualidad poco aceptables también tenían un nivel más elevado de religiosidad.

TABLA 6.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEXUALES POR AÑO DE RESIDENCIA (GRUPO).
 Analisis de Varianza

Grupo	N	Promedio	S
R-1	21	24.76	4.45
R-11	34	25.17	6.04
R-111	36	28.11	4.07
Total:	91		

ANOVA: $F(2.88) = 4.23$

$p=0.0175$

LÍNEALIDAD: $F(1.88) = 7.150$

$p=0.0089$

Fuente: Hoja de recolección de datos.

México, 1986

TABLA 7.
 NIVEL DE ACTITUDES SEXUALES POR AÑO DE RESISTENCIA (GRUPO).
 Analisis de Varianza.

Grupo	N	Promedio	S
R-1	21	119.4	10.38
R-11	34	117.1	12.86
R-111	36	122.5	14.37
Total:	91		

ANOVA: $F(2.88) = 1.496$ $p=N.S.$

LINEALIDAD: $F(1.88) = 1.201$ $p=N.S.$

Fuente: Hoja de recolección de datos

México, 1986

TABLA 8.

ANÁLISIS CORRELACIONAL BIVARIANTE. Coeficientes de correlación de Spearman entre las variables del estudio (N = 91)

VARIALES	rs	p
Conocimientos con Actitudes	.5131	.001
Conocimientos con Grupo	.3427	.001
Conocimientos con Edad	.2120	.022
Conocimiento con Sexo	-.3361	.001
Conocimiento con Religiosidad	-.2652	.006
Actitudes con Grupo	.1495	N.S.
Actitudes con Edad	.0306	N.S.
Actitudes con Sexo	-.1261	N.S.
Actitudes con Religiosidad	-.3484	.001

Fuente : Hoja de recolección de datos.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

Respecto a los objetivos planteados en nuestra investigación podemos hacer las siguientes conclusiones:

Los tres grupos de residentes de Medicina Familiar investigados difieren en forma significativa en sus niveles de conocimiento sexual. El factor que modifica estos conocimientos puede no ser identificado exactamente con la metodología utilizada en la presente investigación, y el aumento en el conocimiento sexual puede ser explicado por otros factores además de los cursos formales, como la práctica clínica y hospitalaria, el incremento en la experiencia sexual personal ó por el simple paso del tiempo; sin embargo es razonable atribuir parte del cambio en el nivel de conocimientos a la participación en los programas curriculares que se desarrollan durante la residencia de Medicina Familiar.

Se observó notablemente la ausencia de modificación en las actitudes sexuales. Posiblemente la naturaleza del diseño curricular, en donde la transmisión de conocimientos concretos es altamente favorecida tanto durante el desarrollo del Programa como en el momento de la - evaluación a los alumnos, juegue un papel en esta ausencia de modificación de actitudes sexuales.

Por los hallazgos obtenidos de esta investigación podría sugerirse una modificación en el balance de atención educativa en cuanto al manejo de actitudes. La modificación en el nivel de conocimientos, - parece lograrse sólo en parte muy limitada en relación del tiempo de exposición a los cursos formales, si bien el nivel de experiencia sexual del alumno (variable no analizada en el presente estudio) no - está sujeta a la acción educativa, si lo está la variable que mejor predice el nivel de conocimientos: las actitudes sexuales.

Por último, consideramos que en función de la demostrada posibilidad de modificar los niveles de actitudes sexuales es prioritario sugerir

el uso de técnicas educativas dirigidas al aspecto afectivo más que al cognitivo, a la luz de los hallazgos de esta investigación.

ANEXO 1.

E N C U E S T A

TEMAS GENERALES

Manzo

1.- EDAD:

- a) 17 o menos años.
- b) 18 años.
- c) 19 a 20 años.
- d) 21 a 25 años.
- e) 26 o más años.

2.- SEXO:

- a) Masculino.
- b) Femenino.

3.- ESTADO CIVIL:

- a) Soltero.
- b) Casado.
- c) Divorciado-separado.
- d) Unión Libre.
- e) Viudo.

4.- NIVEL DE RELIGIOSIDAD:

- a) Muy religioso.
- b) Moderadamente religioso.
- c) Levemente religioso.
- d) Indiferente.
- e) No religioso.

5.- GRADO DE ESCOLARIDAD DE SU PADRE O DE LA PERSONA QUE FUNGE O FUNGIO COMO - JEFE DE LA FAMILIA:

- a) No terminó la primaria.
- b) Terminó la primaria.
- c) Terminó la secundaria.
- d) Terminó la preparatoria o equivalente.
- e) Hizo una carrera profesional.

6.- GRADO DE ESCOLARIDAD DE SU MADRE O DE LA PERSONA QUE FUNGE O FUNGIO COMO - TAL:

- a) No terminó la primaria.
- b) Terminó la primaria.
- c) Terminó la secundaria.
- d) Terminó la preparatoria o equivalente.
- e) Hizo una carrera profesional.

7.- ESCUELA EN LA QUE ESTUDIÓ USTED LA PREPARATORIA O EQUIVALENTE:

- a) Preparatoria de la UNAM.
- b) Preparatoria particular.
- c) C.C.H.
- d) Colegio de Bachilleres.
- e) Otra.

8.- LUGAR QUE OCUPA USTED ENTRE SUS - HERMANOS:

- a) Hijo único.
- b) El mayor.
- c) Intermedio.
- d) El menor.

9.- ESTADO CIVIL DE SUS PADRES:

- a) Casados entre sí.
- b) Divorciados.
- c) Separados.
- d) Un padre muerto.
- e) Ambos padres muertos.

10.- CON QUIEN VIVE USTED ?

- a) Con ambos padres.
- b) Con la madre.
- c) Con el padre.
- d) Solo o con familiares o amigos.
- e) Con su pareja.

PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES
AFIRMACIONES ACERCA DE LA CON-
DUCTA SEXUAL, INDIQUE UNA DE LAS
SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

- A) FUERTEMENTE DE ACUERDO.
- B) DE ACUERDO.
- C) INDECISO.
- D) EN DESACUERDO.
- E) FUERTEMENTE EN DESACUERDO.

POR FAVOR ASEGURESE DE RESPONDER TODAS LAS
PREGUNTAS.

- 11.- LA DIVULGACION DE LA EDUCACION
SEXUAL ESTA CAUSANDO INCREMENTO EN
EL COITO PREMATRITAL.
- 12.- LA MASTURBACION MUTUA ENTRE MUCHACHOS
ES FRECUENTEMENTE UN PRECURSOR DE LA
CONDUCTA HOMOSEXUAL.
- 13.- LAS RELACIONES EXTRAMATRITALES SON CASI
SIEMPRE DAMNINAS PARA EL MATRIMONIO.
- 14.- EL ABORTO DEBERIA SER PERMITIDO EN TO-
DOS LOS CASOS EN LOS QUE LA MADRE LO
DESEE.
- 15.- EL POSEER INFORMACION ACERCA DE LOS
ANTICONCEPTIVOS ES CON FRECUENCIA UN
INCENTIVO PARA LA PROMISCUIDAD.
- 16.- EL ALIVIAJER LA TENSION POR MEDIO DE LA
MASTURBACION ES UNA PRACTICA SANA.
- 17.- LOS JUEGOS SEXUALES ORO-GENITALES SON
INDICATIVOS DE UN DESEO EXCESIVO DE
PLACER FISICO.
- 18.- EL COITO PREMATRITAL ES MORALMENTE
INDESEABLE.
- 19.- LOS PADRES DEBEN EVITAR QUE SUS HI-
JOS E HIJAS SE MASTURBEN.
- 20.- LAS MUJERES DEBEN TENER EXPERIENCIA
COITAL ANTES DEL MATRIMONIO.
- 21.- EL ABORTO ES UN ASESINATO.
- 22.- DEBE PROHIBIRSE A LAS MUJERES LA PRA-
CTICA DE LA AUTOESTIMULACION SEXUAL.
- 23.- TODAS LAS LEYES SOBRE EL ABORTO DE-
BEN SER DEROGADAS.
- 24.- DEBEN TOMARSE MEDIDAS LEGALES ESTRO-
TAS EN CONTRA DE LOS HOMOSEXUALES.
- 25.- DEBEN DEROGARSE LAS LEYES QUE REQUIE-
RAN QUE UN ABORTO SEA APROBADO POR
MEDICOS.
- 26.- LAS RELACIONES SEXUALES DEBEN OCU-
RRER SOLO ENTRE PAREJAS CASADAS.
- 27.- EL HOMBRE DE CLASE SOCIOECONOMICA
BAJA TIENE UN IMPULSO SEXUAL MAS
ALTO QUE EL DE OTROS HOMUBRES.
- 28.- LA SOCIEDAD DEBE OFRECER EL ABORTO
COMO UNA FORMA ACEPTABLE DE CONTROL
NATAL.
- 29.- LA MASTURBACION ES GENERALMENTE UNA
PRACTICA NO SALUDABLE.
- 30.- UN MEDICO QUE PRACTICA UN ABORTO
TIENE LA RESPONSABILIDAD DE INFOR-
MAR AL ESPOSO DE CUALQUIER MUJER -
EN LA CUAL LO PRACTICA.
- 31.- LA PROMISCUIDAD ES PREVALECENTE
ENTRE LOS UNIVERSITARIOS HOY EN DIA.
- 32.- LOS ABORTOS DEBEN SER DESAPROBADOS
EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS.
- 33.- LOS HOMUBRES DEBEN TENER EXPERIENCIA
COITAL ANTES DEL MATRIMONIO.
- 34.- DEBERIA DE ALENTARSE LA MASTURBA-
CION ENTRE LOS MUCHACHOS.

- 35.- LOS ABORTOS DESPUES DE LA 20a. SEMANA DE EMBARAZO NO DEBEN PERMITIRSE.
- 36.- EL VER A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA - DESANIMADOS PROVOCA CURIOSIDAD INDEBIDA ENTRE LOS NIÑOS Y NIÑAS.
- 37.- EL COITO PREMARITAL VOLUNTARIO ENTRE LOS ADULTOS DEBERIA SER UNA PRACTICA ACEPTABLE.
- 38.- LOS ABORTOS LEGALES DEBERIAN RESTRIJON - GARSE A UN CONTROL MEDICO.
- 39.- LA MASTURBACION ENTRE LAS NIÑAS ES UNA CAUSA COMUN DE FRIJIDEZ.
- 40.- LAS MUJERES DE CLASE SOCIOECONOMICA - BAJA RESPONDEN MAS FACILMENTE A LA ESTIMULACION SEXUAL.
- 41.- ES PREFERIBLE TRAER AL MUNDO UN HIJO NO DESEADO QUE ABORTAR.
- 42.- LA MASTURBACION MUTUA DURANTE LA INFANCIA DEBE SER PROHIBIDA.
- 43.- LA VIRGINIDAD ENTRE LAS MUCHACHAS DEBE DE SER PROMOVIDA EN NUESTRA SOCIEDAD.
- 44.- LAS RELACIONES EXTRAMARITALES PUEDEN RESULTAR EN UN REFORZAMIENTO DE LAS RELACIONES MATRIMONIALES DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS.
- 45.- LA MASTURBACION ES ACEPTABLE CUANDO EL OBJETIVO ES SIMPLEMENTE LOGRAR PLACER SENSORIAL.

S E C C I O N 22.

PARA CUAL UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ACERCA DE LA CONDUCTA SEXUAL, INDIQUE UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

- A) FUERTEMENTE DE ACUERDO.
 B) DE ACUERDO.
 C) INDECISO
 D) EN DESACUERDO.
 E) FUERTEMENTE EN DESACUERDO.

- 46.- LA FINALIDAD MAS IMPORTANTE DEL ACTO SEXUAL ES LA PROCREACION.
- 47.- LA EDUCACION SEXUAL UNICAMENTE DEBE ESTAR AL ALCANCE DE LOS ADULTOS.
- 48.- EL PADRE DEBE TENER MAS AUTORIDAD QUE LA MADRE EN LA EDUCACION DE LOS HIJOS.
- 49.- LAS MADRES SOLTERAS DEBEN SER ACEPTADAS POR LA SOCIEDAD.
- 50.- EN EL ACTO SEXUAL, LA MUJER DEBE PREOCUPARSE UNICAMENTE POR SATISFACER AL HOMBRE.
- 51.- CADA PAREJA DEBE DECIDIR CUANDO TENER CADA UNO DE SUS HIJOS.
- 52.- LA MUJER TIENE LA OBLIGACION DE SER FIEL A SU ESPOSO.
- 53.- UNA FAMILIA SIN HIJOS ES INCOMPLETA.
- 54.- LA MUJER SOLO DEBE TENER LA INICIATIVA EN ASPECTOS RELACIONADOS CON EL HOGAR.
- 55.- LOS JOVENES DEBEN ABSTENERSE DE MASTURBARSE Y CANALIZAR SUS ENERGIAS EN LOS

REPORTES.

- 56.- LA PERDIDA DE LA VIRGINIDAD ANTES DEL MATRIMONIO ES UN ELEMENTO NEGATIVO DE LA SOCIEDAD ACTUAL.
- 57.- CUAL PERSONA DEBE DECIDIR POR SI MISMA LO QUE ESTA BIEN Y LO QUE ESTA MAL EN CONDUCTA SEXUAL.
- 58.- LA MUJER ES NATURALMENTE PASIVA EN LA RELACION SEXUAL.
- 59.- LOS HIJOS DEBEN CONSTITUIR EL ELEMENTO CENTRAL DE UNA FAMILIA.
- 60.- CUANDO LA MADRE TIENE UN ALTO RIESGO DE TENER UN PRODUCTO MALFORMADO DEBE PRACTICARSE EL ABORTO.
- 61.- ES MAS IMPORTANTE QUE ESTUDYEN UNA CARRERA LOS HIJOS VARCHES QUE LAS HIJAS.
- 62.- DEBE EXPLICARSE A LOS ADOLESCENTES TODO LO RELATIVO AL CONTROL DE LA NATALIDAD.
- 63.- PARA QUE EXISTA UNA RELACION DE PAREJA ESTA DEBE GIRAR EN TORNO AL DESARROLLO DE LOS HIJOS.
- 64.- HAY TRABAJOS QUE SOLO DEBE DESEMPEÑAR EL HOMBRE.
- 65.- LA HOMOSEXUALIDAD ES UNA DEGENERACION.
- 66.- LA MUJER CASADA ADQUIERE PLENO VALOR AL SER MADRE.
- 67.- SI LA PAREJA ESTA DE ACUERDO EN QUE LA EXCLUSIVIDAD SEXUAL NO ES IMPORTANTE, PUEDEN TENER RELACIONES EXTRAMATRIMONIALES SI LO DESIRAN.
- 68.- TANTO EL HOMBRE COMO LA MUJER DEBEN TENER LA INICIATIVA EN LAS RELACIONES SEXUALES.

69.- EL HOMBRE DEBE COMPARTIR LAS LABORES
DEL HOGAR.

70.- LA MUJER DEBE LLEGAR VIRGEN AL MATRIMONIO.

E N C U E S T A

Mostru

S E C C I O N 111.

PARA CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES, JUDICAR SI USTED CONSIDERA QUE SON:

- A) CIERTO.
- B) FALSO.
- C) NO SE

71.- EL EMBARAZO PUEDE OCURRIR EXACTAMENTE LA MENOPAUSIA.

72.- LA MAYORIA DE SISTEMAS MORALES Y RELIGIOSOS EN EL MUNDO CONDAMAN EL COITO PREMATRITAL.

73.- LA ANSIEDAD AFECTA EN FORMA DIFERENTE LA PRESENTACION DEL ORGASMO DE LOS HOMBRES Y MUJERES.

74.- LA MUJER NO TIENE LA CAPACIDAD FISIOLOGICA PARA TENER ORGASMOS TAN INTENSOS COMO LOS DEL HOMBRE.

75.- NO EXISTE NINGUNA DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LO QUE SE REFIERE A LA EDAD DE MAXIMO INTERES SEXUAL.

76.- EL INCESTO ES MAS COMUN EN FAMILIAS DE CLASE SOCIOECONOMICAMENTE BAJA.

77.- EL USO DEL CONDOM ES EL MAS CONFIABLE METODO ANTICONCEPTIVO.

78.- UN HOMBRE DE 25 AÑOS TIENE TANTAS PROBABILIDADES DE INVOLUCRARSE EN RELACIONES EXTRAMATRITALES COMO UNO DE 40.

79.- PUEDE DARSE TERMINO AL EMBARAZO EN FORMA SEGURA EN CUALQUIER MOMENTO DEL MISMO MEDIANTE EL USO DE CIERTAS DROGAS.

80.- HAY DOS CLASES DE RESPUESTAS ORGANICAS FISIOLOGICAS EN LAS MUJERES, UNA CLITORIDEA Y OTRA VAGINAL.

81.- LA IMPOTENCIA ES SIEMPRE DE ORIGEN PSICOGENICO.

82.- LOS TRAVESTITAS SON USUALMENTE HOMOSEXUALES.

83.- LOS HOMOSEXUALES TIENEN A SER MAS CREATIVOS QUE LOS HETEROSEXUALES.

84.- EN LAS MUJERES SEXUALMENTE LA ESTIMULACION NO COITAL PRODUCE RESPUESTAS FISIOLOGICAS MAS INTENSAS QUE LA ESTIMULACION COITAL, EN CONDICIONES DE OBSERVACION EN LABORATORIO.

85.- EXISTE UNA RELACION INVERSA ENTRE TAMAÑO PENIS Y TAMAÑO DE LA RESPUESTA SEXUAL, FEMENINA LA MAYOR TAMAÑO MAYOR PLACER.

86.- HAY SIGNOS DISTINTIVOS DE HOMOSEXUALIDAD EN LA APARTEZA CARACTERIAL DE LOS INDIVIDUOS HOMOSEXUALES.

87.- LA PRACTICA DE LA MASTURBACION POR UNA PERSONA CASADA ES SIGNO DE PODER AGUSTE MARITAL.

88.- LOS EXHIBICIONISTAS SON HOMOSEXUALES LATENTES.

89.- LA PROBABILIDAD DE QUE UNA MUJER SI EMBARACE AUMENTE IMPORTANTEMENTE SI ELLA EXPERIMENTA UN ORGASMO.

90.- LA PRACTICA DE LA ESTIMULACION ORGASMATICA SE PRESENTA SOLO EN UNA PEQUEÑA MINORIA DE LA POBLACION GENERAL (menos del 5%).

91.- MUCHOS MEDICAMENTOS PUEDEN INTERFERIR CON LA CAPACIDAD ERECTIL DE UN INDIVIDUO.

92.- CIERTOS ALIMENTOS INCREMENTAN LA INTENSIDAD SEXUAL.

- 93.- UN ALTO PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE TIENEN CONTACTO ERÓTICO SEXUAL CON MEJORES SON FAMILIARES Y CONOCIDOS DE LOS MENORES.
- 94.- LA RECEPTIVIDAD DE UN INDIVIDUO EN ESTA RELACIONALIDAD CON SU ACEPTACION DEL COSTO PREMATRITAL.
- 95.- LA VIDA SEXUAL ACTIVA TERMINA ALREDEDOR DE LOS 65 AÑOS EN LOS HOMBRES.
- 96.- SE REQUIERE CONTACTO DIRECTO ENTRE EL CLITORIS Y EL PENE DURANTE EL COSTO PARA QUE OCURRA EL ORGASMO FEMENINO.
- 97.- CIERTOS TRASTORNOS MENTALES SON CAUSADOS POR LA MISTIFICACION.
- 98.- LOS INDIVIDUOS QUE TIENEN MUCHAS RELACIONES SEXUALES EN SU JUVENTUD DISMINUYAN MAS RAPIDAMENTE EN SU POTENCIA SEXUAL AL LLEGAR A LA VEJEZ.
- 99.- LAS CONSECUENCIAS EMOCIONALMENTE DANNAS DE UN CONTACTO SEXUAL DE UN MENOR CON UN ADULTO, SON ATRIBUYIBLES CON MAYOR FRECUENCIA A LA REACCION Y ACTITUDES DE LOS ADULTOS QUE PROVOCAN AL MENOR QUE A LA EXPERIENCIA EN SI.
- 100.- EL HOMBRE CIRCUNCIDADO TIENE MAYOR DIFICULTAD PARA EL CONTROL EYACULATORIO QUE EL NO CIRCUNCIDADO.
- 101.- MUCHAS MUJERES SE CONSIDERAN A SI MISMAS FROGADAS CUANDO EN REALIDAD NO LO SON.
- 102.- LA MENOPAUSIA SE ACOMPAÑA POR UNA REDUCCION DRASTICA Y PERMANENTE DEL INTERES SEXUAL.
- 103.- UN INFARTO DE MIOCARDIO DETERMINA EL FIN DE LA VIDA SEXUAL DEL INDIVIDUO.
- 104.- UN INDIVIDUO CON PARALISIS DE MIEMBROS INFERIORES (PARAPLEGIA O CUADROPLEGIA) NO TIENE POSIBILIDADES DE LLEGAR A UN AJUSTE SEXUAL SATISFACTORIO.

- 105.- UNA MUJER QUE HA EXPERIMENTADO ORGASMOS DURANTE SU VIDA PREMATRITAL TIENE MAYORES PROBABILIDADES DE ALCANZAR ORGASMOS DURANTE SU PRIMER AÑO DE MATRIMONIO.
- 106.- LA COBERTA SEXUAL INDIVIDUAL ES INDEPENDIENTE DEL NIVEL CULTURAL EN EL QUE EL INDIVIDUO ESTA INmersO.
- 107.- LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACION PUEDEN CAUSAR PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER.
- 108.- DURANTE EL EMBARAZO, LAS RELACIONES SEXUALES DEBEN EVITARSE EN TODOS LOS CASOS.
- 109.- LOS MENORES DE 5 AÑOS NO TIENEN NINGUNA MANIFESTACION DE SU SEXUALIDAD.
- 110.- CIERTAS DROGAS INCREMENTAN LA POTENCIA SEXUAL EN INDIVIDUOS NORMALMENTE.

.....

 RELACIONE LAS PREGUNTAS CON LAS RESPUESTAS QUE A CONTINUACION SE ENUNCIAN.

P R E G U N T A S :

- 111.- HA SALIDO CON DIVERSOS (ASI) MUCHOS (ASI)
- 112.- HA TENIDO MONJO (A) ?
- 113.- HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ?
- 114.- HA TENIDO RELACIONES SEXUALES UTILIZANDO DIVERSAS POSICIONES COITALES ?
- 115.- HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON DIFERENTES PAREJAS ?
- 116.- HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES ?

R E S P U E S T A S :

- a) Nunca.
- b) Una vez.
- c) De 2 a 5 veces.
- d) 6 o más veces.

117.- COMO SE CONSIDERA USTED EN COMPARACION CON LA EXPERIENCIA SEXUAL QUE TIENEN SUS COMPANEROS ?

- a) Con mucha menos experiencia que la mayoría.
- b) Un poco menos de experiencia que la mayoría.
- c) La misma experiencia que la mayoría.
- d) Más experiencia que la mayoría.
- e) Mucho más experiencia que la mayoría.

118.- COMO SE CONSIDERA USTED EN COMPARACION CON SUS COMPANEROS EN CUANTO A SUS CONOCIMIENTOS SOBRE LA SEXUALIDAD ?

- a) Se mucho menos que la mayoría.
- b) Se menos que la mayoría.
- c) Se tanto como la mayoría.
- d) Se más que la mayoría.
- e) Se mucho más que la mayoría.

119.- COMO SE CONSIDERA USTED EN COMPARACION CON SUS COMPANEROS EN CUANTO A SU AJUSTE SEXUAL:

- a) Mucho menos ajustado que la mayoría.
- b) Menos ajustado que la mayoría.
- c) Igualmente de ajustado que la mayoría.
- d) Más ajustado que la mayoría.
- e) Mucho más ajustado que la mayoría.

120.- QUE TAN TOLERANTES SEXUALMENTE SON EN SU GRUPO FAMILIAR ?

- a) Muy tolerantes.
- b) Algo tolerantes.

- c) Ni tolerantes ni rígidos.
- d) Algo rígidos.
- e) Muy rígidos.

P R E G U N T A S :

121.- SU SISTEMA PERSONAL DE VALORES ES TRADICIONAL ?

122.- SU SISTEMA PERSONAL DE VALORES ES LIBERAL ?

123.- SU SISTEMA PERSONAL DE VALORES ESTA INFLUENCIADA POR SU RELIGION ?

124.- SU SISTEMA PERSONAL DE VALORES ESTA EN CONFLICTO CON EL SISTEMA DE VALORES DE SUS PADRES ?

R E S P U E S T A S :

- a) Si.
- b) No.
- c) No he pensado en ello.

P R E G U N T A :

125.- A QUE EDAD EMPEZO USTED A MASTURBARSE ?

- a) Antes de los 9 años.
- b) Entre los 10 y 13 años.
- c) Entre los 14 y 18 años.
- d) Después de los 19 años.
- e) Nunca me he masturbado.

P R E G U N T A S :

126.- CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA USTED EN LA EPOCA EN QUE ESTABA EN LA PRIMARIA ?

127.- CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA USTED EN LA EPOCA EN QUE ESTABA EN LA SECUNDARIA ?

128.- CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA USTED EN LA EPOCA EN QUE ESTABA EN LA PREPARATORIA ?

129.- CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBABA USTED EN LA EPOCA DE LA FACULTAD ?

RESPUUESTAS :

- a) Nunca.
- b) Menos de 1 vez a la semana.
- c) 2 a 3 veces a la semana.
- d) 4 a 5 veces a la semana.
- e) 6 o más veces a la semana.

DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS

CUAL HA UTILIZADO USTED ?

PREGUNTAS :

- 130.- RITMO.
- 131.- CONDOM.
- 132.- EYACULACION FUERA DE LA VAGINA.
- 133.- ESPUMAS Y CREAMAS.
- 134.- DIAFRAGMAS.
- 135.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO.
- 136.- PASTILLA ANTICONCEPTIVA.
- 137.- OTROS.

RESPUUESTAS :

- a) Si la he usado.
- b) No la he usado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Jzgam A. E., Rozanes T. M., LA MEDICINA FAMILIAR Y LA EDUCACION SEXUAL, Rev. Fac. de Med. U.N.A.M. 1985 N° 28 pp 68 - 71
- 2.- Alvarez-Gayou J. L., LA CONDICION SEXUAL DEL MEXICANO, 2º Ed. 1985, Cap 1-2. pp 1-57 Ed. Grijalbo.
- 3.- Alvarez-Gayou J. L., Mazin, EDUCACION SEXUAL EN FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN MEXICO, Salud Pública de México 1977 Vol. 19, N° 3, pp 443 - 448
- 4.- Kaplan H. S., THE ILLUSTRATED MANUAL OF SEX THERAPY, Ed. 3º - 1983 Cap. 1 pp 9-31 Ed. Grijalbo.
- 5.- Dallayrac N., Berge A., LOS JUEGOS SEXUALES DE LOS NIÑOS, 3º Ed. 1983, Cap. 2-5-6 pp 19-109 Ed. Gedisa.
- 6.- Barrios L. M. INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI, ESCUELA DE MEDICINA, Salud Pública de México, 1979 pp 185-198
- 7.- Perez de Gabaldón M. CONOCIMIENTOS EN SEXOLOGIA EN UN GRUPO - DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Acta Venezolana, 1980 Vol. 31, pp 291-295
- 8.- Green R. M. D. SEXUALIDAD HUMANA, 2º Ed. 1981, Cap. 1-4, pp 3-31 Ed. Interamericana.
- 9.- Gordon S., Walbroehl M. D., FAMILY PHYSICIAN AND SEX EDUCATION, Journal Medical Education 1982, Vol. 57 N° 8 pp 658.
- 10.- Miller W. R. Ph. D., Lief H. J. M. D. THE SEX KNOWLEDGE AND - ATTITUDEST (SKAT), Journal of Sex and Marital Therapy - 1979 Vol. 5 N° 3.
- 11.- Schnarch D. Ph. D. IMPACT OF SEX EDUCATION ON MEDICAL STUDENTS' PROJECTION OF PATIENTS ATTITUDES, Journal of sex and Marital Therapy, 1981 Vol. 7, 2º pp 141-154
- 12.- Alzate H. M. D., EFEC OF FORMAL SEX EDUCATION ON THE SEXUAL - KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF COLOMBIAN MEDICAL STUDENTS', Arch. Sex. Behav. Vol. 11 N° 3 pp 201-14
- 13.- Schnarch D., Ph. D. THE ROLE OF MEDICAL STUDENTS' STEREO TYPE OF PHYSICIANS IN SEX EDUCATION, Journal of Medical Education 1982, Vol. 57 pp 922-929