

220
rej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL
EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
SANTAMARÍA PEREA ROSA MARÍA
TELLEZ HERNÁNDEZ NORA ALEJANDRINA

DIRECTORA:
LIC. OFELIA REYES NICOLAT



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A la Lic. Ofelia Reyes Nicolat
con profundo afecto y reconocimiento
por su guía y orientación en el
desarrollo de este trabajo.

A la Mtra. Sofía Rivera Aragón
con cariño por el tiempo y dedicación
en la elaboración de este trabajo.

A la Socióloga Juana Freyre
con afecto por las facilidades
brindadas para la realización del trabajo.

A mis padres:

Por su amor, su confianza, apoyo
y ejemplo de seguir siempre adelante
y más que nada por haberme dado la
mayor de las herencias, ya que puedo
ver realizado uno de mis más grandes
anhelos.

A mis hermanos:

Con todo mi agradecimiento por
el apoyo que me brindaron
alentándome en mi superación.

A mis sobrinos y cuñados:

Con cariño y afecto por la
confianza y apoyo moral para
alcanzar mi meta deseada.

Para nosotros:

**Por la confianza y el
apoyo mutuo que nos permitió
llegar a la culminación de
nuestra meta y reafirmar
nuestra amistad.**

INDICE

pág.

Resumen

Introducción.

<u>Capítulo 1. Sexualidad</u>	1
1) Conceptos	1
1.1.- Sexo.....	1
1.2.- Sexo de asignación.....	2
1.3.- Identidad sexual.....	2
1.4.- Papel sexual.....	2
2) Diferentes conductas de la sexualidad.....	7
2.1.- Descripción de parafilias.....	11
2.1.1.- Exhibicionismo.....	11
2.1.2.- Fetichismo.....	11
2.1.3.- Frotteurismo.....	11
2.1.4.- Pedofilia.....	12
2.1.5.- Masoquismo sexual.....	12
2.1.6.- Sadismo sexual.....	12
2.1.7.- Transvesticismo.....	13
2.1.8.- Voyeurismo.....	13
2.1.9.- Escatología telefónica.....	13
2.1.10.- Necrofilia.....	14
2.1.11.- Parcialismo.....	14
2.1.12.- Zoofilia.....	14
2.1.13.- Coprofilia.....	14
2.1.14.- Klismafilia.....	14
2.1.15.- Urofilia.....	15
2.1.16.- Masturbación.....	15
2.1.17.- Incesto.....	16
2.1.18.- Violación.....	16

2.2.- Esquizofrenia.....	33
2.2.1.- Esquizofrenia tipo simple.....	34
2.2.2.- Esquizofrenia tipo hebefrénico.....	34
2.2.3.- Esquizofrenia tipo catatónico.....	34
2.2.4.- Esquizofrenia tipo paranoide.....	34
2.2.5.- Episodio esquizofrénico agudo.....	35
2.2.6.- Esquizofrenia latente.....	35
2.2.7.- Esquizofrenia residual.....	36
2.2.8.- Esquizofrenia tipo esquizoafectivo.....	36
2.3.- Paranoia.....	36
2.3.1.- Estado paranoide simple.....	37
2.3.2.- Parafrenia.....	37
2.3.3.- Psicosis inducida.....	37
3) Investigaciones sobre conducta sexual es pacientes psicóticos.....	38
Capítulo 3. Método.....	45
1.- Planteamiento del problema.....	45
2.- Objetivo general.....	45
3.- Objetivos específicos.....	45
4.- Hipótesis de trabajo.....	45
5.- Hipótesis nulas y alternas.....	46
6.- Variables dependientes.....	46
7.- Variables independientes.....	46
8.- Definiciones conceptuales de las variables.....	46
9.- Definiciones operacionales de las variables.....	47
10.- Criterios de inclusión.....	48
11.- Criterios de exclusión.....	49
12.- Tipo de muestreo.....	49
13.- Tipo de estudio.....	49
14.- Diseño.....	50
15.- Instrumento.....	50
16.- Procedimiento.....	50

pag.

Capítulo 4. Resultados..... 51

Tratamiento estadístico de los datos..... 51

Capítulo 5. 67

Discusión y conclusiones..... 67

Limitaciones y sugerencias..... 71

Bibliografía..... 73

Anexos.

INTRODUCCION

La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante, en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre los individuos.

Para comprender al ser humano en todas sus manifestaciones, debemos partir del principio general que establece que la naturaleza humana es el resultado de la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad se manifiesta en la manera de sentir, pensar, decir y hacer.

Todo ser humano, independientemente de ser mujer u hombre, nace con un bagaje de potencialidades cuyo desarrollo estará condicionado por su historia personal y por las características que cada sociedad exige a sus miembros para desempeñar un rol en función de su sexo.

Así, la sexualidad participa de mitos y prejuicios y las desviaciones en ésta son comúnmente vinculadas a la enfermedad mental. En alguna época se creía que el enfermo mental estaba poseído por el demonio, se tenía por tanto que apartarlo de la sociedad esto no ha cambiado mucho ahora se les aparta como desviados o enfermos a muchos cuya única enfermedad consiste en ser una minoría con preferencias sexuales diferentes a las que practica la mayoría de la sociedad.

Ahora bien, los trastornos psiquiátricos se relacionan con gran frecuencia con alteraciones en la conducta y la actividad sexual por ejemplo: muchos pacientes deprimidos experimentan una pérdida de la libido.

La conducta sexual del psicótico se ha considerado como limitada en comparación con la que presenta la población "normal", lo cual traía como consecuencia creer que el paciente psicótico no se

interesaba en el placer sexual ni en ningún otro tipo de placer; sin embargo, estas conclusiones parecen ser para algunos cuadros sólo resultados, tomando esta falta de conducta sexual como parte del encierro en sí mismo que manifiestan los pacientes psicóticos limitándolo a los contactos interpersonales de todo tipo.

La presente investigación surgió a partir de observaciones no formales realizadas durante algunas prácticas, en donde se percibió el poco interés del profesional de la salud hacia la conducta sexual del paciente psiquiátrico como si éste no fuera un ser sexuado.

Por lo que a partir de esto, de manera exploratoria se pretende identificar las características de la conducta sexual en pacientes diagnosticados con cuadros psicóticos agudos para que el profesional de la salud le brinde mayor importancia a su conducta sexual.

Partiendo de esto, en el presente trabajo se abarcaran los siguientes puntos.

En el capítulo 1 se definen los conceptos básicos en sexualidad humana, así como también los diferentes comportamientos y manifestaciones sexuales.

El capítulo 2 contiene la descripción de las psicosis haciendo una división entre la psicosis funcional y la psicosis orgánica, así como también trabajos encontrados sobre la conducta sexual en los pacientes psicóticos.

Por otra parte en el capítulo 3 se describe el método con el que se lleva a cabo la investigación.

El capítulo 4 presenta el análisis estadístico al que fueron sometidos los datos que se encontraron en las muestras.

Y por último en el capítulo 5 se presenta la discusión, conclusiones, limitaciones y sugerencias.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar las características de la conducta sexual del paciente psiquiátrico a través de la revisión de historias clínicas de septiembre de 1989 a septiembre de 1994 del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. La muestra constó de 100 historias clínicas de las cuales 49 fueron pacientes con diagnóstico de psicosis orgánica; conformada por 30 hombres y 19 mujeres, así como 51 pacientes con diagnóstico de psicosis funcional formada por 27 hombres y 24 mujeres. Teniendo un total de 57 hombres y 43 mujeres. La información obtenida sobre la conducta sexual fue vaciada en las tablas de concentración de datos, el análisis se hizo a través de los programas estadísticos Frecuencias para elaborar el estudio descriptivo de la muestra y Chi cuadrada que se utilizó para determinar si entre los grupos existían o no diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos a partir de la Chi cuadrada demuestran que en la conducta sexual de masturbación existen diferencias significativas, ya que se presentó en 18 hombres y sólo en 4 mujeres independientemente de su diagnóstico.

También se encontraron diferencias significativas por diagnóstico en la conducta sin relaciones sexuales, presentándose en 5 personas con psicosis funcional y sólo una con psicosis orgánica.

Entre las conclusiones más importantes se encontró que los pacientes con psicosis orgánica presentan menor conducta sexual que los pacientes con psicosis funcional y que las mujeres manifiestan mayor conducta sexual que los hombres.

CAPITULO 1

SEXUALIDAD

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos significa placer y aceptación, para otros origina problemas y conflictos. Casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y de la de los demás, lo que provoca una afectación en la vida individual y social.

La sexualidad está presente desde el periodo prenatal y se condiciona por la educación, las costumbres y las perspectivas de la vida, reflejándose en lo social, familiar y laboral.

Existe una disciplina multidisciplinaria que estudia la sexualidad denominada sexología, cuya finalidad es el estudio, atención y solución de la problemática sexual del individuo para el desarrollo armónico y equilibrado de las intervenciones del ser humano como ente social.

La sexología requiere de definiciones básicas que sirven como marco teórico fundamental, dado que en nuestra sociedad la terminología empleada no es la adecuada.

1) Conceptos.

A continuación se describen conceptos aceptados por la sexología organizados sistemáticamente para que a partir de las definiciones dadas se permita mantener una cierta unidad y coherencia a lo largo del capítulo.

1.1) Sexo:

Es una serie de características físicas determinadas genéticamente que colocan a los individuos en un punto del continuo cuyos extremos son: sujetos reproductivamente complementarios.
(Álvarez Gayou, 1979).

1.2) Sexo de asignación:

Es aquél que se asigna al individuo en el momento de nacer por el aspecto de sus genitales externos. Este sexo le confiere al infante las actitudes y conductas de los que lo rodean condicionando, a su vez en él, actitudes y conductas esperadas para el niño o niña, éstas poseen gran fuerza y trascendencia al grado de que si a un niño de sexo masculino es tratado como niña o viceversa, este infante actuará como el sexo que socialmente se le asigna, o tendrá problemática con su identidad sexual.

1.3) Identidad sexual:

Es la vivencia psíquica y emocional, obtenida durante el proceso de identificación de pertenecer al sexo masculino o femenino, es decir, el resultado de estímulos derivados de experiencias con miembros de la familia, amigos, profesores y de fenómenos culturales.

Money y The Hampsons (citado en Kaplan Harold, 1982) la describe como "Todas aquellas cosas que una persona dice o hace para revelar qué tiene el status de chico u hombre , chica o mujer".

Aunque los factores biológicos son importantes, el factor principal para conseguir el papel apropiado del sexo de un individuo es el aprendizaje.

1.4) Papel sexual:

Se considera como una categorización social de las conductas que, en el seno de una sociedad son deseables para un individuo mientras que no lo son para otros; es decir, una misma conducta, según el sexo de quien la realiza, refleja "lo esperado" o lo "desviado" de lo que se espera.

Al integrarse los conceptos descritos anteriormente, el punto donde se unen los aspectos biológicos (sexo), psicológicos (identidad

sexual) y sociales (sexo de asignación, papel sexual), forman el concepto básico de sexualidad.

Con lo anterior podemos decir que la sexualidad es un concepto que no se refiere únicamente a aspectos biológicos o de reproducción, sino que involucra aspectos sociales y psicológicos como amor, afecto, relaciones hetero u homosexuales, actitudes, valores y normas, y en general en donde exista todo lo que subyace en una relación interpersonal.

Si las etapas prenatales fueran cubiertas satisfactoriamente sin producirse alteraciones, el niño crecería con un mensaje corporal diferenciado, lo que permite asignarle socialmente un sexo. Tal asignación se da desde el nacimiento y en muchos casos desde antes que nazca el bebé y consiste en que las personas cercanas a él adoptan actitudes dependiendo en que si será mujer u hombre.

Dentro de la sociedad latina los colores rosa y azul designan el sexo del nuevo ser, para los niños el azul y el rosa para niñas, a estas últimas les perforan los pabellones auriculares y se regalan chocolates, mientras que los padres obsequian puros si es varón. Los regalos de los familiares y amigos serán diferentes si se trata de uno u otro sexo. (Gagnon, 1977).

De esta forma se da el modelamiento de la conducta del individuo, incluyendo la conducta sexual debido a la necesidad del ser humano de lograr una convivencia social. De esta manera la forma de vestir al niño será característica dependiendo de su sexo.

El hecho de pertenecer biológicamente a uno u otro sexo, no significa que la manera de comportarnos vaya a estar determinada sólo por eso. El comportarse como mujer o como varón va a depender de la forma en que se internaliza la conceptualización que la cultura y sociedad tenga al respecto.

El proceso de socialización esta encaminado a que cada miembro del grupo haga suyos los elementos normativos establecidos para la convivencia. En este sentido la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una manera determinada.

Las características que definen el comportamiento sexual de la mujer y el varón, conocidos como roles sexuales o papel de género, van a estar condicionados a la concepción particular que cada sociedad tenga de ellos; el papel o rol sexual es la expresión pública de la identidad de género y esta última es la experiencia privada del papel o rol sexual.

Así pues, el rol sexual da la pauta de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenece. El contenido del rol sexual es el reflejo de la ideología social, siendo esto introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento.

La conducta sexual humana es entonces, el resultado del aprendizaje social, de forma que los factores no hormonales determinan en gran parte la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de los hombres y de las mujeres (Bandura y Walters, citado en Alvarez Gayou, 1987).

La replicación de las conductas deseables llega a convertirse en hábitos, de tal forma que las personas que componen una sociedad continuaran siendo individuos, entidades precisas física y psicológicamente, por completa que sea su integración, seguirán conservando capacidades de pensamiento y acción independiente; sin embargo, las personas viven esencialmente de hábitos y actúan como se les ha condicionado.

Existen individuos cuya conducta no se sujeta a las pautas sociales, se le excluye de la misma por manifestar comportamientos antisociales para ese contexto determinado. El discriminar las pautas ideales de la conducta, en si misma, marca el origen de los códigos morales humanos.

Por tal motivo es importante manejar el término de "normalidad" respecto a la sexualidad porque normaliza dichos comportamientos.

Para la medicina el término normal se convirtió en sinónimo de salud y el de anormal en enfermedad (Alvarez Gayou 1987), el concepto de enfermedad en la medicina post renacentista implica desviación respecto a una norma claramente definida y establecida, y aunque dicha desviación se aplica únicamente a constantes fisiológicas, más tarde se extiende el uso del término normal, a la no integridad estructural del cuerpo humano; de ahí en adelante, la salud comienza a expresarse no sólo en términos fisiológicos, sino también anatómicos.

La función social sacralizada del médico en la edad moderna y aún en la época contemporánea, lo obliga a enunciar juicios morales respecto a situaciones que le son planteadas en su diario ejercicio; y las casillas que tiene para colocar sus dictámenes morales son obviamente lo normal y anormal o desviado de lo normal, lo sano y lo enfermo, con lo que califica no otra cosa sino lo que para el o su grupo social es aceptable o no.

El término "normal", se traslada a la conducta del ser humano y en especial a la conducta sexual; en este caso el dictamen moral de los médicos emplea el término "perversión" para referirse, no a una desviación de norma estadística, sino a sus muy personales normas morales. El término "perversión" presupone que todos tenemos los mismos deseos sexuales (Alvarez Gayou 1987).

Respecto a la conducta sexual, lo "normal" no puede definirse aunque con frecuencia se nos pide hacerlo, así como tampoco las desviaciones o las perversiones. Si esto fuera posible nos enfrentaríamos a la titánica tarea de separar y clasificar tantas prácticas sexuales como humanos hay.

Dentro del aspecto psicológico la sexualidad está constituida por la identidad de género definida como la igualdad así mismo, la unidad y persistencia de la propia individualidad como mujer o varón, o hermafrodita; esto se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como varón o como mujer. Es la experiencia personal intrapsíquica del papel de género.

Se estima que la identidad de género es adquirida aproximadamente a los 18 meses de edad. Aunque existen enfoques (Money, 1982), que plantean que la identidad de género puede existir desde antes del nacimiento, debido a una programación filogenética que ejerce influencia antes del nacimiento dejando una huella permanente.

Desde este enfoque, después del nacimiento, la programación de la diferenciación psicosexual constituye una función de la historia biográfica y, en especial, de la biografía social. El programa biográfico-social no es independiente del filogenético, sino en conjunción con éste, y en ocasiones puede haber divergencias entre ambos. Los efectos a largo plazo de ambos son de idéntica fijación y persistencia y sus orígenes no son fácilmente reconocibles. Con frecuencia, aspectos de la diferenciación psicosexual de la biografía social son atribuidos al programa filogenético.

La parte predominante de la diferenciación de la identidad de género recibe su programa mediante transmisión social a partir de las personas responsables, en la conformación del sexo y de la asignación de éste durante las prácticas de crianza. Existe una ulterior confirmación a partir de los cambios hormonales en la pubertad, o bien, no la recibe en ocasiones de identidad incongruente.

Es importante señalar que el contenido de esta identidad de género es producto social. Hasta la fecha, lo único que parece ser intrínseco a la naturaleza femenina o masculina es la diferencia en su función reproductiva.

Actualmente vivimos una época de confrontación de valores, cuyas causas se encuentran en los cambios ocurridos en la vida social que permitieron la incorporación de la mujer al trabajo asalariado.

Esta nueva situación ha provocado cambios en la estructura familiar, cuestionando los valores tradicionales y permitiendo la creación de roles sexuales más flexibles.

En cuanto a la orientación sexual, podemos decir que se refiere a la atracción o preferencia del sujeto para elegir compañero en

la relación coital, en la afectiva y en la fantasía. En este componente existe también un fuerte condicionamiento social.

La mayor parte de la conducta sexual es originalmente aprendida, clasificada y practicada sobre la base de creencias de identidad de sexo. Nuestra sociedad no estimula la conducta sexual entre los jóvenes pero subraya desde temprana edad las agudas diferencias en identidades y papeles de sexo.

En esta perspectiva, la sexualidad entre adultos, independientemente del guión que sigan debe ser comprendida no como resultado de un proceso en desarrollo, sino como consecuencia de una elaboración continua, de una interacción entre la persona y el ambiente.

2) Diferentes conductas de la sexualidad.

Aún cuando el coito sexual es el modo preferido de expresión sexual para la mayoría de los adultos, muchos de estos también participan en otra forma de conducta sexual en algún momento de su vida, e incluso exclusivamente practican éstas. Tales manifestaciones, en la forma de practicarías para la psiquiatría se conocen como: "Trastornos sexuales", sin embargo, la sexología no esta de acuerdo con esta connotación y las denomina "variaciones sexuales". El Instituto Mexicano de Sexología preocupado por la utilización de un lenguaje objetivo y científico, propuso y adoptó la denominación de "expresiones comportamentales de la sexualidad". Las cuales abarcan más aspectos que los netamente erótico sexuales.

El continuo para todas las expresiones se estructura en una escala graduada con siete niveles que son:

- 1.- Expresión mínima (EM). Se refiere al grado mínimo de expresividad del comportamiento que produce gusto o satisfacción y está presente en todo individuo.
- 2.- Expresión acentuada (EA). Es el mismo comportamiento pero es más notorio o predominante en un individuo.

- 3.- Expresión erótica sexual a nivel de fantasía (EESF). Implica excitación sexual e incluso consecución orgásmica a través de la expresión en cuestión pero sólo a nivel de fantasía o sueño.
- 4.- Expresión erótica sexual mínima (EESM). Práctica de la expresión para obtener excitación, orgasmo o ambos.
- 5.- Expresión erótica sexual preferida (EESP). Casos de personas que tienen predilección especial por ésta, sin dejar otras.
- 6.- Expresión erótica sexual predominante (EESPR). Se refiere a las personas en que prevalece mucho ésta; por ejemplo, de cada diez experiencias sexuales en ocho se prefiere la que esté en análisis.
- 7.- Expresión erótica sexual exclusiva (EESE). Significa que sólo mediante esa expresión se logra la excitación, orgasmo o ambos. (Ver Anexo 1)

Las expresiones comportamentales se han practicado a través de la historia y en todas las razas; en alguna época y en determinadas culturas han sido aceptadas.

La primera revisión realizada de dichas conductas fue hecha por Richard Von Krafft Ebing expuesta en "Psychopathias Sexualis" (1886). Posteriormente Freud (1905) en sus tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad, basó su clasificación de las conductas desviadas en la suposición de que entre adultos cualquier forma de conducta sexual que fuera más importante que el coito heterosexual representaba un defecto en el desarrollo psicosexual.

Freud denominó a la persona de quien emana la atracción sexual "objeto sexual" y lo que desea hacer con el objeto, como la "meta sexual". En una relación sana o madura el objeto sería el adulto del sexo opuesto y la meta el deseo del coito. (citado en Katchadourian, 1988).

Para Freud las desviaciones pueden ser asumidas en dos formas las cuales se mencionan a continuación:

1) Desviaciones en la elección del objeto sexual:

Homosexualidad
bisexualidad
transexualidad
paifilia o pedofilia
incesto
zoofilia
actividad sexual en grupo
fetichismo
transvestismo
necrofilia
cleptomanía
piromanía
gerontofilia.

2) Desviaciones en la elección de la meta sexual

Voyeurismo
exhibicionismo
sadomasoquismo
violación
coprofilia
urofilia
rinofilia

Harold Kaplan y Alfred Freedman (1982) en su libro compendio de psiquiatría , además de estas conductas sexuales mencionan las siguientes:

Frotteurismo o tribofilia
oralismo
masturbación
pomografía.

Por otra parte en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R, 1988) dichas conductas son clasificadas como trastornos sexuales; estos trastornos se dividen en dos grupos: parafilias y disfunciones sexuales. En este apartado sólo se

revisarán las parafilias, las cuales se caracterizan por una respuesta de activación a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de las pautas habituales y que en diversos grados pueden interferir con la capacidad de una actividad sexual recíproca y afectiva. Se emplea el término parafilia porque según su etimología subraya de una forma correcta que la esviación (para "cerca de") yace en aquello que es un atractivo para el individuo (philia "amar").(DSM-III-R, 1988)

La sintomatología esencial de los trastornos incluidos en esta subclase consiste en la de necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes que generalmente suponen: 1) objetos no humanos, 2) sufrimiento o humillación propia del compañero (no simulada) y 3) niños o personas que no consienten.

Las parafilias específicas dentro del DSM-III-R son:

- 1) Exhibicionismo
- 2) fetichismo
- 3) frotteurismo
- 4) pedofilia o paidofilia
- 5) masoquismo sexual
- 6) sadismo sexual
- 7) transvestismo
- 8) voyeurismo

Existe una categoría residual, la de parafilias no especificadas, que son las de menor frecuencia y que han sido suficientemente descritas hasta la fecha para incluirlas como categorías específicas. Estas son:

- 1) Escatología telefónica
- 2) necrofilia (cadáveres)
- 3) parcialismo (atención centrada en una parte del cuerpo)
- 4) zoofilia (animales)
- 5) coprofilia (heces)
- 6) klismafilia (enemas)
- 7) urofilia (orina)

2.1) Descripción de parafilias.

2.1.1) Exhibicionismo:

Consiste en una exposición compulsiva de los genitales en público como medio de conseguir excitación y gratificación sexual.

El exhibicionista obtiene gratificación al observar la reacción, que casi siempre es de sorpresa, temor, disgusto y enojo. Algunos hombres eyaculan al momento de la exposición, otros disfrutan la liberación psíquica y otros más se masturban inmediatamente después.

Esta manifestación sexual es frecuente en México y casi exclusivamente masculina (citado en Caso Muñoz Agustín, fundamentos de psiquiatría, 1982).

2.1.2) Fetichismo:

En el fetichismo el objeto sexual es un artículo inanimado, a menudo es una pieza de ropa o zapato, así mismo las partes del cuerpo pueden asumir un significado similar. Esta manifestación es casi exclusivamente masculina; una variedad de fetichismo llamada pigmalionismo es el estado en el que el deseo sexual es despertado por un objeto inanimado, como una estatua o muñeca.

El fetichista está con frecuencia taciturno y deprimido y a veces puede beber de manera excesiva. Su presencia puede parecer pasiva y reservada, que oculta un temperamento violento, tendencias obsesivas y sentimientos de desconfianza (Alvarez Gayou, 1986)

2.1.3) Frotteurismo:

Se caracteriza por el hecho de que el hombre frota su pene contra las nalgas o el cuerpo de una mujer, completamente vestida, para conseguir el orgasmo.

El frotteur es pasivo y aislado, y esta conducta llega a ser su única fuente de gratificación.

2.1.4) Pedofilia:

Requiere la cooperación de un niño del mismo sexo o de sexo opuesto como compañero, para lograr la gratificación sexual.

En la literatura el paidofílico heterosexual es descrito como un extraño que husmea, atrapa a una niña que no sospecha, la lleva por la fuerza a un lugar secreto y la viola; sin embargo, se ha demostrado que el 85% son parientes, amigos, vecinos o conocidos por lo que no se utiliza la fuerza sino la seducción o convencimiento para atraer a la niña. El daño físico a la niña es raro. El episodio es breve, aunque hay varios episodios antes de que se descubra. El contacto sexual común es el hombre cargando a la niña y acariciando sus genitales externos, el coito es raro ya que la mayoría son impotentes (Katchadourian, 1988).

El paidofílico homosexual tiene gratificación sexual al usar niños pequeños del mismo sexo como objeto sexual.

Las actividades sexuales pueden incluir caricias y masturbación del niño, masturbación mutua, fellatio y pederastía (coito anal con un niño).

2.1.5) Masochismo sexual:

El masochismo se aplica a casos en los que el individuo debe estar sujeto al dolor con el objeto de lograr satisfacción sexual.

2.1.6) Sadismo sexual:

El término sadismo está limitado a casos en los que el sujeto necesita infligir dolor con el objeto de lograr satisfacción sexual. Este

vocablo fue inventado por el sexólogo alemán Richard Von Krafft Ebing (Citado en Kachadourian, 1988).

2.1.7) Transvestismo:

Son los individuos que gustan de utilizar prendas, manierismos, expresiones, accesorios, adornos, lenguaje e incluso comportamientos característicos del otro sexo en la cultura de la propia persona.

2.1.8) Voyeurismo:

Es la expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas gustan de ver los cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas. Lo que lleva al individuo a observar es el peligro y la excitación que implica.

La única característica común de estos sujetos es una historia de relación heterosexual deficiente. Por regla no molestan físicamente a la víctima. Con frecuencia estos sujetos se masturban mientras observan o inmediatamente después.

2.1.9) Escatología telefónica:

Consiste en realizar llamadas telefónicas obsenas como medio de obtener excitación y gratificación sexual (el acto va acompañado a menudo de masturbación hasta el orgasmo).

Quien realiza la llamada conoce el nombre y número telefónico de la persona a quien llama y la respuesta sorprendida de ésta, intensifican la libertad para amenazar o adular (Kolodny, 1979).

2.1.10) Necrofilia:

Es el acto de obtener gratificación sexual con cadáveres, es en extremo rara y en ello participan hombres psicóticos.

2.1.11) Parcialismo:

El parcialismo es el estado en el que el deseo sexual es despertado con referencia a una parte del cuerpo que se supone tiene partes fetichistas. El parcialismo parece menos raro que el fetichismo por que está más cerca de las preferencias de la mayoría de las personas (atributos corporales en particular).

2.1.12) Zoofilia:

El ser humano que se implica con la zoofilia consigue gratificación sexual realizando el coito con un animal vivo. El sentido común sugiere que los animales más usados serían los encontrados en granjas y casas; la actividad es una forma de masturbación o coito. En el estudio de Kinsey (citado en Alvarez Gayou 1987), el contacto corporal general con animales y los genitales humanos fueron reportados por ambos sexos, pero el coito fue más común entre los hombres. El animal simboliza el falo.

2.1.13) Coprofilia:

El placer sexual asociado con el deseo de defecar sobre una pareja o que se le defeque encima o comer heces (coprofagia).

2.1.14) Klismafilia:

Consiste en la excitación sexual obtenida preferencialmente o exclusivamente mediante el uso de enemas. (Masters y Johnson, 1987).

2.1.15) Urofilia:

El placer sexual asociado con el deseo de orinar sobre una pareja o de que ésta se orine encima, es una forma de erotismo uretral.

El erotismo uretral se puede asociar con técnicas masturbatorias que comprenden la inserción de objetos extraños en la uretra para la estimulación sexual, tanto en hombres como en mujeres.

2.1.16) Masturbación:

La masturbación es el precursor normal de la conducta sexual relacionada con el objeto, esta actividad es frecuente en todos los estadios de la vida, desde la infancia hasta la vida adulta.

La masturbación puede definirse como logro del placer sexual que generalmente termina en orgasmo (autoerotismo). Las técnicas de la masturbación varía en ambos sexos y entre los individuos. Lo más frecuente es la estimulación directa del clítoris o el pene con la mano o los dedos. También se puede utilizar la estimulación indirecta, como el frotarse con una almohada o apretando los muslos.

Cuando la masturbación es el único tipo de actividad sexual preferido o practicado, se puede considerar como un síntoma de trastorno emocional, no porque sea sexual, sino porque es compulsivo (Harold Kaplan 1982).

Ellis (citado en Masters y Johnson 1987), señaló que la masturbación era una práctica común en ambos sexos y en todas las edades; rebatió la idea victoriana de que la mujer "decente" no sentía apetencia carnal, y subrayó el origen psicológico más que orgánico de numerosos trastornos sexuales.

2.1.17) Incesto:

Muy raro pero con gran importancia social. Término usado para designar las relaciones sexuales entre los padres y la descendencia. Es más común entre padres e hijas que entre madres e hijos.

Marcela Martínez (1985) refiere que no en todo tiempo y en todo lugar ha rechazado la sociedad el incesto, no es desconocido que la sociedad de diferentes épocas y lugares lo practicaron e incluso algunas lo siguen haciendo.

Sin embargo, nuestra sociedad, nuestra cultura y nuestra moral actual lo rechazan con horror, calificándolo como uno de los actos más repugnantes, vergonzosos e inmorales del hombre. No es el temor a la sanción lo que reprime al hombre de cometer el incesto sino una aversión hacia el mismo como una vivencia socialmente aprendida.

Gebhard (citado en Alvarez Gayou 1987) encontró que algunas características que los padres presentaban en el momento de la ofensa hacia las hijas prepúberes eran pasivos, no afectuosos y bebían en exceso, los contactos implicaban caricias de los genitales externos o contactos orogenitales. Con hijas maduras los padres tendían a ser religiosos y moralistas con poca educación, la actividad culminó en coito, en la mayoría de los casos las hijas se resistían y otras participaban voluntariamente. A menudo las relaciones son mantenidas y descubiertas por la esposa o delatadas por la hija.

2.1.17) Violación:

Se refiere al uso de fuerza o amenaza de violencia en conjunción con la gratificación sexual a expensas de una víctima no dispuesta, casi siempre una mujer.

El violador tiene metas sexuales abiertas (coito o contacto orogenital) a diferencia del sadico que inflige dolor con o sin participación genital, los violadores son en general hombres jóvenes; éste parece tener la necesidad de sentirse dominante sobre su víctima

colocándola en una posición inferior, degradante.

Gonzalez de la Vega (citado en Marcela Martínez , 1985) manifiesta que el objeto que la ley protege en el delito de violación es la libertad sexual. La violación, es el más grande de los delitos sexuales porque "además de la brutal ofensa erótica que representa sus medios violentos de comisión implican intenso peligro o daños a la paz, la seguridad, la tranquilidad psíquica, la libertad personal , la integridad corporal o la vida de los pacientes".

Todos los seres humanos estamos sometidos a una serie de estímulos que proceden del medio ambiente externo e interno. Muchos de estos estímulos son insignificantes y no provocan respuestas, otros sin embargo, provocan respuestas no sólo del organismo sino en el estado de ánimo del individuo.

La capacidad de responder a la estimulación sexual es una característica universal correspondiente a todos los seres sanos, aunque la naturaleza del estímulo varíe, la respuesta fisiológica básica del organismo es la misma. Sin embargo, las variedades y la intensidad de la excitación sexual que cada persona experimenta durante la vida son muy numerosas.

Se considera como eficaz a todo estímulo capaz de producir una respuesta (Alvarez Gayou, 1979). Se les llama estímulos sexuales efectivos a aquellos que provocan respuestas muy específicas en los órganos sexuales del ser humano. Los estímulos sexuales efectivos no son universales. Las respuestas generadas por dichos estímulos tienen por objeto el poner al sujeto en condiciones biológicas y psicológicas óptimas para la unión física. Todos estos fenómenos se inician con la presencia de un "estímulo sexual eficaz", y los conocemos en conjunto como Respuesta Sexual Humana. Por lo que se considera importante hacer mención de las investigaciones de Masters y Johnson.

3) Respuesta Sexual Humana.

En el hombre y en la mujer existe una secuencia de respuestas sexuales fisiológicas que se han descrito por Masters y Johnson (Harold Kaplan, 1980). Estos niveles de excitación sexual constan de cuatro fases distintas, cada una acompañada de cambios fisiológicos únicos. Estas fases pueden verse desde el punto de vista fisiológico como niveles progresivos de vasocongestión y miotonía (tumescencia) y la subsecuente liberación rápida de esta actividad vascular y tono muscular como resultado del orgasmo (desturnescencia).

3.1) Fase I.- Excitación:

Esta fase es inducida por estimulación fisiológica o estimulación psicológica o por la combinación de ambas y generalmente ocurre a los diez minutos de estimulación eficaz. La excitación femenina es caracterizada por la lubricación producida como consecuencia de la vasocongestión en el área genital. Otros cambios a nivel genital son: en la nulípara los labios mayores presentan aplanamiento, separación y elevación y en la múltipara aumentan de diámetro, los labios menores presentan engrosamiento y expansión, la vagina presenta cambios de color (oscurecimiento), el clítoris muestra aumento de tamaño y el útero sufre verticalización. Respecto a las respuestas sistémicas; las glándulas mamarias aumentan de tamaño, hay tumescencia de areola y erección de pezón.

En la excitación masculina el fenómeno predominante es la vasocongestión cuyo resultado es la erección del pene. En el escroto la piel se pone gruesa y tensa, los testículos rotan y sufren elevación parcial por el acortamiento de los cordones espermáticos. Respecto a las respuestas sistémicas hay erección de tetillas (inconstante).

En ambos sexos hay tensión muscular voluntaria, la frecuencia cardíaca incrementa al igual que la presión arterial.

Para Masters y Johnson (1987) el aspecto subjetivo se percibe como aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se

acompaña por el deseo de aumentar las caricias o estímulos.

3.2) Fase II.- Meseta:

Esta fase se puede considerar como transición en que la excitación se consolida y es preámbulo de la fase de orgasmo. Dura de 30 seg. a dos minutos, aunque puede variar dependiendo de la intensidad y continuidad de la estimulación. En las mujeres nulíparas los labios mayores incrementan la vasocongestión y en la múltipara aumenta de tamaño, los labios menores sufren un cambio de color (de rojo vivo a rojo vino), en la vagina se forma la plataforma orgásmica que consiste en una constricción de la musculatura del tercio externo acompañada de vasocongestión, el clítoris se retrae al grado de imposibilitar su vista, la verticalización del útero llega al máximo unido a la desviación del cuello uterino y la dilatación vaginal produciendo un efecto de espacio cerrado conocido como "liencha de campaña". En los pechos hay congestión de areola y su tamaño llega al máximo.

En el hombre el pene sufre un leve incremento de la vasocongestión que produce aumento de diámetro, y principalmente en la corona del glande; los testículos presentan una elevación acercándolos al periné y la elevación total es premonitoria de la eyaculación, las glándulas bulbouretrales producen unas gotas de líquido mucoso como emisión preeyaculatoria. Las testillas presentan erección.

En ambos sexos aparece en la piel un eritema, los músculos se contraen regular o espasmódicamente en forma involuntaria y depende de la posición coital, la frecuencia cardíaca aumenta de 100 a 175 latidos por minuto y la presión arterial se eleva, hay aumento de la presión sistólica entre 20 y 80 mmhg y diastólica de 10 a 40 mmhg.

Masters, Johnson y Kolodny (1987) mencionan respecto a la percepción subjetiva, que la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado.

3.3) Fase III.- Orgasmo:

Considerada como fase liberadora, tanto de tensión como de vasocongestión producida mediante contracciones mioclónicas (fenómeno sobresaliente). En las mujeres en cuanto al aspecto físico la vagina tiene contracciones musculares, se presenta el status-orgasmus que son una serie de experiencias orgásmicas rápidamente recurrentes sin intervalos, o bien, un episodio orgásmico único y continuo. En el útero las contracciones comienzan en el fondo hasta el cérvix. En la piel el eritema va en relación a la intensidad del orgasmo. Masters y Johnson (1987) han definido el aspecto subjetivo dividido en tres estadios: 1) sensación de detención que dura "un instante" seguida por una percepción sensual orientada al clitoris que irradia a la pelvis; 2) sensación de invasión de calor que se inicia en la pelvis y se generaliza al cuerpo; 3) sensación de contracciones involuntarias focalizadas a la vagina y la pelvis.

Respecto al orgasmo masculino Masters y Johnson (1987) equiparan el orgasmo con eyaculación, pero ambos son diferenciables. La eyaculación la dividen en dos etapas fisiológicas: 1) expulsión del semen desde los órganos accesorios hasta la próstata y, 2) la progresión del semen desde la próstata hasta su salida por el meato uretral, la primera causa la sensación de inevitabilidad eyaculatoria. Respecto a la eyaculación y orgasmo hay dos niveles: sensación orgásmica durante la eyaculación y la sensación orgásmica sin eyaculación, la primera relacionada con la inevitabilidad eyaculatoria y con la expulsión del semen, dividida en dos fases: a) sensación contráctil por contracciones del esfínter de la uretra y b) apreciación del volumen del semen. La segunda lograda por control e inhibición consciente o inconsciente de la progresión del eyaculado. Por otro lado, la existencia de un posible status-orgasmus, estado de excitación extrema en el que se establece una inevitabilidad eyaculatoria intermitente sin llegar a la eyaculación.

En ambos sexos el sistema muscular presenta contracciones involuntarias y espasmos de algunos grupos musculares. Hay aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia) de 100 a 180 latidos por minuto, en la presión arterial hay elevación, la sistólica entre 30 y 60 mmhg y la diastólica entre 20 y 40 mmhg. El orgasmo dura tres a cinco segundos y va asociado con una ligera abnubilación de la

conciencia. El potencial orgásmico en el hombre es máximo hacia los 18 años y en la mujer hacia los 35 años.

3.4) Fase IV.- Resolución:

Consiste en la involución de los fenómenos presentes en las fases anteriores, llevando al retorno de las condiciones basales. En la mujer los labios mayores y menores pierden congestión, la vagina sufre destumescencia de la plataforma orgásmica y relajación de las paredes vaginales, el útero vuelve a su posición original, al igual que los senos y el eritema cutáneo.

En el hombre el pene sufre destumescencia al 50%, el escroto pierde su apariencia congestiva, los testículos reducen su tamaño.

En ambos sexos los cambios sistémicos desaparecen. Si se produce orgasmo la resolución es rápida; si no se produce, la resolución puede durar de dos a seis horas e ir asociada con dolores e irritabilidad en los genitales.

En ambos sexos la resolución normal, se caracteriza por una sensación subjetiva de bienestar y una reacción de sudoración específica (30 a 40%); una excreción generalizada de sudor a lo largo de todo el cuerpo incluyendo las palmas y las plantas de los pies (Alvarez Gayou, 1987).

3.5) Periodo refractario:

Los hombres después del orgasmo presentan un periodo refractario que puede durar desde varios minutos a muchas horas, en el cual no pueden ser estimulados para otro orgasmo. El periodo refractario aumenta con la edad. En la mujer no existe este periodo y son capaces de experimentar de 20 a 30 orgasmos mediante una estimulación por el pene o manual en forma prolongada.

Otra clasificación de la respuesta sexual humana es la propuesta por Helen Kaplan, (citado en Alvarez Gayou, 1987) la cual divide en tres etapas:

1) Deseo.- Incluye las fantasías sobre la actividad sexual y las ganas de tener dicha actividad.

2) Excitación.- Consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Dicha etapa esta equiparada con las fases de excitación y meseta de la clasificación de Masters y Johnson.

3) Orgasmo.- Consiste en el punto culminante de placer sexual, con la eliminación de la tensión y la concentración rítmica de los músculos del peñe y de los órganos reproductivos pévicos. Equiparada con la fase de orgasmo de la clasificación de Masters y Johnson.

De las clasificaciones de la respuesta sexual humana antes citadas, se pueden presentar alteraciones persistentes de una o varias fases, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja, estas alteraciones son denominadas disfunciones sexuales (Alvarez Gayou, 1987).

3.6) Disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales se caracterizan por inhibiciones del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de la respuesta sexual . Pueden ser solamente psicógenas o psicógenas y de origen biológico al mismo tiempo, pueden ser de toda la vida o adquiridas (se presentan después de un periodo en funcionamiento normal), generalizadas (pero limitadas a determinadas situaciones o con determinadas parejas) (DSM-III-R,1988).

Masters y Johnson (1987) clasificaron las disfunciones como masculinas y femeninas, y fue Helen Kaplan (1974, 1975 y 1979, citado en Alvarez Gayou) quien en un intento de clasificación fisiológica consideró que la alteración se encuentra, ya sea en la fase de excitación o en la de orgasmo, para agregar las que denominó alteraciones del deseo sexual.

Dentro de la fase de deseo sexual se encuentran las alteraciones de disritmia y apatía sexual; la disritmia es la que básicamente existe una deficiencia en los componentes de la pareja con respecto a la frecuencia con que se desea o se obtiene satisfacción de las relaciones sexuales; la apatía sexual caracterizada por la falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.

En la fase de excitación los hombres presentan las alteraciones de incompetencia eyaculatoria (hay incapacidad para eyacular aún cuando existe el deseo y erección adecuada), incompetencia eréctil (se presentan erecciones incompletas o ausentes) y eyaculación precoz (la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de ésta) ; en la mujer se presenta hipolubricación (hay ausencia o deficiencia de lubricación vaginal) y preorgasmia (es una prolongación del tiempo para lograr el orgasmo).

En la fase de orgasmo la alteración que se presenta es la anorgasmia caracterizada por falta de contracciones clónicas musculares.

Durante la fase de resolución para Masters y Johnson (1987), cuando ésta es más lenta provoca dispareunia, caracterizada por dolor e irritabilidad en los genitales, ya que persiste la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perineales.

El vaginismo es una alteración no específica en alguna fase determinada, es un síndrome en que la musculatura pélvica perineal y del tercio externo de la vagina se contrae espásmicamente durante el coito. Esta contracción espásmica es un reflejo involuntario que se produce al anticipar la mujer la penetración, durante la misma o después.

Partiendo de este enfoque integral del ser humano, podemos conceptualizar la sexualidad como un área de nuestra personalidad que nos acompaña toda nuestra vida, reflejándose en la manera de sentir, pensar, decir, hacer, amar, experimentar, planear y fantasear.

CAPITULO 2

PSICOSIS

Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo. (De la Fuente Muñiz, 1976).

Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. (DSM-III-R 1988).

El enfermo se desinteresa del mundo porque subordina su adaptación ambiental a sus conflictos internos. El psicótico no intenta comprender sus desajustes. Sus alucinaciones y sus delirios son para él realidad. Como consecuencia de su incapacidad para la objetividad, o por lo menos de su percepción, distorsionada en alto grado, de la situación externa, su mundo es una proyección de sus propias fantasías. Es difícil relacionarse con el psicótico, quien tiene dificultad para compartir con otros sus experiencias.

La descripción de los trastornos de la psicosis son muy amplios y se encuentran diferentes clasificaciones por lo que para una mejor comprensión del capítulo se integra la información y se sintetiza para dar una clasificación adecuada para la investigación; por lo que son clasificadas en dos grandes grupos: las psicosis orgánicas y las funcionales.

1) PSICOSIS ORGANICA

Es un padecimiento mental que involucra la declinación de la capacidad mental generalmente de tipo irreversible, producida por una enfermedad cerebral y caracterizada especialmente por un deterioro intelectual global de la atención, memoria, comprensión y juicio así como el control emocional (Manual de Codificación de Diagnóstico

Psicológico, 1977).

En el DSM-III-R (1988) se define como síndromes en los cuales se presenta un deterioro de la orientación, de la memoria, de la comprensión, de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y del juicio. Estas son las características esenciales pero también puede encontrarse superficialidad o labilidad del afecto o una persistente alteración del ánimo, mengua de las normas éticas, aparición de rasgos nuevos de la personalidad o exageración de los preexistentes, así como disminución de la capacidad para la toma de decisiones independientes.

La causa de estas psicosis son numerosas entre las que se encuentran:

- 1) Infecciones
- 2) Intoxicaciones
- 3) Trastornos metabólicos
- 4) Procesos degenerativos.

Las psicosis orgánicas son clasificadas de la siguiente forma (DSM-III-R, 1988):

1.1) Demencia senil y presenil.

La demencia senil ocurre después de los 65 años de edad, no se puede atribuir a la arterioesclerosis cerebral o a otra enfermedad cerebral específica y esta asociada a la desorganización emocional y de la personalidad.

La demencia presenil ocurre antes de los 65 años de edad, está asociada a la atrofia cerebral y en ocasiones es atribuible a una causa hereditaria.

1.2) Psicosis alcohólica

Estados psicóticos orgánicos debidos principalmente a la excesiva ingestión de alcohol, aunque se piensa que los defectos de la nutrición desempeñan un papel importante. En algunos de dichos estados la supresión del alcohol puede tener significación etiológica.

1.2.1) Delirium tremens

Se trata de las psicosis que se presenta con mayor frecuencia en los alcohólicos crónicos, quienes presentan deficiencias nutricionales y de vitamina del grupo B, especialmente la tiamina y el ácido nicotínico. Caracterizados por ansiedad, insomnio, pesadillas, pánico y trastornos vegetativos.

La característica principal es el "delirium", el cual en el caso particular, reviste características específicas. Se presenta con marcada inquietud e incluso excitación psicomotora, temblor generalizado, obnubilación o confusión mental, desorientación en tiempo y espacio y un estado alucinatorio visual y en ocasiones cinestésico, con alucinaciones zoópsicas, terroríficas o ilípticas. Estas producen mezclas afectivas de terror o euforia.

1.2.2) Psicosis de Korsakoff

Se trata de una psicosis alcohólica que ocurre en pacientes mal nutridos y en bebedores crónicos, con una clara base neuropatológica consistente en la degeneración de los cuerpos mamilares, como causal del cuadro.

En la mayoría de los casos aparece como una secuela residual del delirium tremens y con menor frecuencia se desarrolla insidiosamente sobre la base de un alcoholismo crónico. El paciente puede no mostrar alteraciones en el curso de conversaciones ordinarias, si bien, presenta leves anomalías afectivas, tales como estados depresivos, euforia o labilidad emocional.

Los síntomas predominantes son los trastornos de la memoria, principalmente de la memoria reciente, y la incapacidad para la retención. Invariablemente se encuentra desorientación, especialmente en tiempo, existe una tendencia a la confabulación.

1.2.3) Alucinosis alcohólica.

Psicosis comunmente de menos de 6 meses de duración, esencialmente es un estado de delirium subagudo, de curso mas prolongado que el delirium tremens. Los síntomas predominantes son las ilusiones y alucinaciones auditivas, sobre las cuales el enfermo fabrica un sistema de ideas persecutorias. Al principio pueden presentarse en forma de persecuciones acústicas imprecisas, las cuales se desarrollan rápidamente y toman la forma de voces, generalmente insultantes o con contenido persecutorio, frecuentemente identificadas como voces de personas conocidas que lo acusan de beber, de delitos o anomalías sexuales, o de faltas reales o imaginarias ocurridas en su vida pasada, esto facilita el insomnio.

1.2.4) Paranoia alcohólica o celopatía alcohólica

Psicosis paranoide crónica asociada con el alcoholismo, caracterizada por ideas delirantes de celos, la cual reviste de una elevada peligrosidad. Se combina con un déficit en la potencia sexual con el aumento de los deseos sexuales durante el estado de intoxicación alcohólica. Este estado delirante que inicialmente se presenta en el estado de ebriedad, posteriormente se puede observar también durante los periodos en los cuales el paciente está sobrio. El enfermo formula absurdas acusaciones de infidelidad, de adulterio y aún de incesto.

1.3) Psicosis tóxica

Toxicomanía es un cuadro psicológico caracterizado por la exaltación del tono afectivo o emocional, hiperirritación, hiperideación e hiperactividad. (Manual de codificación de diagnóstico psicológico, 1977).

La conducta del toxicómano constituye una perversión que satisface completamente su necesidad (búsqueda de placer y evitación del sufrimiento mediante la absorción habitual e imperiosamente exigida de uno o de varios productos llamados tóxicos; tales como anfetaminas, barbitúricos, opiáceos, el ácido licérgico y los disolventes).

Su estado afectivo está caracterizado por una deficiente estructura de su personalidad, con oscilaciones rápidas del humor precedidas por la angustia y a veces por los impulsos coléricos. Sobre este estado base el impulso vital está centrado en las realizaciones hedónicas y los impulsos sexuales dirigidos hacia la búsqueda narcisista del placer quedando la voluntad a disposición de ese mundo interno que se opone a las reacciones del medio por lo que se explica la conducta antisocial.

1.4) Epilepsia

Enfermedad nerviosa esencialmente crónica que se presenta por accesos más o menos frecuentes caracterizados unas veces (gran mal) por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas y otras veces (pequeño mal) por sensaciones vertiginosas u otras equivalentes.

La epilepsia se define de manera fisiológica, neurológica y psiquiátrica.

1) Fisiológica: Se trata de la descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentáneamente afectadas de una sincronía excesiva.

2) Neurológica: Consiste en las manifestaciones convulsivas de esta hipersincronía, o sus equivalentes.

3) Psiquiátrica: Por una parte, comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación a la crisis y accidentes comiciales; y, por otra, las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos.

1.5) Psicosis infecciosa u orgánicas transitorias

Estados caracterizados por obnubilación de la conciencia, confusión, desorientación, ilusiones y, a menudo, alucinaciones vívidas. Generalmente se deben a algún trastorno cerebral o extracerebral de origen tóxico, infeccioso, metabólico o general. Por lo común son reversibles.

El padecimiento, denominado parálisis general progresiva, causada por la invasión meningo-encefálica del treponema de la sífilis, se presenta en un pequeño porcentaje de las personas que contraen sífilis. Los síntomas se manifiestan de diez a veinte años después de la infección primaria y consisten en una demencia progresiva complicada en muchos casos con una manifiesta desorganización de la personalidad, dependiente en buena parte de la personalidad premórbida del enfermo. Algunas veces los síntomas que expresan la desorganización de la personalidad preceden a la demencia y en otros casos, los únicos síntomas son el déficit de la memoria y trastornos físicos tales como cefalea, mareos y crisis convulsiva.

Estos trastornos, que se manifestaban en la patología cerebral a fines del siglo XIX, son poco frecuentes en la actualidad.

2) PSICOSIS FUNCIONALES

Enfermedad funcional es aquella en que la etiología no comprende alteraciones estructurales y su sintomatología se basa fundamentalmente en las respuestas patológicas del paciente.(Hoffling Charles, 1981).

Los estados psiquiátricos que en la actualidad se consideran como psicosis funcionales son:

- 1) Las reacciones afectivas (depresivas maníacas)
- 2) Las reacciones esquizofrénicas
- 3) Las reacciones paranoides

2.1) Psicosis afectivas

Trastornos mentales, por lo general recurrentes en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o de mas síntomas y signos como: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia uno mismo, trastorno de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaleciente de la persona. (DSM-III-R, 1988).

Este grupo de trastornos psicóticos, se presenta generalmente entre los 30 y los 40 años de edad, caracterizados por ataques constantes de melancolía (tristeza) o de euforia, claramente distinguibles acompañados de retardo motor o de hiperactividad. En los que se encuentran según el manual de codificación de diagnósticos psicológicos, 1977 las siguientes causas:

- 1) una acentuación del erotismo oral constitucional y hereditario.
- 2) una fijación especial de la libido a nivel oral.
- 3) un daño (trauma) severo al narcisismo infantil causado por desilusiones amorosas de los primeros objetos.
- 4) que ésta frustración haya ocurrido antes de ser resuelto el complejo de edipo.
- 5) la repetición de la frustración experimentada en posteriores estudios de la vida del paciente.

En sus niveles más graves puede llegar hasta el suicidio o a la muerte por inanición.

2.1.1) Psicosis maniaco-depresiva.

Las psicosis periódicas o maniaco-depresiva se caracterizan por la tendencia ciclotímica a producir accesos de manía o de melancolía.

Es una alteración recurrente o cíclica que se presenta por vez primera al rededor de los 20 o 30 años de edad. Algunos pacientes tienen sólo episodios de depresión que se presentan a intervalos regulares o no. En algunos la depresión alterna con periodos de manía caracterizados por hiperideación, actividad exagerada y júbilo. Otros pacientes tienen sólo episodios maníacos. Puede presentarse en un mismo sujeto la alteración de éstos ciclos. Por lo general los episodios maniacodepresivos ocurren en sujetos que han ocupado lugar destacado toda la vida pero que experimentan alteraciones en su estado de ánimo y variaciones en su capacidad de energía. En estas psicosis se supone un determinante genético.

Depresión.- Es un trastorno mental del afecto, humor o ánimo, que se caracteriza por profunda tristeza o melancolía y disminución de la energía y de la actividad, causada por sentimientos de culpa y autodevaluación, que puede llegar hasta el suicidio.

Manía.- En la manía los síntomas son más pronunciados. El paciente se encuentra en un estado de extrema actividad, no descansa, su conducta está tremendamente perturbada y difícil de controlar.

Quando todas las funciones yoicas están incluidas en la enfermedad, se puede decir que se trata de psicosis hipomaniacas o psicosis maníacas. Se encontraran delirios de grandeza.

2.1.1.1) Psicosis maniacodepresiva, tipo maniaco.

Esta enfermedad consiste exclusivamente en episodios maníacos que se caracterizan por euforia excesiva, agresión, ira, irritabilidad, verborrea, fuga de ideas, ensalada de palabras, alteración del juicio, ideas de grandeza y actividad motora acelerada. Pueden ocurrir periodos breves de depresión, pero nunca son verdaderos episodios depresivos.

2.1.1.2) Psicosis maniicodepresiva, tipo depresivo.

Este trastorno consiste en episodios depresivos con ideas e intentos suicidas y se caracteriza porque el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza y la infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. (DSM-III-R, 1988).

Cuando además se presentan ilusiones, alucinaciones y delirios (generalmente de culpabilidad, hipocondríacos y paranoides), estos pueden atribuirse al desorden afectivo predominante.

2.1.1.3) Psicosis maniicodepresiva, tipo circular.

Este tipo de psicosis incluye casos que han presentado formas maníacas y depresivas, ya sea alternadas o separadas por un intervalo de normalidad. La fase maníaca es menos frecuente que la depresiva. (DSM-III-R)

La enfermedad ha recibido también los nombres de psicosis alternante, psicosis circular, ciclotimia, reacción maniaco depresiva de tipo circular y psicosis afectiva bipolar.

En los pacientes maniicodepresivos tipo circular, la enfermedad se inicia muy tempranamente (Paris, 1966). En forma especial, si el primer episodio es la manía, acontece en el sexo masculino, o si es de depresión en el sexo femenino.

2.1.1.4) Melancolía involutiva.

Es un desorden mental que ocurre en el periodo involutivo del paciente que se caracteriza principalmente por una intensa tristeza o melancolía, preocupaciones, ansiedad, agitación e y insomnio severo,

sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas que pueden ser delirantes. El contenido mental de estos pacientes es característicamente hostil y de autodevaluación. Predominan las ideas de pecado y castigo, a veces proyectadas como delirios de persecución; son frecuentes las anorexias y la constipación. (Manual de codificación de diagnóstico psicológicos, 1977).

2.2) Esquizofrenia.

Grupo de psicosis que presenta un desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo. (DSM-III-R).

Se caracteriza por la ruptura de la relación con el mundo exterior y por una marcada regresión, estas ruptura con la realidad hace posible la coexistencia de actividades contradictorias, puesto que las tendencias conflictivas lo son en función de la realidad. Hay en las esquizofrenias como en otras psicosis una pérdida de la capacidad de distinguir entre estímulos internos y externos.

La esquizofrenia es una desorganización de la personalidad de carácter grave, a veces con manifestaciones de síntomas psicóticos afirmada sobre un defecto básico en la interpretación de la realidad que sólo se descubre con gran perspicacia, las características típicas son:

- 1) Gran distorsión de los procesos del pensamiento
- 2) Alteraciones del afecto
- 3) Alteraciones de los límites del yo
- 4) Dificultad en las relaciones personales, que puede tener por base un deterioro hedónico de la facultad de experimentar placer.

2.2.1) Esquizofrenia tipo simple

Se caracteriza principalmente por una reducción de los lazos e intereses externos, apatía e indiferencia, las cuales conducen a un empobrecimiento de las relaciones interpersonales, deterioro mental y adaptación a un nivel de funcionamiento más primitivo. Las ideas delirantes y las alucinaciones no se ponen en evidencia y el estado psicótico es menos obvio que en los tipos hebefrénico, catatónico y paranoide de la esquizofrenia.

2.2.2) Esquizofrenia tipo hebefrénico.

En esta forma de esquizofrenia los cambios afectivos son prominentes las ideas delirantes y las alucinaciones son efímeras, fugaces y fragmentarias, el comportamiento es irresponsable e imposible de predecir y los amaneramientos son frecuentes (DSM-III-R).

Los pacientes presentan conducta infantil, desorganización del pensamiento, afecto lábil e inapropiado, risitas, quejas hipocondríacas frecuentes y comportamiento tonto y regresivo. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento parece vacío de propósitos y de sentimientos.

2.2.3) Esquizofrenia tipo catatónico.

Se distinguen dos tipos de esquizofrenia catatónica. Una se caracteriza por una actividad motora excesiva, a veces violenta y excitación.

La otra evidencia inhibición generalizada que se manifiesta por estupor, mutismo, negativismo o flexibilidad cérea.

2.2.4) Esquizofrenia tipo paranoide.

Forma de esquizofrenia en la cual el cuadro clínico es dominado por ideas delirantes relativamente estables que pueden estar acompañadas de alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son

persecución pero pueden tomar otro aspecto como celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica o cambio corporal. Es posible la presencia de alucinaciones y comportamiento errático; en algunos casos la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad; el desorden del pensamiento es notorio y puede presentarse aplanamiento afectivo con ideas delirantes y alucinaciones fragmentarias. (DSM-III-R, 1988).

2.2.5) Episodio esquizofrénico agudo.

Trastorno esquizofrénico diferente de los mencionados antes, en el cual se encuentra un estado semejante al de la ilusión con ligera obnubilación de la conciencia y perplejidad. Las cosas externas, la gente y los acontecimientos pueden parecer cargados de significado personal para el paciente. Puede haber tormenta emocional e ideas de referencia. (DSM-III-R, 1988).

Es importante mencionar que esta forma clínica a menudo se precipita por el uso de tóxicos de parte del paciente.

2.2.6) Esquizofrenia latente.

Es un estado con comportamiento excéntrico o inconsecuente; acompañado de anomalías del afecto que dan la impresión de esquizofrenia, aunque no se han manifestado los característicos desordenes esquizofrénicos ni en el presente ni en el pasado. (DSM-III-R, 1988).

Los síntomas disimulados bajo el aspecto de una conducta antisocial o lo que es más frecuente, con síntomas neuróticos que comprenden ansiedad difusa y una vida sexual polimorfa y caótica.

2.2.7) Esquizofrenia residual.

Se aplica a los pacientes que han experimentado alguna reacción esquizofrénica de la que se han recuperado suficientemente para llegar a efectuar un ajuste adecuado fuera del hospital, a pesar de que continúen manifestando algunas de sus características más floridas del trastorno (Hofling, 1981).

Una forma crónica de esquizofrenia en la que los síntomas que persisten desde la fase aguda, han perdido grandemente su precisión. La respuesta emotiva está embotada y el desorden del pensamiento, aún cuando sea notorio, no impide que se efectúe el trabajo de rutina (DSM-III-R, 1988).

2.2.8) Esquizofrenia tipo esquizo-afectiva.

En este tipo se mezclan pronunciadas características maníacas o depresivas con manifestaciones esquizofrénicas y que tiende hacia la remisión sin dejar defecto permanente, pero que es propensa a volverse a manifestar (DSM-III-R, 1988).

El estado de ánimo puede ser de júbilo, depresión o ambos. A pesar de los notables rasgos afectivos, la conducta y los procesos del pensamiento del sujeto pueden ser también tan extraños que son claramente esquizofrénicos.

2.3) Paranoia.

Es una psicosis poco común, crónica, caracterizada por un sistema delirante permanente, sistematizado y construido sobre una base lógica, sin alteraciones del pensamiento de tipo esquizofrénico, ni alteraciones de la percepción y con preservación perfecta de la conciencia.

Se caracterizan los estados paranoides por ideas delirantes de grandeza, perjuicio, persecución y/o referencia. Las ideas delirantes tienen de particular que de un género bastante fijos, elaboradas y sistematizadas. Son de tipo primitivo, es decir, no tienen su origen en una alteración de la percepción (ilusiones y alucinaciones). Los

trastornos del ánimo, la conducta, pensamiento y percepción, si se presentan en los estados paranoides, son secundarios a las ideas delirantes.

2.3.1) Estado paranoide simple.

Psicosis, aguda o crónica, no clasificable como afectiva ni como esquizofrenia, que presentan como síntomas principales las ideas delirantes, en especial las caracterizadas por la idea de ser perseguido, sufrir determinada influencia o ser tratado de manera especial. Las ideas delirantes son de tipo notablemente fijo, elaboradas y sistematizadas.

2.3.2) Parafrenia.

Psicosis paranoide en la que hay alucinaciones conspicuas, a menudo de varias modalidades. Los síntomas afectivos y el pensamiento desordenado, cuando están presentes, no determinan el cuadro clínico y la personalidad está bien conservada.

2.3.3) Psicosis inducida.

Psicosis con predominancia de ideas delirantes, generalmente crónica y, por lo común, sin manifestaciones floridas, que parece desarrollarse como resultado de una relación estrecha, o de dependencia, con otra persona en la que ya se ha establecido una psicosis similar. Las ideas delirantes son compartidas por lo menos parcialmente.

3) INVESTIGACIONES SOBRE CONDUCTA SEXUAL EN PACIENTES PSICOTICOS.

Hace años la actitud y actividad sexual eran relativamente raras en los esquizofrénicos, no se tomaban en cuenta aún siendo una característica inherente al ser humano, mientras que en los últimos tiempos se han convertido en rasgos habituales, tanto en pacientes hospitalizados como no hospitalizados. La actividad sexual del esquizofrénico solía ser tan limitada, en comparación con la de la población "normal", que indujo a los psiquiatras de la fama de Sandor Rado (citado en Kolodny, tratado de medicina sexual 1979) a considerar que el esquizofrénico no estaba interesado en el placer sexual ni en ninguna otra forma de placer. Otros psiquiatras interpretaron esta falta de actitud sexual como parte de su encierro en si mismo que manifestaba el esquizofrénico, así mismo, en los estados prepsicóticos formaba parte de la personalidad esquizoide, que limita gravemente los contactos interpersonales de todo tipo.

Los síndromes cerebrales orgánicos van acompañados frecuentemente por cambios en la sexualidad.

Se ha informado que presentan un elevado porcentaje de conductas sexuales anormales como el exhibicionismo, el voyeurismo, la hipersexualidad y el debilitamiento de la libido.

Los síntomas sexuales pueden actuar como defensa contra conflictos inconscientes y/o expresar la psicopatología de una manera simbólica.

La relación entre el trastorno sexual y la patología profunda del paciente es más remota y sutil.

La enfermedad física guarda una relación compleja con la conducta sexual. Las enfermedades somáticas, los traumas físicos y quirúrgicos y el abuso de drogas pueden afectar la base orgánica de la respuesta sexual. Sin embargo, el cuadro clínico presentado por pacientes que padecen de condiciones físicas sexualmente destructivas rara vez se ve reflejada sólo esa dolencia orgánica. El bloqueo físico de la respuesta sexual rara vez es absoluto y completo, a

menos que el paciente este muy enfermo y débil o sea intensa la lesión infligida a los genitales.

Las actitudes constructivas maximizan el potencial sexual del paciente o impiden la escalada desde una incapacidad sexual parcial a otra total, con sus consecuencias destructoras sobre el estado mental del individuo y su armonía conyugal.

Por otra parte lo que puede suceder si el paciente y/o cónyuge son neuróticos, inmaduros, inseguros y están mal informados el enfermo, emocionalmente vulnerable, puede reaccionar ante la percepción de la disminución de la capacidad sexual con pánico, paranoia y/o depresión. Estas reacciones pueden desembocar la evitación de la sexualidad, a fin de escapar a una confrontación a esfuerzos para funcionar sexualmente lo cual suele determinar una disfunción sexual total y crónica.

La depresión bloquea la libido y la respuesta ante la excitación sexual aún cuando no haya otro impedimento para un buen funcionamiento erótico.

La depresión extingue la libido, hace que la persona se resista a la excitación y puede realmente bloquear la respuesta sexual vascongestiva fisiológica. La erección en el hombre es vulnerable a la depresión.

La represión es un mecanismo de defensa del Yo que es necesaria para el desarrollo de la personalidad y en cierto momento es utilizada. Existen personas que dependen de ella y excluyen otra manera de adecuarse a las amenazas, sus contactos con el mundo son limitados dando la impresión de estar retirados, tensos, rígidos y en guardia. Utilizan tanta energía que no les queda para interacciones placenteras y productivas con el ambiente y otras personas.

Una persona reprimida puede ser sexualmente impotente o frígida porque le tiene miedo al impulso sexual, o puede

desarrollar lo que se llama ceguera histérica o parálisis histérica. El mecanismo de la represión contribuye al desarrollo de perturbaciones físicas como la artritis, el asma y las úlceras (Calvin S. Hall, 1984).

Referente al tema sobre psicosis se han realizado diferentes investigaciones en cuanto a su etiología, encontrando que la sexualidad no ha sido considerada importante y sólo se detectó una investigación en donde se estudia la sexualidad en cuanto a sus actitudes y no a sus manifestaciones.

El estudio se refiere a las actitudes y conductas de 50 hombres alcohólicos hospitalizados en comparación con la población en general, ambos grupos de la misma edad y clase social.

La muestra control fue seleccionada al azar. Todos los sujetos presentaron la misma evaluación en la entrevista semiestructurada y el inventario de Eysenck de Actitudes hacia el sexo.

Se derivó un método para las puntuaciones de este cuestionario, y la comparación entre las muestras mostró que los alcohólicos diferían de los control sólo en que describían menos satisfacción sexual y no en otras actitudes sexuales. Esta diferencia surgió probablemente de su mayor interés en el sexo, pérdida de potencia eréctil y falta de una pareja sexual.

Se encontraron algunos problemas para el estudio:

- 1.- Era necesario un método de medición de ajuste sexual por lo que se desarrolló el inventario de Actitudes hacia el sexo de Eysenck derivando escalas que se pudieran calificar e intercorrelacionar con material de entrevistas.
- 2.- Se necesitó de la cooperación de una muestra de hombres no voluntarios de la población en general que coincidiera con la muestra de alcohólicos, con ayuda

del sindicato de trabajadores del transporte y general se consiguió dicha ayuda. Los sueldos y salarios del empleado se agruparon por su edad ocupación y sujetos control identificados al azar, reclutándose posteriormente a los sujetos que serían entrevistados.

Se escogió una muestra de admisiones del Royal Edinburgh Hospital (REH) en la unidad de tratamiento de alcoholismo (UTA). Sujetos admitidos después de ser entrevistados por los médicos con el reconocimiento de dependencia física del alcohol. En ocasiones el REH admitió sujetos no pertenecientes a él, por lo que se hizo una comparación entre estos y los de la muestra de estudio en los años de 1970-1973 con Dx. de alcoholismo . Las variables escogidas para la comparación fueron edad, clase social, grupo de vida y estado civil.

Por otro lado, un sindicato comercial reclutó a 50 hombres para formar pares con los alcohólicos coincidiendo en edad y clase social, (variables escogidas probablemente por estar relacionadas con el ajuste sexual) 43 de los pares tuvieron oficios idénticos. Se completaron 50 coincidencias.

Para determinar el método adecuado a seguir se tomó en cuenta lo descrito por Schfield (1965) quien consideró la entrevista como lo más apropiado en la que se incluyen preguntas de sensibilidad cada vez mayor y finalmente se pide al sujeto llenar un cuestionario.

Para el presente estudio se diseñó una entrevista semiestructurada, buscando información relacionada con:

- 1.- Características demográficas.
- 2.- Historia de consumo de alcohol. Consumo normal (expresado en gramos en una semana promedio durante los últimos seis meses) y los síntomas de dependencia física.
- 3.- Conducta sexual. Preguntas estandarizadas acerca del matrimonio, relaciones sexuales, homosexualidad, intereses sexuales y creencia de temas sexuales.
- 4.- Cuestionario de Eysenck (1971), después de un estudio piloto (adecuado en contenido y duración).

Tanto en la entrevista como en el cuestionario se incluyeron varios puntos conductuales, habiendo una gran correspondencia entre ambos en sus respuestas en cuanto a edad de la primera relación sexual, impotencia y eyaculación prematura.

5.- Salud general. Con el propósito de explicar cualquier diferencia en ajuste sexual encontrados entre alcohólicos y controles.

También para identificar miembros de la muestra control que habían recibido tratamiento para alcohólicos.

El diseño permitió formar pares de las dos muestras, y cuando era indicado se usó "la prueba T de student" por pares. Las respuestas dadas por los pares coincidentes a los primeros 94 puntos del inventario se compararon usando la variación de la prueba de "Chi cuadrada" con corrección de yates propuesta por Maillemar.

En cuanto a las características demográficas las dos muestras coincidieron estrechamente en cuanto a edad y clase social. En tres casos coincidieron en clases sociales adyacentes. Las edades estaban con una diferencia de 5 años. El grupo de vida difirió significativamente entre las dos muestras, debido a los alcohólicos que vivían con su esposa.

En la historia de consumo de alcohol, la comparación entre los alcohólicos tuvo un consumo de alcohol usual mayor y más síntomas de dependencia física. Con esto se demostró que las dos muestras salieron de poblaciones distintas en cuanto a su conducta bebedora.

Ambos muestras se casaron a edades similares, los alcohólicos generalmente escogiendo a mujeres mayores, aunque no significativamente. Los matrimonios alcohólicos terminaron separados y sólo la mitad de alcohólicos mantenían una relación de tipo sexual y podían tener relaciones sexuales. Los alcohólicos tuvieron su primera relación sexual a una edad temprana. Entre los controles se encontró a una persona de 28 años que reportó nunca haber tenido relaciones sexuales pero los demás reportaron su última relación sexual en un tiempo más reciente que los alcohólicos. La impotencia eréctil se presentó más en alcohólicos (54%) que en los controles (28%), pero sin diferencias significativas en impotencia eyaculatoria y eyaculación prematura.

La experiencia homosexual reportada por 16%alcohólicos y 8% controles sin diferencias significativas.

Intereses sexuales sin diferencias significativas. Una creencia de que el pene era más pequeño que el promedio fue similar en las dos muestras. La creencia de que su esposa era infiel se dio más en alcohólicos que en los controles.

El cuestionario de actitudes sexuales contenía ocho puntos contestados con una diferencia significativa entre los dos grupos.

Preguntas con diferencias significativas en la escala de "satisfacción sexual" fue más baja en alcohólicos.

El inventario contenía tres puntos conductuales en la que los alcohólicos hubieran preferido tener relaciones sexuales con más frecuencia que los controles. Los alcohólicos experimentaron con más frecuencia impotencia, pero no hubo diferencias significativas en ambos grupos quizá por que los alcohólicos tenían una pareja sexual con menos frecuencia. Los alcohólicos sin pareja tenían menos relaciones y entre los casados que no tenían pareja creían en la infidelidad de su pareja antes de separarse.

La enfermedad hepática similar en los dos grupos, es mayor en alcohólicos con historia de úlcera péptica.

Hubo diferencias en cuanto a la medición recibida el día de la entrevista, los alcohólicos tuvieron medición psicotrópica durante las 12 semanas antes de su admisión. La medición pudo haber alterado el ajuste cambiando el interés sexual o modificando su capacidad para la disposición.

Se debe tomar en cuenta que respecto al tema de sexualidad se carece aún en la actualidad de investigaciones suficientes que aporten realmente nueva información ya que dicha investigación lleva años mientras se diseñan instrumentos, se reúnen casos, se examinan datos, se presentan resultados y se publica.

La producción acelerada de nueva información dependería de un gran número de científicos en una área común, sin embargo, es muy poca la gente que realiza investigaciones en el campo de la sexualidad, ya que se sabe de antemano que la investigación sexual es un campo plagado de prejuicios y dificultades sociales.

Cuanto más tabú sea el tópico, más factores personales y culturales desempeñan un papel en la investigación, dichos factores contribuyen a la poca cantidad de información válida y confiable de la conducta sexual.

CAPITULO 3

METODO

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación surgió a partir de observaciones no formales realizadas durante algunas prácticas, en donde se percibió el poco interés del profesional de la salud hacia la conducta sexual del paciente psiquiátrico, como si éste no fuera un ser sexuado; sin embargo, al preguntarle a los encargados del piso en que estuvimos acerca de la conducta sexual de los pacientes refirieron que las mujeres tienden a presentar mayor conducta sexual pero cuando alguien las ve las ignoran o les piden se retiren y vayan a otro lado o en su defecto son reportadas por mal comportamiento.

Por tal motivo, surge la necesidad de identificar las características de la conducta sexual en pacientes psiquiátricos, para que a partir de esto los profesionales de la salud le brinden mayor importancia a su conducta sexual.

2) OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de la conducta sexual del paciente psiquiátrico.

3) OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Establecer diferencias en la conducta sexual entre pacientes psicóticos orgánicos y psicóticos funcionales.
- 2) Establecer diferencias en la conducta sexual entre hombres y mujeres con padecimiento psicótico orgánico o funcional.

4) HIPOTESIS DE TRABAJO.

- 1) Los pacientes diagnosticados con psicosis orgánica presentan menor conducta sexual que los psicóticos funcionales.
- 2) Las mujeres con cuadros psicóticos orgánico o funcional presentan mayor conducta sexual que los hombres con el mismo padecimiento.

5) HIPOTESIS NULAS Y ALTERNAS

Ho 1.- No existen diferencias significativas en la conducta sexual entre pacientes con psicosis orgánica y psicosis funcional.

Hi 1.- Existen diferencias significativas en la conducta sexual entre pacientes con psicosis orgánica y psicosis funcional.

Ho 2.- No existen diferencias significativas en la conducta sexual entre hombres y mujeres con psicosis orgánica o funcional.

Hi 2.- Existen diferencias significativas en la conducta sexual entre hombres y mujeres con psicosis orgánica o funcional.

6) VARIABLE DEPENDIENTE

Conducta sexual.- Esta fue detectada a través de las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

7) VARIABLES INDEPENDIENTES

Sexo: Femenino y masculino.

Tipo de psicosis: psicosis orgánica y psicosis funcional

8) DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES

Conducta sexual.- Se refiere a las actitudes que suponen estimulación y excitación de los órganos sexuales (Clellan S. Ford, conducta sexual, Barcelona, 1972).

Sexo.- Condición orgánica que distingue al hombre a la mujer (Diccionario Enciclopédico Larousse Vol. 3 1988).

Psicosis Orgánica.- Síndrome en los cuales se presenta un deterioro en la orientación, de la memoria, de la

comprensión, de la habilidad para el cálculo, de la capacidad para el aprendizaje y el juicio. (DSM-III-R, 1988).

Psicosis funcional.- Es aquella en que la etiología no comprende alteraciones estructurales y su sintomatología se basa fundamentalmente en las respuestas del paciente. (Hoiling Charles, Tratado de psiquiatría, México 1981.)

9) DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

Conducta sexual.- El comportamiento sexual de los hombres y mujeres, expresados en preferencias tales como:

Relaciones premaritales: Relaciones sexuales antes del matrimonio con o sin proyecto de unión definitiva.

Relaciones maritales: Pertenecen a las relaciones sexuales entre individuos casados.

Relaciones extramaritales: Relaciones sexuales de los individuos casados con parejas distintas de su consorte

Homosexualidad: Caracterizada por la conducta sexual entre miembros del mismo sexo.

Transexualidad: Rechazo de la diferenciación genética y el rol sexual que se le atribuye, con una necesidad compulsiva de transformarse en el sexo opuesto

Incesto: Relaciones sexuales entre los padres y su descendencia, ya sea niño o niña.

Zoofilia: Relaciones sexuales con animales vivos.

Exhibicionismo: Consiste en una exposición compulsiva de los genitales en público como medio de conseguir excitación y gratificación sexual.

Violación: Es la obtención de gratificación sexual sin el consentimiento de la otra persona utilizando la fuerza física.

Masturbación: Actos deliberados de autoexcitación que culmina en el orgasmo sin alteración física directa con otras personas.

Sexo biológico.- Hombre o mujer.

Psicosis orgánica.- Se tomaron únicamente a las psicosis alcohólicas, psicosis tóxica, epilepsia y psicosis postraumática.
Psicosis alcohólica: Desorden mental debido a una intoxicación producida por el uso repetido y continuo abuso del alcohol. Los síntomas característicos son: alucinaciones, ilusiones e incapacidad para dejar de beber.
Psicosis tóxica: Desorden mental debido a una intoxicación producida por el uso repetido y continuo abuso de drogas. Los síntomas que presenta son: exaltación del tono afectivo o emocional, hiperirritación e hiperactividad también presenta tendencia a aumentar la dosis.
Epilepsia: Enfermedad nerviosa caracterizada por convulsiones y pérdida del sentido.
Psicosis postraumática: Desorden mental debido a lesiones internas o externas provocadas por violencia exterior

Psicosis Funcional.- Se tomaron únicamente las psicosis afectivas, la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.
Psicosis afectiva: Es un estado mental que se caracteriza por los cambios en el estado afectivo. Tristeza, llanto, euforia y alegría.
Esquizofrenia: Enfermedad mental sin alteración anatómica, cuyos síntomas son: indiferencia, aislamiento, introversión, negativismo y estereotipia.
Maniaco-depresiva: Comprende las formas afectivas distintas caracterizadas por la inestabilidad emocional y tendencia a la resividad. Tales como: júbilo, ideas y actividad exagerada.

10) CRITERIOS DE INCLUSION.

Historias clínicas que hayan sido tratadas en sesión clínica general del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez para afinar el diagnóstico.

Que la historia clínica se refiera a pacientes que hayan sido diagnosticados con psicosis orgánica y psicosis funcional.

11) CRITERIOS DE EXCLUSION.

Reportes de sesión clínica en que se hayan tratado exposiciones de modalidad de servicio.

Historias presentadas para establecer diagnóstico, que impida clasificar el caso como psicosis orgánica o funcional.

12) TIPO DE MUESTREO.

El tipo de estudio fue intencional o selectivo porque se requirió de casos representativos que ofrecieran información sobre los indicadores que se establecieron para la investigación.

La muestra estuvo formada con el 100% de las historias clínicas presentadas en sesión general desde 1989 y hasta septiembre de 1994. Clasificándose los casos en dos categorías por concepto diagnóstico: psicóticos orgánicos y psicóticos funcionales, y posteriormente se clasificaron por sexo, con la intención de establecer diferencias de la conducta sexual en pacientes psicóticos. Quedando conformada por tanto por 100 historias clínicas.

13) TIPO DE ESTUDIO.

- 1.- Por objetivo: Es un estudio exploratorio porque se pretendió fundamentar las hipótesis y recoger ideas que permitan afinar la metodología.
- 2.- Por lugar: Fue un estudio de campo porque la investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
- 3.- Por tiempo: Fue un estudio transversal debido a que la investigación se desarrolló en un momento dado, es decir, en aquí y un ahora.

14) DISEÑO.

Fue un diseño de más de dos muestras independientes, debido a que se tuvieron dos muestras aleatorias independientes tomadas de poblaciones iguales con las que se establecieron comparaciones, entre hombres y mujeres y psicosis orgánica y funcional.

15) INSTRUMENTO.

Se elaboraron cuatro cuadros en donde se realizó el vaciado de la información obtenida de las historias clínicas; concentrando los datos sobre la conducta sexual de los pacientes psicóticos.

Los cuadros se clasificaron de la siguiente manera:

- 1) Hombres con psicosis orgánica y psicosis funcional.
- 2) Mujeres con psicosis orgánica y psicosis funcional.
- 3) Hombres y mujeres.
- 4) Psicosis orgánica y psicosis funcional.

16) PROCEDIMIENTO:

Del 100% de la muestra obtenida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, se leyeron 150 historias clínicas presentadas en sesión clínica general durante los años de 1989 y hasta septiembre de 1994, de las cuales 100 cubrieron los requisitos de inclusión para formar parte de la investigación. Dichas historias clínicas fueron proporcionadas por el área de investigación del mismo hospital.

La información obtenida sobre la conducta sexual fue vaciada en las tablas de concentración de datos previamente elaboradas. (Anexos del 2 al 5).

CAPITULO 4

RESULTADOS

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Se elaboraron los códigos correspondientes para correr los programas estadísticos de frecuencias y Chi cuadrada.

- 1) Frecuencias.- Se utilizó para elaborar el estudio descriptivo de la muestra.
- 2) Chi cuadrada.- Es una prueba no paramétrica que se utilizó para determinar si entre dos grupos o muestras independientes hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a algunas características.

En primer término se presenta la información relacionada con las características generales de la población.

La muestra estuvo formada por un total de 100 historias clínicas divididas de la siguiente manera:

	Hombres	Mujeres	Total
Psicosis Orgánica	30	19	49
Psicosis Funcional	27	24	51
Total	57	43	100

En las mujeres diagnosticadas con psicosis orgánica se presentaron en forma decreciente las conductas sexuales de la siguiente manera: Violación (5), relaciones casuales (4), masturbación (3), con igual frecuencia quedaron: sin datos sobre sexualidad y bisexualidad (2) y finalmente con 1 juegos sexuales, lesbianismo y relaciones maritales.

Las mujeres con psicosis funcional presentaron las siguientes frecuencias. En igual cantidad quedaron: relaciones casuales y sin relaciones sexuales(3), lesbianismo, sin datos sobre sexualidad, voyeurismo, incesto y relaciones premaritales (2) y finalmente masturbación, juegos sexuales, relaciones maritales, relaciones esporádicas, relaciones extramaritales, relación precoz, zoofilia y deseo sexual con 1. (Tabla 1)

Los hombres dignosticados con psicosis orgánica presentaron en forma decreciente las siguientes conductas: masturbación (9), en igual cantidad se manifestó exhibicionismo, homosexualidad, sin datos sobre sexualidad y relaciones con prostitutas (3), siguiéndole juegos sexuales, voyeurismo y relaciones casuales (2) y finalmente relaciones maritales, sin relaciones sexuales y relaciones esporádicas con 1.

En los hombres con psicosis funcional se obtuvieron las siguientes frecuencias: masturbación (9), relaciones con proslitutas (3), con igual número de frecuencias se presentaron relaciones casuales, sin datos sobre la conducta sexual, exhibicionismo, sin relaciones sexuales y relaciones extramaritales (2) y finalmente con una frecuencia se ubican juegos sexuales, relaciones maritales, homosexualidad, castración y transvestismo. (Tabla 2)

En general las mujeres presentaron mayor frecuencias en las relaciones casuales (6), posteriormente le siguen violación (5), masturbación y sin datos sobre la conducta sexual (4), sin relaciones sexuales y lesbianismo (3), juegos sexuales, bisexualidad, relaciones premaritales, voyeurismo, relaciones extramaritales, incesto y relaciones maritales (2) y por último relaciones esporádicas, relación precoz, zoofilia y deseo sexual con 1.

Por otra parte, los hombres presentaron mayor frecuencia en masturbación (18), siguiéndole relaciones con prostitutas (6), sin datos sobre sexualidad y exhibicionismo (5), relaciones casuales y homosexualidad (4), juegos sexuales y sin relaciones sexuales (3), relaciones maritales, voyeurismo y relaciones extramaritales (2) y por último relaciones esporádicas, castración y transvestismo con 1. (Tabla 3).

TABLA 1

FRECUENCIAS

PSICOSIS ORGANICA

Conducta sexual	Código	Hombres	Mujeres
Relaciones casuales	RC	2	4
Violación	V		5
Masturbación	M	9	3
Lesbianismo	LES		1
Juegos sexuales	JUG	2	1
Sin datos sobre la sexualidad	S/D	3	2
Bisexualidad	BIS		2
Relaciones maritales	RM	1	1
Exhibicionismo	EXH	3	
Voyeurismo	VOY	2	
Sin relaciones sexuales	SRS	1	
Homosexualidad	HOM	3	
Relaciones c/prostitutas	R C/P	3	
Relaciones esporádicas	RES	1	
Relaciones extramaritales	R. EXTRA.		
Relación precoz	R. PRECOZ		
Zoofilia	ZOO		
Incesto	INCESTO		
Relaciones premaritales	R. PRE.		
Castración	CASTRACION		
Transvestismo	TRANSV.		
Deseo sexual	DS		
Total		30	19

TABLA2

FRECUENCIAS

PSICOSIS FUNCIONAL

Conducta sexual	Código	Hombres	Mujeres
Relaciones casuales	RC	2	3
Violación	V		
Masturbación	M	9	1
Lesbianismo	LES		2
Juegos sexuales	JUG	1	1
Sin datos sobre la sexualidad	S/D	2	2
Bisexualidad	BIS		
Relaciones maritales	RM	1	1
Exhibicionismo	EXH	2	
Voyeurismo	VOY		2
Sin relaciones sexuales	SRS	2	3
Homosexualidad	HOM	1	
Relaciones c/prostitutas	R C/P	3	
Relaciones esporádicas	RES		1
Relaciones extramaritales	R. EXTRA.	2	1
Relación precoz	R. PRECOZ		1
Zoofilia	ZOO		1
Incesto	INCESTO		2
Relaciones premaritales	R. PRE.		2
Castración	CASTRACION	1	
Transvestismo	TRANSV.	1	
Deseo sexual	DS		1
	Total	27	24

TABLA3

FRECUENCIAS

Conducta sexual	Código	Hombres	Mujeres
Relaciones casuales	RC	4	6
Violación	V		5
Masturbación	M	18	4
Lesbianismo	LES		3
Juegos sexuales	JUG	3	2
Sin datos sobre la sexualidad	S/D	5	4
Bisexualidad	BIS		2
Relaciones maritales	RM	2	2
Exhibicionismo	EXH	5	
Vouyeurismo	VOY	2	2
Sin relaciones sexuales	SRS	3	3
Homosexualidad	HOM	4	
Relaciones c/prostitutas	R C/P	6	
Relaciones esporádicas	RES	1	1
Relaciones extramaritales	R. EXTRA.	2	2
Relación precoz	R. PRECOZ		1
Zoofilia	ZOO		1
Incesto	INCESTO		2
Relaciones premaritales	R. PRE.		2
Castración	CASTRACION	1	
Transvestismo	TRANSV.	1	
Deseo sexual	DS		1
Total		57	43

De manera general en las psicosis orgánicas se presentaron con mayor índice la masturbación (12), posteriormente le siguen relaciones casuales (6), violación y sin datos sobre la conducta sexual (5), juegos sexuales, exhibicionismo, homosexualidad y relaciones con prostitutas (3), bisexualidad, relaciones maritales y voyeurismo (2) y por último lesbianismo, sin relaciones sexuales y relaciones esporádicas con 1.

En la psicosis funcional se observó que la conducta con mayor frecuencia fue la masturbación (10), posteriormente le siguen sin relaciones sexuales (5), relaciones casuales, sin datos sobre sexualidad y relaciones extramaritales (4), relaciones con prostitutas (3), lesbianismo, juegos sexuales, relaciones maritales, exhibicionismo, voyeurismo, incesto y relaciones premaritales (2), finalmente homosexualidad, relaciones esporádicas, relación precoz, zoofilia, castración, transvestismo y deseo sexual con 1. (Tabla 4)

TABLA4

FRECUENCIAS

Conducta sexual	Código	Psic. org.	Psic. func.
Relaciones casuales	RC	6	4
Violación	V	5	
Masturbación	M	12	10
Lesbianismo	LES	1	2
Juegos sexuales	JUG	3	2
Sin datos sobre la sexualidad	S/D	5	4
Bisexualidad	BIS	2	
Relaciones maritales	RM	2	2
Exhibicionismo	EXH	3	2
Voyeurismo	VOY	2	2
Sin relaciones sexuales	SRS	1	5
Homosexualidad	HOM	3	1
Relaciones c/prostitutas	R C/P	3	3
Relaciones esporádicas	RES	1	1
Relaciones extramaritales	R. EXTRA.		4
Relación precoz	R. PRECOZ		1
Zoofilia	ZOO		1
Incesto	INCESTO		2
Relaciones premaritales	R. PRE.		2
Castración	CASTRACION		1
Transvestismo	TRANSV.		1
Deseo sexual	DS		1
Total		49	51

A continuación se presenta el análisis de los datos por conducta después de la aplicación de la chi cuadrada, para posteriormente decidir si se aceptan las hipótesis nulas o se rechazan en favor de las hipótesis altermas en sentido estadístico.

Comparación entre psicosis orgánica y psicosis funcional.

En la conducta: Sin relaciones sexuales si existen diferencias significativas. Esto se debe a que 5 personas con psicosis funcional la manifiestan y sólo 1 con psicosis orgánica. (Tabla 5)

Tabla 5. Comparación por padecimientos.

PF	PO
5	1

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 4 \\ p &= .05 \end{aligned}$$

PF.- Psicosis funcional.

PO.- Psicosis orgánica.

En las conductas relaciones casuales, masturbación, exhibicionismo, voyeurismo, lesbianismo, homosexualidad, sin datos sobre sexualidad, relaciones con prostitutas, relaciones maritales y relaciones esporádicas no hubo diferencias significativas estadísticamente entre psicosis orgánica y funcional. (Tabla 6)

Tabla 6. Comparación por padecimiento.

	PF	PO	χ^2_{2*}
Relaciones casuales	4	6	.4
Lesbianismo	2	1	.32
Sin datos sobre sexualidad	4	5	.1
Relaciones maritales	2	2	0
Relaciones esporádicas	1	1	0
Masturbación	10	12	.18
Exhibicionismo	2	3	2
Voyeurismo	2	2	0
Homosexualidad	1	3	1
Relaciones c/prostitutas	3	3	0

* $p > .05$ No significativa

En las conductas violación, relaciones extramaritales, zoofilia, relaciones premaritales, transvestismo, bisexualidad, relación precoz, incesto y castración no hubo comparación debido a que sólo en uno de los grupos por padecimiento se presentó. (tabla 7)

Tabla 7. Conductas sexuales para cada grupo de padecimiento

Psicosis funcional	Psicosis orgánica
Relaciones extramaritales Relación precoz Zoofilia Incesto Relaciones premaritales Castración Transvestismo. Deseo sexual	Violación Bisexualidad

Comparación entre hombres y mujeres.

En la conducta: Masturbación existen diferencias significativas estadísticamente, debido a que ésta se presentó en 18 hombres y sólo en 4 mujeres. (tabla 8)

Tabla 8. Comparación por género

H	M	$\chi^2 = 8,8$ $p = .05$
18	4	

H.- Hombres M.- Mujeres

En las conductas: relaciones casuales, sin datos sobre sexualidad, juegos sexuales, relaciones maritales, voyeurismo, relaciones esporádicas, sin relaciones sexuales y relaciones extramaritales no hubo diferencias significativas estadísticamente por género. (tabla 9)

Tabla 9. Comparación por género.

	H	M	χ^2*
Relaciones casuales	4	6	.4
Juegos sexuales	3	2	.2
Sin datos sobre sexualidad	5	4	.1
Relaciones maritales	2	2	1
Voyeurismo	2	2	0
Relaciones esporádicas	1	1	0
Sin relaciones sexuales	3	3	0
Relaciones extramaritales	2	2	0

* $p > .05$ No significativa.

No existieron comparaciones en violación, lesbianismo, bisexualidad, homosexualidad, relaciones con prostitutas, relación precoz, zoofilia, incesto, relaciones premaritales, castración, transvestismo y deseo sexual debido a que sólo en uno de los grupos de género se presentó.(tabla 10)

Tabla 10. Conductas sexuales presentadas sólo en uno de los grupos.

Hombres	Mujeres
Homosexualidad Castración Transvestismo Relaciones con prostitutas Exhibicionismo	Violación Lesbianismo Bisexualidad Relación precoz Incesto Deseo sexual Zoofilia Relaciones premaritales.

Comparación entre hombres y mujeres diagnosticados con psicosis orgánica.

En éste grupo no se encontraron conductas con diferencias significativas. Observando que en las conductas: relaciones casuales, masturbación, juegos sexuales, sin datos sobre sexualidad y relaciones maritales no hubo diferencias significativas estadísticamente entre hombres y mujeres.(tabla 11)

Tabla 11. Comparación por género.

	H	M	χ^2 *
Relaciones casuales	2	4	.66
Masturbación	9	3	3.0
Juegos sexuales	2	1	.32
Sin datos sobre sexualidad	3	2	.2
Relaciones maritales	1	1	0

* $p > .05$ No significativa

En violación, bisexualidad, lesbianismo, exhibicionismo, voyeurismo, homosexualidad, sin relaciones sexuales, relaciones esporádicas y relaciones con prostitutas no existió punto de comparación debido a que sólo en uno de los grupos se presentó. (tabla 12)

Tabla 12. Conductas sexuales presentadas sólo en uno de los grupos.

Hombres	Mujeres
Voyeurismo	Violación
Homosexualidad	Lesbianismo
Exhibicionismo	Bisexualidad
Sin relaciones sexuales	
Relaciones esporádicas	
Relaciones con prostitutas	

Comparación entre hombres y mujeres con diagnóstico de psicosis funcional.

Si hubo diferencias significativas estadísticamente en la conducta de masturbación; en tanto que ésta se presentó con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. (tabla 13)

Tabla 13. Comparación por género.

H	M
9	1

$$\chi^2 = 6.4$$

$$p = .05$$

No existieron diferencias significativas estadísticamente en las conductas de relaciones casuales, juegos sexuales, sin datos sobre sexualidad, relaciones maritales, sin relaciones sexuales y relaciones extramaritales. (tabla 14)

Tabla 14. Comparación por género.

	H	M	χ^2_*
Relaciones casuales	2	3	.2
Juegos sexuales	1	1	0
Sin datos sobre sexualidad	2	2	0
Relaciones maritales	1	1	0
Sin relaciones sexuales	2	3	0
Relaciones extramaritales	2	1	.32

H.- Hombres

M.- Mujeres

* $p > .05$ no significativa

En las conductas: relaciones esporádicas, lesbianismo, exhibicionismo, voyeurismo, homosexualidad, relaciones con prostitutas, relaciones premaritales, relación precoz, zoofilia, incesto, castración, transvestismo y deseo sexual no existió punto de comparación por que sólo en uno de los grupos se manifestó. (tabla 15).

Tabla 15. Conductas sexuales presentadas en sólo uno de los grupos.

Hombres	Mujeres
Exhibicionismo Homosexualidad Transvestismo Relaciones con prostitutas Castración	Lesbianismo Relaciones esporádicas Relaciones premaritales Relación precoz Voyeurismo Incesto Zoofilia Deseo sexual.

CAPITULO 5

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos se encontró que los pacientes con psicosis orgánica presentan menor conducta sexual que los pacientes con psicosis funcional. Comprobándose con esto la primera hipótesis de trabajo.

Tomando en cuenta que en la psicosis orgánica se involucra la declinación de la capacidad mental producida por una enfermedad cerebral y caracterizada por un deterioro intelectual global de la atención, memoria, comprensión y juicio, así como del control emocional dando como consecuencia la incapacidad de estas personas para establecer relaciones interpersonales profundas debido a que no tienen contacto con la realidad. Mientras que los pacientes con psicosis funcional presentan mayor conducta sexual hay que tomar en cuenta que en ellos su deterioro de la atención y el juicio es menor, presentándose de manera deficiente contacto con las personas y la realidad.

Sin embargo estos últimos, en la actividad sexual: sin relaciones sexuales presentan menor frecuencia, lo cual indica que al no presentar deterioro total de su atención y juicio les permite darse cuenta, de alguna manera, de su medio social, sin que con esto se afirma que tengan conciencia de su padecimiento, asumiendo la masturbación como un medio para obtener satisfacción sexual. Manifestándose en mayor grado en los hombres que en las mujeres.

Ahora bien, el síntoma sexual del paciente puede ser independiente de su patología, o bien estar relacionado con sus distorsiones y defensas, por tanto, dentro del aspecto psicológico su incapacidad sexual es utilizada como un mecanismo de defensa. Para Calvin (1984) una persona reprimida puede ser sexualmente impotente, o puede desarrollar lo que se llama ceguera histérica o parálisis histérica. El mecanismo de la represión contribuye al desarrollo de diferentes perturbaciones físicas, como son: la artritis, el asma y las úlceras.

Aunque la represión es necesaria para el desarrollo de la personalidad normal y en cierto grado todo el mundo la utiliza, hay personas con psicosis funcional que dependen de ella y excluyen otras maneras de adecuarse a las amenazas.

Por otra parte, las mujeres diagnosticadas con cuadros psicóticos orgánicos o funcionales manifiestan mayor conducta sexual que los hombres con el mismo padecimiento. Comprobándose así la segunda hipótesis de trabajo.

Las relaciones premaritales que debieran ser manifestadas por el sexo masculino, únicamente las refirieron las mujeres, pareciendo ser ilógico dentro de la sociedad en la que vivimos ya que se considera que el hombre es, en la mayoría de las veces, quien inicia su actividad sexual antes de casarse. Debido a que el rol sexual da la pauta de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenece. Para Bandura y Walters (citado en Alvarez Gayou, 1987) la conducta sexual humana es el resultado del aprendizaje social determinando en gran parte la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales de hombres y mujeres.

Así también otras conductas como la violación, la bisexualidad, la relación precoz, la zoofilia, el incesto y el deseo sexual no fueron referidas por el hombre, posiblemente porque estas conductas son rechazadas por la misma sociedad y en particular la violación y el incesto que son castigadas por la ley. Para Marcela Martínez (1985) el incesto en nuestra cultura, sociedad y moral actual es un acto repugnante, vergonzoso e inmoral en donde el individuo no teme a la sanción sino a la aversión hacia la conducta cometida como una vivencia socialmente aprendida.

Respecto a la violación González de la Vega (citado en Marcela Martínez, 1985) manifiesta que al cometer esta conducta se daña la paz, la seguridad, la tranquilidad psíquica, la libertad personal, la integridad corporal y la vida de los pacientes.

Tomando en cuenta que dentro de la psicosis funcional no existe una pérdida del contacto de la realidad sino sólo una alteración del estado afectivo del sujeto, éste puede manifestar su conducta y su deseo sexual adecuadamente o por lo contrario no lo hace por presentar

sentimientos de inseguridad, reprimiendo su vida sexual. Sin embargo, para Sandor Rado (citado en Kolodny, 1979) el esquizofrenico no estaba interesado en el placer sexual ni en ninguna otra forma de placer debiéndose esto a su encierro en sí mismos.

Por otra parte se encontró que los hombres se masturban con mayor frecuencia debido a la carencia de satisfacción sexual por medio de otras conductas sexuales; a diferencia de las mujeres que son más reservadas al referirse a su sexualidad por lo que no manifiestan abiertamente la realización de esta conducta, así también esto pudiera ocurrir por la represión social en donde la mujer no tiene derecho a sentir y manifestar sus deseos sexuales (Giraldo Neira, 1985) sin tomar en cuenta que hay estudios de Masters y Johnson (1987) que afirman que al igual que el hombre, la mujer puede expresar su deseo y placer sexual. Para Ellis (citado en Masters y Johnson 1987) la masturbación es una práctica en ambos sexos y en todas las edades y rebatió la idea de que la mujer "decente" no sentía apetencia carnal.

Para Harold Kaplan y Alfred Freedman (1982) la masturbación es frecuente en todos los estadios de la vida, desde la infancia hasta la vida adulta. Pero si ésta es el único tipo de conducta sexual preferido por los adultos se puede considerar como un síntoma de trastorno emocional, no porque sea sexual sino porque es compulsivo teniendo como consecuencia problemas en las relaciones interpersonales al grado de presentar aislamiento.

Estas diferencias existen por la poca importancia que se le da a la sexualidad del paciente psicótico considerado por la sociedad como un ser asexuado y por lo que no debe manifestar conductas sexuales. Además dado que es una conducta de reprobación social no existe un formato adecuado para la exploración de la vida sexual del paciente, este trabajo es exploratorio por lo que se recomienda elaborar un formato de exploración de la sexualidad que contenga preguntas ya estructuradas desde su infancia y adolescencia para que se pueda deducir si éste es un factor importante en el desencadenamiento del padecimiento actual del paciente psicótico y su posible recuperación e integración a su medio.

Para Kolodny (1979) no hay duda de que la mayoría de los médicos conocen perfectamente el hecho de que muchos pacientes deprimidos experimentan una pérdida de la libido, sin

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

embargo, estos mismos médicos pueden ser menos conocedores del impacto que otro tipo de enfermedades psiquiátricas puedan tener en la sexualidad o viceversa, debido a que sus conocimientos son limitados con respecto a la sexualidad, expresan la normalidad o no de un fenómeno social o comportamiento humano, emitiendo enunciados que implican un juicio o un valor a favor o en contra de algo que es o no de su agrado.

Por ejemplo: en la esquizofrenia cuya desorganización de la personalidad es de carácter grave, existe la dificultad en las relaciones interpersonales que puede tener por base un deterioro hedónico de la facultad de experimentar placer.

No obstante, existe un marcado interés por parte del hospital respecto a la conducta sexual que se manifiesta entre los mismos pacientes, refiriéndose esto únicamente al coito, tratando de evitar posibles embarazos y las consecuencias que esto ocasionaría para la institución, por permitir la relación interpersonal entre ellos. Por lo cual proporcionan información a los familiares acerca de métodos anticonceptivos, quienes deben tomar una decisión por el método más adecuado para su paciente, nuevamente sin tomar en cuenta la opinión del propio paciente considerado como incapaz para tomar sus propias decisiones. De esta forma la institución se deslinda de responsabilidades.

Esto viene a confirmar una vez más que la actividad sexual aceptable es coito y procreación en parejas "casadas" y cualquier conducta sexual que varíe de éstas y sea buscada únicamente para obtener placer es reprobada por las instituciones sociales.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A causa de las dificultades encontradas para trabajar directamente con los pacientes debido a las reglas establecidas por los directivos de algunas Instituciones se recurrió a la revisión de las historias clínicas presentadas en sesión clínica. Encontrando que el personal dedicado a la atención de dichos pacientes no exploran adecuadamente el área sexual, considerándola poco relevante para la posible causa del padecimiento, dando mayor importancia a situaciones corporales, probablemente por que la sexualidad es considerada aún en nuestra sociedad como un tabú e irrelevante para la enfermedad psiquiátrica. Por lo que no se encontró suficiente información sobre la actividad sexual de los pacientes.

En la Historia Clínica debe estar presente la exploración mínima de la sexualidad, ya que ésta es una revisión integral de la persona. Esta exploración debe contener puntos importantes como son: las actitudes hacia la masturbación, las experiencias sexuales en la infancia y la adultez, así como las actitudes de los familiares ante éstas y como se daba en ellas el manejo del cuerpo desnudo, las expresiones de afecto y los juegos sexuales infantiles. Indagar sobre las sensaciones que tuvo al besar a personas tanto de su mismo sexo como a las del sexo opuesto y también si tuvo relaciones homosexuales y/o heterosexuales, de quien aprendió los comportamientos en sexualidad, si fue de los amigos de su mismo sexo o del sexo opuesto, de profesores o padres.

También se debe investigar sobre la vida sexual activa y la frecuencia de sus relaciones coitales, así como las sensaciones que le producen, saber si ha llegado al orgasmo mediante la descripción que el paciente haga de sus sensaciones, ya que si se le pregunta - ¿A sentido orgasmos?- posiblemente no sepa a que se refiere la pregunta y sólo se concrete a decir un SI o un NO que no lleve a nada claro.

El médico general es la primera persona y a la que siempre acude el paciente cuando se se siente mal o presenta algún problema porque ya lo conoce y le tiene confianza.

Por lo que se sugiere que éste posea conocimientos sobre el ciclo de reacción sexual y revise sus actitudes hacia la sexualidad ya que es un factor importante para que sea objetivo y dé una adecuada orientación a las personas que recurran a él sin importar

de que sexo sean u orientación de la preferencia sexual, además de que al comentar sobre la sexualidad debe propiciar que el paciente se sienta cómodo y pueda detectar cuando deberá ser canalizado a un especialista y de esta manera prevenir disfunciones sexuales o hipoactividad sexual originada por una disminución del placer.

Basándonos en lo planteado se considera que aún existe campo fértil para futuras investigaciones como por ejemplo:

- Detectar las actitudes y conocimientos del profesional de la salud hacia la sexualidad y la representación social de la sexualidad en el paciente psiquiátrico.

- Llevar a cabo estudios con muestras diferentes como: población "normal" en comparación con psicóticos u otro tipo de padecimientos.

- Estudios que además de considerar como variables independientes el sexo y tipo de psicosis incluye otras variables de interes que pudieran ser uso de medicamentos y los efectos que conllevan sobre la sexualidad. Debido a que los fármacos que intervienen con la liberación y captación de tejidos de andrógenos provoca una disminución en el impulso sexual y una efebación en el umbral de una respuesta a la estimulación sexual efectiva. (Kaplan 1982).

Así también hacer estudios sobre trastomos afectivos como la depresión, neurosis, histeria en donde la persona muestra pérdida de apetito y de potencia física, incapacidad para experimentar placer y es un contrapunto que se une al sentimiento de melancolía, soledad y baja autoestima. (Kolodny, 1979).

- Realizar una investigación sobre la vida sexual de parejas disfuncionales y cómo afecta en su vida sexual activa de pareja.

Lo cual da muestra del manejo afectivo, las relaciones interpersonales, la autoimagen y la identidad sexual.

B I B L I O G R A F I A

- ALVAREZ Gayou J. L., (1986), Sexología Integral. México., D. F., Edit. Manual Moderno
- ALVAREZ Gayou J. L., (1987), Elementos de sexología, México, D. F. Ed. Interamericana.
- BASTIN Georges,(1979), Diccionario de psicología sexual, Barcelona, España.
- CASO Muñoz Agustín. (1982), Fundamentos de psiquiatría, México, D.F., Ed. Limusa.
- CAGNON John. (1977), Sexualidad y cultura, México, Ed. Pax, México.
- CALVIN S. Hall (1984), Compendio de psicología freudiana, México, Ed. Paidós.
- DE LA FUENTE Muñoz Ramón,(1976). Psicología médica, México, D. F. Ed. F.C.E.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas,(1979), Barcelona, España, Ed. Salvat.
- FORD S. Clellan, (1972), Conducta sexual, Barcelona, España.
- FREEDMAN Allfred, Kaplan Harold y Co., 1982), Compendio de psiquiatría, Barcelona, España, Ed. Salvat.

- GREEN Richard, (1981), Sexualidad Humana, Conceptos médicos básicos, México, D.F., Ed. Interamericana.
- GIRALDO Neira Octavio, (1985), Explorando las sexualidades humanas México, D.F., Ed. Trillas.
- HENRI Ey, (1980), Tratado de psiquiatría, México, D.F., Edit. Masson.
- HEDER, (1989). Diccionario de psiquiatría, Barcelona, España.
- HEDER, Poiso Yves y Gori Roland, (1976), Diccionario práctico de psicopatología, Barcelona, España.
- KOLODNY Robert C., (1979), Textbook of sexual medicine, Estados Unidos de norteamérica, Little Brown and Co., Boston.
- KAPLAN Helen, (1982), La nueva terapia sexual, México, D.F., Edit. Alianza.
- KAPLAN Helen, (1972), Trastornos del deseo sexual, México, D. F., Edit. Grijalbo.
- KATCHADOURIAN Herart A., (1988), Las bases de la sexualidad humana, México, D.F., Ed. C.E.C.S.A.
- KENNETH L. Jones Et. Al., (1983), Sexualidad humana, México, Edit. Pax-México.
- Manual de codificación de diagnósticos psiquiátricos, (1977), México, D. F., ISSSTE.

- MARTINEZ Roaro Marcela, (1985), Delitos sexuales. Sexualidad y Derecho, México, Ed. Porua.
- MASTERS, Johnson y Kolodny, (1987), La sexualidad humana, Barcelona, España, Ed. Grijalbo. Vol. 2
- MONEY J. y Ehrhardt A., (1982), Desarrollo de la sexualidad humana Madrid, Ed. Morata.
- MONROY Anameli, (1982), La nueva terapia sexual, México, D.F., Edit. Grijalbo.
- PHILIP Salomon, (1976), Manual de psiquiatría, México, D.F., Edit. Manual Modemo.
- ROJAS Soriano Raúl, (1985), Guía para realizar investigaciones sociales, México, D.F., UNAM.
- SIECUS, Guía Sexual Moderna, (1977), Barcelona, Ed. Gedisa.
- SIEGEL Sidney, (1985), Estadística no paramétrica, México, D. F., Ed. Trillas.
- SHERVERT H. Frazie, Arthur, C. Carr, Introducción a la psicopatología Manuales de la práctica médica.
- TAYLOR Donald L., (1973), El desarrollo sexual humano, México, D.F., Ed. Edumex.

TESIS SIN PAGINACION

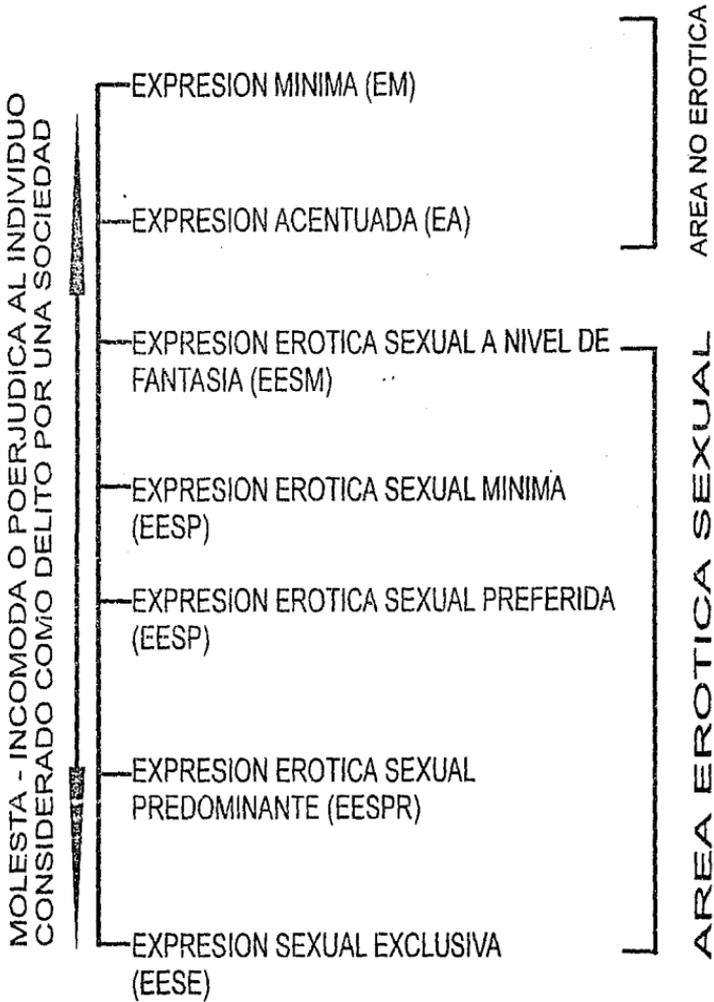
COMPLETA LA INFORMACION

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

A N E X O S

ANEXO 1



CONDUCTA SEXUAL

MUJERES

<u>PSICOSIS ORGANICA</u>	<u>PSICOSIS PSICOAFECTIVA</u>
RELACIONES CASUALES	RELACIONES EXTRAMARITALES CASUALES
INTENTO DE VIOLACION A LOS 9 AÑOS	RELACION SEXUAL PRECOZ 10 AÑOS
VIOLADA A LOS 14 AÑOS	RELACIONES MARITALES
RELACIONES CASUALES	ZOOFILIA
MASTURBACION	INCESTO
RELACIONES CASUALES	RELACIONES CASUALES
MASTURBACION	SIN VIDA SEXUAL ACTIVA
LESBIANISMO DURANTE BROTE PSICOTICO	RELACIONES EXTRAMARITALES
RELACIONES CASUALES	RELACIONES CASUALES
VIOLACION	DESEO SEXUAL HACIA HERMANO
JUGUETEO SEXUAL	JUEGOS EROTICOS
VIOLACION	LESBIANISMO
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD	INCESTO
BISEXUALIDAD	SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
VIOLACION	SIN VIDA SEXUAL ACTIVA
BISEXUALIDAD	RELACIONES PREMARITALES
RELACIONES MARITALES	MASTURBACION
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD	LESBIANISMO
MASTURBACION	SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
	RELACIONES ESPORADICAS
	VOTEURISMO
	SIN RELACIONES SEXUALES
	RELACIONES PREMARITALES
	VOTEURISMO

ANEXO 2

CONDUCTA SEXUAL

HOMBRES

PSICOSIS ORGANICA

MASTURBACION
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
VOYEURISMO
SIN RELACIONES SEXUALES
HOMOSEXUALISMO
RELACIONES CON PROSTITUTAS
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES CASUALES
EXHIBISIONISMO
JUEGOS HETEROSEXUALES
MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
RELACIONES ESPORADICAS
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
HOMOSEXUALIDAD
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
HOMOSEXUALIDAD
RELACIONES CON PROSTITUTAS
MASTURBACION
VOYEURISMO
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
RELACIONES CON PROSTITUTAS
RELACIONES MARITALES
MASTURBACION

PSICOSIS PSICOAFECTIVA

MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
RELACIONES EXTRAMARITALES
MASTURBACION
CASTRACION A LOS 14 AÑOS
MASTURBACION
TRANSVESTISMO
MASTURBACION
RELACIONES EXTRAMARITALES
RELACIONES SEXUALES CASUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTAS
RELACIONES SEXUALES HABITUALES
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTA
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTA
EXHIBISIONISMO
MASTURBACION
HOMOSEXUALIDAD
EXHIBISIONISMO
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD

CONDUCTA SEXUAL

HOMBRES

MASTURBACION
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
VOYEURISMO
SIN RELACIONES SEXUALES
HOMOSEXUALISMO
RELACIONES CON PROSTITUTAS
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES CASUALES
EXHIBISIONISMO
JUEGOS HETEROSEXUALES
MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
SIN DATOS
RELACIONES ESPORADICAS
MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
RELACIONES EXTRAMARITALES
MASTURBACION
CASTRACION A LOS 14 AÑOS
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
TRANSVESTISMO
MASTURBACION
RELACION EXTRAMARITALES
RELACIONES SEXUALES CASUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTAS
RELACIONES SEXUALES MARITALES

MUJERES

RELACIONES SEXUALES CASUALES
INTENTO DE VIOLACION A LOS 9 AÑOS
VIOLADA 14 AÑOS
RELACIONES SEXUALES CASUALES
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES CASUALES
MASTURBACION DURANTE BROTE PSICOTICO
RELACIONES SEXUALES CASUALES
RELACIONES EXTRAMARITALES CASUALES
RELACION SEXUAL PRECOZ 10 AÑOS
RELACIONES SEXUALES MARITALES
ZOOFILIA
INCESTO
RELACIONES SEXUALES CASUALES
RELACIONES SEXUALES CASUALES
SIN VIDA SEXUAL ACTIVA
RELACIONES SEXUALES EXTRAMARITALES
DESEO SEXUAL HACIA SU HERMANO
JUEGOS EROTICOS
LESBIANISMO
LESBIANISMO
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
RELACIONES ESPORADICAS
SIN RELACIONES SEXUALES
VOTEURISMO
VOTEURISMO
RELACIONES PREMARITALES
MASTURBACION
RELACIONES PREMARITALES
SIN RELACIONES SEXUALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD

CONDUCTA SEXUAL

HOMBRES

MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/ PROSTITUTAS
HOMOSEXUALIDAD
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
HOMOSEXUALIDAD
RELACIONES C/PROSTITUTAS
MASTURBACION
VOYEURISMO
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
RELACIONES CON PROSTITUTAS
RELACIONES MARITALES
MASTURBACION
MASTURBACION
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
RELACIONES C/PROSTITUTAS
EXHIBISIONISMO
MASTURBACION
HOMOSEXUALIDAD
EXHIBISIONISMO
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
MASTURBACION
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD

MUJERES

INCESTO
MASTURBACION
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
RELACIONES MARITALES
BISEXUALIDAD
VIOLACION
BISEXUALIDAD
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
VIOLACION
JUGUETEO SEXUAL
VIOLACION

CONDUCTA SEXUAL

PSICOSIS ORGANICA

RELACIONES CASUALES
INTENTO DE VIOLACION A LOS 9 AÑOS
VIOLADA 14 AÑOS
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
LESBIANISMO DURANTE BROTE PSICOTICO
RELACIONES CASUALES
VIOLACION
JUGUETEEO SEXUAL
VIOLACION
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
BISEXUALIDAD
VIOLACION
BISEXUALIDAD
RELACIONES MARITALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
MASTURBACION
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
VOYEURISMO
SIN RELACIONES SEXUALES
HOMOSEXUALISMO
RELACIONES C/PROSTITUTAS
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES CASUALES
EXHIBISIONISMO
JUEGOS HETEROSEXUALES

PSICOSIS PSICOAFECTIVA

RELACIONES EXTRAMARITALES CASUALES
RELACION PRECOZ 10 AÑOS
RELACIONES MARITALES
ZOOFILIA
INCESTO
RELACIONES CASUALES
SIN VIDA SEXUAL ACTIVA
RELACIONES EXTRAMARITALES
RELACIONES CASUALES
DESEO SEXUAL HACIA HERMANO
JUEGOS EROTICOS
LESBIANISMO
INCESTO
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
SIN VIDA SEXUAL ACTIVA
RELACIONES PREMARITALES
MASTURBACION
MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
RELACIONES EXTRAMARITALES
MASTURBACION
CASTRACION A LOS 14 AÑOS
RELACIONES PREMARITALES
TRANSVESTISMO
MASTURBACION
RELACIONES EXTRAMARITALES
RELACIONES SEXUALES CASUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
SIN RELACIONES SEXUALES
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTAS
RELACIONES SEXUALES MARITALES

CONDUCTA SEXUAL

PSICOSIS ORGANICA

MASTURBACION
JUEGOS SEXUALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
RELACIONES ESPORADICAS
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
HOMOSEXUALIDAD
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
HOMOSEXUALIDAD
RELACIONES C/PROSTITUTAS
MASTURBACION
VOYEURISMO
MASTURBACION
EXHIBISIONISMO
RELACIONES CON PROSTITUTAS
RELACIONES MARITALES
MASTURBACION

PSICOSIS PSICOAFECTIVA

MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTAS
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
RELACIONES SEXUALES C/PROSTITUTA
EXHIBISIONISMO
MASTURBACION
HOMOSEXUALIDAD
EXHIBISIONISMO
MASTURBACION
RELACIONES CASUALES
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
MASTURBACION
LESBIANISMO
SIN DATOS SOBRE SEXUALIDAD
RELACIONES ESPORADICAS
VOTEURISMO
SIN RELACIONES SEXUALES
VOTEURISMO