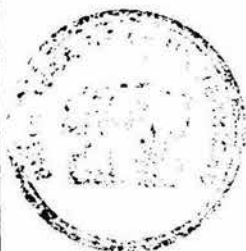




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

“DETERMINACION DEL COMPORTAMIENTO  
SEXUAL EN OBESOS.”



U.N.A.M. CAMPUS

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

SILVIA VIRGINIA AGUILAR LAGUNAS

SONIA ISELA PADRON ARELLANO

ASESOR: LIC. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ

TESIS CON  
FALLA DE OR.



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.

# INDICE

	Páginas
RESUMEN .....	6
INTRODUCCION .....	7
ANTECEDENTES TEORICOS	
1.-SEXUALIDAD .....	18
1.1. Desarrollo psicosexual .....	18
1.2. Aspectos biológicos .....	25
1.3. Relaciones sexuales .....	31
1.4. Disfunciones sexuales .....	38
1.5. Desviaciones sexuales .....	43
2.- OBESIDAD .....	54
2.1. Definición .....	55
2.2. Desarrollo de la obesidad .....	58
2.3. Teorías sobre la obesidad .....	60
2.4. Prevalencia .....	76
2.5. Evaluación .....	78
2.6. Tratamiento .....	81
3.- EL ASPECTO SEXUAL EN LA OBESIDAD .....	88
OBJETIVO .....	100
METODO .....	102
PROCEDIMIENTO .....	105
RESULTADOS .....	109
CONCLUSIONES .....	129
BIBLIOGRAFIA .....	132
ANEXO .....	144

**Investigación elaborada con el apoyo y estímulo recibido por el premio PUAL  
1990 (Primer lugar, categoría estudiantil)**

## RESUMEN

La obesidad es un rasgo indeseado en el compañero sexual y puede llegar a constituir en realidad, un freno o una amenaza a la actividad y desenvolvimiento de sentimientos y actitudes de tipo sexual.

Por lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo determinar las posibles diferencias existentes, con respecto a la sexualidad, en tres diferentes grupos: 1) Obesos que lleven a cabo algún programa de reducción de peso; 2) Obesos que no lleven a cabo ningún programa de reducción de peso y, 3) personas con normo-peso. Para lo cual, se les aplicó un cuestionario que tuvo como finalidad analizar las áreas de: intereses y participación individual, la relación sexual como pareja y desviaciones sexuales. El cuestionario fué aplicado a 90 personas (de ambos sexos), que de acuerdo a sus índices de grasa corporal se distribuyeron en los tres grupos ya mencionados.

Los resultados obtenidos mostraron que existen diferencias significativas entre los obesos y los normo-peso, en lo referente a la comunicación de sentimientos a la pareja. Sin embargo, también se pudo observar que entre los grupos de obesos existen diferencias significativas, manifestándose en los OST un menor enriquecimiento en su relación de pareja y sexual, en comparación con los OCT.

## INTRODUCCION

Comparando las diversas culturas contemporáneas o pasadas, las diversas épocas de una misma cultura y los cambios de una década a otra en una misma sociedad, se observa claramente que la conducta sexual humana está influenciada por el aprendizaje social. No hay leyes absolutas que determinen, según la naturaleza biológica, las pautas sexuales de la conducta. Los patrones y las normas más o menos arbitrarias, y lo proveniente de fuerzas exteriores a la sexualidad misma; como la religión, la economía, etc., determinan y moldean el comportamiento sexual "normal" de un grupo humano. Es la cultura, la responsable de muchas de las variedades que se conforman en el comportamiento sexual de la especie humana, los grandes cambios socioeconómicos y los progresos científicos del siglo XX han transformado las concepciones, las actitudes y la conducta sexual de nuestra cultura. Sin embargo, toda la herencia religiosa, anti-sexual, anti-placer y, anti-humanística y los rasgos machistas, puritanos y de doble moral, persistieron

hasta la entrada de la segunda mitad del siglo XX en todos los países del mundo occidental y aún persisten en gran parte del mundo hispanoamericano (Giraldo, 1985).

La noción de sexualidad ó, mejor dicho, la importancia de la sexualidad, empieza ciertamente en la época de Sigmund Freud y sus discípulos. En realidad, es a Freud, Jung, Stekel, Reich y Havelock a quienes puede hacerse remontar los primeros estudios y, sobre todo, la primera noción acerca de la importancia de la sexualidad en el comportamiento humano. Por otro lado, los primeros estudios científicos, se pueden remontar a la encuesta dirigida por Kinsey (cit. Netter, 1973) sobre el comportamiento sexual de la mujer, realizada con gran número de personas y con un enfoque marcadamente sociológico, iniciada en 1938 y publicada entre 1948 y 1953; fue la primera vez que se intentó de una manera global conocer a fondo la vida sexual. Hasta entonces, cada individuo juzgaba el comportamiento sexual en función de su propia actitud (Giraldo, 1985; Netter, 1973). Este trabajo monumental, es aún la principal fuente de conocimientos sobre la vida sexual del pueblo americano. Muchos mitos se desplomaron con su estudio sobre la conducta sexual del hombre y la mujer, y nació una nueva profesión: la del investigador sexual. Sus hallazgos, que produjeron tanto reacciones fuertemente negativas como de gran admiración y sorpresas, estimularon innumerables investigaciones y, sobre todo, iniciaron una visión realista de la sexualidad. Nadie, sin embargo, se atrevió a utilizar el método experimental y el laboratorio en el estudio de la respuesta sexual humana y de sus perturbaciones. William Masters, ginecólogo, y Virginia Johnson, acometieron esta tarea durante una década y publicaron sus resultados en 1966 y

1970. Sus hallazgos, nuevamente, destruyeron importantes mitos, especialmente sobre la sexualidad femenina, y revolucionaron el tratamiento de las disfunciones sexuales con métodos más activos y eficaces. Sus métodos y resultados volvieron a producir reacciones extremas de censura e incredulidad, y constituyeron un avance importantísimo y un nuevo estímulo a la investigación.}

Al hablar de la sexualidad, debemos distinguir los factores que la componen, cuyo origen y desarrollo es diferente. Los factores o niveles de conducta sexual que podríamos considerar como componentes relativamente independientes son:

- a) Los mecanismos sexuales: la respuesta sexual fisiológica, que presupone la anatomía y neurofisiología adecuada; comprende reacciones principalmente involuntarias: erección, lubricación, orgasmo, etc.
- b) El papel sexual: corresponde al grado de conformidad con las pautas de comportamiento culturalmente definidas como las masculinas y femeninas.
- c) La identidad sexual: sentimiento íntimo y personal de pertenencia a uno de los sexos, o de ambivalencia.
- d) La orientación sexual: se refiere a la capacidad de ser atraído por objetos sexuales de unas características anatómicas o de otras.
- e) El apetito sexual: es el grado de urgencia o inclinación a buscar una descarga o actividad sexual que potencialmente implica el uso de los órganos genitales. El apetito sexual o grado de excitación y excitabilidad sexual se ven afectados por variados y diversos factores que se complementan o se compensan según las circunstancias. Estos factores son: 1) genéticos, 2) hormonales, especialmente los andrógenos, 3) los centros cerebrales y otras partes del sistema nervioso, 4)



los órganos de los sentidos (vista, tacto, olfato, oído y gusto), 5) la edad que pueda afectar positiva o negativamente la excitabilidad o la capacidad de juego sexual, 6) los condicionamientos culturales (costumbres, valores y pautas), 7) las experiencias personales anteriores y el guión personal, 8) la salud y diferencias fisiológicas, 9) el entorno: medio ambiente social y físico, 10) los factores emocionales o estados de ánimo generales y, 11) la naturaleza y distinción del estímulo sexual. Estos son los factores que tienen que ver de modo más inmediato con el apetito sexual.

El desarrollo de la sexología como ciencia es prácticamente un acontecimiento de los últimos cuarenta años, y la difusión de sus conocimientos sólo ha sido tarea de los últimos veinte. El grado de conocimientos de la sexología, no nos permite actualmente un estudio discriminado del desarrollo de cada uno de los aspectos mencionados anteriormente; pero sí poseemos suficientes conocimientos o indicios para, al menos, mantener presente la posibilidad de las claras y definitivas diferencias de estos aspectos como fenómenos relacionados. Al aceptarse e imponerse el estudio científico de la sexualidad, se han abierto las perspectivas para un mejor conocimiento de los determinantes de la vida sexual, para una mejor descripción de lo que son las sexualidades diferentes en los humanos; ha servido, en fin, para destruir los mitos de la sexualidad y de sus objetivos. Las investigaciones sexuales y su difusión, están cambiando las actitudes de las autoridades civiles y religiosas, así como las del pueblo, hacia el sexo y, en gran parte, han contribuido a la transformación de los valores y del comportamiento sexual y el desarrollo de una ética personal humanística (Giraldo, 1985).

La sexualidad es un poderoso factor integral de la individualidad de toda persona, y ha tenido una notable repercusión en nuestra sociedad. Los prestigiosos sexólogos Masters y Johnson afirman que "la sexualidad es una actividad natural", poniendo de relieve que tal actividad, del mismo modo que la respiración, es un elemento esencial en la naturaleza humana desde que se nace hasta que se muere.

Es importante definir las sutiles diferencias de significado de la terminología básica que se utiliza para definir el sistema sexual: la sexualidad es una dimensión de la personalidad que engloba los procesos fisiológicos y psicológicos inherentes al desarrollo sexual y a las respuestas sexuales del individuo, tanto si es hombre como mujer (Longo y Williams, 1982).

López (1983), define a la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social. Otro punto de vista sobre sexualidad coloca a ésta como las vivencias emocionales, actitudes y conductas que rodean a la persona mediante el proceso de pertenecer e identificarse al sexo masculino o femenino (Cruz, 1980). Por otro lado, Masters y Johnson, conceptualizan a la sexualidad como: una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo, es elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la auto-imagen, de la auto-conciencia, y del desarrollo personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

Según Longo y Williams (1982), el sexo es la actividad física o comportamiento, como el coito, excitación de los genitales, oral o manual, o la autoexcitación (masturbación). Mientras que la actividad sexual, es una de las actividades naturales del organismo que se inicia al nacer y que puede regularse conscientemente durante toda la vida. Sin embargo, a pesar del control consciente de la conducta sexual, algunos aspectos de tal actividad son involuntarios; por ejemplo: durante el sueño todos los hombres experimentan alguna erección, y las mujeres, lubricación vaginal. >

Como consecuencia del contacto tan prolongado del niño en crecimiento con los impulsos biológicos conflictivos y las actitudes de su familia y de la sociedad hacia la conducta sexual, no es de sorprender que los trastornos de la identidad y función sexual sean tan comunes. Durante el desarrollo, las ideas pertenecientes al papel sexual, sexo y sexualidad, a menudo se relacionan con sentimientos de vergüenza, disgusto, culpa, temor, odio, etc. Aunque con frecuencia tales actitudes son originadas por una educación fallida y deficiente, en muchos casos representa la expresión sintomática del trastorno general de la personalidad que amerita tratamiento psiquiátrico especializado (Kolb y Brodie, 1985).

Para evaluar los problemas sexuales y enfrentarse con ellos, es importante tener en cuenta las tolerancias y limitaciones culturales de la sexualidad, desde el papel asignado al sexo, hasta las prácticas sexuales concretas. Debido a la complejidad de nuestra cultura, el exámen de la propia sexualidad es un proceso mucho más amplio de lo que aquí se puede ofrecer (Longo y Williams, 1982).

Uno de los aspectos que hay que tomarse en cuenta en la evaluación de la sexualidad es la imagen corporal, ya que en nuestra sociedad, las personas obesas son consideradas generalmente poco atractivas, relajadas e incapaces de controlar su conducta impulsiva. Aunque hay personas que se sienten atraídas por los individuos fuertes o gordos, en ocasiones con una fascinación cercana al fetichismo, es mucho más corriente observar que la obesidad es un rasgo indeseado en el compañero sexual y puede llegar a constituir en realidad un freno o una amenaza a la actividad de sentimientos sexuales. Si bien la obesidad debe considerarse más bien un síntoma que una enfermedad, como demuestran su heterogeneidad clínica y experimental, el tema de la sexualidad y la obesidad puede encuadrarse lógicamente dentro de las enfermedades crónicas, ya que muchas personas obesas luchan contra su exceso de peso durante toda su existencia (Kolodny, Masters y Johnson, 1985).

En la actualidad, son pocas las alteraciones comportamentales que no tienen una base social y la obesidad no es una excepción. Así, anuncios televisivos, relaciones sociales e incluso el trabajo, están siendo invadidos por el tema de la alimentación. No obstante, esta misma sociedad repele a la gente obesa, señalándola como una persona débil, poco activa, indisciplinada, poco eficiente, con falta de control sobre sí misma, etc. (Ibañez y Barreto, 1967).

La obesidad se ha definido como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento del peso corporal, debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir sus requerimientos de energía, almacenando el resto en forma de grasa. Además de ser poco atractiva y molesta, la

obesidad ha sido reconocida como un factor contribuyente en la etiología de muchas enfermedades, especialmente entre las personas de edad avanzada (Bourges, 1986; Saldaña y Rossell, 1988).

Por otra parte, una de las principales dificultades dentro del problema de la obesidad, es el de identificar y determinar el grado de exceso de grasa corporal en cada individuo, para ésto existen varios métodos que permiten medir la obesidad, estos pueden clasificarse en dos: directos e indirectos. Los primeros son rara vez utilizados, ya que requieren de la disección corporal. Entre los métodos indirectos se cuenta con: la disolución de potasio, densitometría, medición radiográfica del pliegue cutáneo, plicometría, y el uso de tablas estandarizadas de acuerdo con la edad, el sexo, o la talla. Las técnicas de medición de la obesidad, son un medio importante para valorar el estado nutricional, tanto a nivel individual como colectivo, por lo que cada país debe tener sus patrones de referencia obtenidos por muestras representativas (Mahoney y Mahoney, 1986).

En nuestros días ya no resulta desconocido el hecho de que la obesidad ha dejado de ser un problema de orden "estético", para constituirse en un problema de salud pública, dado el alto índice de sobre-peso y las repercusiones de éste en la salud física y psicológica.

Tradicionalmente, se ha mantenido la teoría de que los obesos son sujetos que tienen problemas de personalidad, que "alivian" mediante la conducta de comer. De ahí que se realicen estudios como el de Bruch (1973), en el que se analiza la

importancia de diferentes variables de la personalidad como: depresión, neuroticismo, auto-estima, auto-concepto, etc., comparando los resultados con los de personas con normo-peso (Mancilla et al., 1989).

A menudo se ha dicho que comparados con las personas delgadas, los obesos se muestran más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja auto-estima y un concepto distorcionado de su imagen corporal, mencionandose incluso que tienen un desarrollo de la personalidad inadecuado o manifestaciones de enfermedades psíquicas (Bruch, 1980; y Collipp, 1980). Por lo tanto la obesidad no sólo acarrea trastornos médicos, sino que trae consigo implicaciones psicológicas y sociales.

Aunado a lo anterior, es importante analizar cómo los cambios en las relaciones económicas y sociales de nuestra sociedad afectan los estereotipos tradicionales de lo masculino y lo femenino, así como sus papeles y estructuras; ya que, los modelos considerados han comenzado a modificarse (López, 1983).

Si partimos de que la dinámica social afecta directamente las relaciones hombre-mujer; es entonces que la incomprensión en la vida familiar y de la relación en pareja afecta profundamente dichas relaciones (Cruz, 1981). Es por esto, que los problemas sexuales figuren entre los más grandes desafíos para la psicología preventiva y la educación para la salud, pues, la interacción del hombre con su medio físico y social siempre ofrecerá un amplio marco en el estudio multifactorial de los problemas de la salud y, específicamente en algunas de las patologías sexuales, dado que inciden en conjunto factores bio-psicosociales que inducen al ser

humano a prácticas o comportamientos insatisfactorios. Por tanto, como enuncia Gotwald y Golden (1983), "la salud sexual interviene en el bienestar tanto físico como mental del individuo".

Algunos de los factores que producen malestar sexual en los hombres pueden ser: las inhibiciones sociales, los desajustes de personalidad, las presiones de grupo, la desinformación, etc., si a esto le agregamos la crisis de valores, por las problemáticas sociales y familiares en lo particular (McCary, 1980).

Tomando como base lo anteriormente descrito, para la presente investigación se pretende demostrar las diferencias en las pautas de comportamiento sexual de las personas obesas en comparación con personas con normo-peso; contribuyendo, así con el proyecto denominado "Determinación del perfil psicológico en obesos", el cual se realiza en el Proyecto de Nutrición de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE), y que tiene como objetivo determinar el posible perfil psicológico, nutricional, antropométrico y de salud en general, de pacientes obesos en comparación con personas de peso corporal normal, así como con deportistas.



**A**ntecedentes

**T**eóricos





**S**exualidad

## **ANTECEDENTES TEORICOS**

### **1. SEXUALIDAD**

Existe cierta controversia en cuanto a la línea divisoria entre la práctica sexual normal y la anormal. Tal diferenciación depende en gran medida del desarrollo sexual del individuo, que puede verse afectado por diversos factores.

La sexualidad sana depende de la edad, la ocupación, la cultura, las inclinaciones personales y las actitudes físicas y psicológicas frente al sexo. Los sentimientos de sexualidad características físicas, sociales, psicológicas e instintivas, todas las cuales son peculiares a cada sujeto.

Los problemas sexuales pueden producirse como consecuencia de un trastorno físico, o deberse a alteraciones psicológicas surgidas en la fase del crecimiento y el desarrollo o, a la relación mantenida con otra persona o personas. Las causas son variadas y complejas.

### **DESARROLLO PSICOSEXUAL**

Al hablar del desarrollo psicosexual humano tropezamos con varias dificultades, primeramente, está determinado por los factores culturales, hasta tal punto que sólo podemos hablar del desarrollo del hombre en una cultura determinada. Dificilmente podríamos hablar de un proceso de desarrollo aplicable, en todos sus detalles, al hombre occidental o al hombre latinoamericano.

Otra razón que dificulta el hablar de desarrollo psicosexual, es la carencia de estudios e investigaciones sobre cualquier aspecto de sexualidad en nuestro país.

Por consiguiente, puesto que nos basamos en estudios hechos en otros países, estos sólo pueden aplicarse, en parte, a nuestra clase alta y media, clases que comparten más valores y experiencias con otros sectores de la cultura occidental. Obviamente existen factores básicos comunes, por ejemplo, el proceso por el cual el hombre se socializa sexualmente, los fenómenos biológicos y quizás las etapas de crecimiento psicobiológico. Aunque factores como la edad, los valores, las creencias, los sentimientos, etc., están sujetos a variaciones.

Cuando el niño nace, no sabe que él es él, no tiene la más mínima idea de que es una persona, un ser distinto del mundo físico que lo rodea. No tiene conciencia de que existe y, por consiguiente, tampoco tiene conciencia alguna de su sexo. El niño tiene hambre y llora para que lo alimenten, pero no sabe que es él quien tiene hambre, sino que sencillamente tiene hambre. Poco a poco el niño va descubriendo que él es un ser que tiene un yo propio, distinto al de los demás, que tiene un ser físico separado y distinto al ser físico de los otros y de los objetos que lo rodean (Giraldo, 1985).

La teoría psicoanalítica del desarrollo distingue tres grados de desarrollo pregenital de la libido: La fase oral, es la zona corporal que desempeña un papel importante en la vida del niño y marca su inicio a la sexualidad. Desde el comienzo mismo del amamantamiento el infante experimenta una estimulación placentera de

las membranas mucosas de la boca debido al flujo lácteo y aprende a reproducir este placer el mismo, independientemente del proceso del amamantamiento, mediante la succión del pulgar. Las sensaciones orales de este género constituyen la primera experiencia del niño en un placer cuya naturaleza es sexual (Freud, 1985). Desde aproximadamente el año y medio el papel que hasta entonces cumplía la boca pasa a ser suplida por el ano hasta los 3 o 4 años (Jürg, 1985).

El niño continúa su etapa de maduración y desarrollo biológico e inicia la formación del guión sexual el cual va adicionando con valores y normas familiares, grupales y culturales. El guión consiste en normas generales sobre cómo debe comportarse, qué se espera y qué es correcto, masculino o femenino, bueno o malo y apropiado o no en la conducta sexual de uno. El guión se conforma, de modo gradual e imperceptible, recogiendo normas y valores provenientes de los padres, de los compañeros de edad, de la religión, etc.

Como fruto de la temprana identificación sexual, el niño inicia un proceso decidido, y a veces rígido, en el aprendizaje del papel sexual, el cual es continuamente enseñado, moldeado y estimulado (reforzado) por la cultura. Este aprendizaje es positivo y negativo. De acuerdo con ciertos códigos culturales, las conductas propias de su sexo deben adquirirse y demostrarse; en cambio, las del otro sexo deben eliminarse. El niño aprende cuáles son los comportamientos acordes con el esquema del otro sexo, lo cual le permite eliminarlos de su propia conducta, le indica qué debe esperar de las personas del otro sexo y cómo reaccionar ante ellas. La familia y la sociedad se encargan de reforzar o reprobado el buen o el mal manejo

de estos códigos en la conducta del niño. La edad en que los niños empiezan a codificar un juego como masculino o femenino es alrededor de los tres años. Hacia los cinco años de edad, el niño identifica claramente en el juego los rasgos representativos de su papel sexual en el futuro.

Los modelos del sexo propio adquieren especial importancia en esta edad en que el niño continúa cierta acentuación en el proceso de internalización de las pautas de conducta concordantes con el sexo de asignación. El juego es la principal tarea y el campo propio de aprendizaje de su papel sexual durante esa edad. Los varones intensifican en nuestra cultura los juegos que implican actividades físicas como: brusquedad y, las niñas lo hacen con los juegos que implican actividades sociales, maternas y hogareñas. Tanto niños como niñas prefieren, durante esta etapa, jugar con niños de su mismo sexo, muy probablemente como parte del proceso de consolidación de su identificación y de su papel sexual. Después de alcanzar el clímax de los seis a los nueve años decrece la sexualidad infantil, las apetencias libidinales disminuyen y pasan a segundo plano.

De los nueve a doce años, como ya se mencionó, el desarrollo del niño se centra principalmente en el juego y en la elaboración de trabajos como: la construcción de una cabaña, la construcción de muñecos con cierto grado de dificultad. El papel de la satisfacción del deseo va cambiando en forma indirecta y sublimada, de manera tal, que al final, el niño puede llevar a cabo con placer las mencionadas ocupaciones que no son en sí mismas placenteras, sino que sirven indirectamente a un propósito placentero.

"Los estereotipos son generalizaciones y mitos que por haber sido repetidos durante décadas o siglos son aceptados como verdades ejerciendo una poderosa influencia sobre los individuos. Suelen congelar al individuo estancándolo en su propia autodefinición eliminando toda posibilidad de cambio y crecimiento" (Herbert y Otto, 1975). Precisamente, el tema de la adolescencia es abordado en algunos discursos con ideas, categorías y sentimientos estereotipados, a saber: todos los adolescentes son rebeldes, todos los adolescentes están en crisis, todos los adolescentes son idealistas, etc. Los estereotipos sobre el adolescente, tienden a encerrarlo en un esquema limitado, bloqueando el conocimiento y la percepción real del adolescente erigiendo prejuicios que traen consigo, ciertas medidas de discriminación que consisten en infligir a los adolescentes un trato inmerecido. La adolescencia, es un cambio, un período cuyas características y experiencias están más influenciadas por valores y circunstancias psicoculturales.

Con frecuencia en nuestra cultura, la niña llega a la primera menstruación sin tener idea de la existencia de este fenómeno, y el joven llega a las primeras erecciones y poluciones nocturnas sin tener idea de lo que sucede o, si está enterado de ello, no es con una actitud sencilla o natural, sino maliciosa o perturbadora por lo fragmentario de sus convencimientos. Estos fenómenos les producen grandes incertidumbres: ¿Será ésto malo?, ¿Será pecado?, ¿Será una enfermedad?, etc.

El despertar sexual que ocurre en la adolescencia, hace que el deseo sexual sea vigoroso y más intenso que en la vida madura. Es una fuerza nueva que se manifiesta con todo el vigor, que crea nuevas necesidades y que implica nuevas

inquietudes y vehementes deseos de satisfacción. La adolescencia es un período crítico del desarrollo psicosexual no sólo por la novedad de las experiencias sino, por el efecto que los factores situacionales específicos de las experiencias sexuales de esta etapa producen en su vida sexual adulta, moldeando en gran parte sus preferencias, gustos, estímulos y respuestas sexuales. El joven tiene erecciones por razones diversas muchas veces de orden físico, no psicosexual; pero este hecho puramente físico-fisiológico aparece acompañado psicológicamente de intranquilidad, debido a las actitudes y las creencias culturales y religiosas.

La necesidad de la consolidación o reconocimiento de nuestro ego sexual es prácticamente universal y se da en todas las edades del hombre. En la adolescencia la búsqueda de identidad y la autoafirmación del ego son, en gran parte la búsqueda de una identificación sexual y la autoafirmación de la capacidad sexual para atraer y ser complacido. En la mujer la validación de su ego sexual, es especialmente importante en nuestra cultura, pues esta le ha asignado tradicionalmente el papel de ser deseada por el hombre. Es decir, su ego sexual se reafirma pasivamente, no activamente como en el hombre. Las relaciones sociales y sexuales tienen un amplio poder regenerativo en el campo psicosexual (Giraldo, 1985).

El adulto maduro es una persona que ha desarrollado una identidad personal clara, que se muestra en la capacidad para establecer una relación íntima, satisfactoria y amorosa con un miembro maduro del sexo opuesto, y en la capacidad para asumir por sí mismo la responsabilidad de educar a los hijos y ayudar a su desarrollo (Kolb y Brodie, 1985).

Durante esta etapa generalmente se estabiliza el modo personal de actividad sexual (heterosexual, pluralista, ambisexual, etc.) Durante el proceso de selección y decisión acerca de la vida sexual, el individuo se ve frecuentemente asaltado por la duda o el temor al posible fracaso o error en la elección de la compañera. Las presiones sociales del grupo cultural influyen poderosamente en el individuo acerca del tiempo y de los modos de iniciar su vida matrimonial. La gente se casa no sólo por satisfacer sus necesidades sexuales y afectivas, sino además por las presiones sociales, pues se espera que toda persona forme algún tipo de unión estable. Cada edad exige cambios, adaptaciones generales y sexuales nuevas, pero a veces imperceptibles.

Con la edad, la capacidad de respuesta sexual sufre algunos cambios, los cuales tienen ciclo diferente en los dos sexos. En la mujer el mayor interés sexual y la mayor respuesta orgásmica se da después de los 30 años, después declina muy poco y muy lentamente mientras que en el hombre la mayor capacidad y prontitud de orgasmo y erección se da hacia el final de la adolescencia, manteniendo una disminución continua a partir de la década de los veinte.

La edad madura avanzada, se caracteriza en nuestra cultura, por la preocupación del individuo por mantener su status afectivo y su capacidad sexual, siendo esto último particularmente en el hombre. De los 30 a los 40 la frecuencia de eyaculaciones por semana suele disminuir en la mayoría de los hombres y comienza un período refractario.



Si se conserva la confianza y se mantiene una vida sexual activa. Ambos sexos pueden conservar su capacidad sexual hasta pasados los 90 años; sin embargo, el hombre suele ser más vulnerable que la mujer. Aunque el poder de erección casi no se afecta, a no ser que factores psicoculturales interfieran, la fuerza de la eyaculación, la rapidez de la erección, y la fase de inevitabilidad tienden a disminuir con la edad; mientras la necesidad de estimulación y el período refractario tienden a aumentar. La mujer, en cambio, tiende a mantener casi intacta su capacidad multiorgásmica, cualquiera que ella sea. La gente puede seguir manteniendo la actividad sexual durante toda su vida. Del mismo modo que los incapacitados, las personas de cierta edad tienen que ingeniárselas para realizar sus propios cambios, con el fin de experimentar y expresar su sexualidad (Longo y Williams, 1982).

#### **ASPECTOS BIOLÓGICOS:**

La sexología es multidisciplinaria por excelencia, y su finalidad es el estudio, atención y solución de la problemática sexual del ser humano, orientada a propiciar el desarrollo más armónico y equilibrado de las diversas intervenciones del individuo como ente social; al igual que muchas disciplinas jóvenes, se encuentra en una etapa de afirmación que requiere definiciones básicas que sirvan como marco teórico fundamental; por lo tanto, el sexo, es la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios. Mientras que el sexo de asignación es el que se le da al individuo al nacer, por lo general en función del aspecto de sus genitales externos (Alvarez-Gayou, Sánchez y Delfin, 1986).

Después del nacimiento las gónadas de ambos sexos se vuelven relativamente inactivas hasta la pubertad. Durante la infancia y la niñez las experiencias sociales y el aprendizaje probablemente refuerzan y fortalecen o debilitan y cancelan las predisposiciones conductuales que existen. Si hay una correlación relativamente alta entre el sexo anatómico, las predisposiciones conductuales prenatalmente determinadas y la socialización prepuberal, emerge una personalidad heterosexual estable. Si las tres no son congruentes, algún grado de conflicto o anormalidad podría esperarse en la constitución final de las capacidades y preferencias conductuales.

El desarrollo de las estructuras sexuales masculinas y femeninas, con la excepción de las gónadas, depende de la presencia o ausencia de las hormonas testiculares durante la ontogénesis fetal. Si las gónadas, las cuales se diferencian bajo la influencia de los cromosomas sexuales, se vuelven testículos, normalmente se convierten en glándulas endócrinas que funcionan muy pronto en el período prenatal y producen hormonas masculinas (andrógenos). Estos andrógenos son secretados en la corriente sanguínea y circulan en el feto que se desarrolla, masculinizando los tejidos sensibles respectivos. El primero en ser afectado es el sistema de conductos interno, de manera que bajo la influencia de varias secreciones testiculares, los conductos deferentes y las vesículas seminales se desarrollan al tiempo que la diferenciación de las trompas de Falopio y el útero es suprimida. De forma similar, tiempo después la morfología externa llega a ser pene y el escroto en lugar del clitoris, los labios mayores y la vagina. A la inversa, si las gónadas se vuelven ovarios se libera muy poca hormona gonadal durante la vida fetal. La

ausencia de hormonas testiculares constituye las condiciones necesarias para el desarrollo de la anatomía femenina. En el ser humano la diferenciación de la morfología sexual es relativamente completa al final de los primeros seis meses de gestación.

La dirección en que cualquiera de los componentes de la morfología se desarrolle depende del medio ambiente hormonal que exista en el momento de la vida embrionaria o fetal durante la cual esa estructura se desarrolla. La diferenciación no puede ser influenciada por las condiciones que existan antes o después del período crítico, ni puede ser invertida después de su constitución (por lo menos por medios hormonales).

Finalmente, ya completo un repertorio de potenciales conductuales, un niño alcanza la pubertad. Las gónadas otra vez se vuelven activas y el acto que resulta es que las secreciones de las gónadas activan los patrones sexuales latentes. Son importantes dos puntos: primero, que la conducta sexual post-puberal requiere la presencia de cantidades adecuadas de hormonas adultas y de una pareja estimular adecuada; segundo, solamente existiendo ya potenciales pueden ser activados en esta etapa tardía del desarrollo.

En resumen, cuatro factores críticos que actúan en diferentes etapas del desarrollo determinan qué conducta sexual manifestará el adulto. Estos son: el medio ambiente hormonal prenatal, la socialización prepuberal, las hormonas de la pubertad y adultas y, la naturaleza de las parejas sexuales disponibles.

Generalmente, estos cuatro se refuerzan el uno al otro resultando en una conducta exclusivamente heterosexual (Ward, 1983).

El fin de la reproducción sexuada es asimilar la información genética que han adquirido otros clones celulares, de manera que se establezca un verdadero intercambio de "conocimientos" en el genoma. Fusionándose dos células procreadoras, originarán otras que sabrán adaptarse al "ambiente", tal como lo hacían separadamente el don paterno y el materno. Se va a crear una herencia en la información genética que irá enriqueciéndose con las sucesivas generaciones, es decir, a medida que nuevos genes activos se integren en un individuo (Botella y Clavero, 1982).

La adolescencia tiene un principio biológico que es la pubertad y un final que no podemos delimitar con precisión, ya que es eminentemente social. En la pubertad se dan una serie de cambios en el organismo, con la finalidad de transformarlo en un cuerpo adulto, con todos los elementos necesarios para reproducirse. El aparato sexual alcanza su madurez y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Es necesario aclarar que las características sexuales se dividen en primarias y secundarias. Las primarias son aquellas que están presentes desde el nacimiento (por ejemplo, los órganos sexuales); mientras que las secundarias son aquellas que se desarrollan durante la pubertad (por ejemplo: cambio de voz, aparición de vello púbico y axilar, crecimiento mamario, ensanchamiento de caderas, etc.).

Los cambios físicos que se dan en la pubertad, se inician con un aumento rápido de estatura seguido de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y, del aumento en la intensidad del impulso sexual.

No existe un patrón de pubertad típico con límites precisos. Cada joven, ya sea hombre o mujer, tiene su propio período de transición y la gama de diferencias individuales es amplia.

Las jóvenes comienzan el proceso de maduración alrededor de los 10 o 12 años de edad mientras que los varones entre los 12 y 14 años. En general, podemos decir que el desarrollo de las jóvenes es más rápido que el de los varones, cuya maduración en funciones se da con mayor lentitud y continúa por mayor tiempo.

Para que se presenten las características sexuales secundarias, es necesario que se activen algunos órganos que se encuentran en la parte media del cerebro (la hipófisis y el hipotálamo), los cuales a través de mensajes químicos inducirán a los ovarios para que maduren ovulos, y hormonas sexuales femeninas, o bien, en el caso del varón inducirá a los testículos a producir espermatozoides y hormonas sexuales masculinas (Adolescencia, 1988).

El aparato genital femenino es el conjunto de órganos que contribuyen directamente a la reproducción. Se divide en genitales externos y genitales internos. Los primeros se pueden ver por simple inspección, mientras que los segundos,

situados dentro del abdomen, requieren una laparatomía o laparoscopia para poder ser visualizados.

La vulva y la vagina, constituyen los genitales externos. La primera está formada por dos repliegues situados entre los muslos: los labios mayores, el clítoris, los labios menores, y la entrada de la vagina.

En las niñas y en las mujeres vírgenes los labios exteriores se tocan entre sí, protegiendo las partes encubiertas, culminan en un hueso triangular poéticamente conocido como "el monte de Venus" y que se va encubriendo de vello durante la pubertad. Los labios menores son pequeños y angostos y forman una ondulación justamente debajo del clítoris, están compuestos de terminaciones nerviosas altamente sensitivas y su estimulación llega a producir sensaciones sexuales. El clítoris es un órgano pequeño, que tiene como misión lubricar el canal vaginal durante el coito, es particularmente sensible y responde a la estimulación durante el coito o directamente por medio de la masturbación.

La entrada de la vagina es muy sensible. Este pasaje comunica los órganos externos con los internos, es decir, con el útero, la trompas y los ovarios, los cuales ejercen funciones dirigidas principalmente a la reproducción. El orificio de entrada de la vagina, está tabicado por el himen, una membrana de tejido que cierra parcialmente la abertura vaginal en las mujeres vírgenes. El útero es un órgano único, cuya misión es recibir y albergar al huevo maduro hasta que sea apto para una vida aérea e independiente. De ambos lados del útero parten dos tubos delgados que

tienen como misión adaptarse a la superficie del ovario en el momento de la ovulación para recoger el ovulo desprendido: son las trompas de Falopio. Por último, los ovarios, situados también a ambos lados del útero, son las glándulas sexuales femeninas y tienen una doble misión: expulsar mensualmente un óvulo apto para ser fecundado y segregar hormonas sexuales indispensables en todas las fases de la reproducción y responsables de las peculiares características somáticas de la mujer (Adolescencia, 1988; Netter, 1973).

El aparato genital masculino tiene menor complejidad que el femenino, ya que su misión reproductora se limita a colocar en la vagina de la mujer los espermatozoides o células germinales masculinas. Está constituido por órganos visibles -los testículos y el pene- y por otros ocultos entre la vejiga urinaria y el recto -la próstata, las vesículas seminales y los conductos deferentes. Los testículos tienen una doble función: por una parte, producen los espermatozoides y, por otra, segregan hormonas sexuales (andrógenos). Las dos mayores glándulas sexuales accesorias son la próstata y las vesículas seminales. Su principal función es la de producir plasma seminal, es decir, el vehículo que transporta y nutre a los espermatozoides (Donald, 1988; Koffer, 1990; Netter, 1973).

### **RELACIONES SEXUALES:**

El hombre, aunque se mece en la ilusión de saber todo, a menudo desarrolla sus conocimientos de la sexualidad femenina sólo en función de sus propias necesidades, de sus proyecciones fantasiosas, y a veces hasta de sus insuficiencias.

La calidad de la relación conyugal repercute directamente sobre la satisfacción sexual, hasta el punto de que algunos no dudan en sostener que la sexualidad es el mejor sismógrafo del clima conyugal.

Las estimulaciones que conducen al orgasmo están jerarquizadas en función de su eficacia:

- La masturbación interviene en primer lugar en el 40% de los casos.
- El flirteo heterosexual en el 24%
- El coito preconyugal en el 10%
- El sueño erotico en el 5%
- La experiencia homosexual en el 3%
- La fantasía erótica sólo en el 1%.

Kinsey (Tordjman, 1977), descubría de esta manera un hecho importante; que la masturbación y el flirt conducen más frecuentemente al orgasmo que el mismo coito.

El coito es, entre todos los fenómenos del animal humano, uno de los más extraordinarios, de los más complejos y de los que menos entendemos. Es, sin duda, el menos estudiado. Ciertamente los anatomistas nos han suministrado información acerca de las estructuras participantes, pero en tanto que incontables fisiólogos, bioquímicos, neurólogos, farmacólogos, psiquiatras y ecólogos han dado vida a parecidos conocimientos estructurales sobre todas las otras partes del organismo, no se puede decir lo mismo en el caso del coito, investigado por muy pocas personas



que, además, despertaban tanta desconfianza que debían permanecer en el anonimato.

Koffer (1990), menciona: "Liberate de todas las inhibiciones si deseas descubrir todas las posibilidades de tu cuerpo; las inhibiciones son barreras entre tú y el poder sexual en su plenitud". Esta debería ser la primera y la más importante de todas las reglas que se deben seguir para alcanzar una vida sexual plena y feliz. Toda pareja que no entienda este principio, introduce en su vida un sinnúmero de obstáculos que lo alejan de una potencialidad sexual completa y de una satisfacción total.

La segunda regla es casi tan importante como la primera: "conocete a ti mismo". No hay datos específicos en turno a los aspectos más satisfactorios de la sexualidad humana. Cada individuo debe mirar dentro de sí mismo, debe indagar y experimentar hasta descubrir sus motivaciones sexuales más íntimas. De modo que "debes conocerte a ti mismo, conocer lo que el sexo significa al nivel de tus deseos, de tus placeres y de tus necesidades".

En primera instancia se habla, de que la mujer acepta tener relaciones sexuales para evitar el rechazo social, ya que muchas veces no las desean. Es importante que las mujeres entiendan que, el sexo no es obligatorio, que solo debe hacerse cuando, dónde y con quién se desea. La femineidad no se incrementa por la cantidad de relaciones sexuales que se hubieran tenido, sino por la plenitud de expresión que se alcanza en cada una de ellas. Las relaciones sexuales son buenas y agradables y

pueden responder a los sentimientos más profundos y sinceros del ser humano, pero estos sentimientos sólo se pueden despertar en un ambiente de libertad y afecto.

Durante su desarrollo, los seres humanos perciben fenómenos y cambios corporales y genitales, que se identifican con "estar excitado". El paso inicial y más importante para el conocimiento de la filosofía sexual fue la investigación que durante diez años realizaron Willams H. Masters y Virginia E. Johnson, que culminó en 1966 con la publicación de su estudio sobre la Respuesta Sexual Humana (RSH), que expusieron con una gráfica de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Es importante tener en mente que las fases no son más que una conceptualización esquemática de fenómenos fisiológicos y que muchas veces el paso de una fase a otra no se observa con claridad, sino que existe cierto traslape; además, puede haber variaciones de un individuo a otro (Alvarez Gayou et al., 1986).

El patrón consecutivo de la RSH informa de los cambios muscular, glandular y vascular que acompañan a la respuesta sexual en hombres y mujeres. La interacción compleja entre la fisiología y la psicología que constituye la sexualidad adulta normal (Nathan y Harris, 1983).

Cuando se establece un estímulo sexual efectivo la respuesta predominante en hombres y mujeres es la vasodilatación perineal que, junto con la vasocongestión, constituyen el fenómeno fisiológico fundamental de la fase de excitación. La vasocongestión origina los dos fenómenos característicos de la excitación

fisiológica, en el hombre la erección del pene y en la mujer la lubricación vaginal. Otros cambios genitales que ocurren en la mujer durante la fase de excitación son: aumento de volúmen y separación de los labios mayores por congestión, aumento de volúmen de los labios menores, el útero se verticaliza y provoca un desplazamiento anterior del cuello que a su vez origina, expansión bulbosa del fondo vaginal. El clítoris se agranda, más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo. A nivel generalizado la mujer tiene, durante la excitación, erección de los pezones, aumento del volúmen mamario y en la fase final puede notarse la red venosa superficial de las mamas.

En el hombre, a la vez que ocurre la erección, se produce tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo al engrosar el tegumento interno. Los testículos se elevan al acortarse los cordones espermáticos por la contracción involuntaria de los músculos cremasterianos; también hay erección de los pezones.

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos.

Si el estímulo sexual continua siendo efectivo se llega al punto máximo de la excitación, y pasa entonces a la fase de meseta. En la mujer el cambio principal de esta fase es el aumento de la vasocongestión en el tercio externo de la vagina que disminuye la luz vaginal. Este fenómeno se considera premonitorio del orgasmo

femenino y se conoce como plataforma orgásmica. Al final de esta etapa, un "rubor sexual" cubre el pecho, torax y cuello de la mujer.

En el hombre los cambios son mínimos en esta fase, pequeño incremento del diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y, en algunos, salida por el meato de unas gotas de líquido que proviene de las glándulas bulbouretrales. En esta emisión puede haber espermatozoides vivos.

Tanto en el hombre como en la mujer esta fase se caracteriza por miotonía generalizada, taquicardia, hipertensión arterial, aumento de la presión e hiperventilación. En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado.

Al igual que en las fases de excitación y meseta, en la fase de orgasmo, los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. En el hombre las contracciones expulsan semen. Al iniciarse, el semen es impulsado hasta la porción peneana de la uretra y provoca la sensación eyaculatoria inminente. El orgasmo femenino pone en juego la contracción de músculos específicos. Los músculos perivaginales repartidos en tres grupos de conjuntos relacionan el clítoris con la plataforma vaginal y con el esfínter anal. A menudo un espasmo muscular generalizado puede expresarse por medio de una mueca del rostro y contracciones de manos y pies; mientras la mujer accede al

órgasmo, todos los ritmos de su cuerpo se aceleran (pulso, presión y frecuencia cardíaca).

Mientras que los receptores erógenos masculinos caen, después de la eyaculación en un período refractario, las zonas erógenas de la mujer, estimuladas convenientemente, vuelven a cargarse casi de inmediato. Si la mujer no ha logrado el orgasmo, los cambios de resolución ocurren en forma muy lenta, requiriendo en ocasiones más de tres horas. En los hombres, es necesario un período de recuperación, de duración variable antes de poder iniciar otra estimulación sexual posterior, la cual iniciará otra secuencia sexual. Sin embargo, algunas mujeres pueden volver a excitarse casi inmediatamente después del orgasmo.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía y mil más. A un nivel simple, es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión a través de un máximo de la misma, después de la cual queda una lasitud y tranquilidad total.

Cuando los eventos orgásmicos han sucedido una o varias veces sobreviene la fase de resolución I, que consiste en el retorno a las condiciones basales, y puede aparecer una fina capa de sudoración en todo el cuerpo; es decir, los cambios físicos descritos en la etapa de excitación son re-experimentados en orden reversivo (Alvarez-Gayou et al, 1986; Nathan y Harris, 1983; Tordjman, 1977).

La experiencia subjetiva de la respuesta sexual humana varía de un individuo a otro, y en diferentes épocas, es también distinta en la misma persona. La excitación física de cualquier zona sensible produce intensidades variables de respuesta y de placer en momentos diferentes; el grado de respuesta se ve influido por el estado psicológico, por la energía, los pensamientos y la experiencia del individuo en el momento del estímulo físico. Las respuestas fisiológicas que se producen dentro del ciclo de cuatro fases requieren, por lo común, algún tipo de estímulo. Lo normal es que este estímulo provenga de la interacción física y/o mental de dos personas. Y para que la excitación sea efectiva es preciso que tenga lugar en ambos individuos; se produce "con" la otra persona, no "a" la otra persona. Hacerlo "a" en lugar de "con" la otra persona, niega todo tipo de participación y tiende a convertir al ser humano en un objeto o en un receptor impersonal. El hecho de compartir con otra persona el sexo no significa, sin embargo, que el uno tenga que responsabilizarse del funcionamiento sexual del otro. Además, no debe suponerse que los dos individuos sienten de la misma manera y con igual intensidad de activación o placer precisamente en el mismo instante (Longo y Williams, 1982).

#### **DISFUNCIONES SEXUALES:**

El problema sexual no se desarrolla en el vacío, sino que refleja la acumulación de los antecedentes y personalidades de los consortes, combinada con su interacción conyugal. La relación sexual, más que cualquier otra, implica una asimilación y elaboración de estímulos recíprocos: lo que en términos técnicos se denomina feedback (retroacción). En verdad, en muchos casos de disfunción sexual, el consorte tiene un problema sexual complementario.



Masters y Johnson (Lehrman, 1985), destacan que no siempre la disfunción sexual es síntoma de un problema psiquiátrico. A menudo no es más que el producto de la gran ignorancia, tanto en materia de fisiología sexual como de relaciones humanas.

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja, se presentan en la fase inicial del compromiso sexual activo, ocurren después del primer coito adecuado o, son intermitentes en su expresión. Aunque la selección del compañero y la aceptación del mismo son importantes para la excitación, lo más frecuente es que las disfunciones sexuales se relacionen con los propios conceptos de adecuación sexual que tenga el sujeto o con las actitudes de la pareja. La clasificación realizada por Alvarez-Gayou y cols. (1986); ha mostrado ser comprensible y de mayor utilidad para la valoración fisiopatológica de los casos y diseño de estrategias terapéuticas eficaces. En este sentido se considera la curva clásica de la respuesta sexual propuesta por Masters y Johnson a cuyas cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo, y resolución) se agregan dos: fase de estímulo sexual efectivo y fase refractaria. Para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase, bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas (Alvarez-Gayou et al., 1986; Kolb y Brodie., 1985).

Es evidente que la etiología de las disfunciones tendrá que considerarse multifactorial, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo y que la salud sexual es la integración de los



elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. De este modo, se consideran cuatro tipos principales de causas: biológicas, psicológicas, sociales y educativas, así como de los problemas en las relaciones de la pareja.

Las biológicas se refieren a los factores anatómicos y fisiológicos que puedan alterar la función sexual. En el grupo de las causas psicológicas se incluyen el carácter, personalidad, mecanismos de defensa y ansiedad, en la que las condiciones y situaciones frustrantes o amenazadoras para el individuo provocan un conflicto que puede afectar su respuesta sexual; también incluyen los efectos que sobre la sexualidad puedan tener los padecimientos psiquiátricos. Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas. Pueden ser, entre otras, los mitos y tabúes prevalecientes, y factores referentes a la educación. Por último, las causas por problemas de pareja se refieren a las necesidades, frustraciones, personalidad, conflictos y mecanismos de defensa que interactúan consciente o inconscientemente sobre la relación, así como los conflictos, tensiones y ajustes que deben surgir de una relación de convivencia.

Cuando se produce un decremento de la fase de estímulo sexual efectivo, se tendrá la disfunción denominada: *apatía sexual*, caracterizada por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.



Cuando la disfunción sexual consiste en incremento en uno de los miembros de la pareja, se le denomina: *disritmiasexual*, manifestada por la insatisfacción que provoca a unode los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.

El decremento en la fase de excitación producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir *hipolubricación*, y erecciones incompletas o ausentes, es decir, *impotencia* (Alvarez-Gayou y cols., 1986). La impotencia se define como una incapacidad por parte del hombre para obtener o mantener una erección satisfactoria para el coito sexual. Cuando ocurre en la edad temprana adulta, la impotencia con frecuencia se acompaña de interés por los mecanismos y significados del coito sexual. Cuando la impotencia ocurre en la edad madura, con frecuencia después de un período prolongado de adecuación sexual, ésta puede ser causada por el tedio de una vida sexual estereotipada, o puede reflejar desacuerdo marital que se manifiesta en asuntos que no son estrictamente sexuales (Nathan y Harris, 1983). La impotencia se puede clasificar en primaria y secundaria. La primaria es la que padece el hombre que, desde la primera vez que lo intentó, nunca consiguió alcanzar o mantener una erección suficiente para realizar el acto sexual, mientras que en la secundaria el hombre completa un coito satisfactorio con erección subtotal; aquellos con erección subtotal sin que puedan completar un coito, aquellos que tienen erección adecuada con algunas mujeres pero con otras no; y quienes han presentado impotencia sólo después de un cambio productor de angustia en situaciones de su vida (Kolb y Brodie, 1985).

En la fase de meseta, el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase) más que por la intensidad de la misma. El incremento provoca en el hombre *incompetencia eyaculatoria*, y en la mujer *preorgasmia*. El decremento produce en el hombre la eyaculación antes de la penetración, o en el momento de ésta, es decir, *eyaculación precoz o descontrol eyaculatorio*; mientras que en la mujer no se presenta disfunción alguna.

En la fase de orgasmo, un incremento producirá el fenómeno denominado *multiorgasmia* en ambos sexos y, no es una disfunción. En cambio, el decremento constituye la *anorgasmia*.

El aumento en la fase de resolución no provoca disfunción por ser muy rápida. En cambio, cuando es más lenta puede provocar *dispareunia* en ambos sexos, es decir, la cópula difícil o dolorosa; debido a que persiste la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perineales. Otra situación que puede presentarse es la hipersensibilidad del pene o el clítoris que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

Las dos disfunciones restantes son *dispareunia* y *vaginismo*, que no se consideran disfunciones específicas de alguna fase porque pueden presentarse en una o varias de éstas.

Es importante señalar que la alteración de cualquiera de las fases, necesariamente anula la posterior. En general, se considera que las disfunciones

pueden ser primarias, cuando siempre han existido o, secundarias si aparecen después de un período de funcionamiento adecuado. Así mismo, son selectivas, si se presentan en una persona y en otra no; y situacionales cuando sólo se manifiestan bajo determinadas circunstancias (Alvarez-Gayou, et al., 1986; Kolb y Brodie, 1985; Lehrman, 1985; Tordjman, 1977).

Tanto las enfermedades como las lesiones pueden influir en la actividad sexual, debido a que la respuesta sexual humana depende, fisiológicamente, de que el aparato circulatorio esté intacto, para facilitar la respuesta de vasoconstricción, y de que el sistema nervioso periférico y central pueda facilitar la percepción sensorial y la inervación muscular para soportar las alteraciones vasoconstrictoras. La actividad sexual puede disminuir o aumentar, incluso variar su forma habitual de expresión, dependiendo de la naturaleza o extensión de la lesión o enfermedad (Longo y Williams, 1982).

#### **DESVIACIONES SEXUALES:**

En opinión de muchos psiquiatras, el término desviado sexual se debería limitar al individuo cuyo impulso sexual, a través de defectos en el desarrollo progresivo de la personalidad, ha permanecido inmaduro o se ha desviado en el curso de su maduración. Desde luego que la detención o desviación en el desarrollo no es en la anatomía o fisiología de los órganos sexuales, sino en el aspecto psicosexual, por ejemplo, el aspecto emocional y de disposición de la expresión sexual. La maduración psicosexual puede quedarse rezagada detrás de una

maduración biológica o quedar bloqueada de tal manera que no se establezcan los impulsos heterosexuales maduros (Kolb y Brodie, 1985).

Para Bauer y cols (1985), las desviaciones sexuales no constituyen forzosamente una conducta enfermiza. Solo se convierten en dolencia en cuanto que sean perversión, en tal caso, son expresión de un trastorno de la personalidad.

Las normas culturales de la personalidad no significan que deban dar, cada uno, la medida para unos contactos sexuales felices o desgraciados individualmente, puede darse la situación de que uno sólo halle una posibilidad vital en una postura tal frente a la sexualidad y el tratamiento de ésta que no sea precisamente tolerada para la sociedad. La misión del médico es reconocer y averiguar si una persona padece con una experiencia ligada a una determinada práctica sexual anormal, y existe, por tanto, una "perversión".

Esencial para la perversión es el hecho de que el otro es tomado sólo como objeto de la práctica y para llevar a cabo el acto, pero nunca como persona y pareja; la conducta sexual insólita puede clasificarse en función del objeto elegido y de la actividad realizada.

Gerald (1983) encuentra problemática la definición de desviación sexual por las siguientes razones:

1. - De acuerdo con la definición de los desórdenes de la personalidad, se supone que las desviaciones sexuales son
2. - "hábitos profundamente arraigados", a diferencia de las actitudes que pudieran originarse en la edad adulta y no constituir una característica central del individuo.
3. - Experimentar sentimientos de tipo sexual hacia un miembro del mismo sexo se considera ipso-facto, como anormal.
4. - Se afirma que la actividad sexual "ajena al coito" es anormal. Según esta definición, puede considerarse anormal a una persona que prefiere experimentar orgasmos producidos por una estimulación manual que por el coito.

Algunas otras actividades sexuales son consideradas como desviaciones sexuales. En la siguiente lista se da una breve definición de las mismas:

**Transvestismo.**- Significa literalmente vestir opuesto. En esta desviación se obtiene la satisfacción, o se simboliza la identificación con el sexo opuesto, poniéndose la ropa que a este corresponde. Esta desviación, al igual que el fetichismo, surge ante todo en los hombres. Conviene mencionar dos excepciones. No se habla de transvestismo cuando los homosexuales llevan ropa de mujer para atraer a una pareja masculina ambivalente, en tales circunstancias no se usa el transvestismo en sí, sino que es medio para lograr un fin homosexual tampoco se habla de transvestismo cuando las mujeres normales usan ropa por lo común

considerada masculina, como son los pantalones vaqueros, shorts, etc., por simple comodidad.

**Exhibicionismo.**- El exhibicionismo genital se limita casi exclusivamente a los hombres. Se trata de un fenómeno posterior a la pubertad y por lo común posterior al matrimonio. Lo usual es que el exhibicionista muestre compulsivamente su órgano genital a mujeres jóvenes o maduras en un lugar público, como sería una calle, un parque, un umbral y a veces, un autobús, un tren, o una tienda. Puede repetirse el acto varias veces en un solo día, cada vez con mayor ansiedad, por parte del exhibicionista. A menudo se dice que hace esto para estimular en la mujer una conducta similar, sea para observar si ella tiene un órgano genital masculino o para asegurarse de que el de él está intacto. Tal vez sea la motivación inconveniente básica. El exhibicionista afirma por lo común que no le interesa ver, sino que lo vean. Tal afirmación hace pensar en un narcisismo básico (Cameron, 1982).

**Paidofilia.**- Esta rara desviación sexual, limitada en gran parte a los hombres, consiste en una relación sexual entre adulto y un niño. El niño puede ser del mismo sexo del sexo opuesto. La paidofilia es un problema social que no lo representa ni la homosexualidad ni el fetichismo, ya que esta desviación puede dañar físicamente su objetivo sexual, en su búsqueda de satisfacción. De igual manera es importante el hecho de que la paidofilia puede causar daño psicológico profundo al niño, especialmente en cuanto que el abuso inmoral o violación pedofílicas pueden perturbar de manera seria el desarrollo sexual del niño (Nathan y Harris, 1983).

**Homosexualidad.**- Algunas personas se convierten en homosexuales sólo por necesidad (esto es mientras permanecen en ambientes institucionales); otros son felizmente bisexuales, mientras que algunos más son sólo homosexuales durante toda su vida. Algunas relaciones homosexuales tienen una estabilidad y permanencia que fácilmente pueden competir con las del matrimonio heterosexual, otras duran solamente una noche; comienzan en un "bar para homosexuales", en un baño de vapor o en un baño público, y se consuma la relación en esos mismos lugares o en un cuarto de hotel. Algunos homosexuales asumen siempre la función sexual activa, otros prefieren en forma característica la sexual pasiva, mientras que otros les gusta más la variedad.

**Fetichismo.**- Se define como una excitación y placer sexual a causa de objetos inanimados o de partes no sexuales del cuerpo. El fetichista puede robar o comprar el objeto fetiche, a fin de masturbarse mientras lo usa o se acaricia con él. El fetichista que obtiene placer con una parte del cuerpo acaricia ésta o la fantasea durante la masturbación. También es posible que el fetichista sólo necesite mirar el objeto o tocarlo un poco, para experimentar el orgasmo.

**Sadismo y masoquismo.**- Son los dos opuestos de una misma moneda. El sadismo se refiere al placer sexual, obtenido por el dolor impuesto al propio objeto sexual. El masoquismo es el placer sexual que depende de la experiencia del dolor en uno mismo. Las fantasías sadomasoquistas ocasionalmente excitan a muchos hombres y mujeres normales, y la conducta sadomasoquista es un componente de la relación sexual compartida por algunos matrimonios normales en nuestra cultura.

**Voyerismo.**- Es una desviación sexual que se caracteriza por la incapacidad de obtener satisfacción sexual, excepto mediante la observación de una persona desnuda o de una pareja haciendo el acto sexual. En realidad, hay un voyeur en la mayoría de los hombres y en muchas mujeres. Por ejemplo, muchas personas obtienen placer sexual al ver películas pornográficas, libros "sugestivos", así como el playboy y otras revistas sobre sexo. Es solamente cuando el placer de ver y leer excede al placer de participar, que los profesionales de la salud mental llegan a preocuparse del voyeurismo de una persona. El voyeurismo clínico es extremadamente raro hoy día, quizás debido a que los medios legales de satisfacer el deseo han proliferado.

**Zoofilia.**- Es el método preferido para obtener excitación es a través del uso de algún animal. La acción, tal vez, sea de coito o, el animal puede ser entrenado para que lama o friccionen los órganos sexuales del zoofílico. Con mayor frecuencia el animal es uno con el cual la persona ha vivido, por ejemplo: una mascota.

**Transexualismo.**- La persona vive una identificación sexual cruzada con su sexo anatómico normal. Su convicción y sentimiento íntimo es el de pertenecer a un sexo, femenino o masculino y, estar atrapado en un cuerpo que pertenece al opuesto. El hombre transexual se siente y considera una mujer, atrapada en un cuerpo con pene y testículos que no le pertenecen. Su necesidad y deseo de cambiar es poderoso e irreversible.



**Parcialismo.**- Es un fenómeno más común, pero que puede llegar a estrechar las posibilidades de reacción sexual de una manera casi fetichista. En el parcialismo, el objeto que atrae todo el poder erotizante es una parte o rasgo físico de la persona deseada. Puede estar ligada a zonas comúnmente eróticas, como la forma de las nalgas, el tamaño o forma de los senos o, también, a zonas menos erotizadas como pecas en la cara, los pies, etc.

**Violación.**- Es la relación sexual forzada y contra la voluntad de una de las partes. La violación, para el violador crónico, es un acto de hostilidad y desprecio para la mujer, ya que el sexo es para él algo degradante que se "hace a" una mujer. Groth (1977), considera que el sexo es un factor secundario en la motivación del violador y que las notas esenciales son: ira, venganza contra la mujer o, necesidad de poder y control sobre la mujer. Ambos factores son motivadores, pero predomina uno de ellos en cada caso.

**Incesto.**- Se considera como incestuosa la relación sexual con personas no aptas para contraer matrimonio, según las normas legales, culturales y religiosas. La dinámica del incesto, probablemente varía mucho en las diversas clases sociales y en las diferentes culturas.

**Satiriasis y Ninfomanía.**- Con estos términos se denomina a hombres y mujeres, respectivamente, de un apetito sexual, aparentemente insaciable. En realidad su interés se satisface más bien con la seducción o conquista que con innumerables orgasmos. Con frecuencia hay un componente de revancha y

degradación para con la segunda persona. Algunos son verdaderos atletas sexuales, pero no forman relaciones afectivas permanentes con ninguna pareja.

**Gerontofilia.**- Afición a satisfacerse sexualmente con ancianos. El matrimonio entre un joven y un anciano, no siempre es interesado, puede deberse a gerontofilia. Se da también en los homosexuales. Puede obedecer a una necesidad de dependencia o, de sentirse superior, como reacción a la inseguridad ante adultos iguales (Giraldo, 1985).

Una comparación simplificada de las desviaciones sexuales, por un lado, y los trastornos sexuales por otro, muestra que las primeras se caracterizan por una excitabilidad sexual aumentada (y una capacidad funcional), con fijación sobre un estímulo desencadenante preciso y específico; en cambio, los últimos cursan con una excitabilidad disminuida (por inhibición), reprimida por emociones negativas tales como el miedo, la vergüenza, la culpa, el asco y la cólera. Tanto en la evolución de las desviaciones como de las alteraciones funcionales de la sexualidad, la satisfacción sexual disminuye. Frente a esta tendencia, los desviados reaccionan con un incremento en la frecuencia de sus actos sexuales; por el contrario, las personas con disfunciones sexuales acceden a una progresiva conducta de evitación sexual. Mientras las desviaciones (sobre todo en el caso de los desarrollos perversos de avidez sexual) quedan emparentadas con las adicciones y toxicomanías, las disfunciones sexuales se muestran como alteraciones funcionales psicósomáticas: al igual que las funciones respiratorias, digestiva y cardiovascular, las reacciones

sexuales, también condicionadas vegetativamente, con facilidad son alterables por afectos negativos o por conflictos y represiones.

Síntoma común de desviaciones y disfunciones sexuales es la limitación, el reducido margen de activación de la conducta y vivencias sexuales. Este detalle caracteriza incluso, la llamada "sexualidad normal", a remolque de la restrictividad y el tabú que, todavía en nuestra cultura, impiden un desarrollo auténticamente libre de la sexualidad: tanto las desviaciones sexuales como las alteraciones funcionales de la sexualidad, son sólo la exacerbación y fijación de formas de vivencias y comportamiento que se encuentran también en la sexualidad totalmente "normal", sobre todo si se consideran también las fantasías sexuales. Cualquier sexualidad puede hallarse limitada ya sea por fijación sobre determinados estímulos desencadenantes y/o, por inhibiciones emocionales o derivadas de conflictos irresueltos.

Por otra parte, un comportamiento sexual alterado o frustrantemente limitado, puede ser desencadenado o mantenido por desconocimiento, falta de información, actitudes u opiniones erróneas con respecto a las reacciones sexuales, mitos sexuales y expectativas irreales, técnica deficiente, mala comunicación con la pareja, sexualidad bajo circunstancias desfavorables, miedos manifiestos frente a posible maternidad o, ambivalencia con respecto a la técnica anticonceptiva empleada.

Por último, en los pacientes sexualmente perturbados, las reacciones e interacciones sexuales se hallan afectadas por los siguientes factores patológicos

típicos: temor al fracaso sexual, temor al rechazo por parte de la pareja, tendencia a controlarse conscientemente durante el acto sexual, excesiva necesidad de satisfacer a la pareja y, afán de producir un rendimiento sexual (Bauer et al., 1985) .

**O** besidad

## 2. OBESIDAD

La gente, preocupada con el problema de encontrar suficiente alimento para mantenerse viva, no se preocupa mucho acerca de la proporción relativa de los diferentes componentes de su dieta, ni de las consecuencias que estos pueden tener en su salud. Comen lo que pueden, lo cual muchas veces está determinado por el lugar donde viven, el clima, las variaciones estacionales y la geografía, entre otras cosas (Mckeown, 1986).

Sin embargo, en las dos últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un importante foco de interés; el cual ha surgido como una evidente necesidad de prevenir y dar respuesta terapéutica a una problemática que afecta a un importante sector de la población; sobre todo, si la obesidad está reconocida como uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población general (Vallejo, 1991).

En términos generales, la alimentación debe cubrir los requisitos que resúmen las leyes de la alimentación, a saber: 1) *Ley de la cantidad*, en ésta la alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener su equilibrio; 2) *Ley de la calidad*, el régimen alimentario debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran; 3) *Ley de la armonía*, las cantidades de los diversos principios que integran la alimentación deben guardar una relación

de proporciones entre sí; y, 4) *Ley de la adecuación*, la finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo (Ramos, 1985):

No es posible hablar de un tipo básico de personalidad como característico de toda la población obesa. Sin embargo a pesar de la ausencia de perfiles psicológicos y de la conducta, relacionados con el desarrollo de la obesidad, existe un subgrupo de sujetos obesos que manifiestan patrones de sobre-alimentación que tienen una base emocional. Al parecer las tensiones de la vida precipitan esta conducta, que tiende a persistir hasta que se alivian dichas tensiones (Goldman, 1989). Además, es necesario diferenciar entre los factores psicológicos relacionados con el desarrollo de la obesidad y aquellos otros originados por la obesidad. Como ya se mencionó, en cada fase los factores fisiológicos y psicológicos interactúan y se influyen unos a otros (Rodin, 1983).

## **DEFINICION**

La obesidad es, de entre todas las patologías, la más fácil de describir y reconocer. Es una enfermedad en la que el problema alimenticio se presenta con mucha urgencia; es el tipo franco de la inadaptación al régimen alimenticio, un exceso de lo recibido, sobre los gastos de calorías; por tanto, todo exceso de alimento en cualquier forma se convierte en grasa y como tal se fija en el organismo.

Según Bourges (1986), la obesidad es un exceso de tejido adiposo, indeseable por cuanto se asocia con numerosos padecimientos y con mayor mortalidad,

producto de un balance energético mayor que el óptimo, que a su vez puede provenir de muchas causas.

Las penalidades son tan duras, la gratificación tan limitada y el remedio tan simple, que la obesidad debería ser la aberración más sencilla de corregir. Con todo, es de las más recalcitrantes. (Rodin, 1983) .

Desde el punto de vista más sencillo, la obesidad puede definirse como un exceso de grasa corporal (tejido adiposo). (Rodin, 1983; Salans, 1983; Solá, 1987). La definición variará hasta cierto punto según los módulos culturales, dependiendo además de la raza, del fondo genético que determina el hábito corporal, y también de las estadísticas usadas para determinar el grado de exceso de peso (Watson y Lowrey, 1980).

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre consumo, gasto y almacenamiento de energía. El término obesidad incluye gran variedad de padecimientos que no es posible separar y que hasta ahora involucran múltiples factores (Mc Laren, 1983).

El individuo puede hacerse obeso en varias formas, pero es evidente que el factor más importante es la ingestión diaria de una cantidad excesiva de alimentos ricos en calorías. El trastorno aparece mucho más frecuentemente después de la edad media de la vida, debido a que el individuo disminuye su actividad, conservando la misma alimentación del joven o comiendo mucho más que él.



Hay varios tipos de obesidad: **la obesidad simple**, que es la más frecuente que se produce por el hábito de comer mucho o porque la dieta tiene exceso de hidratos de carbono y grasas; **la obesidad constitucional**, que estaría condicionada por trastornos metabólicos genéricos; y **la obesidad endócrina**, en donde el papel principal lo juega la glándula pituitaria; también pueden intervenir la tiroides, la suprarrenal y las gónadas (SnMartín, 1984).

El estudio de la obesidad ha proporcionado información sobre los factores involucrados en la aparición y persistencia de ésta. El trastorno puede ser resultado de factores genéticos, lesión hipotalámica, desequilibrio endócrino o metabólico, modificaciones nutricionales, inactividad física y perturbación emocional. De hecho, se ha demostrado que cada uno de estos factores puede causar aparición de obesidad en el hombre. Desafortunadamente, en la enorme mayoría de los pacientes obesos ninguno de éstos u otros factores pueden considerarse como la causa fundamental; quizá en 5% o menos de los casos se descubre una de estas causas específicas.

En el nivel más sencillo, la obesidad representa un trastorno del equilibrio de energía: la energía que ingresa al organismo bajo la forma de calorías de nutrimentos, excede a la que el cuerpo gasta para mantener las funciones vitales en estado de reposo (metabolismo basal), y para efectuar trabajo físico en el ambiente externo (actividad física). Cuando el ingreso de energía (calórico) es excesivo en relación con el gasto calórico, las calorías excedentes se acumulan en el principal órgano almacenador de energía del cuerpo, el tejido adiposo, y como consecuencia aumentan las reservas de grasa y el peso corporal. La disminución del gasto de

energía puede hacer persistir, y a veces producir, el estado de obesidad. En cualquier caso, en la gran mayoría de los obesos se desconocen los factores básicos causantes del trastorno de la regulación del ingreso y el gasto de energía que conducen a un desequilibrio positivo de la misma y a la acumulación excesiva de calorías en forma de grasa en el tejido adiposo.

Se ignora si la frecuencia de las comidas tiene que ver con el incremento de la lipogénesis y el almacenamiento de calorías. Con todo, el aumento de síntesis y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, el incremento de peso y la obesidad resultantes, depende principalmente de la ingestión excesiva de calorías, a su vez, el exceso calórico depende del número total, no del tipo de calorías consumidas (es decir, carbohidratos, grasas, proteínas), en relación con las gastadas (Faloon, 1987).

El hecho concreto es que la persona obesa recibe más de lo que su cuerpo necesita en alimentos y calorías. La opinión general es que la herencia tiene poca o ninguna intervención en el problema y que la tendencia familiar se debe a los hábitos de alimentación de grupo (SnMartín, 1984).

#### **DESARROLLO DE LA OBESIDAD**

La obesidad durante el desarrollo tiene su comienzo en la infancia; y Bruch (1961), afirma que en este síndrome las alteraciones provienen de problemas en el aprendizaje temprano. Experiencias tempranas incorrectas y confusas pueden interferir con la capacidad de la persona para reconocer el hambre y la saciedad, y estas experiencias hacen difícil diferenciar el hambre de otras señales de malestar

que no están relacionadas con la falta de comida o de la tensión emocional suscitada por una diversidad de conflictos y problemas. Tales personas tienen dificultad en identificar no sólo el hambre, sino, también otras sensaciones corporales.

La obesidad puede ser favorecida, ya en la transición entre la lactancia y la primera infancia, por hábitos alimenticios erróneos (alimentos muy ricos en carbohidratos), así como por el comportamiento de madres demasiado timoratas o con una hostilidad latente frente a su hijo, que a menudo malinterpretan como hambre la exteriorización de las ansiedades de la criatura y las suyas propias (Bauer et al., 1985).

Knittle (1975), ha demostrado que el desarrollo crítico del tejido adiposo suceden en alguna parte entre el nacimiento y la edad de dos años en los niños obesos y que esta época tiene importantes consecuencias para el futuro desarrollo del depósito de grasa adulto. A la edad de dos años, los niños obesos tienen más y mayores células de grasa que los niños normales. A partir de esta edad hay una rápida proliferación de células sin que se hagan más grandes, que continúa hasta aproximadamente, la edad de 12 a 16 años en la gente obesa. Los sujetos normales no tienen incrementos significativos en el total de grasa, hasta la edad de los 10 años, el período adolescente. Después de los dos años de edad, la pérdida de peso en los niños obesos, no altera el número de células adiposas. La disminución de la grasa corporal se acompaña, tan sólo, de una reducción del tamaño de la célula adiposa, sin que se den cambios significativos en el número celular. Así, incluso en los niños,

una vez que se obtiene un número dado de células adiposas, no puede disminuirse mediante un régimen dietético (Rodin, 1983).

Aunque es escasa la información referente a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la lactancia, la niñez y la adolescencia. Varios estudios han indicado que los lactantes obesos serán probablemente niños y adultos obesos. Aún cuando parece que lactantes y niños con obesidad intensa tienen mal pronóstico y probablemente sean adultos gordos, está todavía por aclararse el grado en que este antecedente es importante para la obesidad del adulto (Salans, 1983).

## **TEORIAS SOBRE LA OBESIDAD**

### ***Factores Genéticos:***

La grasa puede ser almacenada en el cuerpo por alguno de los siguientes modos: el tamaño de las células del tejido adiposo preexistente puede incrementarse; el número de los adipositos puede aumentarse, o ambos pueden suceder a la vez. La obesidad seguramente, tiene alguna contribución genética. Aunque no se hereda, el armazón corporal parece estar ligado genéticamente; pero puede que exista una predisposición genética a formar tejido adiposo o, a ser más alertado por los estímulos externos (Rodin, 1983).

El tejido adiposo, al igual que cualquier otro tejido, crece mediante el aumento en el número y/o tamaño de las células. En etapa fetal y poco antes del parto, el crecimiento del tejido adiposo se lleva a cabo mediante ambos procesos, pero en

etapas siguientes depende únicamente del aumento en el tamaño de los adipocitos. En este sentido, las células grasas son células intermedias entre las neuronas, que no se reproducen ni regeneran después de las primeras etapas del nacimiento (Mc Laren. 1983).

Las células grasas de los adultos con obesidad de iniciación juvenil pueden ser aproximadamente del mismo tamaño que las de las personas de peso normal, pero tiende a haber en ellos hasta cinco veces más. Las personas que tienen obesidad de iniciación en la edad adulta pueden tener un número normal de células grasas de tamaño mayor que el normal. Como una vez formadas las células grasas no desaparecen, de su número puede depender el límite inferior del peso de las personas que, por dieta, han tratado de reducir el tamaño de sus células a lo normal; es decir, la reducción de peso se acompaña de una alteración en el tamaño de la célula adiposa sin ningún efecto apreciable en el número de las células (Goldman, 1989).

En diversos estudios (Mc Laren 1983), se ha demostrado, que la constitución corporal (somatotipo) se hereda, y que de los tres somatotipos principales, el ectomórfico (alto y delgado), el mesomórfico (altura promedio y musculoso) y el endomórfico (bajo y gordo), este último es el que manifiesta mayor tendencia a la obesidad.

Sin embargo, ha sido difícil establecer la participación genética definida en esta relación, debido a la incapacidad para distinguir los efectos de factores hereditarios, de los ambientales. Aunque se ha informado que mientras la

descendencia de una pareja de peso normal tiene sólo 10% de probabilidades de padecer obesidad, y que la cifra aumenta 50 y 80%, respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos; la interpretación que se ha dado a estas observaciones ha sido que los modelos de comportamiento de los padres y los semejantes, son quizá tan importantes como los factores hereditarios, o incluso más (Faloon, 1987).

### ***Factores del Sistema Nervioso Central:***

Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer, se localizan en el Sistema Nervioso Central; se sabe que dicho sistema desempeña un papel clave en la regulación del metabolismo energético mediante su influjo sobre secreción y efecto de hormonas.

El hipotálamo es el más ampliamente estudiado y mejor conocido de los componentes del Sistema Nervioso Central que regulan la ingestión de alimentos. Desde hace mucho tiempo, se sabe que el daño hipotalámico puede acompañarse de obesidad (Faloon, 1987).

Al parecer, son dos áreas hipotalámicas las que intervienen en la ingestión de alimentos: una región próxima al hipotálamo ventromedial (HVM) influye en la saciedad, al señalar que se ha comido lo suficiente. La destrucción de esta región conduce a una obesidad desmedida (Anand, 1961; Brobeck, 1946; Brooks, Lockwood y Wiggins, 1946; Hetherington y Ranson, 1940; cit. Rodin, 1983). Una región lateral anatómicamente menos precisada - el hipotálamo lateral (HL) - es

responsable de integrar la conducta de demanda de alimento. Su destrucción, conduce a una pérdida de apetito. Sin embargo, más que haber dos centros anatómicos distintos que regulen la alimentación, la reciente evidencia neuroquímica ha sugerido que las vías monoaminérgicas que circulan a través de éstas regiones y de otras extrahipotálamicas, también cumplen un papel crucial en la ingestión de comida.

¿Cuál es la naturaleza de la información relevante para la alimentación usada por las regiones cerebrales para iniciar y terminar de comer?; en primer lugar, los componentes de la dieta ingerida pueden influir en la alimentación mediante el cambio de los valores en los que ciertos neurotransmisores son sintetizados. Los dos neurotransmisores que, por ahora, parecen ser más dependientes de la comida, son la acetilcolina y la serotonina. Por ejemplo: el consumo de una simple comida que contenga carbohidratos, pero a la que le falten proteínas acelera, marcadamente, la síntesis de serotonina (Fernstrom y Wurtman 1974). Estos cambios en los neurotransmisores provocados por la dieta podrían proporcionar vías por las cuales el cerebro podría asociar las estrategias de alimentación con el estado nutritivo.

En segundo lugar, se ha demostrado, a través de los estudios electrofisiológicos de Rolls, Burton y Mora (1975), que estímulos sensoriales tales como el gusto y el aspecto de la comida, disparan las neuronas hipotálamicas. Las regiones del cerebro que regulan el comer, pueden ser directamente respondientes ante estímulos sensoriales relevantes para la comida.

En tercer lugar, el cerebro es sensible a la estimulación química. Anand, Sharma y Dua (1964), y Oomura (1975; cit. Rodin, 1983), han informado de la existencia de neuronas glucosensibles en el HVM y el HL. Sin embargo, el papel funcional de estas neuronas glucosensibles en la conducta alimenticia no ha sido bien definida. En una situación comparable, está el papel que pueda jugar la temperatura corporal (Brobeck, 1947). Aunque hay "termorreceptores" en el hipotálamo, no está claro si los cambios en la temperatura cerebral, antes y durante la comida, están correlacionados con la ingestión de comida.

En cuarto lugar, según Kenedy (1953), el cerebro puede recibir información sobre las reservas de tejido adiposo directamente por medio de feedback neuronal o químico de los depósitos de grasa o, indirectamente a través de la influencia de las reservas de grasa sobre los fenómenos metabólicos.

En quinto lugar, se encuentra la teoría que intenta explicar la periodicidad del ciclo hambre-saciedad, atribuyéndola al contenido gástrico (Cannon y Washburn, 1912), y a la proporción de glucosa en sangre (Mayer, 1955). Por otro lado, una propuesta no menos importante es la que plantea que la serotonina puede estar implicada en el control de la ingesta de alimento y en la expresión del apetito. Las investigaciones que plantean esto, destacan que las manipulaciones experimentales del metabolismo serotoninérgico, producen efectos marcados sobre el consumo y otros aspectos de la conducta de alimentación (Mancilla y Pérez, 1992).



Algunos autores como Leibowitz y Shor-Posner (1986), sugieren que la noradrenalina monitorea a los carbohidratos y proteínas en el hipotálamo medio, y que posiblemente las catecolaminas en el hipotálamo lateral puedan estar involucradas en la regulación y respuesta de energía y niveles de carbohidratos.

Por último, Wurtman y Wurtman (1977, 1979), a raíz de algunos experimentos, han planteado que las neuronas serotoninérgicas del cerebro pueden discriminar entre diferentes efectos metabólicos de la dieta. Así, cuando se ingiere una comida rica en carbohidratos, los niveles del aminoácido esencial, triptófano, y del neurotransmisor cerebral, serotonina, aumentan (Fernstrom y Wurtman, 1973). Al parecer, a consecuencia de estos aumentos, el animal deja de comer carbohidratos. Por lo tanto, suponen que la ingesta voluntaria de carbohidratos está regulada por un mecanismo neuroquímico de naturaleza serotoninérgica.

Estas respuestas de compensación sugieren la existencia de mecanismos fisiológicos reguladores de la ingestión de nutrimentos para mantener un estado de homeostasis.

Como la función principal del mecanismo que controla la ingestión de alimento consiste en regular las reservas de energía del organismo, y dado que el principal órgano almacenador de energía es el tejido adiposo, no debe sorprender que este último haya sido considerado como parte importante del mecanismo de control a largo plazo para conservar el equilibrio de energía. De hecho, se ha

pensado que el sistema regulador central modula el tejido adiposo, pero que a su vez es regulado por éste (Faloon, 1987).

### ***Factores Endócrinos:***

Una explicación posible de algunas formas de obesidad se encuentra en cierto desequilibrio hormonal primario que, al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos, da por resultado el equilibrio energético positivo con el consiguiente almacenamiento excesivo de calorías en el tejido adiposo.

La secreción de hormona del crecimiento en respuesta a glucosa y arginina está notablemente disminuida en los pacientes obesos, comparados con sujetos no obesos; pero la reducción de peso se acompaña de la normalización de secreción y de contracción plasmática de la hormona, lo cual indica que esta anomalía es consecuencia más que causa de la obesidad (Faloon, 1987).

Ninguna glándula endócrina se ha relacionado tanto con la obesidad como la tiroides. Es rara la persona gorda a la que no se le haya administrado extracto tiroideo alguna vez en su vida. Sin embargo, repetidos estudios han demostrado anormalidades de la secreción de tiroxina o algún órgano afectado universalmente en la gente gorda; siendo más importantes las secreciones endócrinas pancreáticas. Así mismo, numerosos informes dan fe de los altos niveles de insulina en el plasma de los obesos, demostrando que estos están asociados con una alta ingesta.

Aunque numerosas alteraciones endócrinas y metabólicas se han apreciado en las personas obesas, no estaba claro si cualquiera de las desviaciones pudieran ser anormalidades primarias que promoviesen o perturbasen el estado obeso, o si eran cambios secundarios que sucedían asociados con factores tales como el aumento de tamaño de los adipocitos, la ingesta incrementada de calorías, la composición de la dieta, el nivel de actividad física u otros factores comunmente asociados con el estado obeso (Rodin, 1983).

### ***Factores Metabólicos:***

Es plausible proponer que la obesidad pudiera reflejar una incapacidad para quemar la grasa. La incapacidad podría ser resultado bien de un fallo en la transferencia o movilización de la grasa de sus depósitos o, bien de un fallo en el órgano destinado a quemar grasa para producir energía. Numerosas investigaciones (Newburg, 1944), han demostrado que cuando las personas obesas están muy hambrientas, su nivel de ácidos grasos libres en el plasma no aparece tan súbitamente como ocurre con los individuos delgados. Estas observaciones parecen indicar que la gente obesa tiene una capacidad disminuida para movilizar sus depósitos de grasa.

Una anormalidad metabólica básica podría servir para incrementar el almacenamiento calórico del tejido adiposo y producir obesidad por varios caminos: 1) desviación preferente de la energía de los nutrimentos hacia vías productoras de lípidos y aumento consiguiente de síntesis y almacenamiento de triglicéridos; 2) aumento de la eficiencia para extraer energía de los nutrimentos y almacenar las

calorías adicionales en forma de triglicéridos en el tejido adiposo; 3) mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico y físico, lo cual da por resultado una situación en que se requieren menos calorías y la energía extra se convierte en triglicéridos y se almacena en el tejido graso y, 4) inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

No hay duda de que existen diferencias metabólicas entre las personas obesas y las que no lo son, pero se desconoce su importancia etiológica. Sin embargo, todas las diferencias identificadas representan adaptaciones metabólicas secundarias a la obesidad más que causas fundamentales de ésta (Faloon, 1987).

### ***Factores Nutricionales:***

Probablemente la gran mayoría de las personas se vuelven obesas porque comen de más; sin duda, una vez que la obesidad aparece, otros factores como inactividad física y adaptaciones metabólicas y hormonales pueden contribuir a que persista y se agrave; pero sólo en raras ocasiones dichos factores son la causa fundamental del problema. La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero por lo que respecta a la obesidad, su presentación al principio de la misma puede tener particular importancia.

La nutrición del lactante puede desempeñar un papel aún más importante en la aparición ulterior de obesidad. Se ha propuesto que en el ser humano existe una relación causal entre experiencias nutricionales tempranas y obesidad del adulto (Faloon, 1987).

Como las madres pueden medir la cantidad de fórmula para alimentar a un niño, tienden a obligarlo a terminar hasta la última gota del biberón; además la introducción temprana de alimentos sólidos, que añade una gran cantidad de calorías a la dieta del niño tiene un efecto similar al de las fórmulas alimenticias.

Mientras que la obesidad se observa con menor frecuencia en los niños con lactancia materna, es importante darse cuenta que la etiología es multifactorial, y que incluso los niños alimentados con leche materna necesitan observarse para detectar la aparición de obesidad temprana. Si el niño amamantado sube de peso en forma rápida, los padres deben recordar que el llanto no es sinónimo de hambre, y que pueden utilizarse otras técnicas de consolución que no sea el amamantamiento (Lacerva, 1983).

Se ha postulado que la prevención de la obesidad requiere modificar drásticamente los hábitos alimenticios durante las etapas más tempranas de la vida. Pero antes de poner en práctica modificaciones considerables en la alimentación infantil, sería deseable contar con mayor información, procedente de investigaciones cuidadosamente planeadas y con sujetos testigos, a fin de determinar si el ambiente nutricional temprano puede contribuir en la aparición de la obesidad, y en que grado lo hace. Evidentemente, las experiencias nutricionales tempranas no ofrecen la explicación total de la obesidad en la etapa adulta; muchos individuos empiezan a comer de más y se vuelven obesos sólo al llegar a adultos. Se ignora si la frecuencia de las comidas tiene que ver con el incremento de la lipogénesis y el

almacenamiento de calorías. Con todo, el aumento de síntesis y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, el incremento de peso y la obesidad resultantes, depende principalmente de la ingestión excesiva de calorías, a su vez, el exceso calórico depende del número total, no del tipo, de calorías consumidas (es decir, carbohidratos, grasas, proteínas) en relación con las gastadas (Faloon, 1987).

La ingesta de alimento está influida directamente por una diversidad de cambios cualitativos y cuantitativos en la composición de la dieta. Entre éstos hay cambios en la densidad calórica de la dieta, cambios en la presión osmótica ejercida por los componentes de la dieta, y cambios en las proporciones de los nutrimentos principales de la dieta. Los déficits de los alimentos esenciales, los excesos de algunos nutrientes y la presencia de sustancias tóxicas o desagradables en la dieta, también influyen en la ingesta de comida (Rodin, 1983).

### ***Factores psicológicos:***

Está claro que al comportamiento alimentario de las personas, lo afecta una amplia variedad de factores que no son fisiológicos ni nutricionales. Una de las explicaciones más antiguas y populares de la obesidad es que ciertos factores psicológicos causan sobrealimentación y obesidad. Tales factores psicológicos pueden ser de origen emocional, perceptivo o social (Faloon, 1987).

La opinión de que la obesidad se relaciona con factores psicológicos y sociales no es, de aparición reciente. La postura actual de aquellos que sostienen la

importancia de los factores emocionales en la etiología de la obesidad ha sido recogida últimamente por Kiell (1973):

"La obesidad puede ser definida; hay una convicción general de que la persistencia de comer en exceso tiene su base en problemas emocionales no resueltos, y que el comer en exceso sirve como una sustitución de otras satisfacciones...Una mirada más penetrante percibe a la persona adiposa como la víctima de fuerzas sociales y fuerzas inconscientes que le obligan a persistir en un patrón de conducta repetitivo, autodestructivo".

Se han hecho varios intentos para categorizar los tipos específicos de alteraciones emocionales relacionadas con el comer en exceso y con la obesidad. Hamburger (1951), sugirió que hay gente que come en exceso como respuesta a tensiones emocionales que son esencialmente inespecíficas -cuando están solos, ansiosos o deprimidos-. Otro grupo, come en exceso durante estados crónicos de tensión y frustración, usando la comida como una gratificación sustitutiva. Estas personas viven en condiciones desagradables o intolerables que persisten durante un largo período de tiempo. Para un tercer grupo, el comer en exceso es síntoma de una enfermedad emocional subyacente, en su mayoría depresiones. Para un cuarto grupo, el comer en exceso adquiere las proporciones de una adicción y se caracteriza por una demanda compulsiva e intensa de comida, que no parece relacionada con sucesos externos o con trastornos emocionales.

Las perturbaciones emocionales a menudo precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad. En individuos obesos se han observado casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidas ansiedad, culpa, frustración, aburrimiento, depresión y sentimientos de rechazo y vulnerabilidad, para mencionar sólo algunos. Sin embargo, no se ha atribuido a la obesidad ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico característico, y sólo en raras ocasiones se ha comprobado que un factor específico es la causa. Pese a todo, los factores emocionales pueden contribuir a la aparición y sostenimiento de la obesidad (Faloon, 1987).

Los factores psicológicos de la obesidad han sido muy bien analizados por Bruch, Gordon y Mayer (cit. Watson y Lowrey, 1980). Muchos de estos muchachos y muchachas tienen sentimientos de inferioridad o bien están sobreprotegidos por sus padres. Algunos han manifestado otros problemas de personalidad, tales como dificultades sociales y escolares. Comen en exceso porque les da una sensación de placer y satisfacción difícil de obtener de otra manera. Con frecuencia se encuentra que las madres de estos niños los han rechazado; pero consideran un deber cumplido el haberlos alimentado bien. Esta manera de substituir el amor maternal con alimentos puede iniciarse en la infancia, o bien comenzar de los 3 a los 4 años de edad, en respuesta a los frecuentes "problemas alimenticios" de esas fechas.

En estas condiciones, se supone que el comer adquiere un valor simbólico antes que satisfacer las necesidades de nutrición. Aún así, debe señalarse que los individuos de peso normal pueden padecer los mismos desarreglos psicológicos y a menudo usan la comida para satisfacer necesidades distintas de las nutricionales, y



pese a ello no se vuelven obesos. Esto hace pensar que las influencias psicológicas pueden ser factores coadyuvantes más que primarios en la aparición de la obesidad.

También se ha involucrado a factores perceptivos en el desarrollo y génesis de la obesidad. Los sujetos obesos pueden tener mayor capacidad de respuesta y reacción a estímulos o indicios del ambiente externo relacionados con la comida (aspecto, forma, y olor de los alimentos, ambiente social, hora del día, etc.), que los no obesos, y menor capacidad de percibir o responder a los mecanismos fisiológicos internos normales que regulan la ingestión (Faloon, 1987).

Las señales alimentarias ambientales también controlan la ingesta de alimento. Todo el mundo responde a la señal de una comida bien preparada, los aromas fragantes y los deliciosos sabores; pero mientras todos ocasionalmente comemos en exceso ante la presencia de estímulos externos culinarios tentadores, parece que muchos obesos responden de un modo más alto y algunas veces de manera incontrolada a los estímulos externos. Esto ha conducido a pensar que los obesos ignoran las señales internas regulatorias en mayor medida que las personas de peso normal. Debido a que la gente obesa responde con mayor frecuencia a los estímulos externos, su comida puede ser iniciada de un modo primario en respuesta a factores externos a sus propios cuerpos. De hecho, puede que esto no tenga importancia, siempre y cuando estén fisiológicamente hambrientos (Rodin, 1983).

Al parecer, las condiciones en las que se ingieren alimentos tiene mucho que ver con el comportamiento alimentario de obesos, pero no así con la actitud de

individuos normales. Cuando la comida es poco apetitosa y el ambiente no es sugestivo, el obeso come muy poco, mientras que el comportamiento de sujetos normales está directamente relacionado con su estado físico y con el hecho de estar o no hambriento, al que poco afectan las condiciones externas (Mc Laren, 1983).

Se argumenta que esta respuesta exagerada a estímulos externos fisiológicos, la llamada "externalidad" de estos individuos les produce obesidad. Sin embargo, se ha puesto en duda el concepto de que el comportamiento alimentario regido por estímulos externos es un determinante primario de obesidad.

No debe sorprender que las personas obesas sufran frecuentemente trastornos psicológicos; puede ser enorme la carga emocional que representa el ser obeso en una sociedad que ve con buenos ojos a las personas delgadas pero, estigmatiza y discrimina a las gordas (Faloon, 1987).

Bruch (1980), estima que la obesidad de la edad madura se desarrolla como una respuesta al estrés psicológico; mientras que Crisp (1970) y Mayer (1968), piensan que la obesidad proviene del comer como una respuesta de compensación de la frustración y la tensión. Las evaluaciones psicológicas, a menudo indican que los obesos obtienen puntajes más altos en las medidas de ansiedad y emociabilidad que la gente de peso normal. Burdon y Paul (1951) reiteraron que la gente obesa no es, necesariamente, ni ansiosa ni deprimida, por cuanto el comer tiende a aliviar los sentimientos de ansiedad o depresión antes de que puedan llegar a desorganizarse.

Por consiguiente, el comer es apreciado como una conducta defensiva que ayuda a protegerse de estados potencialmente depresivos.

Los efectos psicológicos de la obesidad son tan incapacitantes como los de cualquier efecto fisiológico, ya que a menudo son la causa principal de la infelicidad de una persona obesa. Los efectos oscilan desde sentimientos de inferioridad a serias incapacidades que devienen cuando la obesidad actúa como una barrera para la actividad social y sexual normales. (Rodin, 1983).

### ***Actividad Física:***

La inactividad física puede desempeñar un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. El desgaste de energía consume calorías, bien de la comida ingerida o bien de los depósitos corporales. En las sociedades modernas opulentas, los mecanismos para ahorrar fuerzas reducen el gasto de energía y puede que aumenten la tendencia a la acumulación calórica. Aunque las personas obesas sean, aparentemente, menos activas que la gente normal, no conocemos el grado en el que la inactividad tiene importancia en la etiología de la obesidad humana (Rodin, 1983).

No obstante, el que se haya demostrado una relación entre actividad física disminuida y obesidad no prueba que la inactividad sea la causa de ésta. Es posible que más que factor causal primario, la inactividad física sea consecuencia de la obesidad. De hecho, ésta limita la actividad física espontánea. El volverse obeso requiere ingerir calorías en exceso, es decir, comer de más; pero una vez que la

obesidad se establece y ocurre adaptación a la actividad física disminuida, la inactividad puede contribuir a prolongar y agravar el padecimiento (Faloon, 1987).

### **PREVALENCIA:**

A medida que la vida del hombre se ha prolongado, la obesidad se ha convertido en un problema más urgente. Los riesgos de la obesidad son muchos: una persona de 45 años con 20% de sobrepeso, aumenta su posibilidad de morir en 30%; la misma persona, con 40% de sobrepeso, aumenta su riesgo a 80%.

Se sabe que el índice de mortalidad es mayor en las personas, sobre todo varones, que alcanzan un grado muy elevado de obesidad. En un informe se señaló que la mortalidad se multiplicaba por doce en los sujetos de 25 a 34 años con un promedio de peso de 143,4 Kg; mientras que, en el grupo de edad de 35 a 44 años la mortalidad es seis veces mayor (Faloon, 1987; SnMartín, 1984; Turner, 1971).

Los datos aportados por investigaciones epidemiológicas indican que la prevalencia de la obesidad humana tiende a ser mayor en mujeres que en varones; sobre todo, si se toma en cuenta que las primeras tienen el doble de grasa que los varones ( Leiva, y Webb 1988; Mc Laren, 1983; Salans, 1983). En la medida en que se encargan de la comida familiar y de la alimentación de los niños, se ven constantemente estimuladas a sobrealimentarse. Muchas mujeres atribuyen el principio de su obesidad a sus embarazos. Aquellas mujeres que eran obesas antes de embarazarse, ganan aún más peso durante este período (Mc. Laren, 1983).

La frecuencia de la obesidad llega a su máximo en la quinta década de la vida en los hombres y a la sexta en mujeres siendo más común en las mujeres (Goldman, 1989).

Además, no prevalece igualmente entre todos los sectores de la sociedad. Ciertos estudios (Moore, Stunkard y Srole 1962; Srole y col., 1962), han mostrado que la obesidad es 7 veces más frecuente en el grupo socioeconómico más bajo que en el más alto, y la diferencia es, particularmente, marcada entre todas las mujeres. Las variaciones en la prevalencia de la obesidad entre diferentes clases sociales reflejan actitudes sociales generales y un alto valor calórico de la comida, más que alteraciones metabólicas individuales o trastornos psicológicos.

Individuos de clase económicamente desprotegidos en países desarrollados son particularmente susceptibles a la obesidad, mientras que en países en desarrollo son los individuos de clases dominantes los que tienden al sobrepeso y padecen enfermedades degenerativas. También se ha observado que los hábitos en la frecuencia y abundancia de comidas, juegan un papel muy importante en relación con la obesidad. El consumo irregular de grandes cantidades de alimentos contribuye mucho más a la obesidad que el comer con frecuencia entre comidas (Mc Laren, 1983). Las diferencias en las pautas de distribución de la obesidad, también revelan el punto de que la obesidad dista de ser homogénea; por el contrario, es una manifestación de varias anomalías. Estas pueden ser categorizadas como ambientales, psicodinámicas y fisiológicas (que incluyen metabólicas, neuronales y

genéticas). Como una complicación añadida, estas anomalías frecuentemente interactúan (Rodin, 1983).

En 1982, Chávez planteó que en un futuro una parte de la población mexicana, tendrá una disponibilidad alimentaria de 4500 calorías diarias por persona; esto quiere decir que, entre otros problemas de salud, la población tendrá un 30% de obesidad en mayores de 25 años. Por tanto, es necesario continuar con la investigación de las tendencias y los mecanismos que estén involucrados.

#### **EVALUACION:**

Es difícil precisar, cuál es la figura normal de un individuo y cual es su talla y su peso ideal. Los criterios han cambiado durante la historia. Por otro lado, el crecimiento, el aumento progresivo del peso con la edad y el biotipo son factores que dificultan la apreciación de lo que podríamos llamar figura normal.

Existe el hecho conocido de que con la edad aumenta el peso en forma mantenida hasta los 60 años de edad. Esto no es una regla fija pero es un hecho frecuente y se debe a un desequilibrio entre la ingesta calórica y los gastos de energía debido al cambio en los hábitos de vida.

Con todas estas influencias y variaciones, el peso ideal si existe, nadie lo conoce, porque sus límites y los criterios para medidas no están establecidas y parece difícil establecerlas dada la variabilidad biológica. De aquí que sean más usados los términos de peso promedio y peso aceptable.



El peso aceptable representa una zona de variación, quedando incluidas las variaciones constitucionales frecuentes, por lo que el biotipo puede excluirse en las tablas de peso aceptable para uso clínico (SnMartín, 1984).

Las mediciones del peso son objetivas. Existen varios métodos para determinar si alguien está o no obeso. El primero va de acuerdo con la moda o los condicionamientos sociales. Otro método se rige mediante tablas peso-altura; por encima o por debajo de unos intervalos de peso para una altura determinada. (Stewart, 1987).

Entre las técnicas de laboratorio para cuantificar la grasa corporal, las más comunmente empleadas y confiables son las que miden el potasio o el agua corporal totales, o la densidad corporal, que se determina pesando al sujeto en el seno del agua. Según los datos obtenidos por estos procedimientos, la proporción de grasa del peso corporal que generalmente se acepta como "normal" es de 15 a 20% para los varones y de 20 a 25% para las mujeres. En contraste, en los individuos obesos, hasta el 50% de su masa corporal puede ser tejido adiposo. Actualmente se cuenta con pocos datos cuantitativos que permitan fundamentar conclusiones firmes respecto al contenido "óptimo" de grasa del cuerpo. Aunque estas técnicas efectúan mediciones correctas de la adiposidad, son tardadas, requieren gran destreza técnica y laboratorios especializados.

Las mediciones de pliegue cutáneo se han convertido en uno de los medios alternativos más prácticos para valorar la gordura del cuerpo. Si bien este método es



práctico y proporciona cierta información útil sobre la masa corporal, su exactitud está limitada por varios factores: pericia variable del observador, falta de uniformidad de la técnica y variaciones relacionadas con edad y sexo. Medidas corporales tales como los pliegues cutáneos son una representación adecuada de las reservas de grasa y, por lo tanto, de la composición corporal relativa. Es evidente que si las medidas corporales han de ser utilizadas en la evaluación del estado nutricional del ser humano, deben seleccionarse patrones de referencia óptimos. Las mediciones mínimas necesarias para describir la constitución son: estatura, peso y pliegue cutáneo.

La relación peso-talla es el indicador utilizado con más frecuencia para hacer comparaciones tanto grupales como en un mismo individuo.

Debido a que el tejido adiposo subcutáneo constituye aproximadamente el 50% de las reservas de grasa, las mediciones de los pliegues cutáneos pueden ser útiles, para evaluar el contenido total de grasa corporal. Además, son simples, rápidas y de fácil interpretación (Kaufer, 1986).

En la mayor parte de las instituciones clínicas y las encuestas, se ha utilizado el peso corporal para valorar la obesidad. Este dato proporciona, menos información respecto a la grasa corporal que la medición del pliegue cutáneo. Además, suele suponerse que sobrepeso y obesidad son sinónimos, lo cual no siempre es válido. Otro parámetro antropométrico comunmente utilizado en la valoración de los pacientes obesos, es la medida del pliegue cutáneo tricipital, valor independiente de



la talla; un pliegue cutáneo tricípital superior a 23mm en un varón adulto y 30mm en una mujer, corresponden a obesidad (Leiva y Webb, 1988; Salans, 1983).

Entre el número casi ilimitado de mediciones corporales que pueden hacerse se deben elegir aquellas que, además de ser sencillas, rápidas, baratas y reproducibles brinden la mayor cantidad posible de información. De acuerdo con esas premisas, las mediciones más recomendables son las que tienen por objeto determinar: la masa corporal, las dimensiones lineales y la composición corporal en lo que se refiere a la evaluación indirecta de la reserva de energía y de proteína (Kaufer y Casanueva, 1986).

En tanto no se cree un método práctico para medir la grasa corporal en forma confiable y precisa, la comparación del peso de un individuo con el peso "estándar" seguirá siendo el criterio de delgadez y gordura más práctico y utilizado. Además, mientras se obtiene información más definitiva respecto a la relación entre obesidad, peso corporal y salud, el peso corporal relativo se seguirá empleando para valorar la frecuencia de la obesidad y sus consecuencias sobre la salud. Siempre deben tenerse presentes las limitaciones de este método y su interpretación. Pese a todo, desde el punto de vista clínico, un aumento del peso corporal de 20% o por arriba de la cifra "ideal", debe considerarse indicativo de obesidad (Salans, 1983).

#### **TRATAMIENTO:**

Aunque se ha propuesto multitud de tratamientos para el paciente obeso, ninguno ha tenido mucho éxito cuando se valora durante períodos prolongados; es

decir, un porcentaje muy reducido de pacientes conserva o aumenta la pérdida de peso inicial después de 5 a 15 años del tratamiento. Siendo estos resultados característicos de casi todos los programas terapéuticos convencionales. El objetivo del tratamiento de la obesidad no consiste meramente en perder peso, sino en no volverlo a recuperar.

La obesidad grave debe ser tratada en centros especializados. Tratamientos quirúrgicos, como el grapado gástrico o el anclaje mandibular pueden ser justificados. Para el paciente con obesidad moderada, se aconsejan visitas frecuentes al médico y medicación anorexígena en su caso. Sin embargo, la esencia del tratamiento consiste en reducir la energía alimentaria. El adherirse a una dieta de reducción de peso es una batalla que tiene como base la voluntad - la propia voluntad del paciente-. En donde la motivación resulta ser esencial. Ningún paciente seguirá un día y otro negándose así mismo el placer de la comida, a no ser que esté motivado y pueda vislumbrar recompensas de ello como, una mejor salud o una mejora en su atractivo físico.

### ***Tratamiento Dietético:***

Un recurso dietético para bajar de peso son los regímenes que en realidad no estipulan reducción de calorías, sino que modifican la composición de los alimentos para que ocurra disminución espontánea del ingreso calórico. Entre los métodos que se han recomendado para bajar de peso están las dietas hipocalóricas a base únicamente de alimentos proteínicos o ricos en fibra comestible.

La inanición total se ha utilizado también, dado que las personas obesas pueden tolerar el ayuno durante períodos prolongados. Por lo anterior, se puede decir que son escasas las pruebas que apoyan la idea de que cualquier dieta posea alguna ventaja intrínseca. (Crotte, 1986)

### ***Ejercicio:***

El ejercicio puede ser un auxiliar del tratamiento de la obesidad, aunque no es un medio eficaz para producir pérdida de peso a menos que se combine con disminución del ingreso calórico. Cuando se combina una dieta hipocalórica, con un programa de ejercicio diario cuidadosamente planeado y adaptado a la capacidad y estado físico del paciente. Este resulta ser parte importante de un programa reductivo prolongado. (Taylor, 1985) .

### ***Farmacología:***

Dada la dificultad de adelgazar y conservar el peso ideal, se ha recurrido a fármacos. Las drogas con las cuales se trata la obesidad caen dentro de diversas categorías. El primer grupo incluye los supresores del apetito; en este grupo sobresalen las amfetaminas. pero estas provocan efectos secundarios tales como: adicción, insomnio y excitabilidad.

Un segundo grupo engloba a los agentes calorígenos. por ejemplo, la hormona tiroidea. Tanto la tiroxina como la triodontironina aminoran el peso corporal cuando se las administra en dosis bastante altas. Sin embargo, el peso eliminado consiste fundamentalmente en masa magra; además el empleo de hormonas tiroideas encierra

varios peligros, como palpitations, taquicardia, presión elevada, y sudoración entre otras. (Taylor, 1985).

### ***Tratamiento Quirúrgico:***

Partiendo del hecho de que las personas obesas sufren con frecuencia disminuciones psíquicas y físicas, presentan un mayor índice de enfermedades por lo que es lógico que se hayan propuesto medidas quirúrgicas radicales.

Para aplicar un tratamiento quirúrgico, no sólo es necesario que el paciente tenga un exceso elevado sobre su peso ideal, sino que además haya fracasado previamente un régimen dietético. El paciente debe tener entre 18 y 50 años de edad y estar dispuesto a someterse a un amplio estudio antes de la intervención y a un control post-quirúrgico de larga duración.

El procedimiento quirúrgico más utilizado es la desviación yeyunoileal, que consiste en hacer una anadomosis terminolateral de 35.5 cm del yeyuno proximal con los 10 cm finales del ileon. El adelgazamiento inducido por la cirugía, puede mejorar la propia imagen y el aspecto, además de producir cambios sociales y económicos.

Aunque hoy en día se prefieren las intervenciones gástricas porque producen un adelgazamiento similar al de las derivaciones yeyunoileales con menos complicaciones metabólicas y nutricionales ambas intervenciones fracasan con frecuencia. Los problemas fundamentales que se encuentran en este campo y que

dificultan la valoración del papel y el valor de cualquier tratamiento quirúrgico son: 1) la arbitrariedad de la definición de la obesidad, 2) la ausencia de datos fiables que permitan predecir el promedio de vida de las personas obesas y 3) la incapacidad para determinar con exactitud la relación riesgo-beneficio de la cirugía en la obesidad, como consecuencia de una información deficiente, sobre todo en lo que se refiere a las operaciones gástricas. Mientras estos problemas no se resuelvan o se aclaren, no se conocerá con exactitud el papel desempeñado por la cirugía en el tratamiento de la obesidad. (Taylor, 1985) .

### ***Tratamiento Psicológico:***

En la actualidad, es común el uso de la terapia de modificación de conducta, basada en la idea de que la obesidad es el resultado de un aprendizaje de conductas alimenticias inapropiadas, las cuales suponen, pueden ser cambiadas con un nuevo aprendizaje. El programa estándar incluye: registros para ayudar a identificar conductas alimenticias mal-adaptativas, control de los estímulos por los cuales se inicia la conducta alimenticia inapropiada, modificación de la conducta actual de alimentación como resultado de una reducción del consumo; así como el reforzamiento y extinción de conductas indeseables. El fundamento de la terapia para modificar los hábitos alimenticios, se basa en la re-educación del paciente, para que reconozca y suprima de su medio ambiente los estímulos que lo impulsan. Entre las técnicas utilizadas se encuentran: registros frecuentes de peso, auto-registros de consumo alimenticio, análisis de factores que inducen al abandono de los regímenes de adelgazamiento y cambio en los modelos dietéticos. (Alvarez, Osornio, y Vazquez, 1992).

A diferencia de otros tratamientos, en los conductuales no se produce ningún efecto colateral indeseable ( adicción, depresión, ansiedad, irritabilidad). Por el contrario, los sujetos informan que se ha producido un cambio general en su estilo de vida mucho más saludable y enriquecedor.

# **E**l aspecto Sexual **e**n la Obesidad

### 3. EL ASPECTO SEXUAL EN LA OBESIDAD

El exceso de peso es un estado definido tanto culturalmente como desde el punto de vista médico. En nuestra sociedad, las personas obesas son consideradas generalmente poco atractivas, relajadas e incapaces de controlar su conducta impulsiva. Aunque hay personas que se sienten atraídas por los individuos fuertes o gordos, en ocasiones con una fascinación cercana al fetichismo, es mucho más corriente observar que la obesidad es un rasgo indeseado en el compañero sexual y puede llegar a constituir en realidad un freno o una amenaza a la actividad de sentimientos sexuales. Si bien la obesidad debe considerarse más bien un síntoma que una enfermedad, como demuestran su heterogeneidad clínica y experimental, el tema de la sexualidad y la obesidad puede encuadrarse lógicamente dentro de las enfermedades crónicas, ya que muchas personas obesas luchan contra su exceso de peso durante prolongados períodos de su vida, y en muchas ocasiones durante toda su existencia (Kolodny, Masters y Johnson, 1985).

Aunque pruebas actuales indican que sólo una minúscula fracción de los casos de obesidad son atribuibles a enfermedades, ciertos estados genéticos y hormonales pueden llevar característicamente a un exceso de grasa en el organismo. Algunos de estos trastornos están relacionados con un hipogonadismo concomitante, como el que se encuentra en algunos síndromes. Incluso en aquellas personas obesas que no presentan trastornos genéticos o endocrinopatías causantes de su obesidad, se han observado alteraciones en el estado de las hormonas sexuales. Amatruda y cols., (1978) estudiaron la testosterona en plasma y la unión de testosterona en 22



individuos obesos y observaron que las personas que estaban entre el 176 y el 199% de su peso ideal mostraban un nivel medio de testosterona en plasma significativamente inferior al de un grupo control constituido por personas no obesas. Los hombres que estaban por encima del 200% del peso ideal tenían un nivel medio de testosterona en plasma todavía más bajo, y también presentaban un índice de testosterona medio inferior al normal. Todos los pacientes de esta serie tenían un tamaño testicular normal y unos rasgos de masculinización normales; sólo 2 de entre los 22 se quejaban de una libido baja, y ninguno de ellos presentaban ginecomastia o impotencia. Schneider y cols. (1979), informaron de haber encontrado niveles elevados de estrógeno en suero y en orina en individuos obesos, aunque no se detectó ningún síntoma de feminización.

Se ha observado que las mujeres obesas presentan un porcentaje mayor de trastornos en la menstruación que las de peso normal. La combinación de obesidad, hirsutismo y oligomenorrea o amenorrea se observa comúnmente, y se sabe que con frecuencia va asociada a niveles elevados de andrógeno en plasma y a niveles bajos de testosterona unida a globulina. La pérdida de peso en mujeres muy obesas puede restaurar la menstruación espontánea y producir una reducción en los niveles de andrógeno en plasma. Esta situación puede reflejar, en parte un aumento de la actividad suprarrenal en la obesidad o bien puede deberse a sutiles cambios en la regulación hipotalámica, que controla el apetito y la actividad endócrina (Kolodny, Masters y Johnson, 1985).

Tan importantes como los cambios en la composición corporal o la aparición de los caracteres sexuales secundarios son los de su maduración emocional y psicosocial. Spranger (Ramos, 1985) los resume en tres puntos: 1.) el descubrimiento del yo; 2.) la formación paulatina de un plan de vida y, 3.) el ingreso a diversas esferas nuevas de la vida. Siendo estos aspectos, trabajo del adolescente que pueden influir, para bien o para mal, sobre la alimentación y la nutrición.

Con frecuencia, tanto el niño como los padres y el médico, creen que los muchachos prepubescentes tienen genitales demasiado pequeños, y cuando ello va asociado a obesidad, se llega a la conclusión de que se trata de alguna anomalía glandular. Si se deja de lado la acumulación púbica de grasa y se tiene en cuenta más la edad cronológica que el tamaño general del cuerpo, se verá que los genitales son bastante normales. Hay que recordar que éstos órganos experimentan poco desarrollo hasta la adolescencia avanzada. Además, el tamaño del cuerpo no es un buen índice de madurez. Casi todos estos muchachos tendrán un desarrollo normal y, con frecuencia, disminuirán de peso al acercarse a la pubertad sin tratamiento alguno (Watson y Lowrey, 1980).

Es evidente que la sexualidad no interfiere con la obesidad en muchas personas. En cambio, por otra parte, la obesidad puede influir sobre la sexualidad mediante diversos mecanismos. Que los pacientes pertenezcan menos al sexo masculino que al femenino es consecuencia del deseo de conseguir el actual ideal de belleza que es la esbeltez. Interrogados acerca de las circunstancias en las cuales se presentó por primera vez la tendencia a engordar, las enfermeras revelaron que esto

fue en ocasión de la primera menstruación, de un parto, etc. Como quiera que sea, se supone que estos acontecimientos se determinan por el sistema endócrino, se pensó en la posible relación entre la obesidad y los trastornos de esa índole; de ahí el que los pacientes afirmen, a veces, estar enfermos del "sistema glandular"; pero tales trastornos no han sido comprobados hasta la fecha. Lo que sí debe tenerse en cuenta es el hecho de que la iniciación del proceso menstrual, un parto y la menopausia, representen, para la vida psíquica de la mujer, mucho más que un simple proceso endócrino (Diez, 1975).

Es preciso realizar una valoración de estas posibilidades en aquellos pacientes obesos que presentan insatisfacción en su actividad sexual. En primer lugar, la obesidad puede estar asociada a diversos estados médicos que aumentan el riesgo de problemas sexuales. La alteración de la dinámica de secreción de insulina y el antagonismo a la insulina son características de la obesidad; la diabetes aparece con más frecuencia en las personas obesas que en aquellas que no tienen exceso de peso. Dado que la diabetes está asociada a un alto porcentaje de problemas sexuales, el obeso impotente y la obesa anorgásmica deben someterse a meticulosas pruebas de tolerancia a la glucosa. La frecuente aparición de presión sanguínea elevada en el obeso lleva con frecuencia al uso de fármacos contra la hipertensión, que tienen un amplio espectro de posibles secuelas sexuales entre estos pacientes. Además, dado que el exceso de peso puede provocar una destrucción acelerada de las articulaciones, las personas obesas pueden presentar dificultades en las posiciones mecánicas requeridas por el coito.

En segundo lugar, la obesidad comporta frecuentemente diversos problemas psicológicos que pueden tener relación en ocasiones con problemas sexuales. Muchos obesos tienen problemas de imagen corporal y de autoestimación. Además, las dificultades en la eficacia de las relaciones interpersonales y la cada vez más pronunciada aparición de depresiones (posiblemente relacionadas con un estado de "desamparo adquirido" producido por la obesidad), puede representar igualmente impedimentos para una sexualidad feliz. Es evidente que tales problemas hacen que un número sustancial de personas obesas rehúyan la actividad sexual por temor a ser rechazadas o a parecer grotescas o ilusas a los demás. En ciertos casos, la repulsión hacia el propio cuerpo llega a ser tan poderosa que el obeso u obesa se abstiene incluso de la actividad masturbatoria. En otros casos, los obesos pueden contraer matrimonio a la primera oportunidad que se les presenta en un intento de hacer valer o de promover su autoestimación, incluso en el caso de que el compañero con quien se unen carezca de cualidades que ellos consideran importantes (Kolodny, Masters y Johnson, 1985).

Las primeras teorías psicoanalíticas de la obesidad sostenían que los sujetos obesos experimentaban necesidades de dependencia no resuelta y habían quedado fijos al nivel oral del desarrollo psicosexual. Los síntomas de obesidad se consideraban como equivalentes depresivos, como intentos por recuperar la crianza y los cuidados "perdidos" o frustrados. Los estudios recientes no han podido demostrar un aumento de la frecuencia de trastorno psicopatológico en los sujetos obesos en comparación con los de peso normal. Los primeros tienen un concepto negativo de sí mismos, son muy cohibidos y experimentan alteraciones del

funcionamiento social. Estas experiencias llegan a contribuir al desarrollo y conservación de la obesidad. Más aún, como con frecuencia se discrimina desde el punto de vista social a las personas obesas y son quizás menos a menudo objetos de deseo sexual que las personas de peso normal, la conservación de la obesidad podría reflejar en algunos casos deseo inconsciente de conservarse aislado con objeto de evitar los conflictos relacionados con la sexualidad o la intimidad emocional (Goldman, 1989).

Las mujeres gordas sufren con la idea de que pierden atractivo, haciendo peligrar su armonía matrimonial o sus perspectivas ante el sexo opuesto, o bien por no corresponder al actual estado ideal estético que es el de la delgadez.

En lo psicológico, lo más frecuente es que la renuncia en los distintos terrenos del desenvolvimiento personal, se halla como el más remoto origen de la disfunción y, concretamente, destacan: las frustraciones de cariño, así como de los deseos sexuales. Las mujeres obesas casi siempre son frías y padecen estreñimiento. La obesidad en los hombres se caracteriza por su falta de dinamismo, traduciéndose incluso, en impotencia sexual; pero también hay frustraciones en otros dominios, en cuyo caso se manifiestan en una limitación del desenvolvimiento vital en general de la que ya no consigue salir el paciente, en tales casos, el único placer que les queda a éstos es comer; en esto encuentran su último recurso. La necesidad de satisfacer el apetito se convierte en una obsesión, no pudiéndose resistir aquél, ni con los mejores propósitos. La frustración del deseo o apetito sexual, como causa principal de la obesidad se hace especialmente patente cuando la necesidad de comer se presenta en

plena noche. También se conocen casos en que el enfermo adquiere su exceso de peso como reacción a una profunda pena o problemas insuperables (Diez, 1975).

En tercer lugar, las personas muy obesas pueden experimentar dificultades mecánicas en la actividad coital. Estos problemas se ciñen principalmente a la posición durante el coito: en ocasiones, la curva abdominal puede ser tan pronunciada (junto a la considerable adiposidad de muslos y glúteos) que se hace imposible el coito intravaginal. Este problema se hace particularmente evidente en las relaciones sexuales entre dos individuos extremadamente obesos. En tales casos, la pareja debe idear otros modelos de actividad sexual sustitutorios del coito, entre los que pueden contarse el sexo orogenital, la estimulación manual de los genitales y el coito intramamario. Las posiciones que requieren que uno de los individuos esté sobre el otro pueden resultar problemáticas a causa del peso excesivo que deberá soportar el de abajo o porque la persona que debe montarse a horcajadas sobre el obeso puede sentirse muy incómoda.

El exceso de peso puede convertirse en un asunto interpersonal en el matrimonio bajo diversas circunstancias. El común denominador de estas situaciones parece ser la insatisfacción por parte de uno de los cónyuges de la apariencia física del otro; esta insatisfacción puede aparecer años después de la boda, en el caso de una persona con una historia de obesidad muy prolongada, o con la aparición de la obesidad tiempo después de contraído el matrimonio. El cónyuge de la persona obesa puede presionar o halagar a ésta para que pierda peso de muy variadas maneras, entre las que se encuentran la negativa a la participación en actividades de

intimidad física o la dedicación a relaciones sexuales extraconyugales. Con tales reacciones, evidentemente se corre el riesgo de reforzar la sobrealimentación como mecanismo de defensa contra el rechazo, la soledad y la sensación de frustración que experimenta el obeso.

Neill y cols. (1978) sugieren que cuando la obesidad está ya presente durante la etapa de selección de compañero, la interacción posterior durante el matrimonio puede reforzar el sentido de la obesidad para la pareja y ejercer un efecto protector y estabilizador sobre los individuos y el matrimonio.

Las mujeres obesas constituyen, aún más que las normales, el centro de la familia; son excelentes cocineras, madres buenas y solícitas; pero no obstante, la mayoría de los obesos producen una impresión infantil que con sus rasgos fisiognómicos curvilíneos y poco acentuados, dan la impresión de ser más jóvenes de lo que corresponde a su edad.

Con frecuencia, la obesidad aparece después de un parto. Estas mujeres, que en el fondo son todavía infantiles, no resultan aún capaces ni están dispuestas a una verdadera maternidad. Aspiran a un amor y protección emocional infantil que no reciben de sus esposos y demás allegados, y lo compensan prodigando a sus hijos un exceso de cariño y solicitud. El nacimiento de un hijo representa para ellas el deber de dar afecto en lugar de recibirlo y, en vez de satisfacerse, aumenta la frustración.

Es muy frecuente que los obesos presenten tendencias captativas; éstas no se refieren sólo a los alimentos, sino que se extienden a cualesquiera de los bienes a su alcance. La captación es fugitiva; más bien nerviosa y los adiposos manifiestan este carácter pasajero incluso en sus relaciones amorosas; se trata de un "feedback" de aquella fase de la primera infancia en que el niño satisface su curiosidad e introduce todo en la boca. Estos enfermos, muy dados al placer de tomar, se cierran, en cambio, cuando se trata de dar.

En la infancia de los obesos desempeña un papel muy importante cuanto concierne a la comida; aquí radica el origen, por lo menos en parte, de la tendencia a la obesidad que en algunas familias puede observarse. Además de haber sido niños comelones, estos pacientes obesos sufrieron la falta de cariño por parte de los adultos que les rodeaban; no experimentaron lo que es el auténtico amor materno, a pesar del exceso de mimos que recibían, limitándoseles extremadamente las posibilidades de desenvolverse (Diez, 1975).

Aunque no hay una constelación familiar específica que predisponga la obesidad, los miembros de la familia que carecen de calor y amor pueden emplear los alimentos y la ingestión excesiva de los mismos como "sustitutivos del amor". Las madres de estas familias suelen ser personas solitarias cuyas propias infancias se caracterizaron por privación social, económica ó emocional. Estas madres pueden desear inconscientemente tener niños gordos. La identificación con sus hijos "bien alimentados y cuidados" puede compensar sus privaciones anteriores. Estas familias pueden además equiparar el tamaño físico y el estado "bien alimentado" con la



fuerza física y emocional. Los niños obesos de estas familias pueden por lo tanto temer a la pérdida de peso al interpretar, de manera incorrecta, que esto sería una pérdida de la fuerza física y el bienestar emocional (Goldman, 1989).

Esta conclusión cuenta con las evidencias conseguidas por varios investigadores, que informan de que la cirugía de derivación intestinal y la consiguiente pérdida de peso llevan a una elevada incidencia de problemas sexuales y matrimoniales en ambos cónyuges en aquellos matrimonios en que uno de los esposos es extremadamente obeso. Sin embargo, existe otra conflictiva evidencia sobre las consecuencias psicosociales generales de la cirugía de derivación intestinal y la pérdida de peso. Solow, Silberfarb y Swift (1974), descubrieron que existía una mejoría sustancial en el afecto, la autoestimación, la efectividad interpersonal y vocacional y la propia imagen en aquellas personas extremadamente obesas que se sometían con éxito a tal intervención quirúrgica. Estos investigadores atribuyeron tales cambios a una reducción en la consciencia de sí mismos y a un alivio de las sensaciones de desamparo y de desesperación experimentados por los obesos; sin embargo, mientras 24 de los 29 pacientes afirmaban haber notado una mejoría sustancial en las relaciones interpersonales, sólo 14 de ellos afirmaban lo mismo con respecto al disfrute de su sexualidad.

En resumen, parece que después de una significativa reducción de peso la dinámica de las relaciones interpersonales varía en distinto grado. La persona que anteriormente era obesa puede hacerse más optimista y alcanzar mayor confianza en sí misma, y suele cuestionar el valor de un matrimonio con un cónyuge al que se

percibe inadecuado en ciertas dimensiones (Kolodny, Masters y Johnson, 1985). A la vista de ello, parece aconsejable incorporar un programa de consejos matrimoniales y sexuales en aquellos otros destinados a conseguir una espectacular pérdida de peso para resolver posibles áreas problemáticas.

**O** bjetivo

## **OBJETIVO:**

Determinar las posibles diferencias existentes, con respecto a la sexualidad en tres diferentes grupos: 1) Obesos que lleven a cabo algún programa de reducción de peso, 2) Obesos que NO lleven a cabo programas de reducción de peso y, 3) personas con Normo-peso.

La división del grupo de obesos, en obesos con tratamiento y obesos sin tratamiento, se debe a que en investigaciones anteriores (Mancilla, et al., 1992), no se halló diferencias significativas en algunas de las escalas evaluadas en obesos; en este sentido, se pensó que las características propias de los obesos que se encuentran bajo tratamiento, pudiera ser causa de diferencias significativas entre ambos grupos.

La hipótesis planteada sugiere que existen diferencias significativas en las pautas de comportamiento sexual entre los siguientes grupos:

- a) Obesos en general VS Normo-peso
- b) Obesos con tratamiento VS Obesos sin tratamiento.



# Método

## **METODO:**

**Muestras:** Se eligieron tres muestras aleatoriamente: 1) obesos que no estaban bajo algún programa de reducción de peso, N=30; 2) obesos que estaban en algún programa de reducción de peso, N=30 y, 3) personas que no presentaron obesidad (normo-peso), N=30.

Fue necesario recurrir a diversos lugares para la obtención de la muestra, dadas las características que debía cubrir ésta como: tener o haber tenido vida sexual activa, e índice de grasa corporal, así como ser mayores de edad.

**Escenario:** cubículos 14 y 16 del PIN, aula F de post-grado, ubicados estos en el primer nivel de la U.I.C.S.E. en el área de cubículos; en el laboratorio del mismo edificio, en el hospital de especialidades La Raza, en diversas instalaciones de la Delegación Azcapotzalco, en la Unidad Cuahutemoc del I.M.S.S., así como el gimnasio Miguel Hidalgo.

**Materiales:** hojas, lápices, plumas, cinta métrica, papel para computadora y disketts.

**Instrumentos:** antropómetro de Martin, compás de ramas rectas, calibrador de pliegues cutáneos Holtain, estadiómetro, estadiómetro para talla sentado, báscula, así como el cuestionario de sexualidad (Anexo 1); el cual fue

dividido para el análisis de los resultados en tres partes: intereses y participación individual, la relación sexual como pareja y desviaciones sexuales. Los ítems del inventario y del cuestionario tienen por objeto obtener información relacionada con intereses propios de los hombres o de las mujeres, sensibilidad personal y emocional e identificación sexual.



# **P**rocedimiento



## **PROCEDIMIENTO:**

La presente investigación constó de tres sesiones las cuales se llevaron a cabo de la siguiente manera:

**Sesión 1:** Se llevó a cabo una entrevista en la sala F de post-grado de la UIICSE, o en algún lugar que las instituciones proporcionaron en donde se les explicó los objetivos principales de la investigación, así como los detalles y la importancia de su participación. Se les explicó de manera general como realizaría la aplicación del cuestionario y en que consistirían las mediciones antropométricas; así mismo, se les pidió que los datos que proporcionararan fueran lo más verídico posible, como también se les mencionó que dicha información sería de tipo confidencial. Se acordó con cada uno de ellos un horario, para que asistieran a las sesiones de prueba y evaluación, se cuidó de mantener un alto nivel de motivación de los sujetos, con el fin de asegurar su participación. Esta sesión tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

**Sesión 2:** Esta sesión se realizó en el cubículo 14, o en las mismas instituciones durante esta se aplicó el cuestionario sobre sexualidad; la cual tuvo una duración de 60 minutos aproximadamente.

**Sesión 3:** Se llevó a cabo en el laboratorio 14 de la UIICSE en donde se realizaron a cabo las medidas antropométricas, ya especificadas anteriormente, y las

cuales fueron realizadas por la antropóloga del PIN. Cabe mencionar que se formaron grupos de cuatro a seis personas por sesión. Esta sesión duró 60 minutos aproximadamente.

Es importante señalar lo siguiente: primero, no todos los sujetos pasaron por la misma sesión al mismo tiempo, es decir, que las sesiones se fueron repitiendo hasta haber completado el número total de la muestra y, segundo, el lugar para la realización de las sesiones fue variable debido, a los requisitos de la muestra, antes mencionados.

Por otro lado, las medidas antropométricas se realizaron con la finalidad de situarlos en el grupo correspondiente, tomando como criterio el índice corporal de grasa, dichas medidas comprendieron circunferencias de brazo, muslo, pantorrilla, cintura y abdomen; así como panículos adiposos: triceps, subescapular, supraíliaco, abdomen, muslo y pantorrilla. Además, se tomaron en cuenta el peso y la talla de cada persona.

Los índices contemplados para la distribución de la población corresponden a los sugeridos por Buskirk (1978) y Holliday (1978), que comprenden:

<b>GRUPOS</b>	<b>INDICES</b>
Normo - Peso (Hombres)	15 - 18 %
Normo - Peso (Mujeres)	19 - 23 %
Obesos (Hombres)	19 % ó más
Obesos (Mujeres)	24 % ó más

Por último, se agradeció su valiosa participación en la realización de esta investigación.

# **R** resultados

## **RESULTADOS:**

La descripción de los datos obtenidos se realizó de dos formas una cuantitativa y otra cualitativa; además de analizarse cada una de las áreas que constituyen el cuestionario, a saber, intereses y participación individual, la relación sexual como pareja y desviaciones sexuales.

### **ANÁLISIS CUANTITATIVO:**

Este análisis agrupó todas las preguntas de opción múltiple, las cuales se analizaron estadísticamente, mediante la prueba de Mínimas Diferencias Significativas de Fisher, a posteriori del análisis de varianza.

#### ***Intereses y Participación Individual***

En lo que se refiere a ésta área, en la Tabla 1 se observan las puntuaciones obtenidas en cada ítem, señalándose las diferencias significativas encontradas  $P < .05$  (\*\*).

ITEM	GRUPOS			ITEM	GRUPOS		
	NP	OCT	OST		NP	OCT	OST
10	3.9	3.3 **	2.9 **	45	2.8	2.6	2.2
26	3.4	2.8 **	3	46	2.9	2.6	2.5
40	2.4	1.8 ***	2.1	51	2	1.7	1.9
15	2.8	3.1	2.9	58	3.2	2.9	3.1
19	3	3.2	3.1	35	3.3	3.4	3.1
28	1.7	1.9	1.9	21	2.6	2.6	2.4
33	2.7	3.2	3.3	27	2.6	2.6	2.5
52	2.8	3.2	2.9	59	3.6	3.6	3.4
29	2.4	1.8	2.2	50	1.6	1.4	1.6
32	3.5	3.4	3.2				

Puntuaciones obtenidas de los ítems de ésta área, señalándose las diferencias estadísticamente significativas encontradas  $P < .05$  (\*\*),  $P < .01$  (\*\*\*)

Analizando el cuadro anterior notamos que, en tres casos de los ítems agrupados en esta categoría, hubo diferencias significativas. En el primer caso, (ítem 10,  $P=.023 < .05$ ), se encontró que existen diferencias significativas entre los grupos NP vs OST, en lo referente a la "comunicación de sentimientos a la pareja", registrándose un decremento considerable en la puntuación obtenida por los obesos con respecto al grupo control; sin embargo, también se encontró que entre los grupos de obesos existen diferencias significativas, es decir OCT vs OST, observando que los que se encuentran en tratamiento obtuvieron una mayor puntuación que los OST, aunque menor que el grupo control; en el segundo y tercer caso (ítem 26,

$P=.020<.05$  e ítem 40,  $P=.009<.05$ ), que nos indican sobre la "variedad de caricias antes y durante la relación", así como de la "preferencia de las personas por mantener relaciones sexuales con la luz encendida", respectivamente, se encontraron diferencias entre los grupos NP vs OCT en ambos casos, en donde los OCT obtuvieron puntajes inferiores a los NP; en lo que se refiere a los OST, no se encontraron diferencias significativas. Es importante señalar que en el caso del ítem 40, referente a la preferencia por las relaciones sexuales con la luz encendida se encontró un mayor nivel de significancia.

En los 16 ítems restantes que componen ésta área, se encontraron algunas tendencias importantes de mencionar con respecto a algunas actitudes y prácticas en la relación de pareja, aunque no hubo diferencias significativas en ningún grupo; a este respecto se encontró lo siguiente:

En cinco ítems, ambos grupos de obesos tienden a registrar puntuaciones más elevadas con respecto a los NP. En el caso del ítem 15, en donde nos habla de la "comunicación a la pareja sobre lo que le disgusta de ella", los obesos que están bajo tratamiento son quienes tienen una puntuación más alta, en los OST no hay gran diferencia; en el ítem 19, que se refiere a la "aceptación propia por parte de la familia de la pareja", hallamos algo similar que en el ítem anterior, es decir, que son los OCT quienes obtienen el puntaje más alto, mientras que el de los OST es mínimo; en el ítem 28, referente a la "negación de la relación sexual 3, aún cuando la pareja lo desee", se encontró que ambos grupos de obesos obtienen la misma puntuación, levemente superior a los NP; en el ítem 33, que nos informa sobre la preferencia de las personas por elegir alguna ropa interior en especial, se encontró

que son los OST quienes registran una puntuación superior a los OCT, aunque mínima; en el ítem 52, referente a los "sentimientos de culpabilidad ocasionados por la masturbación" observamos que los OCT tienden a incrementar la puntuación obtenida, mientras que en los OST es mínima la diferencia.

En seis ítems, ambos grupos de obesos obtuvieron puntuaciones inferiores con respecto a los NP. En lo que se refiere a la "capacidad de aceptar la negación de la pareja cuando se desean las relaciones sexuales" (ítem 29), encontramos que los OCT son quienes tienden mayormente a decrementar la puntuación obtenida, siendo en los OST levemente inferior; con respecto a la "frecuencia de problemas originados por mostrarse desnuda ante la pareja" (ítem 32), así como la "participación a la pareja de preferencias sexuales" (ítem 45), se encontró que los OST son quienes tienden a decrementar la puntuación registrada, mientras que en los OCT es levemente inferior; en el caso del "uso de métodos anticonceptivos" (ítem 46), existe una mínima diferencia entre ambos grupos de obesos aunque, importante de tomarse en cuenta con respecto al grupo control; en lo referente a la "satisfacción obtenida por la masturbación" (ítem 51), así como a la "influencia de la educación familiar en la relación de pareja" (ítem 58), se encontraron puntuaciones considerablemente más bajas en los OCT; mientras que en los OST, existe una mínima diferencia con relación a los NP.

Únicamente en el caso del ítem 35, referente a la "frecuencia con la que acarician a la pareja", la puntuación obtenida por los OCT es levemente superior a los NP, mientras que la puntuación de los OST es inferior a este.



Por otro lado, en el caso de los ítems referidos a la "satisfacción obtenida de las relaciones sexuales" (ítem 21), a la "demanda sexual de la pareja" (ítem 27), así como a la "influencia de las creencias religiosas en la relación de pareja" (ítem 59), observamos que la puntuación obtenida por los OST tiende a decrementarse, mientras que los puntajes obtenidos por los OCT son similares a los del grupo control, podríamos decir que mantienen su estabilidad con respecto al grupo control.

Por último, en el caso del ítem 50, que nos informa sobre la "frecuencia con la que las personas se masturban", se encontró que mientras la puntuación de los OST es igual a la de los NP, la de los OCT tiende a ser inferior a este.

Lo anterior hace suponer que, gran parte de las actividades que conlleva la relación de pareja, son evitadas o realizadas con una mínima frecuencia por los obesos; además, en algunos casos, la demanda sexual no sólo que manifiestan, sino que se les manifiesta, es reducida por lo que, desahogan su cariño y afecto por medio de caricias hacia la pareja mostrando índices elevados a este respecto. Esto pudiera deberse en gran parte a la inhibición y vergüenza que pudiera causar el estado obeso, a la marginación y discriminación que sufren no sólo de la sociedad en general, sino de la propia pareja, además, de la reducida valoración que tienen sobre sí mismos, entre otros factores.

### *La Relación Sexual como Pareja*

Por lo que respecta a la relación sexual, en los ítems agrupados en esta área (Tabla 2), encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $P < .10$ ) en tres casos.

**TABLA 2**

ITEM	GRUPOS			ITEM	GRUPOS		
	NP	OCT	OST		NP	OCT	OST
8	3.1	2.9	2.5 *	7	2.6	2.4	2.4
13	3.8	3.5*	3.1*	37	2.7	2.3	2.3
18	3.5	3.6*	3.2*	14	3.5	3.5	3.2
1	3.2	3	2.9	2	2.8	2.9	2.6
4	3.3	3.1	2.8	42	2.8	3.1	2.7
41	1.9	1.6	1.5				

Puntuaciones obtenidas de los ítems de ésta área, señalándose las diferencias estadísticamente significativas encontradas  $P < .10$  (\*).

En lo referente a las diferencias significativas encontradas, observamos que, en cuanto a la "frecuencia de problemas originados por causa de personas celosas" (ítem 8,  $P = .069 < .10$ ) existe diferencia entre los grupos OST vs NP, mostrándose un decremento considerable en la puntuación de los obesos, incluso más bajo que los OCT, con relación a los NP; en el caso del ítem 13, ( $P = .070 < .10$ ) el cual se refiere al "conocimiento que se tiene en la pareja como personas con individualidad propia", la significancia la encontramos entre los grupos OCT vs OST, observando que las puntuaciones en ambos grupos son inferiores a los NP, siendo de mayor

consideración en los OST; por último, la tercera significancia la hallamos en el ítem 18 ( $P= 0,87 < 0,10$ ), referente a la "aceptación de la pareja por parte de la propia familia", encontrando que la diferencia significativa se encuentra entre ambos grupos de obesos, es decir OCT vs OST, así mismo, observamos que la puntuación obtenida en los OCT es levemente superior a la del grupo control, mientras que la de los OST tiende a ser inferior.

En los ítems restantes, podemos percatarnos de las tendencias registradas por cada grupo, con respecto a la relación sexual como pareja, así encontramos que: hay ítems en los que las puntuaciones obtenidas por ambos grupos de obesos son inferiores a las registradas por el grupo control. En lo que se refiere a la "estabilidad en la relación de pareja" (ítem 1), la "frecuencia con la que se conversa con la pareja" (ítem 4), así como a la "práctica de relaciones bucogenitales" (ítem 41), los OCT registran diferencias menores con relación al grupo control, siendo de mayor magnitud la diferencia en los OST.

En el caso del ítem 7, referente a "considerar celosa a la pareja", observamos que en ambos grupos de obesos el puntaje tiende a decrementarse en la misma magnitud; ésta misma situación sucede en el ítem 37, que registra la "frecuencia con la que se acaricia a la pareja", ambas puntuaciones de los obesos, son similares e inferiores al grupo control.

En cuanto al "conocimiento que creen tener sobre su pareja" (ítem 14), la puntuación obtenida por los OST registró una tendencia a decrementarse, mientras que la puntuación obtenida por los OCT, fue similar a la de los NP.

Por último, en el caso de los ítem 2 y 42, que evalúan la "frecuencia de conflictos y la culminación de la relación sexual", respectivamente, encontramos que en ambos casos la puntuación obtenida por los OST es inferior a la de los NP, mientras que la obtenida por los OCT es superior a éste.

Como consecuencia de lo encontrado en esta área, podemos decir que, los OCT tienen una mayor frecuencia de conflictos, sin embargo, todo parece indicar que dichos conflictos se solucionan durante la relación sexual, pues indican, concluir sus relaciones sexuales satisfactoriamente; caso contrario, a lo que sucede a los OST en donde la frecuencia de conflictos es mínima, manifestándose incluso, insatisfacción en sus relaciones sexuales. Esto sugiere que, quizás, en las pareja de OST, la escasa frecuencia con la que conversan, la inconformidad en cuanto a sus relaciones sexuales y el poco conocimiento que se tienen como personas, lleve a la pareja a ser indiferente el uno del otro, originando conflictos e insatisfacción sexual al mismo tiempo. De alguna manera, esto también podría ser consecuencia de que en muchas ocasiones, las personas obesas (en especial quienes están sin tratamiento alguno) han tenido que recurrir a unirse con personas poco agradables o poco atractivas a sus intereses particulares.

### *Desviaciones Sexuales*

Esta área, fue evaluada únicamente por dos ítems (Tabla 3), de los cuales encontramos diferencia estadísticamente significativa en el ítem 55 ( $P=.045<.05$ ), el cual nos indica la frecuencia de pensamientos o fantasías con homosexuales, dicha diferencia la encontramos entre los grupos OCT vs OST, registrando los OCT una puntuación considerablemente menor, a la obtenida por los OST; además, en este mismo ítem, también se encontró diferencia significativa entre los grupos NP vs OCT, siendo menor también la puntuación en los OCT.

**TABLA 3**

ITEM	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
55	3.8	3.2**	3.8**
33	2.7	3.2	3.3

Puntuaciones obtenidas de los ítems de ésta área, señalándose las diferencias estadísticamente significativas encontradas  $P < .05$  (\*\*).

En el último ítem analizado (33), notamos un incremento en la puntuación obtenida por ambos grupos de obesos con relación a los NP, siendo levemente superior en los OST, esto nos indica que las personas obesas "eligen" con mayor frecuencia "ropa interior en especial", quizás, con el fin de agradar a su pareja y de contrarrestar un poco lo que su estado obeso quizás no logra.

### **ANÁLISIS CUALITATIVO:**

Este análisis incluyó todas las preguntas abiertas; para las cuales se procedió a realizar categorías en base a las respuestas dadas por los entrevistados, de modo que las respuestas dadas se pudieran agrupar en alguna de éstas, esto con el objetivo de realizar un análisis entre grupos a partir de los porcentajes obtenidos en cada una de las categorías.

#### ***Intereses y Participación Individual:***

En cuanto a los porcentajes obtenidos en las categorías especificadas en los ítems que evalúan esta área, encontramos tres aspectos muy importantes; el primero se refiere a las conversaciones que hay en la pareja y el tipo de problemas que tratan, registrándose en los obesos, porcentajes inferiores al obtenido por el grupo NP y, aún dentro de los obesos, el porcentaje de los OCT fué levemente inferior a los OST. Mientras que en el caso de los temas que tratan de evitar conversar por traerles conflictos con la pareja, encontramos porcentajes más altos en los OST (Tabla 4); además, es importante hacer notar que se registró un elevado porcentaje de personas que evitaron contestar en los OST, lo que pudiera significar que existe muy poca frecuencia de conversaciones en la pareja, o bien, que hay gran número de conflictos en la pareja.

**TABLA 4****TEMAS TRATADOS EN LA PAREJA**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Todos	84 %	66 %	70 %
Sólo Temas Especificos	16 %	34 %	30 %

**TEMAS QUE EVITAN CONVERSAR**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Ninguno	83 %	62 %	43 %
Sexuales	0 %	13 %	14 %
Familiares	7 %	8 %	14 %
Deportivos	0 %	6 %	4 %
Políticos	0 %	6 %	7 %
Religiosos	3 %	0 %	0 %
No Contestaron	7 %	16 %	18 %

Esto nos confirma lo encontrado en el análisis cuantitativo en la categoría de la relación sexual como pareja, en donde encontramos que las parejas de obesos tienen una mínima variedad de temas para conversar, contribuyendo a que la estabilidad de pareja decremente. Al analizar dicha desestabilidad y determinar las causas por las que algunas parejas se encuentran unidas, encontramos el segundo aspecto, es decir, que gran parte de estas relaciones están sostenidas por los hijos, así como también

del "temor" a la soledad, sobre todo en el caso de los OST, en donde los porcentajes fueron más altos con respecto al grupo OCT y NP (Tabla 5).

**TABLA 5**  
**MOTIVOS QUE UNEN A SU PAREJA**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Amor	82 %	77 %	61 %
Hijos	9 %	14 %	24 %
Compañía	3 %	3 %	12 %
Físico	3 %	0 %	0 %
Nada	3 %	0 %	0 %
No Contestaron	0 %	5 %	2 %

Por último, en tercer lugar, se determinaron algunos aspectos que a las parejas de los obesos no les agradaba de estos y, que además pudiera ser motivo de rechazo por parte no sólo de la pareja, sino de la sociedad en general; a este respecto encontramos que, los porcentajes más altos los obtuvieron los OCT, sobre todo en cuanto al físico y la desorganización que manifiestan, lo cual los ha llevado, quizás, a su estado obeso, ya que acarrearán esta desorganización al ámbito alimenticio (Tabla 6); a este respecto encontramos que, son los NP quienes registraron un índice mayor de personas que no contestaron, siendo los OST quienes registran el menor porcentaje.



**TABLA 6****DISGUSTOS PROPIOS POR PARTE DE LA PAREJA**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Carácter	63 %	57 %	78 %
Físico	7 %	10 %	7 %
Desorganización	0 %	17 %	10 %
Familia	3 %	3 %	0 %
Nada	17 %	7 %	7 %
No Contestaron	10 %	7 %	3 %

Este tipo de molestias, a llevado a la gente obesa a tener que recurrir a un sin fin de métodos para bajar de peso, es por esto que quienes más molestias reportan sean precisamente los OCT, mientras que a los OST no les preocupa en la misma magnitud este tipo de situaciones.

***Relación Sexual como Pareja:***

En este sentido encontramos lo siguiente: en cuanto a la frecuencia con que las personas tienen relaciones sexuales (Tabla 7), ambos porcentajes de los grupos obesos, se encuentran muy por debajo de los porcentajes encontrados en el grupo NP; sin embargo, aún en estos dos grupos hubo algunas diferencias que es muy importante señalar; en cuanto a la frecuencia de relaciones por semana, así como por mes, en los OCT el porcentaje es menor con respecto a los OST; empero, fué en este

primer grupo en el único en el que se registro un porcentaje considerable de personas que mantienen relaciones sexuales a diario.

**TABLA 7**  
**FRECUENCIA DE LAS RELACIONES**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Diario	0 %	17 %	0 %
1 por semana	23 %	13 %	17 %
2 por semana	40 %	17 %	21 %
3 por semana	33 %	33 %	29 %
4 por semana	0 %	7 %	17 %
2 por mes	3 %	10 %	17 %

Por otro lado, la duración coital fue más variable, tendiendo los obesos a un porcentaje más reducido con relación al NP, mientras que de los dos grupos de obesos, el único que hizo mención de una duración coital mayor a una hora fué el de los OST. Sin embargo, sería importante analizar qué se considera como duración coital, y determinar si en el tiempo registrado, incluyen las caricias antes y después del coito. Además, determinar si en el caso anterior, la mención que hacen los OCT de mantener relaciones diariamente, realmente llegan al coito o, se limitan únicamente a caricias (Tabla 8).

**TABLA 8**  
**FRECUENCIA COITAL**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
0 - 10 '	10 %	28 %	30 %
11 - 20 '	23 %	10 %	23 %
21 - 30 '	27 %	26 %	13 %
31 - 40 '	10 %	6 %	7 %
41 - 50 '	3 %	3 %	3 %
+ de la hora	8 %	0 %	7 %
Variable	20 %	19 %	18 %
No contestaron	3 %	13 %	13 %

Por último, en lo relacionado con posiciones y caricias especiales, así como al rol sexual desempeñado durante la relación, encontramos que los dos grupos de obesos son quienes mayormente exigen, o mejor dicho, necesitan caricias y posiciones especiales, siendo el de OST el que más los demanda (Tabla 9). Esto podría ser igualmente consecuencia de su estado obeso y, de las limitaciones que esto implica, teniendo que buscar posiciones que no impliquen maniobras corporales complicadas y que puedan realizar con mayor facilidad. Del mismo modo, encontramos que el rol sexual pasivo, desempeñado en la relación, también corresponde a los OST; es decir que, su rol sexual dentro de la misma relación, también se encuentra limitado por la misma situación; en estos aspectos se encontró

que los obesos fueron los únicos que registraron porcentajes de personas que evitaron contestar, mientras que en los NP no hubo problema alguno.

**TABLA 9**

**REALIZACION DE POSICIONES ESPECIALES**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Si	7 %	27 %	33 %
No	93 %	83 %	87 %
No Contestaron	0 %	10 %	0 %

**MANIFESTACION DE CARICIAS ESPECIALES**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Si	10 %	20 %	24 %
No	90 %	70 %	63 %
No Contestaron	0 %	10 %	13 %

**ROL SEXUAL DESEMPEÑADO**

	GRUPOS		
	NP	OCT	OST
Activo	73 %	73 %	63 %
Pasivo	13 %	17 %	30 %
Ambos	13 %	3 %	7 %
No Contestaron	0 %	7 %	0 %

***Desviaciones Sexuales:***

En el último aspecto, relacionado con las desviaciones; es importante señalar antes, que sería muy aventurado afirmar quiénes son más desviados que otros. Sin

embargo, encontramos aspectos muy interesantes que únicamente podrían darnos algún indicio de éstas (Tabla 10).

En lo referente a las fantasías que puedan ser estímulo sexual y a la frecuencia de las mismas, encontramos que los OST son quienes reportan tener mayor frecuencia de éstas, ésto se debe a que en la realidad la frecuencia de sus relaciones es limitada, por lo que recurren a sus fantasías, imaginando lo que quizás, quisieran que fuera; en este sentido se encontró que los OCT registran un porcentaje muy considerable de personas que evitaron contestar, quizás por la vergüenza de mencionar el tipo de fantasía obtenida.

El último aspecto abordado es el referido a actos homosexuales, en este sentido, los únicos que mencionaron tener éste tipo de manifestaciones fueron los del grupo OCT, aunque en un porcentaje mínimo.

**TABLA 10****FRECUENCIA DE FANTASIAS**

	<b>GRUPOS</b>		
	<b>NP</b>	<b>OCT</b>	<b>OST</b>
Frecuentemente	13 %	7 %	17 %
Poco	40 %	23 %	33 %
Nada	27 %	40 %	23 %
No Contestaron	20 %	30 %	27 %

**ACTOS HOMOSEXUALES**

	<b>GRUPOS</b>		
	<b>NP</b>	<b>OCT</b>	<b>OST</b>
Si	0 %	3 %	0 %
No	93 %	87 %	97 %
No Contestaron	7 %	10 %	3 %



# **C**onclusiones



## CONCLUSIONES:

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo "normal" de la sexualidad depende de la edad, la ocupación, la cultura, la religión, la educación, las inclinaciones personales y las actitudes físicas y psicológicas frente al sexo; por lo tanto, al analizar las pautas de comportamiento sexual en las personas, es necesario tomar en cuenta cada uno de los aspectos antes mencionados.

En la presente investigación, pudimos percatarnos que dicho comportamiento se encuentra influenciado no sólo por los factores antes mencionados, sino también por el estado corporal de cada persona en particular, lo cual, nos lleva a aceptar la hipótesis planteada con respecto a que existen diferencias significativas en las pautas de comportamiento sexual entre obesos y personas con normo-peso, manifestando los obesos un menor enriquecimiento en su relación de pareja y sexual. Sin embargo, se encontró que aún entre los obesos existen diferencias comportamentales de gran significancia, es decir que, la expresión de la sexualidad es diferente entre obesos que se encuentran bajo tratamiento de reducción de peso y personas que no lo están, encontrando que los OST son quienes presentan mayores limitaciones al respecto.

Por otro lado, es pertinente aclarar que no afirmamos que el hecho de ser obeso implique, necesariamente, presentar problemas sexuales, sino que son éstos, en su mayoría, quienes tienden a manifestar problemas de este tipo. A la vista de ello, parece aconsejable incorporar un programa de consejos matrimoniales y

sexuales en aquellas personas destinadas a conseguir una reducción de peso para resolver posibles áreas problemáticas.

Sin embargo, sería importante que para posteriores investigaciones, la muestra elegida tenga cierta homogeneidad con respecto a edad, sexo y nivel de escolaridad, entre otras cosas; aspectos que se trabajarán a partir de los datos obtenidos en esta investigación. Por último, consideramos que es necesario un examen más exhaustivo para el análisis de la sexualidad en factores tales como: las emociones, la imagen corporal (aspecto del cual ya se está recabando información), así como las metas y los intereses de cada persona en la relación de pareja, entre otras cosas; para lo cual, ésta investigación aporta datos muy interesantes, dignos de tomarse en cuenta.

# **B**ibliografía

## BIBLIOGRAFIA

Adolescencia (1988). Departamento de psicopedagogía. Núm. 2.

Alvarez-Gayou, J. L., Sánchez, D. G. y Delfin, L. F. (1986) Sexoterapia Integral. El Manual Moderno , México.

Alvarez, G. L., Osornio, L. Vázquez, R. (1992) Determinación del Perfil Psicológico en Obesos. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Iztacala, México.

Amatruda, J. M., Harman, S. M., Pourmotabbed, G., y Lockwood, (1978) D. H. Depressed plasma testosterone and fractional binding of testosterone in obese males. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism , 47.

Bauer, M.; Bosch, G.; Freyberger, H.; Haselbeck, H.; Hofer, G.; Janz, H. W.; Kisker, K. P.; Krüger, H.; Langer, D.; Petersen, P.; Pflanz, M.; Richartz, M.; Rose, H. K., y Wulff, E. (1985) Psiquiatría . Salvat, Barcelona.

Botella, I. J. y Clavero, N. J. A. (1982) Fisiología Femenina . Editorial Científico Médica, España.

Bourges, R. H. (1986) Obesidad: desafío para la ciencia actual. Cuadernos de Nutrición. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran".

Brobeck, J. R. (1947) Food intake as a machinisms of temperature regulation. Yale Journal of Biology and Medicine . 20: 545-552.

Bruch, H. (1973) Eating Disorders . Nueva York: basic books.

Bruch, H. (1980) Thin and fat people. En: J. R. Kaplan (ed), A Woman's conflict: The special relationship between woman and food . Inglewood Cliff. N. : Prentice-Hall.

Bruch, H. (1961) Transformationof oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. Psychiatric Quarterly , Basic Books, Nueva York.

Burdon, A. P., Paul, L. (1951) Obesity: A review of the literature, stressing the psychosomatic approach. Psychiatric Quarterly , 25.

Buskirk, E. (1978) Nutrition for the athlete, in: Sports Medicine. Ryan y Allman. New York: Academic Press.

Cameron, N. (1982) Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Trillas, México.

Cannon, W. B. y Washburn, A. L. (1912). Hunger. American Journal of Physiology , 29:441.



- Brobeck, J. R. (1947) Food intake as a machinisms of temperature regulation. Yale Journal of Biology and Medicine . 20: 545-552.
- Bruch, H. (1973) Eating Disorders . Nueva York: basic books.
- Bruch, H. (1980) Thin and fat people. En: J. R. Kaplan (ed), A Woman's conflict: The special relationship between woman and food . Inglewood Cliff. N. : Prentice-Hall.
- Bruch, H. (1961) Transformationof oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. Psychiatric Quarterly , Basic Books, Nueva York.
- Burdon, A. P., Paul, L. (1951) Obesity: A review of the literature, stressing the psychosomatic approach. Psychiatric Quarterly , 25.
- Buskirk, E. (1978) Nutrition for the athlete, in: Sports Medicine. Ryan y Allman. New York: Academic Press.
- Cameron, N. (1982) Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Trillas, México.
- Cannon, W. B. y Washburn, A. L. (1912). Hunger. American Journal of Physiology , 29:441.

Chávez, A. (1982) Perspectivas de la Nutrición en México. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran" . Publicación I: 50 . México, 1-18.

Collip, P. (1980) Childhood Obesity . Littleton, Mass: P. S.G. Publishing Co.

Crisp, A. H. (1970) Premorbid factors in adult disorders of weight, with primary reference to primary anorexia nervosa: A literature review. Journal of psychosomatic Research , 14.

Crotte, O. M. E. (1986) Obesidad Infantil: estudio comparativo de una técnica conductual para reducción de peso, aplicada a diferentes combinaciones madre-hijo obeso. Tesis de Lic. en Psicología, E. N. E. P. Iztacala , México.

Cruz, M. M. (1980) Reporte de las necesidades de información sobre sexualidad de los adolescentes .

Cruz, O. (1981) La Sexualidad sus Cambios y Desviaciones. Publicaciones Cruz, S. A. México.

Diez, B. M. (1975) Proceso psicossomático terapéutico . Relajación dinámica concentrativa. Trillas, México.

Donald, K. (1988) Sexo seguro . Interamericana, México.

- Faloon, W. N. (1987) Tratamiento quirúrgico de la obesidad. En: Bockus(ed), Gastroenterología. Salvat, Barcelona.
- Fernstrom, J. D., y Wurtman, R. J. (1973) Control of brain 5-HT content by dietary carbohydrates. In J. Barchas y E. Usdin (Eds) Serotonin and Behavior .
- Fernstrom, J. D., y Wurtman, R. J. (1974) Effects of the diet on brain neurotransmitters. Nutrition Reviews , 32.
- Freud, A. (1985) Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente . Paidós, España.
- Gerald, D. (1983) Psicología de la conducta anormal . Limusa, México.
- Giraldo, N. O. (1985) Explorando las sexualidades humanas . Aspectos psicosociales. Trillas, México.
- Goldman, H. H. (1989) Psiquiatría General , El Manual Moderno, México.
- Gotwald, W. y Golden, G. (1983) Sexualidad: la experiencia humana . El Manual Moderno, México.
- Groth, N. (1977) Rape: power, Anger and sexuality. Journal Psychiatry , 11.



Hamburger, W. N. (1951) Emotional aspects of obesity. Medical Clinics of North America .

Herbert, A. y Otto, R. (1975) Sexo total , Grijalbo, México.

Holliday, M. A. (1978) Body composition and energy needs during growth, in: Human Growthby. Falkner y Tanner, New York: Plenum Press.

Ibañez, E. y Barreto, P. (1967) Alteraciones del comportamiento alimentario, Revista Medicine .

Jürg, W. (1985) La Pareja Humana: relación y conflicto . Morata, Madrid.

Kaufer, H. M. (1986) Estado Nutricio y cambios en la composición corporal. Cuadernos de Nutrición , Instituto Nacional de la Nutrición, México, 9.

Kaufer, H. M., y Casanueva, E. (1986) Para evaluar el estado de nutrición. Los cómo, cuándo y donde de la Antropometría. Cuadernos de Nutrición. Instituto Nacional de la Nutrición, México, 9.

Kenedy, G. C. (1953) The rol of depot fat in the hypotalamic control of food intake in the rat. Proceeding of the Royal Society . London, 140.

Kiell, N. (1973) The psychology of obesity . Charles C. Thomas, Springfield.

- Knittle, J. (1975) "Early influences on development of adipose tissue. En: Bray, G.A. (ed). Obesity in perspective. U.S. Government Printing office, Washington D.C.
- Koffer, D. (1990) Clímax. Manual Ilustrado del Amor . Colección EDDASA, México.
- Kolb, I. C. y Brodie, H. K. H. (1985) Psiquiatría Clínica . Interamericana, México.
- Kolodny, R. C., Masters, W. H., y Johnson, V. E. (1985) Tratado de Medicina Sexual . Salvat, Barcelona.
- LaCerva, V. (1983) Lactancia Materna: un manual para profesionales de la salud . El Manual Moderno, México.
- Lehrman, N. (1985) Las Técnicas Sexuales de Masters y Johnson . Gedisa, México.
- Leibowitz, S. F., y Shor-Posner, G. (1986) Hypothalamic monoamine systems for control of food intake: Analysis of meal patterns receptors mediating feeding inhibition in the rat. Brain Research, 172.

- Leiva, A., y Webb, S. (1988) Endocrinología, Metabolismo y Nutrición . Salvat, España.
- Longo, D. C., y Williams, R. A. (1982) La Práctica Clínica en Enfermería Psicosocial: evaluación e intervención . Alhambra, España.
- López, J. (1983) Biblioteca Básica de la Educación Sexual . México.
- Mahoney, J., y Mahoney, K. (1986) Control de Peso, una solución total al problema de las dietas . Trillas, México.
- Mancilla, J. M., Velasco, V., Castro, F. y Ocampo, T-G., T. (1989) Obesidad ¿Diferencias Individuales?. Revista Unbrales. E. N. E. P. Iztacala. ala.
- Mancilla, J. M., y Pérez, R. B. E. (1992) Serotonina-Conducta Alimenticia. Revista Mexicana de Psicología . México. 9.
- Mancilla, J. M., Durán, D. A., Ocampo, T-G. T., López, V. A. (1992) Rasgos de personalidad comunes en obesos. Revista de Salud Pública de México . 34.
- Mayer, J. (1955) Regulation of energy intake and body weight: the glucostat theory and the lipostat hypothesis. Annals of New York Academy of Sciences , 63:15-43.

- Mayer, J. (1968) Overweight: causes and control . Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.. J.
- McCary, J. (1980) Sexualidad Humana . El Manual Moderno, México.
- Mckeown, T. (1986) Introducción a la Medicina Social . Siglo XXI, México.
- McLaren, D. S. (1983) La Nutrición y sus Transtornos . El Manual Moderno, México.
- Moore, M. E., Stunkard, A., y Srole, L. (1962) Obesity: social class, and mental illness. Journal of the American Medical Association , 181.
- Nathan, P. E. y Harris, L. S. (1983) Psicopatología y Sociedad . Trillas, México.
- Neill, J. R., Marshall, J. R. y Yale, C. E. (1978) Marital changes after intestinal bypass surgery. Journal of the American Medical Association , 240.
- Netter, A. (1973) Educación Sexual . Salvat, México.
- Newburgh, L. H. (1944) Obesity: energy metabolism. Physiological Reviews , 24.
- Ramos, G. R. (1985) Alimentación Normal en Niños y Adolescentes . Teoría y práctica. El Manual Moderno, México.

Rodin, J. (1983) Influencias bidireccionales de la emocionalidad, la responsividad estimular y los fenómenos metabólicos en la obesidad. En: Maser, J. D. y Seligman, M. E. P. Modelos Experimentales en Psicopatología. Alhambra, Madrid.

Rolls, E. T., Burton, M. J., y Mora, F. (1975) Visual responses of neurones in the hypothalamus and substantia inominata. Universidad de Oxford.

Salans, L. B. (1983) Obesidad. En: Felig, P., Baxter, J. D., Broadus, A. E., y Frohman, L. A. Endocrinología y Metabolismo, McGraw-Hill, México.

Saldaña, C., y Rossel, R. (1988) Obesidad. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ediciones Martínez Roca, España.

Schneider, G., Kirschner, M. A., Berkowitz, R., y Ertel, N. H. (1979) Increased estrogen production in obese men. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 48.

SnMartín, H. (1984) Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana S. A., México.

Solá, M. L. (1987) Introducción a las Ciencias de la Salud. Trillas, México.

- Solow, C., Silberfarb, P. M., y Swift, K. (1974) Psychosocial effects of intestinal bypass surgery for severe obesity. New England Journal of Medicine , 290.
- Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K., y Rennie, T. A. C. (1962) Mental health in the metropolis: the MIDTOWN Manhattan study , McGraw-Hill, Nueva York.
- Stewart, T. A. (1987) ABC de la Nutrición . Salvat, México.
- Taylor, K. B. (1985) Nutrición Clínica . McGraw-Hill, México.
- Tordjman, G. (1977) La Frigidez Femenina; y como tratarla . Editor Granica S. A., España.
- Turner, C. F. (1971) Higiene del Individuo y de la Comunidad . Prensa Médica Mexicana, México.
- Vallejo, R. J. (1991) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría . Salvat, España.
- Ward, I. L. (1983) Sexo. En: Maser, J. D., y Seligman, M. P. Modelos Experimentales en Psicopatología , Alhambra, Madrid.

Watson, E. H., y Lowrey, G. H. (1980) Crecimiento y Desarrollo del Niño . Trillas, México.

Wurtman, J. D., y Wurtman, R. J. (1977) Fenfluramine and fluoxetine spre protein consumption while supressing caloric intake by rats. Science , 198.

Wurtman, J. D.,y Wurtman, R. J. (1979) Drugs that enhance serotonergic transmission diminish elective carbohydrate consumption by rats. Life Sciences. 24.

**A** nexo



## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE PAREJA

NOMBRE:-----.

1.- La relación con su pareja es:-----.

a) muy estable    b) estable    c) poco estable    d) nada estable

2.- Tienen conflictos:-----.

a) muy frecuentemente    b) frecuentemente    c) casi nunca    d) nunca

3.-¿Cual es el motivo por el que comunmente se suscitan los conflictos con su pareja? -----  
-----  
-----

4.-¿ Platica con su pareja sobre todos los temas sin problemas? -----

a) muy frecuentemente    b) frecuentemente

c) casi nunca    d) nunca

5.-¿ Que temas no pueden abordar? -----  
-----

6.- Platica con su pareja de temas como:-----

a) deportivos    b) sexuales    c) culturales    d) económicos

e) políticos    f) sociales    g) familiares    h) otros-----

7.-¿ Considera celosa (a) a su pareja ? -----

a) demasiado    b) regular    c) poco    d) nada

8.-¿ Esto les ha causado problemas? -----

a) muy frecuentemente    b) frecuentemente    c) casi nunca    d) nunca

9.-¿Cómo se desarrollan éste tipo de problemas? -----  
-----  
-----

10.-¿Comunica a su pareja todas sus sentimientos hacia ella? -----

a) siempre b) a veces c) poco d) nunca

11.-¿ Que és lo que lo une a su pareja ? -----  
-----

12.-¿Ha tenido problemas a causa de terceras personas? -----

a) si b) no c) a veces

¿Por quién ó con quienes ?-----

13.-¿Considera que su pareja la conoce ?-----

a) totalmente b) regular c) poco d) nada

14.-¿ Cree conocer a su pareja ?-----

a) totalmente b) regular c) poco d) nada

15.-¿Comunica a su pareja lo que le disgusta de ella ? -----

a) muy frecuentemente b) frecuentemente c) casi nunca d) nunca

16.-¿ Que le disgusta de su pareja ?-----  
-----  
-----

17.-¿Que le disgusta a su pareja de usted ? -----  
-----  
-----

18.-¿ Su familia acepta a su pareja ?-----

a) otalmente b) regular c) poco d) nada

19.-¿ La familia de su pareja la acepta a usted ?-----

a) totalmente b) regular c) poco d) nada

20.-¿ Han tenido o tuvo relaciones sexuales antes del matrimonio ? -----

a) si b) no

¿Esto considera que le ha producido algún conflicto, porqué?

-----  
-----

21.-¿Son satisfactorias sus relaciones sexuales?-----

a) siempre b) casi siempre c) nunca

¿porqué?-----

-----

22.-¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales?-----

-----

23.-¿Quién inicia los acercamientos sexuales?-----

-----

24.-Cuando inician su acercamiento sexual, ¿llegan hasta el coito?-----

-----

25.-¿Cuál es la duración del coito?-----

-----

26.-¿Existe variedad en el tipo de caricias antes y durante el coito?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

27.-¿Siente excesiva la demanda sexual de su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

28.-¿Es capaz de negarse cuando su pareja desea tener relaciones?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

29.-¿Es capáz de aceptar un no de su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

30.-¿Qué actitud asume cuando su pareja dice NO?-----

31.-¿Cuál es la reacción de su pareja cuando usted inicia el  
acto sexual?-----

32.-¿Le causa problemas mostrarse desnuda ante su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces c) nunca ¿porqué?-----

33.-¿Elije alguna ropa interior en especial?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

34.-¿Le molesta algo de su físico? -----

35.-¿Comúnmente acaricia a su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

36.-¿Su pareja le exige alguna caricia en especial?-----

37.-Durante la relación sexual, ¿habla con su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

38.- ¿Practica con su pareja alguna posición en especial?-----

39.-¿Varían las posiciones en que realizan el coito?-----  
-----

40.-¿Mantienen relaciones con la luz encendida?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

41.-¿Mantiene relaciones bucogenitales?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

42.-¿Llegan los dos al orgasmo?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

43.-¿Qué actitud asume usted después de la relación? -----  
-----

44.-¿Qué actitud asume su pareja después de la relación?-----  
-----  
-----

45.-¿Habla de sus preferencias sexuales con su pareja?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

46.-¿Utilizan algún método anticonceptivo?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

¿Cuál?-----

¿porqué lo eligieron?-----  
-----

47.-¿La decisión de usar anticonceptivos fué de ambos?-----

¿porqué?-----  
-----

48.-¿Cuál es su papel durante la relación sexual?-----

a) activo b) pasivo

49.-¿Ha tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio?-----

50.-¿Se ha masturbado alguna vez?-----

a) constantemente b) pocas veces c) nunca

51.-¿Han sido satisfactorias tales experiencias?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

52.-¿le han ocasionado algún sentimiento de culpabilidad?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

53.-¿Ha tenido pensamientos o fantasías que sean estímulo sexual?

----- Narre algunos-----

-----

-----

54.-¿Con qué frecuencia tiene pensamientos sexuales?-----

-----

55.-¿Ha tenido pensamientos o fantasías con homosexuales?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

¿Cuáles?-----

-----

56.-¿Considera haber tenido alguna actividad homosexual?-----

-----

57.-La educación familiar que ha recibido, ¿influye en sus relaciones sexuales?-----

-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

¿porqué?-----

-----

58.-¿Influyen sus creencias religiosas en su relación sexual?-----

a) siempre b) casi siempre c) pocas veces d) nunca

**GRACIAS.**