



11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

CENTRO DE SALUD
"DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACION SEXUAL ENTRE MEDICOS FAMILIARES DE UNA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

Trabajo que para obtener el diplomado de especialista
en medicina familiar, presenta:

DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS

Martha Patricia Chagolla Villaseñor

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

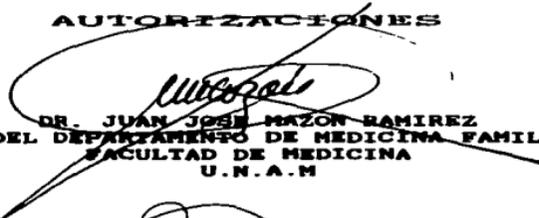
TRABAJO DE INVESTIGACION

**CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACION SEXUAL ENTRE MEDICOS
FAMILIARES DE UNA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:**

DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



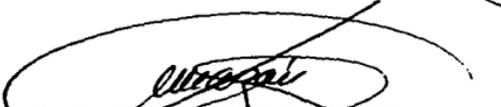
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**



DR. MARIO A. RODRIGUEZ LEON
Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Asesor de Tesis



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
Coordinador de Investigación del Departamento
de Medicina Familiar
Asesor de Tesis

A mi vida con todos los días que me dan una esperanza futura.

A mi madre que por su dedicación y amor lograste lo que soy.

A mi esposa que con todo mi amor y cariño, que has tenido confianza en mí.

A mi hija Stephanía parte de mi vida con todo mi amor.

A mis hermanos.

A mi madre por quien detrás de cada aduerto mio hay una
esperanza suya.

A mi querido excelso que llevo de mi padre.

A Fogelio y a su hijo por el sacrificio que les impuse. Que
sea para bien.

A mis hermanos y cuñada con todo mi corazon.

A quienes me tuvieron confianza.

INDICE

I. ANTECEDENTES Y PROBLEMA.....	1
II. JUSTIFICACION.....	11
III. OBJETIVO.....	13
- Historia.....	14
- Conceptos básicos.....	21
- Respuesta Sexual Humana.....	25
- Actitudes específicas ante los problemas sexuales en los diferentes grupos de edad.....	30
- Disfunciones Sexuales.....	37
- Fármacos y Respuesta Sexual Humana.....	54
- Antropología y Sexología.....	58
- Tipos Generales de problemas planteados a los Médicos Familiares.....	61
- Parafilias.....	62
- Conceptos Básicos de Terapia Sexual.....	74
IV. METODOLOGIA.....	82
V. RESULTADOS.....	96
VI. DISCUSIONES	
VII. CONCLUSIONES.....	109
VIII. SUGERENCIAS.....	110
IX. BIBLIOGRAFIA.....	111

I. ANTECEDENTES Y PROBLEMA

La humanidad se ha visto beneficiada, sin duda, por diversas modificaciones en el ejercicio de la Medicina y de otras ramas, como la Psicología, el Trabajo Social y la Enfermería, que buscan la consecución del completo estado de bienestar físico, psicológico y social, señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

A pesar de ello, la sociedad misma exige de sus estructuras educativas la formación de profesionales de la salud que puedan tener una visión integral del ser humano. Ejemplo de ello es la necesidad de mayor número de Médicos Familiares, principalmente en países de los llamados del Tercer Mundo, como México, donde las prioridades de salud requieren de profesionales que estén en capacidad y en disposición para el trabajo interdisciplinario.

El Profesional de la Salud debe saber escuchar, dejar hablar, inspirar confianza y por supuesto, debe ser responsable de preservar la buena salud de sus pacientes y de la comunidad en todas las áreas.

De hecho el funcionamiento sexual se encuentra de tal manera involucrado en el estado de salud física, mental y social, que ignorarlo no es otra cosa que el reflejo de una inadecuada atención de la salud. (2).

Green señala que descuidar la función sexual es no tomar en cuenta que ésta es parte del funcionamiento integral del individuo (3).

Cualquier ser humano considera la vida sexual satisfactoria como una parte esencial de su existencia. Cuando se presenta un problema de índole sexual, ¿a quien acude la gente, para conseguir información que aclare sus dudas, disuelva ansiedad o en última instancia, proporcione alternativas de tratamiento?. La comunidad puede recurrir a:

- * Artículos de revistas de divulgación popular, que muchas veces contienen tests auto aplicables.

- * Manuales de Sexología.

- * El ministro religioso.

- * El amigo, la vecina o la comadre.

- * El médico (considerado como experto en sexo por excelencia).

- * Otros profesionales de la salud (Psicólogo, Enfermeras, Trabajadora Social), (4)

Señalan Burnan y Golden, que 68% de los Médicos que realizan exploración sexual ordinariamente, encuentran algún problema en 50% de sus casos (coincidiendo con las cifras señaladas por Masters y Johnson); y que 75% de los que no la realizan regularmente, sino solo cuando lo consideran

necesario, descubren problemas en menos del 10% de sus pacientes. (6)

Eberth y Lief señalan que es el Médico, el profesional de quien se espera con mayor frecuencia información y ayuda en el terreno de la sexualidad humana. Las actitudes tradicionales ante el funcionamiento sexual a partir de la década de los sesentas ha cambiado y día tras día aumenta el número de pacientes que llevan a los consultorios preguntas y conflictos relacionados con tópicos, educación sexual, masturbación, homosexualidad y otras expresiones de la sexualidad. (5)

Para Eaton y Kenstsmith, aún sin exploración de la sexualidad del paciente, aproximadamente entre el 10 y 15% de los pacientes del Médico General expresan algún comentario de índole sexual, sea duda, conflicto, preocupación o disfunción. (3)

Todas las cifras antes citadas corresponden a estudios realizados en Estados Unidos. ¿Qué cifras encontraríamos en México y Latinoamérica, si se ampliara regularmente la sexualidad de todos los pacientes? (6).

En una encuesta sobre la formación que en materia de Sexualidad se imparte en las Escuelas y Facultades de Medicina de la República Mexicana se encontró que de 4.6% Escuelas y Facultades del país, sólo 4 manifestaron tener cursos de Sexualidad Humana, y sus resultados en general revelan que el

estudio de esta disciplina en instituciones educativas se limita básicamente a los aspectos biológicos de la sexualidad, sin considerar sus facetas psicológicas y sociales.

Es evidente que los estudiantes de Medicina y Enfermería aprendan un poco más allá de la Anatomía y Fisiología del Sistema Reproductivo. Todos ellos, incluso los médicos, durante sus períodos de internado y residencia no reciben entrenamiento o información sistemática para el reconocimiento o manejo de las disfunciones relacionadas con la sexualidad.

Generalmente se descuidan en la educación de los futuros médicos y profesionales de la salud, aspectos fundamentales como:

- 1.-Fisiología de la respuesta sexual humana.
- 2.-Las diversas expresiones de la conducta sexual.
- 3.-La sexualidad en la infancia y la adolescencia.
- 4.-Los efectos de la enfermedad sobre la sexualidad.
- 5.-Los efectos de distintas drogas y medicamentos sobre la sexualidad humana.
- 6.-Los efectos y cambios que la edad y el envejecimiento producen en la respuesta sexual humana.
- 7.-Reconocimiento y alternativas de manejo de problemas en conflictos y disfunciones sexuales. (11)

Afirma Kinsey que los Psiquiatras comprueban constantemente cómo la mayoría de los pacientes buscan ayuda para resolver sus conflictos sexuales, que el comportamiento sexual de los seres humanos es una de las zonas menos exploradas de la Biología y de la Sociología, y que en América y en Europa Occidental las reacciones sexuales quedan subordinadas a consideraciones religiosas, a prohibiciones sociales y a leyes restrictivas, arbitrarias e incongruentes (7).

Dentro de la Medicina Familiar que abarca a todos los grupos socioeconómicos, el mismo médico afrontará al paciente con muchas actitudes distintas en cuanto a la sexualidad, por la razón expuesta se hace evidente que el profesional de la salud debe:

- * Entender el significado y las causas de problemas sexuales.
- * Comprender la interrelación entre sistema socioeconómico y sexualidad.
- * Diagnosticar dudas, conflictos o problemas.
- * Ofrecer un esquema de manejo, diferenciando los casos de competencia, de los que debe canalizar.
- * Prevenir la aparición de problemas sexuales.
- * Proporcionar educación sexual al paciente, individuo, familia, pareja o comunidad.

La Educación Sexual que proporciona el Profesional de la Salud, puede y, de hecho ocurre, hace desaparecer conflictos y disfunciones que pudieran parecer complejos en su manejo.

Los elementos que entorpecen la exploración de la sexualidad de los pacientes son básicamente los problemas de comunicación, derivados de:

- 1.-La dificultad del paciente para hablar de sexo.
- 2.-La dificultad del profesional para tratar el tema.

El primer obstáculo es relativamente fácil de salvar, si propiciamos una atmósfera de tranquilidad y confianza.

Para Melinda Swenson, las dificultades del médico que pudieron trasladarse a la actitud de la mayoría de los médicos familiares residen en:

- a) Temor a interferir con la intimidad del paciente.
- b) Falta de conocimiento.
- c) Actitudes ante la propia sexualidad.

Una exploración clínica cuidadosa permite establecer estrategias del trabajo clínico que permitirán mantener el cuidado integral del paciente. La exploración del funcionamiento sexual no requiere de muchas horas de trabajo ni de formatos excesivamente largos que muchas veces en su estructura abordan puntos que carecen de interés y de valor semiológico para llevar a algún diagnóstico concreto. Realmente importa saber cuándo explorar y cómo hacerlo.

La exploración mínima nos lleva a la obtención de datos útiles para emprender una labor de tratamiento, prevención, educación, rehabilitación o canalización, que resulte ventajosa para el paciente y esta puede efectuarse:

- 1.- Como parte de una historia clínica general.
- 2.- Cuando un problema sexual es la causa de la consulta.
- 3.- Cuando la causa de la consulta es incierta.
- 4.- Cuando, en una consulta, por un motivo específico se expresa un asunto de índole sexual.

Por otro lado, creemos que los puntos fundamentales de sexualidad son:

- a) Masturbación.
- b) Actitud familiar ante la masturbación que refleja la actitud ante la sexualidad.
- c) Sentimientos personales ante la masturbación (revisión retrospectiva y percepción actual).
- d) Circunstancias en que ocurría y posibles correlaciones con patrones de eyaculación precoz y anorgasmia femenina.
- e) Historia coital.
- f) Satisfacción con dicha frecuencia. Investigar ¿preferiría mayor o menor? y evitar el enunciado ¿Le satisface esa frecuencia? que puede llevarnos a un no o sí rotundos.
- g) Dispareunia del consultante y la pareja.

h) Obtención del orgasmo. ¡Cuidado con el enunciado de la pregunta! Es preferible interrogar intencionalmente las sensaciones que ocurren durante la experiencia sexual, para determinar si la tensión sexual se libera de manera muy rápida o paulatina.

i) Tiempo estimado al orgasmo (con frecuencia no se puede señalar el tiempo entre penetración y orgasmo, resulta útil indagar en ese caso el número de movimientos pélvicos hasta el inicio de las contracciones clónicas características).

j) Otros intereses de expresión sexual (como Homosexualidad. "Muchas personas en alguna época de su vida realizan juegos sexuales con sus amigos o amigas". ¿Alguna vez sintió atracción por alguien de su mismo sexo? "En caso de respuesta afirmativa "¿hasta que nivel de intimidad?".

k) ¿Alguna pregunta? ¿Dudas que desee aclarar?.

El Médico con la exploración mínima de la sexualidad se enfrenta a actitudes como:

1.- La incomodidad con la propia sexualidad que redunde en incomodidad para tratar el tema. Pérez de Francisco y Reos señala que del programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 4.1 por 100 de los alumnos acudieron a consulta por algún tipo de incomodidad de la propia sexualidad.

2.- La intranquilidad que provoca la falta de información.

3.- El temor a tratar ciertos temas "tabúes".

4.- El eredirse en juez del comportamiento de los pacientes.

5.- Los mitos y prejuicios de mayor prevalencia en la sociedad son compartidos por los profesionales de la salud.

6.- La tendencia a etiquetar rígidamente las expresiones de la sexualidad dentro de un marco estrictamente patológico.

(4)

El Médico debe decidir qué material tiene tiempo de utilizar y cuál es el más adecuado para el problema que tiene enfrente, nunca es más apropiada la exhortación "Médico concóctete a tí mismo", que cuando se aplica a los Médicos Familiares que aconsejan a sus pacientes sobre asuntos sexuales. Para ellos son esenciales conocimientos básicos de sexualidad, la autoexploración que hace el Médico de su propio equilibrio sexual, su moral y sus estandares preconcebidos y su capacidad de ajustarse a ellos, para satisfacer las necesidades de sus pacientes. (3)

En la Consulta Externa de la Clínica Oriente I.S.S.S.T.E del D.F. el Médico familiar no utiliza rutinariamente una guía para identificación de disfunciones sexuales, corroborado por la revisión del registro de actividades diarias del médico, de lo que podemos suponer que su participación como consejero

sexual es baja, no existen programas de Educación Médica Continua que se relacionen básicamente sobre Sexualidad.

II. JUSTIFICACION

En la actualidad, el ser humano requiere de una atención médica integral, que aborde no tan solo los aspectos biológicos sino los psicológicos y sociales. Este campo la Salud Sexual es un área aún no manejada en su totalidad por los profesionales de la Medicina General y/o Familiar. Reflejo en la mayoría de los casos de las insuficiencias curriculares en las Escuelas y Facultades de Medicina. (1)

Sin embargo, no podemos generalizar esta deficiencia a todos los profesionistas del área, ya que muchos de ellos, motivados por intereses personales o necesidades generadas en la consulta cotidiana, se han dado a la tarea de actualizarse y/o adquirir nuevos conocimientos en este campo, que le permitan dar atención médica integral.

Si bien existe médicos familiares que ponen en práctica lo antes citado, resulta aún insuficiente para hacer de la investigación del área sexual, un elemento más de la Historia Clínica General. (3)

Es por eso una necesidad, identificar el nivel de conocimientos que el personal Médico de la Clínica Oriente del D.F. tiene en el área de la sexualidad y la frecuencia con que diagnostican los problemas de salud, relacionados con este campo. De tal manera que el presente estudio sirva como un Diagnóstico Base, para implementar y reforzar mediante

Programas de Actividades Médicas. la competencia profesional de estos médicos.

III. OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR ENTRE LOS MEDICOS QUE LABORAN EN LA CLINICA ORIENTE I.S.S.S.T.E. DEL DISTRITO FEDERAL, SU NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN RELACION CON LA SEXUALIDAD HUMANA.

HISTORIA

No hay otra parte de la vida humana que esté a tal grado nublada por mitos y que tenga tanta carga emocional como la gama de conductas que podemos relacionar con la Sexualidad. Cada cultura define para sí misma lo que es normativo en términos de conducta sexual. Sin embargo, las actitudes y normas culturales no siempre corresponden a las demás conductas sexuales efectivas.

En el campo de la Sexualidad Humana, se puede decir con mayor exactitud, que los cambios son evolutivos, esto es, que se trata de un cambio lento, uniforme y progresivo, que se refina y crece cada vez más. Desde el principio de la Historia los seres humanos han compartido las mismas inquietudes y se han interrogado sobre los misterios en relación con la sexualidad con lo que luchamos hasta nuestros días. Por ejemplo si vemos la Biblia, encontramos comentarios a inquietudes sobre el embarazo, enfermedades venéreas, adulterio, relaciones premaritales y homosexualidad.

El Antiguo Testamento, reflejo de la tradición hebrea, hace hincapié en el sexo dentro del matrimonio, considera el matrimonio una obligación y una alegría que celebra la relación expiritual, además de la física, entre la mujer y el varón.

(14)

En la tradición Grecorromana existe otro punto de vista muy diferente: el sexo se hizo secular y ya no un asunto de sacerdotes. La actitud subyacente de la época era el henodismo. La sexualidad, bisexualidad y aborto, se practicaban y aceptaban ampliamente.

En las civilizaciones y culturas antiguas, encontramos diversas muestras no solo plásticas, sino relatos acuosos e indagadores acerca de la naturaleza de la sexualidad, sus manifestaciones y algunas de sus patologías. Tal vez uno de los legados más conocidos sean los libros de Kama Sutra y el Ananga Ranga, herencia de la cultura Indú. (4)

Los rasgos culturales de la familia Azteca en lo que se refería a su sexualidad eran:

A.- La monogamia formalmente escrita, aunque la poligenia era tolerada sobre todo en las clases altas.

B.- La valoración de la actividad sexual en sus aspectos puramente placenteros, independientemente de la reproducción.

C.- La valoración de la fertilidad en la mujer.

D.- La prolongación del amamantamiento, hasta 4 años para garantizar la salud del hijo y evitar así el embarazo.

E.- Se establecieron roles familiares con dominación absoluta del padre, con respecto a su esposa e hijos.

F.- La sumisión absoluta de los hijos hacia la madre.

En Oaxaca, aún es factible ver las estelas de connotaciones claramente sexuales de los pueblos zapotecas en la zona arqueológica de Monte Albán. (2)

Dentro de la sociedad, según Morgan, han existido tres épocas:

- 1.- El salvajismo: corresponde al matrimonio por grupos.
- 2.- La barbarie: el matrimonio sindiásmico.
- 3.- La civilización: la monogamia con sus complementos, el adulterio y la prostitución.

Por último, cuando la Iglesia asumió la jurisdicción del matrimonio (hasta entonces el matrimonio había sido cuestión civil), se establecieron docenas de reglas de la conducta sexual. Según se deduce del tono de estas leyes, puede decirse que la iglesia consideraba el sexo como un asunto grave y pecaminoso. Cuando San Agustín se convirtió al Cristianismo en el siglo IV, trató de expiar su anterior vida sexual acitada. Al sentirse culpable de sus excesos sexuales, predicó con fervor la castidad.

La actitud religiosa de soltería y ascetismo como la forma de vida más deseable se difundió y dominó gran parte del arte y literatura de los primeros siglos. Este supuesto ideal superior, de hecho comprendía muy poco a la realidad de la vida cotidiana. En muchos casos la vida de los sacerdotes y monjas se aleja mucho de la castidad y el celibato.

En Alemania la actividad sexual de los sacerdotes era bien conocida. (14)

En el siglo XVI, al comenzar la Reforma, se criticaban las ideas y creencias de la Iglesia. Las personas comenzaron a viajar largas distancias fuera del hogar y nuevas filosofías y culturas les influyeron. Durante el renacimiento en los siglos XVI y XVII ocurrió el establecimiento y promulgación de las creencias protestantes. En vez de elevar el celibato a un estado envidiable y santo, los protestantes siguieron la tradición hebrea y establecieron el matrimonio como un estado de alegría. Se hizo desaparecer mucho del estigma que se había impuesto al sexo, y se le aceptó dentro del matrimonio.

En esta época se dio rienda suelta al interés en el cuerpo humano, la sexualidad y las cuestiones sexuales.

El siglo XVIII puede considerarse como el inicio de la etapa de represión sexual, de la que probablemente no estemos a la fecha liberados. Hasta fines del siglo, tres grandes códigos explícitos fuera de las regularidades consuetudinarias y de las coacciones sobre la opinión regían las prácticas sexuales:

- 1.- Derecho Canónico.
- 2.- Pastoral Cristiana.
- 3.- Ley Civil.

Fijaba cada una a su manera. las líneas divisorias de lo lícito y lo ilícito.

Pero todos estaban concentrados en las relaciones prematrimoniales: el deber conyugal, la capacidad para cumplirlo, la manera de observarlo, la existencia de exigencias y las violaciones que lo acompañaban. las caricias inútiles o indebidas a las que servía de pretexto, su fecundidad o la manera de externar lo estéril.

De lo anterior se desprende que la relación coital de los conyuges en el matrimonio estaba y está con especial interes impregnaba de valores, reglas, normas y recomendaciones de tipo religioso. Esta ética Sexual de corte puritano, que a partir de ahora llamaremos "Convencional", para remarcar su rasgo tradicional, se basa en un triple decreto:

A.- De Prohibición: El impulso sexual es una energía mala, que hay que suprimir. Ya que es la primera evidencia de potencial pecaminoso (carne), que se opone a lo espiritual. Si no se frena este potencial, los individuos harían "cosas sexuales" que inducirían a tentaciones (gozar del sexo), y malos ejemplos. Por lo que es necesario se tome conciencia de que el impulso sexual es energía peligrosa y mala y que hay que reprimir.

B.- De Inexistencia: Los niños y los ancianos no tienen sexualidad. Se muestra indiferencia ante la sexualidad de los niños y se ignora a propósito la de los ancianos. A los niños se les enseña a no tocarse los genitales, menos aún en presencia de personas mayores. A expresar en voz baja sus deseos y no se responde a preguntas si tienen contestación sexual. La idea de que la relación sexual sólo cumple su función en la procreación, negó la sexualidad de los ancianos, de este modo, maternidad y paternidad adquieren una connotación valorativa de singular importancia.

C.- De Mutismo: El placer sexual puede llevar a las personas a la perversión, éste temor de gozar del cuerpo determinó la norma del silencio.

A medida que el mundo comenzó a empequeñecerse, la relación ocupó un sitio secundario en lo que se refería a suministrar las respuestas a las preguntas básicas sobre la vida. (16)

Al llegar el siglo XX, con la Primera y Segunda Guerra Mundiales se exigió un cambio en los papeles sexuales tradicionales.

Freud no sólo hizo de la sexualidad un tema de estudio y comentario, sino que estableció un proceso vital de ésta en la formación del ser humano.

En los campos sociológicos y psicológicos de la investigación sexual, algunos pioneros, como Freud y Kinsey, comenzaron a preguntarse por que las personas deseaban la relación sexual, de dónde provenía el deseo y cómo los deseos podían satisfacerse. (14)

CONCEPTOS BASICOS

CONCEPTOS DE SEXO:

Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres humanos en hombres y mujeres, con miras a la reproducción.

La determinación sexual se hace con base en factores biológicos psicosociales. Desde el punto de vista de lo que se denomina SEXO BIOLÓGICO, sabemos que al unirse el óvulo y el espermatozoide para formar la célula huevo, cada uno aporta un cromosoma sexual.

El óvulo siempre tiene un cromosoma X, mientras que el espermatozoide puede aportar un cromosoma X o un Y. De la combinación de estos pueden resultar las fórmulas XX o XY, correspondientes al SEXO CROMOSOMICO, Femenino y masculino respectivamente.

En la evolución posterior, entre las 14 y 16 semanas va a quedar determinado el SEXO GONADAL Y HORMONAL, con la diferenciación de la gónada a testículos o a ovarios.

CONCEPTO DE SEXUALIDAD:

"Características biológicas, psicológicas y socio-culturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres".

Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que expresa a través del cuerpo, es parte básica de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen de la autoconciencia del desarrollo personal.

Cada persona tiene 3 responsabilidades en potencia, que debe llevar a cabo para poder integrar armónicamente su sexualidad:

- 1.-Darse cuenta de la forma de expresión de su propia Sexualidad.
- 2.-Aceptarla y sentirse cómoda con ella.
- 3.-Expresarla de un modo responsable, libre y respetuoso.

La Sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos, esto nos hace pensar en la gran importancia de los factores externos, que influyen en la formación de la sexualidad, como son:

4) ESTEREOTIPOS CULTURALES: Son el grupo de acuerdos implícitos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar. Estos no son estáticos, la sociedad los transforma a través del tiempo según las condiciones económicas, políticas, etc.

B) ESTEREOTIPOS DE GENERO: Son los acuerdos sociales generales sobre los roles que se asignan tanto a hombres como a mujeres. Tanto los estereotipos culturales como los de género, deben ser lo suficientemente rígidos como para permitir el orden, así como flexibles para dejar que el cambio se lleve a cabo.

C) ESQUEMAS DE GENERO: Es la percepción que adquiere el individuo de lo que la sociedad espera de él, como hombre o como mujer, y que se transmite a través de la familia, que le da al individuo un sentido de identidad.

Así, la IDENTIDAD DE GENERO es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del ROL DE GENERO, que es "todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros y/o a sí mismo, el grado en que se es hombre, mujer o ambivalente".

RESPUESTA SEXUAL HUMANA	NIVEL			
ESQUEMA DE H.S. KAPLAN	BASAL FASE DE DESEO	FASE DE EXITACION		FASE DE ORGASMO
ESQUEMA DE MASTERS Y JHONSON		FASE DE EXITACION O VASOCONGESTIVA	FASE DE MESETA	FASE DE ORGASMO O MICCLONICA

**R
E
S
O
L
U
C
I
O
N**
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Respuesta Sexual Humana: "Es una respuesta integral del organismo que engloba tanto cambios fisiológicos a nivel de la esfera genital como extragenital, es decir es una respuesta que involucra a todo el organismo en su totalidad".

El estudio inicial de la Respuesta Sexual Humana se debe a Masters y Johnson. los cuales esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo, de acuerdo con las diferentes fases por las que atraviesa un ser humano durante el ciclo de la respuesta al estímulo sexual efectivo, el cual puede variar según cada individuo.

El esquema propuesto por Masters y Johnson no comprende la Fase de Deseo, pero sí las fases de Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución.

La modificación de la Dra. Kaplan consistió básicamente en añadir una Fase previa a las etapas propuestas por Masters y Johnson, incluir la fase de Meseta dentro de la fase de excitación y la de resolución dentro de la de orgasmo.

En la Fase de EXCITACIÓN, MASETA Y ORGASMO se pueden ubicar cambios fisiológicos en diferentes órganos; en cambio, en la Fase de DESEO sólo pueden considerarse cambios al nivel del sistema nervioso central, básicamente serían cambios de determinadas células nerviosas o neuronas, mismas que propician la búsqueda de satisfacción sexual.

A continuación se describe la Respuesta Sexual Humana de acuerdo con el esquema trifásico de Helen Kaplan.

FASE DE DESEO.

Los cambios más importantes de esta primera etapa pueden ubicarse en el cerebro, ya que ello da lugar a modificaciones en el estado de ánimo de la persona, la cual empieza a interesarse por la actividad sexual.

La activación de centros cerebrales sexuales se expresa en el resto del organismo como sensaciones difusas o reacciones pélvicas vagas.

FASE DE EXCITACION

La primera manifestación de la fase de excitación en el HOMBRE es la erección del pene y en la MUJER la lubricación vaginal. Estos dos cambios genitales obedecen a modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales, básicamente en el área cardiovascular.

El corazón aumenta la frecuencia de latidos por minuto, por lo tanto, acelera la circulación sanguínea, la cual junto con el cierre de las válvulas venosas son los factores responsables de erección, de tal manera, es un fenómeno

hemodinámico. La lubricación vaginal es un fenómeno hemodinámico también, ya que el aumento en la velocidad del flujo sanguíneo y la vasocongestión son los factores responsables de este fenómeno, que no es otra cosa que un trasudado de las paredes de la vagina y no una secreción de las Glándulas de Bartholin como anteriormente se creía.

Así como aumenta el ritmo cardíaco, también aumentan las cifras de Tensión Arterial, de manera directamente proporcional al grado de excitación alcanzado.

En la mujer los cambios que ocurren a nivel de genitales externos son:

- 1.- Erección del clitoris.
- 2.- Engrosamiento y Aplanamiento de Labios Mayores y Menores y el cambio de coloración de claro a oscuro. Todo esto determinado por los fenómenos hemodinámicos y cardíacos antes mencionados.
- 3.- Erección de los pezones, tanto en el hombre como en la mujer. Hacia el final de la Fase de Excitación, el clitoris se retrae hacia atrás, se abre el orificio externo del cervix uterino, con vasodilatación intensa. Esta exacerbación de los cambios corresponde a lo que Masters y Johnson denominaron Fase de Meseta. A la turgencia del tercio externo de la vagina la llamaron Plataforma Orgásmica.

En el hombre:

1.- Los testículos aumentan de tamaño, rotando sobre su eje y se acercan al cuerpo, ya que se contrae el escroto.

2.- Las glándulas vulvo uretrales secretan unas gotas de líquido con el objeto de limpiar la uretra.

Por el mismo fenómeno hemodinámico, pero a nivel superficial, aparece un enrojecimiento en la piel o "rubor sexual".

Durante la fase de excitación ocurren contracciones musculares voluntarias que hacen que la tensión sexual aumente, dados los fenómenos de vasocongestión y contracciones musculares. a esta Fase también se le ha denominado "FASE VASOCONGESTIVA O FASE MIOTONICA".

FASE DE ORGASMO

Así como en la fase de excitación el fenómeno más importante es de tipo hemodinámico: el hecho más trascendente en la Fase de orgasmo es MUSCULAR.

Las contracciones musculares que ocurren en ambos sexos son involuntarias y reciben el nombre de MIOCCLONICAS, debido a lo cual también se le llama a esta Fase Mioclónica.

En el HOMBRE, se producen contracciones a lo largo de los conductos deferentes y de la uretra con una frecuencia de décimas de segundo, responsabilizándose de que los espermatozoides sean evacuados al exterior.

En la MUJER también se producen contracciones musculares tanto uterinas como vaginales.

Las frecuencias cardíaca y respiratoria alcanzan su máximo, lo mismo que el rubor y la sudoración, que en esta etapa es sumamente profusa.

Al finalizar el orgasmo se inicia la RESOLUCIÓN de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación; esta resolución es parte misma de la fase de orgasmo.

Durante la resolución, la mujer, si es estimulada adecuadamente, puede volver a presentar otro orgasmo, es decir que en TEORÍA la mujer tiene una capacidad Multiorgásmica. El hombre por el contrario, inicia un período refractario, de duración variable, durante el cual no sólo no responde a los estímulos sexuales, sino que pueden ser dolorosos en caso de continuarlos.

A lo largo de la respuesta sexual podemos encontrar factores biológicos y psicológicos y esta, en forma integral, puede a su vez ser afectada por razones de índole social.

ACTITUDES ESPECIFICAS ANTE LOS PROBLEMAS SEXUALES EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

LACTANCIA E INFANCIA TEMPRANA:

Muchos padres ven la sexualidad normal de sus lactantes e hijos pequeños como anormal, y llevarán estas manifestaciones a su médico como problemas sexuales. Muchos están preocupados por las erecciones normales del pene que sus hijos varones tiene de manera regular, y cualquier tendencia a la manipulación de genitales o a la masturbación pueden producir grados diversos de alteración emocional en los padres. Este problema puede ser resuelto convenciendo a los padres de que la actividad de sus hijos es normal y que su conducta no difiere de los demás seres humanos. Es de capital importancia vigilar, en consultas subsiguientes, a cada familiar para asegurarse de que se ha alcanzado en realidad el objetivo de la educación.

INFANCIA TARDIA Y PREADOLESCENCIA:

La sexualidad normal en infancia tardía y preadolescencia se manifiesta de distintas maneras. Hay curiosidad natural sobre asuntos sexuales, incluso anatomía de ambos sexos. Hay necesidad de establecer una identidad como miembro de un sexo específico.

Como ocurre en todos los otros grupos de edad, es necesario decidir si se trata de síntomas reales de adaptación sexual, si estamos afrontando impulsos sexuales normales o un problema médico con síntomas sexuales.

Es importante recordar que, en este grupo de edad, cada niño debe relacionarse desde el punto de vista psicosexual con el sexo opuesto, por lo general a través del padre del sexo opuesto. El rechazo de este papel por el padre a menudo es la causa de falta de identidad sexual del niño que crece, y muchos padres, o no están enterados de este hecho, o son incapaces de aceptarlo por su propio equilibrio sexual incompleto. A menudo el médico familiar es capaz de descubrir el rechazo familiar de este papel y, mediante comunicación sutil, informa al padre de su relación importante con el niño.

ADOLESCENCIA:

La adolescencia es un período claramente cargado de dificultades relacionadas con la sexualidad. Conforme los adolescentes pasan por la etapa de crisis de la personalidad, con el rechazo normal de los controles paternos, muchos padres se tornan extremadamente aprensivos sobre las actividades sexuales de sus hijos, sobre todo por los embarazos no deseados y las enfermedades venéreas.

VARONES ADOLESCENTES:

La sexualidad normal entre los varones adolescentes incluye aumento importante de los sentimientos eróticos y de la actividad sexual, así como estar alarmados por los efectos de la masturbación y su incapacidad para controlar la sexualidad.

MUJERES ADOLESCENTES:

Las chicas adolescentes están más preocupadas por establecer una autoimagen, que incluye su capacidad para atraer a los varones. En la niñas, los problemas típicos presentados al médico familiar están más entretreídos con las relaciones interpersonales y menos relacionados con la sexualidad manifiesta. Otro problema de la sexualidad de la adolescente se origina en el empleo del sexo como amenaza a la autoridad paterna, sobre todo la materna.

Muchas crisis y muchos problemas especiales de las chicas adolescentes pueden evitarse si el médico familiar percibe la abyección entre los padres (esencial las madres) y las hijas, como cuando la madre las oprime. Muchos embarazos no deseados ocurren simplemente a causa de la lucha de la adolescente por independizarse de su padre.

Adultos, jóvenes solteros: La gente joven que busca una autoimagen aceptable presentará un espectro amplio de actitudes y problemas, que oscilan entre los que han aceptado la llamada moralidad nueva y quienes están más preocupados con la anticoncepción que con los valores morales, y aquellos que han aceptado las restricciones de "lo establecido" y están más preocupados pensando si es normal en estos días abstenerse de las relaciones sexuales y poner en orden su sexualidad para lograr una vida familiar futura estable. Toda mujer con actividad sexual, que la ha aceptado como normal necesita el mejor consejo anticonceptivo. Si a causa de sus propias convicciones morales, el médico rechaza dar asesoría anticonceptiva a dicha paciente, muy pronto afrontará el problema mucho más profundo de la solicitud de aborto. Por otra parte, si el médico ha aceptado la llamada moralidad nueva, debe recordar que una persona joven casta es un individuo normal a menudo este individuo requiere que lo tranquilicemos.

Asesoría prematrimonial: Cuando nos encontramos con una mujer joven a punto de casarse, es conveniente cubrir las siguientes áreas de la sexualidad, sin tomar en cuenta lo experimentada que esté la paciente desde este punto de vista:

- 1.- La mujer joven que utiliza su sexualidad antes del matrimonio debe emplearla como instrumento de ayuda en las relaciones globales con su esposo y para establecer las bases del matrimonio. Se le debe decir que nunca use el sexo como arma porque lesionará a su matrimonio lo mismo que a su marido.
- 2.- Las mujeres que están por casarse deben saber que la mayoría de los problemas sexuales entre las parejas casadas son simplemente manifestaciones sexuales de problemas más básicos.
- 3.- Información a mujeres sobre la fisiología del varón, técnicas y actividades sexuales.

Adultos, jóvenes casados: En realidad son problemas de adaptación social y personal, y pueden manifestarse como problemas sexuales. La llegada de hijos aumenta la responsabilidad de la madre hacia los hijos, y los varones se consideran amenazados por el tiempo que les quitan los hijos.

Las alteraciones medicas que pueden afectar a la sexualidad en este grupo de edad son: diabetes, depresión, eyaculación prematura o impotencia del varón y falta de orgasmo o frialdad en la mujer. En estos casos se beneficiarían con el envío a consultores sexuales.

Senectud: La iniciación de la edad no puede definirse desde el punto de vista cronológico, puesto que los distintos individuos envejecen a diferentes edades. La sexualidad normal en las mujeres que envejecen puede considerarse como problema,

y se ven avergonzadas por sus necesidades sexuales continuas o por las de sus maridos. La tranquilización de que se trate de un fenómeno normal, generalmente suele bastar para resolver su problema.

En los varones, el temor por la posible impotencia futura puede aliviarse asegurándole al paciente que la disminución de la actividad sexual será gradual, y que muchos varones son más potentes al llegar la octava década de la vida.

CONSIDERACIONES:

El Médico bien informado sabe que muchos de los problemas sexuales están fuera de su alcance y competencia. Cuando afronta estas situaciones, debe enviar al individuo o a la pareja con algún Médico que tiene tiempo y experiencia necesaria. En muchas comunidades, los Sacerdotes, los Trabajadores Sociales y los Psiquiatras están adiestrados para afrontar algunos problemas sexuales. Los problemas más persistentes serán enviados a centros especiales como La Reproductive Biology Research Foundation, en San Luis, Missouri, Center for Marital and Sexual Studies, etc.

Muchos otros problemas conyugales que contribuyan a la problemática sexual pueden ser enviados a consejeros matrimoniales, psiquiatras y psicólogos.

REVISION ANUAL:

Durante la vigilancia anual de los miembros adultos de la familia, el Médico Familiar puede dar tiempo para hablar de los problemas sexuales conocidos o sospechados. Se trata de un aspecto importante de la Medicina Preventiva. El Médico tendrá antecedentes por exploración física y sus conocimientos generales sobre el paciente. La disfunción sexual en un matrimonio se puede manifestar por sí misma a través de síntomas físicos que a menudo llevan al paciente al consultorio. Estos incluyen quejas vagas y poco razonables, como cefalalgias persistentes, dolor de espalda, insomnio, estreñimiento, crisis de llanto, depresión y fatiga para la cual no hay base orgánica. Puede haber incontinencia tensional, grandes sensaciones en la región pélvica, sobre todo después de las relaciones sexuales y dispareunias.

La insuficiencia sexual no suele deberse a disfunción orgánica. La causa tiene casi siempre bases psicológicas. Cuando ocurren problemas o disfunciones físicas, el Médico debe estar enterado y enterado de la sintomatología, tratamiento, cuando sea posible, alivio de tales trastornos.

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

GENERALIDADES Y CONCEPTO:

Se conceptualiza la Disfunción Sexual como la alteración, más o menos persistente, de alguno o de todos los eventos que conforman el ciclo de la Respuesta Sexual Humana. Podemos anotar que generalmente se considera a la pareja como la entidad disfuncionante, es decir, tanto el abordaje diagnóstico, como el manejo terapéutico deben darse a ésta salvo escasas excepciones en las que la alteración presente ha dificultado al individuo el establecer una relación de pareja.

El criterio de persistencia aceptado por la mayoría de los autores es del 50% de los intentos de realización sexual. No debe clasificarse como disfuncionante a la pareja o individuo que posee un nivel habitual de actividad sexual sin falla, pero que es en alguna ocasión (ver: Falla eréctil post-ingesta excesiva de alcohol o ausencia de orgasmo en la mujer por fatiga) sufre de una alteración.

CLASIFICACION:

Las Disfunciones Sexuales se clasifican en función de la fase del ciclo de la respuesta que se encuentre alterada, y en función del género del individuo. Usaremos aquí un modelo de clasificación propuesto por H.S. Kaplan quien conceptualiza la respuesta sexual como un fenómeno trifásico, con alguna modificación terminológica:

- A.- Disfunciones de la fase de deseo:
 - 1.- Deseo sexual Inhibido (DSI)
 - 2.- Aversión sexual (fobias sexuales)
 - 3.- Disritmia
- B.- Disfunciones de la fase de excitación (fase vasomotora):
 - 1.- Disfunción eréctil
 - 2.- Disfunción lubricativa
- C.- Disfunciones de la fase orgásmica (mioclónica):
 - a.- Del varón:
 - 1.- Control eyaculatorio o inadecuado (eyaculación precoz).
 - 2.- Eyaculación retardada
 - 3.- Anorgásmica
 - 4.- Eyaculación retrógrada.
 - b.- La mujer:
 - 1.- Anorgásmica
- D.- Otras fallas de la respuesta o condiciones que la dificultan:
 - 1.- Dispareunia
 - 2.- Vaginismo

1. DISFUNCIONES DE LA FASE DE DESEO

Las alteraciones del deseo sexual recientemente han recibido un tratamiento conceptual y terapéutico como entidades propias. Hasta hace unos años, el hecho de encontrar disminución del interés sexual era considerado como un síntoma integrado a alguno de los cuadros sindrómicos de disfunciones sexuales más estudiados, como por ejemplo, la anorgasmia femenina o la disfunción eréctil. Ahora sabemos que, aunque pueden presentarse ambas condiciones en un momento dado, el deseo sexual está representado, fisiológicamente, por eventos distintos a los presentes en las fases de excitación o de orgasmo.

1.1 Deseo Sexual Inhibido

Concepto: El diagnóstico de deseo sexual inhibido no siempre es fácil de realizar, en general puede entenderse como la pérdida de interés en la actividad sexual, pero hay que ser cauteloso en el momento de catalogar como baja la frecuencia con que un individuo desea tener actividad sexual, la variabilidad individual es muy grande. Los datos más útiles para el diagnóstico son: un cambio en el patrón individual de desempeño sexual, vgr: la paciente que se queja de que habiendo tenido un promedio de actividad sexual coital de 3 a 4 veces

por semana, en el último medio año ha habido un decremento en el interés por la expresión sexual, que incluye coito, masturbación o cualquier otra forma de expresión, al grado que su interés, ya sea por fantasía, masturbación, coito, etc., que se dispare notoriamente del rango estadístico estándar para el grupo de edad y cultura del paciente.

El término "Deseo Sexual Hipoactivo" se reserva para aquellos pacientes con disminución de su deseo sexual, en los que no se ha identificado el o los factores etiológicos presentes.

Un tipo especial de DSI es el denominado situacional, en el que la pérdida del interés se limita a un determinado compañero (a); en este caso las determinantes psico-sociales del problema son evidentes.

Frecuencia:

El DSI es probablemente una de las entidades más frecuentes en la práctica diaria del Terapeuta Sexual: no conocemos con precisión su frecuencia pero algunos estudios nos dan una idea aproximada. Hay que aclarar que estos han sido realizados en Estados Unidos y, por lo tanto, no podemos considerarlos aplicables a nuestra cultura sin reservas.

Frank y Cools reportan que el 35% de las mujeres y el 16% de los hombres de un grupo de parejas relativamente de "bien ajustadas y educadas" estaban desinteresadas. en la actividad sexual. Lief concluye que el 27.8% de pacientes vistos por el Marriage Council of Philadelphia tenían como diagnóstico primario Deseo Sexual Inhibido.

Etiología:

Las causas de DSI pueden dividirse en dos grandes grupos:

- 1.- Causas orgánicas
- 2.- Causas psicosociales

Causas Orgánicas: Una gran variedad de entidades médicas han sido relacionadas con la presencia de DSI, entre las que se incluye: Enfermedad de Addison. Alcoholismo. Hepatitis Crónica Activa, Insuficiencia Cardíaca. Síndrome de Cushing, Tumores Feminizantes en el Hombre. Hemocromatosis. Hiperprolactinemia. Hipotituitarismo. Hipotiroidismo. Enfermedad de Parkinson. algunas otras enfermedades PUEDEN causar DSI como: Anorexia, Amiloidosis Cerebral, Lesiones Cerebrales, Insuficiencia Cerebral Vascular, Enfermedades del Tejido Conectivo, una gran cantidad de drogas, fundamentalmente las que tienen acciones sobre el Sistema Nervioso Central. Desnutrición y otras.

Causas Psicosociales: La presencia de deseo sexual puede ser considerada como un apetito; depende, como los otros apetitos humanos (hambre, sueño, etc.), de la activación y desactivación de determinados circuitos neuronales. Nosotros podemos "aprender" a permitir emerger nuestro deseo sexual en condiciones "seguras", además, los centros reguladores del deseo sexual están influidos profundamente por las emociones. Así, estados como la depresión o el stress pueden impedir que este mecanismo se "encienda", quizá sea a este nivel donde las alteraciones hormonales ejercen su efecto.

1.2 AVERSION SEXUAL

El diagnóstico de aversión sexual se hace por medio de la historia clínica al encontrar el componente fóbico persistente hacia la actividad sexual. Las causas pueden ser variadas, pero la presencia de episodios traumáticos en la infancia (estupro, violación, etc), o bien la presencia de actitudes altamente condenatorias hacia la sexualidad en el ambiente del desarrollo del individuo, funcionan frecuentemente como factores causales. Otros factores consisten en dificultades en la aceptación de la imagen corporal propia o problemas de autoestima.

1.3 DISRITHMIA

Es frecuente, en la práctica clínica, observar la queja de alguno de los miembros de una pareja respecto a la baja frecuencia de actividad sexual debido a que el otro miembro posee un nivel más reducido de frecuencia de deseo. En esta condición el DSI no es un diagnóstico apropiado, y se suele hablar de disritmia que, sin ser una entidad completamente definida, describe con claridad la circunstancia. Se requiere explotar la dinámica diádica con el fin de descartar disfunción diádica primaria; por otro lado, parejas funcionantes pueden presentar esta condición como simple reflejo de la variabilidad individual.

2. DISFUNCIONES DE LA FASE DE EXCITACION (VASOMOTORA)

DISFUNCION ERECTIL (INCOMPETENCIA ERECTIL)

Concepto: La disfunción eréctil (llamada antiguamente impotencia) es descrita por Master y Johnson como "aquella condición en la cual el sujeto falla en obtener una erección en el 25% de sus intentos de realización de cópula. Crenshaw propone catalogar al individuo como la cual este quiera ser obtenida, sea coito heterosexual, homosexual, masturbación, etc."

Clasificación: En función del momento de instalación de la disfunción se cataloga en:

- a) PRIMARIA. Cuando nunca se ha obtenido una erección suficiente para lograr penetración.
- b) SECUNDARIA. Cuando se ha logrado la penetración en el pasado, pero actualmente no se puede.
- c) SELECTIVA. Cuando se consigue la erección y penetración con determinado compañero sexual, pero no con otros.

En función de la severidad de la falla se clasifica en:

- a) TOTAL.- Cuando no existe ningún grado de erección.
- b) PARCIAL.- Cuando existe algún grado de erección no suficiente para la penetración.

FRECUENCIA: Kinsey reporta (1948) una incidencia para disfunción eréctil secundaria del 1% en individuos de 35 años o menores y hasta el 27% en individuos mayores de 70 años.

ETIOLOGIA: Se estima que alrededor del 10-15% de los individuos con disfunción eréctil posee una base orgánica como causa principal de la disfunción y que en el 80% al 90% la base del problema es psicológica.

Es importante subrayar que las causas generalmente no se presentan aisladas: así, la presencia de un factor orgánico (vgr: diabetes mellitus) puede no ser suficiente para desencadenar disfunción en un individuo en un momento dado, pero la coincidencia de factores psicológicos (vgr: ansiedad

por desempeño) puede desencadenar la disfunción. De aquí que la investigación de la causa deba hacerse con un criterio multifactorial.

CAUSAS ORGANICAS; ANATOMICAS.- Malformaciones congénitas, hidrocele, anorquidea; CARDIORRESPIRATORIAS.- Cardiopatía isquémica (angor, infarto), insuficiencia cardíaca, respiratoria; ENDOCRINOLOGICAS.- Diabetes mellitus, tumores adrenales, castración, enfermedades de Addison; INGESTION DE FARMACOS.- Alcohol, alfametidopa, anfetaminas, guanetidina, imipraminas, cimetidina, propanolol, diuréticos tiazídicos, etc., y muchas otras.

CAUSAS PSICOGENICAS.- Las podemos clasificar como causas intrapsíquicas o del desarrollo, causas afectivas o inmediatas, causas diádicas o interpersonales v. por último, cognoscitivas.

CAUSAS INTRAPSIQUICAS O DEL DESARROLLO: Pueden funcionar como factores psicológicos: la dominancia de ciertos de las figuras parentales, la historia de una relación parental conflictiva, actitudes familiares negativas hacia la sexualidad, la ortodoxia religiosa, la historia de una experiencia sexual traumática en la infancia, o bien la realización traumática del primer coito.

CAUSAS AFECTIVAS O INMEDIATAS: Hay una serie de circunstancias que generan ansiedad y angustia ante la realización sexual, convirtiéndose éstas en factor inhibitorio de la respuesta eréctil. La más importante es el temor al fracaso. La demanda de realización y la necesidad excesiva de satisfacer al compañero funcionan también como generadoras de angustia. Otras cosas son el papel del espectador en la actividad sexual: la culpa, la presencia de depresión, el temor al embarazo o a contraer una enfermedad sexualmente transmisible.

CAUSAS DIADICAS O INTERPERSONALES: Todas las condiciones en que la comunicación sea deficiente, así como la presencia de hostilidad consciente o inconsciente al compañero, la desconfianza, divergencias entre los sistemas de valores sexuales de los miembros de la diada y conflictos en los roles sexuales.

CAUSAS COGNOSCITIVAS: La ignorancia puede ser determinante para que el individuo tenga expectativas poco realistas. La aceptación de mitos y falacias muy difundidos en la sociedad pueden también actuar a este nivel.

DIAGNOSTICO: La realización de un examen físico completo es imprescindible, incluyendo una minuciosa exploración

nerológica y, de ser posible, la medición de la tensión arterial peneana (se considera el 70% del valor obtenido en el brazo como dato de funcionalidad).

Los datos de laboratorio útiles incluyen la determinación de glicemia o curva de tolerancia a la glucosa en su caso (la DE es muchas veces el primer dato clínico de Diabetes Mellitus), y la medición de niveles de testosterona.

TRATAMIENTO: Masters y Johnson presentan en su reporte de 1970 un seguimiento del 40.6% para la Disfunción eréctil primaria, y del 30.9% para la secundaria. Estos porcentajes han sido superados. La aplicación de técnicas de tratamiento distintas al manejo psicoterapéutico (terapia sexual) encaminadas a resolver causas orgánicas pueden incrementar el porcentaje de éxitos.

DISFUNCION LUBRICATIVA (DISFUNCION SEXUAL GENERAL)

En realidad es poco común que se presente en forma aislada: casi siempre está acompañada de disfunción orgásmica (anorgasmia). Cuando se presenta sola, la causa más importante es la ansiedad que inhibe la respuesta refleja lubricativa. Ciertas condiciones orgánicas pueden dificultar la lubricación vaginal, sobre todo la atrofia del epitelio vaginal por carencia estrogénica (climaterio o castración): en este caso el

uso de lubricantes hidrosolubles conjuntamente con terapia sustitutiva sistémica y local resultan benéficos.

El manejo de la angustia generadora de bloqueo de la respuesta lubricativa se discutirá conjuntamente con la anorgasmia.

DISFUNCIONES DE LA FASE ORGASMICA

CLASIFICACION: Existen dos tipos de disfunciones:

- 1.- La alteración del momento de presentación del orgasmo esto es, condiciones que propician que el orgasmo masculino suceda antes de lo deseado o después de lo esperado. En este caso, no es requisito en realidad que la fase orgásmica se altere, aunque, generalmente, la "calidad" subjetiva de esta fase mejora notablemente después de la terapia.
- 2.- Se caracteriza por la alteración por ausencia (en la anorgasmia) o bien en su ocurrencia, como en la eyaculación retrógrada.

CONTROL EYACULATORIO INADECUADO (EYACULACION PRECOZ)

CONCEPTO: En el pasado ha existido confusión sobre cuál criterio debe usarse para clasificar a un individuo como eyaculador precoz: se había propuesto un criterio cronológico, así como valorar el número de intromisiones intravaginales que el individuo era capaz de hacer.

Masters y Johnson, consideran "eyacular precoz" en el individuo que fracasa en lograr contener la erección al grado que imposibilita la obtención de orgasmo en su pareja en el 50% de sus intentos. siempre y cuando la mujer no sea anorgásmica. La doctora Kaplan, propone como criterio diagnóstico la ausencia de "control eyaculatorio". Lopiccolo señala que, cuando ambos miembros de la pareja coinciden en que no es necesario realizar esfuerzos para lograr retraso de la eyaculación para obtener satisfacción mutua, se puede establecer que la condición no existe.

FRECUENCIA: No se tienen datos precisos de la frecuencia de esta entidad aunque sabemos que posiblemente sea la disfunción masculina más frecuente. Kinsey señala que el 75% de los hombres de la muestra eyaculaban antes de los dos minutos post-penetración; sin embargo, en la época del estudio de Kinsey la eyaculación rápida tenía un valor alto social por lo que se debía tomar en reservas el dato.

ETIOLOGIA: Existe suficiente evidencia clínica de que los procesos de aprendizaje juegan un papel primordial en esta disfunción. La historia clásica de etiología es la del joven que tiene sus primeras oportunidades de realización de coito bajo presión, ya sea por parte de la prostituta con la que ha

acudido. o por el riesgo de ser sorprendido. Se han invocado causas infecciosas.

TRATAMIENTO: El índice de éxito en este caso es el 100% aplicando las técnicas de terapia sexual.

EYACULACION RETARDADA Y ANORGASMIA MASCULINA

El retraso en la presentación del orgasmo o su ausencia en el hombre es una condición rara que, sin embargo, puede ser vista en la clínica Masters y Johnson reportan 17 casos de retraso o ausencia de eyaculación en 11 años de investigación clínica.

Generalmente se encuentran factores de conflicto intrapsíquico profundo, aunados con actitudes represivas y condenatorias de la sexualidad como factores etiológicos. Los bloqueadores alfa-adrenérgicos, por otro lado, pueden tener efecto inhibitorio sobre la primera fase de orgasmo masculino.

ANORGASMIA FEMENINA

Las actitudes sociales respecto a la sexualidad coital en la mujer, se han caracterizado desde hace siglos en nuestra cultura occidental, por una sistemática negación al derecho del goce de la misma. De hecho, durante mucho tiempo se ha dudado de que la mujer que goza plenamente en la actividad sexual

pueda ser considerada como "decente", sea una de las más claras ejemplificaciones.

Para hacer una consideración integral de la anorgasmia femenina, debemos tomar en cuenta factores tales como la persistencia de sistemas normativos sexuales no explícitos, que predicen derechos diferentes para mujeres y hombres, la tradicional conceptualización de la mujer como ser inferior y con capacidades menores a las del varón que, muchas veces, reduce a la mujer a la categoría de objeto, y el hecho de que la presencia de orgasmo femenino no es fisiológicamente indispensable para la concepción.

CONCEPTO: Se considera anorgásmica a la mujer que no logra un orgasmo en el 50% de sus intentos.

La anorgasmia puede clasificarse en: Primaria, Secundaria y preorgasmia.

PRIMARIA.— Consiste en la incapacidad de la mujer para alcanzar el orgasmo y que nunca lo ha logrado bajo ningún tipo de estímulo.

SECUNDARIA.— Se diagnostica a mujeres que sí han alcanzado el orgasmo, pero que actualmente fracasan en su intento.

PREORGASMO.— Consiste en haber alcanzado el orgasmo por otros estímulo, pero no durante la relación coital.

Vale la pena repetir que su etiología, con mucha frecuencia, es sociocultural o psicológica y que de ninguna manera merece el término de "frigidez", el cual afortunadamente se ha descartado ya que es tremendamente peyorativo.

4. OTRAS DISFUNCIONES SEXUALES

A) VAGINISMO

Es la contracción espástica involuntaria de la musculatura vaginal, de tal forma que es prácticamente imposible la introducción o salida del pene.

Generalmente ocurre como respuesta a factores de ansiedad, miedo, culpa, etc.

B) DISPAREUNIA

Existe dispareunia cuando hay dolor durante el coito. Puede ser femenina o masculina.

Es frecuente que su origen se encuentre en alteraciones orgánicas que imedian o dificultan la relación sexual alterando la respuesta sexual en algunas de sus fases; esto no descarta de ninguna manera el que existan factores psicológicos aunados o bien que la causa pudiera ser solamente psicológica.

En el hombre casi cualquier tipo de padecimiento que afecte los genitales puede en un momento dado originarle dispareunia.

Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario hacer una historia clínica sexual cuidadosa, ya que de esto depende el futuro tratamiento que se dé a la persona o pareja; dada la importancia de estos puntos como parte del proceso terapéutico se hace indispensable que sea manejado por profesionales especializados en Terapia Sexual.

FARMACOS Y RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Desde tiempo, inmemoriales, el ser humano ha buscado en la naturaleza todo tipo de ayudas que permitan incrementar la intensidad de la respuesta sexual y así conseguir una más plena gratificación de cada una de sus experiencias. Infinidad de sustancias han sido empleadas con este fin; se les conoce genéricamente como afrodisiacos y muchas veces consiguen intensificar los patrones de la respuesta a través de la sugestión.

¿Realmente hay productos que intensifiquen alguna o todas las fases en que para su estudio se divide la respuesta sexual humana?

Ciertamente parece existir un consenso general respecto a ciertas sustancias, sobre su efecto afrodisiaco, aun entre los profesionales de la salud; sin embargo, fuera de los informes de experiencias subjetivas con tales productos naturales o sintéticos, no existen a la fecha investigaciones confiables que demuestren efectos observables a nivel de cualesquiera de las multitudadas fases de la respuesta sexual de individuos de nuestra especie.

A la fecha, se sabe que los ANDROGENOS circulantes son los causales de la susceptibilidad individual a la estimulación sexual. Una elevación en los niveles de este grupo de hormonas,

ya sea endógena o por administración externa de las mismas, provoca un incremento en el deseo sexual del sujeto y abate el umbral de respuesta a la estimulación sexual efectiva, por ello la prescripción de testosteronas o derivados con efecto androgénicos, provocan la sensación de un aumento en el interés sexual. De ahí que, algunos autores llamen a los andrógenos las hormonas de la libido.

Un efecto similar acusan los individuos tras la administración de productos cuyo mecanismo de acción es provocar elevación de los niveles circulantes de andrógenos, por ejemplo, los extractos de HORMONAS LUTEINIZANTE Y LA GONADOTROFINA CORIONICA. Todo fármaco que interfiere con la liberación y captación de los andrógenos, que realizan los tejidos provocará a su vez una disminución en el impulso sexual y elevación en el umbral de estimulación sexual efectiva. Un ejemplo de esto son la progesterona y gran cantidad de proestagenos (sustancias de estructura y efectos similares a la progesterona) de síntesis, que a través de provocar una disminución en los niveles de hormona luteinizante, reducen la concentración de andrógenos en sangre. Conviene aquí señalar que las hormonas androgénicas son sintetizadas y liberadas tanto en organismos masculinos como femeninos, aunque proporcionalmente se encuentran más bajos sus niveles

sanquíneos en la mujer que en el hombre, no obstante, en ambos sexos desempeñan su función como hormonas del interés sexual.

Algunos fármacos pueden bloquear la captación de andrógenos por los tejidos. Tal es el caso de la CRIFOTERONA que compite por los receptores de andrógenos con estos últimos y por ello se le conoce como elemento del grupo de los antiandrógenos.

Muchos fármacos pueden bloquear la captación de andrógenos por los tejidos.

Muchos fármacos que interfieren con la respuesta sexual, parecen hacerlo a través de modificar la concentración de andrógenos en sangre circulante, así se ha demostrado en el caso de DIGITALICOS que reducen la testosterona plasmática por inhibición de la liberación de hormona luteinizante. Un efecto similar podría tener el ALCOHOL ETILICO a cierta dosis.

De algunos fármacos del grupo de los ANTIPSICOTICOS se sabe que reducen el interés sexual. Se mencionan entre otros, a las FENOTIACINAS y al SULPIRIDE con los que se ha observado como efecto colateral un aumento de la hormona lactogénica, tal vez a expensas de inhibición de liberación de luteinizante. Las fenotiácinas interfieren por medio de otros mecanismos con las fases que siguen a la estimulación sexual efectiva, situación que no se ha observado con el sulpiride.

Las SALES DE LITIO bloquean también la fase de estimulación sin modificar las fases subsiguientes.

EL CLOFIBRATO es un fármaco empleado para reducir la concentración de triglicéridos en plasma y en muchos pacientes provoca disminución del colesterol plasmático. Este fármaco interfiere con la respuesta vasocongestiva sin que haya dilucidado el mecanismo que provoca la disfunción.

La fase mioclónica parece estar mediada principalmente por el sistema simpático y el mediador químico que parece desempeñar un papel preponderante en ésta, es la NORADRENALINA; sin embargo, no sólo los simpaticolíticos como la FENTOLAMINA, FENOXIBENZAMINA, RESERPINA, GUANETIDINA ALFA MELTI DOPA Y PROZOSINA, interfieren con la respuesta física que acompaña el orgasmo, tal interferencia se ha observado también con el uso de BUTIROFENONAS (HALOPERIDOL), FENOTIACINAS (TIRIDOCINA), antihistamínicos (DIFENHIDRAMINA, CIMETIDINA), antidepressivos tanto tricíclicos como inhibidores de monoaminoxidasa y bloqueadores de 5 hidroxitriptamina y este hecho hace evidente la necesidad de investigar concienzudamente los mecanismos neuroendocrinos que participan en la respuesta orgásmica humana.

ANTROPOLOGIA Y SEXOLOGIA

A la sexología resulta prácticamente imposible contemplar simultáneamente y a distancia temporal y espacial, al continente material de la sexualidad misma: el ser humano como un todo. Para detectar lo que en esa totalidad existe de sexual, se divide en una infinidad de direcciones. En más de una de esas direcciones posible, se conecta con otra ciencia, quizá más antigua, pero igualmente vital, totalizadora y en constante diversificación: la ANTRPOLOGIA, que aborda al continente de las posibilidades de expresión sexual: Homo Sapiens.

La antropología, por su mismo origen histórico y etimológico, hace ya tiempo se estructura dinámicamente para concretar el conocimiento sobre el ser humano mismo. A través de una estrategia disciplinaria multidivisional contempla al animal biológico que vive en sociedad y que es creador de cultura: ser biológico, modificador del medio ambiente y de sí mismo. Observa y estudia sus características anatomofisiológicas sus manifestaciones culturales y el contexto de su existencia sumergida en un complejo medio ambiente. Se aventura en el tiempo (filogenético y ontogenético) que moldea al ser, para comprender su proceso como realidad: su unidad y su variabilidad, para reconstruirlo

como ente dinámico que, a través de cambio, por un lado, y la continuidad genética específica por el otro, asegura su supervivencia.

Esta rama del conocimiento se aboca también a la comprensión de la única especie que no sólo aprende, sino que aprende a aprender, así como experimenta lo que aprende y lo que crea, especie que, para adaptarse al medio ambiente, se comporta transformándolo, incrementando necesidades y estímulos, así como respuestas a ellos.

Todo lo anterior origina que la vinculación entre la antropología y la sexología fortalezca y solidifique las posibilidades del conocimiento, iniciando la desmitificación de todo aquel material estereotipado por las ideologías dominantes, que en primer lugar, crean sinonimias entre sexualidad y procreación, y a partir de ahí, determinan un arsenal de argumentos prejuiciados que limitan las posibilidades de expresión de la sexualidad.

La vinculación, por tanto, de dos perspectivas distintas, pero afines, que cabalcan entre lo biológico y lo social, como la sexología y la antropología, enriquece las posibilidades de análisis, aprensión de la realidad a estudiar, metodología de investigación, etc. abriendo en esta forma, nuevas direcciones conoscitivas.

Inseparables de otros imperativos, como el de agresividad y el de territorialidad, la sexualidad, al conjugarse con mecanismos vitales que pueden ser extraídos de la investigación en áreas diversas, no solo aporta elementos a la propia sexología y a la antropología, sino al conocimiento del ser humano por el ser humano mismo.

Un conocimiento real de la sexualidad, inevitablemente debe abocarse a la captación de todo aquello que lo hace posible, lo que da origen a su amplitud y las consecuencias que, en los más variados terrenos, puede provocar. Sin un plantamiento evolutivo, embriológico, histórico, etc., los primeros objetivos son inalcanzables.

TIPOS GENERALES DE PROBLEMAS PLANTEADOS A LOS MEDICOS FAMILIARES

La mayoría de los problemas sexuales planteados al médico familiar por sus pacientes se pueden dividir, de manera burda, en tres grupos:

1.- Sexualidad normal, que es percibida por el paciente o por otro miembro de la familia como problema. De manera obvia, los objetivos de este tipo de problemas deben ser educar a tantos miembros de la familia como sea posible para que acepten la conducta sexual normal como tal, y mitigar sus temores de que se trate de una conducta anormal.

2.- Enfermedades con aspectos sexuales que son percibidos como problemas sexuales. Hay muchas enfermedades que tienen trastornos sintomáticos de la conducta sexual y que son planteados al médico como problemas sexuales. Desde luego, el objetivo en tales casos es reconocer estos trastornos como síntomas y hacer un diagnóstico adecuado, tratando las manifestaciones sexuales como parte del complejo sintomático total.

3.- Problemas reales de adaptación sexual. La exclusión de los tipos 1 y 2 permite al médico afirmar la existencia de problemas reales de la adaptación sexual en todos los grupos de edad.

PARAFILIAS

GENERALIDADES

El hablar de conductas sexuales apartadas de la conducta considerada como "normal, buena, aceptable o saluacble", genera la mayoría de las veces tanto en el interlocutor o lector, como en quien emite el mensaje, un cierto sentimiento de extrañeza y en ocasiones de franca incomodidad: se tiene la impresión de estar entrando en terreno prohibido.

Los primeros escritos sobre la conducta sexual provinieron de teólogos moralistas: en ellos se logró enmarcar la conducta sexual aceptable de manera bastante estricta. Fueron los médicos quienes comenzaron a estudiar la conducta sexual a mediados del siglo XIX, antes de esto la conducta sexual parafilica era considerada mas pecaminosa que digna de estudio científico, y nos ha heredado dos grandes obstáculos para su estudio:

1.- Los intentos por clasificar y explicar la conducta parafilica no estuvieron exentos de la valorización moral y religiosa propias de la época y de la sociedad de los médicos que la realizaron.

2.- El modelo médico de "salud-enfermedad" se aplicó específicamente a la conducta sexual.

El termino parafilía tiene su origen en el griego "para", que significa: "a un lado de", y "filia" que significa "tendencia" este término ha sido propuesto para denominar a un grupo de conductas sexuales que en el pasado habían recibido denominaciones tales como "perversiones sexuales", "aberraciones sexuales", "desviaciones", "variaciones", etc.

No existe una definición operacional eficaz para tratar de enmarcar la conducta parafilica: Bancroft (1974) define la desviación como el comportamiento que viola las normas sociales: luego entonces, la desviación sexual será aquella conducta sexual que no este de acuerdo con la norma social. Esta a su vez surge de la interacción de normas institucionalizadas legalmente con normas y codigos no explicitos, pero internalizados en los miembros de una comunidad. En el sentido que Bancroft usa el termino, una conducta será parafilica o no dependiendo de la sociedad a la que pertenezca el sujeto que la posea.

Para Money (1978), la característica patognomónica de las parafilias es que para un individuo dado, la excitación erótica es dependiente de una fantasía erótica, que no es un compañero de sexo opuesto de quien se tenga consentimiento.

Sin embargo, Kolodny (1979) anota que la existencia de un compañero complaciente no es forzosamente excluyente del criterio, pues comportamientos tales como la urofilia o el sadomasoquismo pueden llevarse a cabo con el consentimiento del compañero y para la mayoría de autores estos comportamientos son clasificados como parafilicos.

Stoller (1977) define la desviación sexual como "un método de obtención de fraticación sexual que es preferido, habitual u obligatorio, diferente al coito genital entre hombre y mujer".

Todas estas definiciones propuestas ofrecen dificultades para su aplicación operacional; además del ya anotado comentario de Money, la definición de Stoller por ejemplo, implicaría que la masturbación debería ser clasificada como parafilia mientras que, prácticamente existe acuerdo en la literatura sexológica en considerarla no como una conducta parafilica, sino como una práctica extremadamente frecuente en el proceso de desarrollo sexual.

Otro ejemplo es la Homosexualidad: mientras muchos autores la clasifican como parafilia, existe otro grupo que insiste en que la homosexualidad debe ser considerada como una forma de orientación sexual distinta a la heterosexualidad, pero no como parafilia.

Como otro criterio para clasificar, en el presente documento consideramos "parafilia toda aquella forma de alcanzar orgasmo realizada en forma diferente al coito heterosexual, masturbación y conducta homosexual".

Money (1978) clasifica a las parafilias en dos grandes grupos: las benignas y las patológicas. en el primer grupo estarían aquellas que pueden practicarse sin que ocurra grave daño físico o psicológico al individuo, su pareja, o terceros: en el segundo, están las parafilias que son nocivas para los participantes o para la sociedad (ver: el autoestrangulamiento erótico, la violación, el exhibicionismo, etc.).

Sin embargo, la línea divisoria entre los grupos (benignas y patológicas), es difícil de establecer en ciertas formas de parafilias, como en el caso de la obtención de placer sexual mediante el dolor.

REFLEXIONES FINALES SOBRE LAS CAUSAS DE LAS PARAFILIAS

El punto de vista psicoanalítico, a pesar de contar con largas, complicadas y detalladas explicaciones de los orígenes de estas conductas, no puede resistir el rigor que exige el método científico para lograr incorporar las hipótesis al marco general de conocimientos: descansa, a pesar de la genialidad de su iniciador y de los esforzados intentos por completar la teoría que sus seguidores han hecho, en suposiciones e

interpretaciones de (hasta ahora) difícil comprobación científica, a no ser mediante nuevas interpretaciones de lo obtenido en el análisis de los pacientes. Además, toda la sistematización está matizada con una fuerte herencia de nuestra cultura patriarcal y falocrática que centra el valor del ser humano en poseer un pene. Por otro lado, las argumentaciones conductistas son en extremo simplistas, y en el mismo caso se encuentran quienes buscan el origen de otras formas de conducta sexual en eventos exclusivamente biológicos.

En la literatura de la sexualidad, pocos temas ocupan tanto espacio como el de la Homosexualidad. Al parecer, prácticamente en todas las culturas ha existido interés por ella, ya para condenarla y prohibirla, ya para legislarla o aceptarla. Sin embargo, a pesar de los muchos escritos al respecto, no es posible encontrar un punto de vista general que describa qué se quiere decir con dicho término.

La Homosexualidad puede definirse como "la forma de actividad sexual en la cual la excitación sexual y/u orgasmo se origina con un individuo del mismo sexo. El hacer uso de esta definición, no obstante, lleva el riesgo de simplificar demasiado las cosas, y de no poder discriminar comportamientos, que si bien cumplen con el enunciado, son producto de razones distintas a la atracción sexual. Un ejemplo lo tenemos en el aislamiento, donde la conducta sexual, que es notoriamente

adaptativa, en ausencia de objetos heterosexuales (tanto el humano como algunos animales superiores), buscan al final satisfacción sexual con seres de su mismo sexo. (Deniston, 1980 y Money, 1980).

Una fuerte atracción homoerótica no excluye la posibilidad de responder con excitación a estímulos heterosexuales. Como Kinsey y sus colaboradores han demostrado, no existe demarcación definitiva entre heterosexuales y homosexuales. En realidad, Kinsey propuso una escala de 7 puntos para esquematizar el continuo de respuesta hetero-homosexual de los encuestados, y de las respuestas psicológicas de las mismas escalas que tienen estas categorías:

- 1.- Exclusivamente heterosexual sin componente homosexual.
- 2.- Predominante heterosexual solo incidentalmente homosexual.
- 3.- Predominante heterosexual, pero más que incidentalmente, homosexual.
- 4.- Igualmente heterosexual y homosexual.
- 5.- Predominantemente homosexual, pero incidentalmente heterosexual.
- 7.- Exclusivamente homosexual.

El término "homosexual" suele aplicarse en general, a individuos que se encuentran en las categorías 5 o 6 de Kinsey, reservándose el término de "bisexual" para quienes están en las categorías 2, 3 y 4.

INCIDENCIA

FORD y BEACH, en una revisión de conocimientos de 76 sociedades, encontraron que un 64% de las actividades homosexuales eran consideradas normales o socialmente aceptables, por lo menos para un cierto número de individuos; aclaran que el 36% restante, en el que las actividades homosexuales eran prohibidas o condenadas, existía evidencia de que tales prácticas continuaban realizándose en secreto.

Las conclusiones de KINSEY y colaboradores respecto a la homosexualidad masculina:

- * 37% de los hombres han tenido un contacto homosexual conducente a orgasmo entre la adolescencia y la vejez.

- * 50% de los hombres que permanecen solteros a la edad de 35 años han tenido alguna experiencia homosexual conducente a orgasmo.

- * Aproximadamente el 13% de los hombres reaccionan eróticamente frente a otros hombres.

- * 10% de los hombres son más o menos exclusivistas homosexuales por un periodo de tres años o más entre las edades de 15 y 55 años.

- * 4% de los hombres son exclusivamente homosexuales durante su vida después del inicio de la adolescencia.

Respecto a la homosexualidad femenina las generalizaciones del estudio de KINSEY son:

* Entre 11% y 20% de las mujeres no casadas y del 8% al 10% de las casadas han tenido respuesta homosexual incidentalmente.

* Entre el 4% y 11% de las mujeres no casadas han tenido respuesta v/o experiencia homosexual cuando menos tan frecuente como heterosexual.

EXHIBICIONISMO

Consiste en la exhibición compulsiva y deliberada de los órganos sexuales, con la intención de provocar una respuesta generalmente de temor o disgusto en el observador.

Si se descarta la presencia de psicosis o enfermedad orgánica cerebral, el acto exhibicionista es siempre un intento deliberado de obtener excitación sexual de la respuesta de la víctima. El exhibicionista puede o no masturbarse durante tal acto. En un porcentaje significativo el exhibicionista posee además una disfunción eréctil (impotencia).

Debe hacerse la diferencia con otras formas de exhibicionismo de órganos genitales tales como los realizados con fines comerciales, el desnudismo y el nudismo: es obvio que esta parafilia sólo aparece en las culturas en las que existe el tabú de la desnudez. (Aizate, H., 1979).

MOHR (1964) y sus colaboradores encontraron la máxima incidencia de esto en la década de los 20 a los 30 años de edad.

ESCOPTOFILIA (VOYEURISMO)

Consiste en la compulsión de observar a terceros, generalmente sin su consentimiento durante la actividad sexual o el acto de desnudarse. El impulso escopotofílico puede desaparecer con los años por razones desconocidas. (KOLOGNY, R., 1979).

SADO-MASOQUISMO

Esta forma de conducta sexual se caracteriza por obtener satisfacción sexual proveniente del dolor ya sea infligiéndole en el caso del sadismo o recibéndolo en el caso del masoquismo.

Quizá sea una de las parafilias que mayor dificultad y ofrecen para su descripción, pues, al parecer, en todos los seres humanos existe algún grado de satisfacción sexual con estímulos en alguna medida dolorosos: los mordiscos y arotones que se observan con frecuencia en el coito podrían ser considerados como una expresión sadomasoquista. Filogenéticamente la conducta tiene representantes en algunas especies inferiores. (Alzate, M., 1979).

Por otro lado, la proximidad y relación de los centros cerebrales que regulan las funciones sexuales y dolorosas, demostradas por McClean, brindan una base biológica para explicar el fenómeno (McCLean, 1962).

FETICHISMO

En el fetichismo la excitación sexual ocurre como respuesta a un objeto inanimado o bien a alguna parte del cuerpo que no es primariamente sexual. Lo característico del fetiche es que es indispensable o, cuando menos muy necesario para alcanzar la excitación u orgasmo.

Una modalidad de fetichismo es el transvestismo que produce satisfacción sexual. El transvestismo es una conducta que consiste en usar ropa de otro sexo; cuando esto produce satisfacción sexual se considera una forma de fetichismo; sin embargo, existen individuos que no hacen con ese fin, sino como lo clasifica MONEY, como una forma episódica de trasposición de identidad/rol de género total. (Money 1978).

PAIDOFILIA

La paidofilia es la obtención de satisfacción sexual con individuos prepúberes. Junto con el exhibicionismo y la violación son sancionadas en nuestros países.

MOHR y colaboradores (1964) reportan que el 4% de las víctimas tienen 3 años o menos, mientras que el 18% tienen de 4 a 7 años y un 40% entre 8 y 11 años.

Los paidófilos, en contra del estereotipo popular, son generalmente casados y tienen dificultades maritales y sexuales. Se supone que el acto paidófilo les brinda seguridad al poseer el control de la actividad sexual con un niño o una niña. El alcoholismo es otro factor que facilita esta conducta.

ZOOFILIA

La obtención de satisfacción sexual con animales es una forma de actividad sexual que, en ciertos ambientes como el rural tienen importancia estadística. Kinsey (1948, 1953) reporta que el 17% de los varones educados en granjas había alcanzado el orgasmo mediante contacto con animales.

NECROFILIA

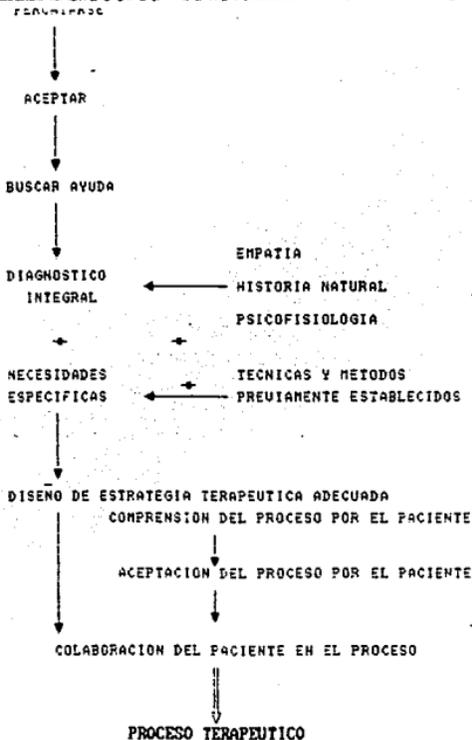
Es cuando la persona se gratifica sexualmente al tocar, ver o pensar en un cadáver.

COPROFILIA O BASCOSIMANIA

Es el placer sexual asociado con las heces fecales.

GERENTOFILIA

Consiste en deseos eróticos de personas jóvenes hacia los ancianos.



MODIFICACIONES Y
ACEPTACIONES

ESTRATEGIA TERAPEUTICA
PRACTICA, UTIL APLICABLE
(3a. TERAPIA SEXUAL)

**FASES PARA LA ATENCION DE LA SALUD SEXUAL
DE UNA PERSONA**

CONCEPTOS BASICOS DE TERAPIA SEXUAL

La conducta sexual de los seres humanos está directamente vinculada con diversos factores socioeconómicos y culturales, como lo demostrara ampliamente Kinsey.

De alguna manera, una disfuncion sexual es una forma de expresion sexual, la cual, está estrechamente ligada a factores socioeconómicos y culturales.

De hecho, a partir de que Masters y Johnson integraron y sistematizaron diversas técnicas aisladas, como la de Semans, se creó la Terapia Sexual. Posteriormente, Helen Kaplan incluyó aspectos dinámicos y psicoterápicos que fueron marginados por los primeros autores y surge lo que ella considera como "La Nueva Terapia Sexual".

Otros autores, antes o después, expresaron diversos métodos técnicos aislados para la resolución de disfunciones sexuales (Wolpe, 1958; Cooper, 1968; Lo Piccolo y Lobitz, 1973; Annon, 1974; D'Alessio, 1968; Lazarus, 1963, etc.).

Hogan (Lo Piccolo, 1976) sistematizó la eficacia de diversas técnicas de terapia sexual y las describió y analizó. Así, puede considerarse que si bien, de hecho la terapia conductual y la terapia del aprendizaje son los pilares que sustentan la terapia sexual, otras teorías han brindado importantes aportes tanto conceptuales, como técnicos.

Puede decirse que el elemento innovador básico de Masters y Johnson es el concepto de las experiencias sexuales estructuradas. Helen Kaplan considera que el elemento fundamental de la terapia sexual son las experiencias sexuales estructuradas aunadas a la psicoterapia. Ahora bien, como lo dice Hogan, las experiencias sexuales estructuradas pueden variar en función de tres aspectos independientes:

- 1.- El tipo de participación en la experiencia.
- 2.- El método utilizado para desvanecer la ansiedad.
- 3.- El que las experiencias estén o no graduadas.

El tipo de participación en la experiencia, puede a su vez, ser de tres niveles:

- a) Participación física, en la que las experiencias las practica el sujeto con una pareja.
- b) Participación a través de la imaginación y la fantasía.
- c) Participación vicariante por medio de la actividad de otras personas presenciada por medio de películas o cintas video.

Los métodos para desvanecer la ansiedad que pueden utilizarse conjuntamente con la participación en la experiencia sexual, son de cuatro tipos:

- a) El factor de discriminación de ansiedad inherente a la propia experiencia sexual.
- b) Condicionamiento progresivo a la relajación.
- c) Agentes químicos.

d) Relajación inducida hipnóticamente.

O'Connor hizo una evaluación global de los resultados obtenidos en la terapia de las disfunciones sexuales en E.E.U.U., dividiendo los porcentajes en hombres y mujeres:

TECNICA	HOMBRES	MUJERES
Psicoterapia	70%	65%
Tec. Masters y Johnson	83%	78%
Tec. O'Connor	95%	70%
Tec. Conductista	55%	70%
Hipnosis	65%	80%

Pudiéramos pensar en función de estos resultados, que en esencia, la técnica de Masters y Johnson, es la que mejores resultados da y la que peores obtiene, la conductista. Sin embargo, esto nos obliga a mencionar algunos de los problemas que tiene hoy en día la evaluación correcta de los resultados de la terapia sexual; estos son:

a) Una falta de concordancia en las entidades diagnósticas e incluso muchas veces en la nomenclatura. Este aspecto deberá ser tarea fundamental de la Asociación Mundial de Sexología, tanto en cuanto a una clasificación y manual diagnóstico como en la elaboración de la llamada Nómina Sexológica Internacional

(Mazin-Alvarez-Gayou), aspecto que lleva necesariamente a una imprecisión en los diagnósticos.

b) Los diferentes grados de capacitación y orientación adquirida por los terapeutas.

c) Las diferencias en las características de los pacientes y en la selección de los mismos, ya sea programada o libre.

d) Los diferentes parámetros utilizados para definir el éxito o el fracaso v. finalmente.

e) Los problemas existentes para el seguimiento adecuado de los pacientes.

En análisis y resultados, Kinsey demostró primero y después otros lo hicieron en sus sociedades como Asayama, Simon, Schofield, etc., que factores socioculturales diversos tienen influencia y modifican o matizan la conducta sexual.

Algunos autores extranjeros (Caird y Wincoe en Canadá) y nosotros en México hemos encontrado que ante pacientes con bajo nivel educativo y socioeconómico, muchos de los formatos y estrategias que son tan eficaces para otros países no lo son para el nuestro y nuestros pacientes, ya que presentan características diferentes.

Por lo anterior, puede concluirse que muchos de los procedimientos terapéuticos que conocemos hasta ahora, parecen ser preferentemente eficaces para pacientes que tienen un nivel educativo razonablemente bueno y que además, provienen de

estratos altos de la sociedad. Es decir, que en alguna forma, la posibilidad de disfrutar la salud sexual (OMS) se está limitando a aquellos que tienen alto nivel socioeconómico y mayor escolaridad.

La sexología es acusada frecuentemente de ser elitista y de constituirse en un elemento para el manejo de las masas.

Esta tarea es la del sexólogo educador y debe proliferar en número y acción para llegar a toda la población. Pero en la medida en que va teniendo más éxito, surgen por ende, justos reclamos de mayor número de personas que desean y tienen derecho a una salud sexual integral. El sexólogo terapeuta, igual que otros seres humanos, tiene una responsabilidad social que va más allá de la simple satisfacción de sus necesidades a través del ejercicio profesional. Mientras seamos los únicos capaces de ayudar a obtener una salud sexual, tenemos la obligación de investigar y desarrollar técnicas y procedimientos terapéuticos adecuados para toda la población. Pero aún más, mientras las autoridades correspondientes no asuman sus responsabilidades, debemos nosotros, en la mayor medida posible, proporcionar servicios a la población que no cuenta con los medios para obtenerla. Este último aspecto constituye a nuestro juicio un elemento ético básico del trabajo en sexología, en nuestro país.

El primero, el del desarrollo de la metodología adecuada para la resolución de las disfunciones sexuales en la población de nuestros países.

**PROCESO PARA LA ATENCION DE LA SALUD SEXUAL DE UNA PAREJA,
PERSONA, GRUPO O COMUNIDAD:**

FASE I: está fuera del control del sexólogo terapeuta, es un proceso que se da solo en el paciente y consta de tres niveles:

A) El primer nivel consiste en que el paciente se percate de que tiene una disfunción.

B) Aceptada la disfunción, da por hecho que ésta constituye un elemento que afecta al bienestar del individuo o de la pareja. (segundo nivel).

C) Tercer nivel: es el de la decisión de buscar ayuda. Este frecuentemente se da a nivel de los amigos y amigas, así como del sacerdote, y después llegan al profesional de la salud.

En toda esta primera fase el profesional de la sexología que mayor intervención tiene es el sexólogo educador.

FASE II: debe establecerse:

- A) En primer lugar una simpatía que permita una comunicación adecuada, simpatía que a su vez sólo se da mediante una buena comunicación.
- B) Se elaborará la historia natural de la disfunción, así como la psicofisiología de la misma.
- C) Comunicación, empatía, historia natural de la disfunción y psicofisiología nos llevan al DIAGNOSTICO.

Establecido el diagnóstico integral, resulta imperativo considerar las necesidades específicas del caso. Necesidades que aquí requieren de la sensibilidad del terapeuta ante diversos factores culturales religiosos, sociales, económicos y educativos. Es aquí donde reside uno de los elementos clave, puesto que si bien la disfunción no proporciona distingo para establecerse, la terapéutica no debe verificarla tampoco. En nuestro país, la terapéutica de las disfunciones sexuales debe ser útil y accesible para que toda persona disfrute de su derecho a la salud sexual.

Las tres fases anteriores darán lugar al DISEÑO DE LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA, que necesariamente requiere para su implementación de tres aspectos fundamentales en el paciente: comprensión del proceso, aceptación del mismo y colaboración en él.

Estos últimos sólo pueden lograrse por el terapeuta si los pasos anteriores han sido sólidos, es decir, mediante una cabal comprensión de la problemática específica y si el terapeuta y el paciente logran una comunicación adecuada. Cuando el diseño, la comprensión, la aceptación y la colaboración se dan, entonces se logra que exista, de hecho, el proceso terapéutico.

Ahora bien, por mucho que el terapeuta esté conciente de los diversos aspectos étnicos y socioculturales de sus pacientes, sólo podrán ser correctas sus acciones si se ajustan al momento y en el contexto del devenir de sus pacientes. Esta educación necesaria debe motivar y producir modificaciones y adaptaciones al proceso terapéutico.

Una vez cumplidos cada uno de los pasos de estas tres fases, podrá hablarse de la estrategia terapéutica práctica, útil y aplicable a la población mayoritaria, pero desprotegida de nuestros países. Cuando los sexólogos, educadores, terapeutas e investigadores, de nuestros países lo logremos, habremos creado la Teoría Sexual, que más que enriquecernos, enriquecerá la vida de nuestros pacientes, lo que en esencia debe ser el fin último de cualquier terapeuta.

IV. METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo transversal, según la clasificación de Lilinfield.

B) LA POBLACION EN ESTUDIO SERA:

1.- Personal Médico

- a) 18 Médicos Generales
- b) 10 Médicos Familiares
- c) 4 Odontólogos
- d) 1 Psicólogo
- e) 1 Pediatra

2.- Se excluirán a los Médicos Residentes

C.) La investigación se realizará en la ciudad de México D.F., seleccionandose como Unidad de Estudio, una Clínica del I.S.S.S.T.E., del primer nivel de atención Médica, CLINICA ORIENTE.

D) El tiempo comprendido de la investigación se realizará en el mes de Enero de 1988 a Junio del mismo año.

La clasificación y recuento de la información será a través del vaciado en hojas tabulares y por el método de paloteo.

En la descripción y análisis de la información se efectuarán medidas de resumen y dispersión para variables cualitativas y cuantitativas, presentándose en los cuadros y gráficas correspondientes.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
EDUCACION SEXUAL

CLINICA: _____

FECHA: _____

1.- SEXO: M () F ()

2.- EDAD: _____ AÑOS

3.- ESTADO CIVIL

a) Soltero

b) Casado

c) Divorciado

d) Unión Libre

e) Viudo

4.- RELIGION:

a) Católica

b) Evangelista c) Protestante

d) Otra _____

5.-

ESCUELA

DE

PROCEDENCIA: _____

6.- ESPECIALIDAD:

a) Médico General

b) Médico General Familiar

c) Otra: _____

7.- FECHA DE TERMINACION DEL PREGRADO
(INTERNADO): _____

8.- FECHA DE TERMINACION DEL
POSGRADO: _____

9.- DURANTE SU FORMACION MEDICA RECIBIO UN CURSO DE SEXUALIDAD:

SI ()

NO ()

SEÑALE CON X LA RESPUESTA CORRECTA

1.- Sexualidad:

- Es una parte de nuestra personalidad e identidad.
- Conjunto de hechos biológicos relacionados con la generación.
- Conjunto de características anatómicas y fisiológicas relacionadas con la reproducción.

2.- Objetivo de Educación sexual:

- Búsqueda y expresión del placer sexual, actividad reproductora.
- Búsqueda y expresión del placer sexual.
- Identidad sexual.

3.- Identidad Sexual:

- Sexo biológico y Sexo Social.
- Sinónimo de autoconciencia.
- Igualdad, unidad y persistencia de nuestra individualidad como hombre, mujer o ambivalente.

4.- En la Entrevista Clínica Sexual:

() Se indaga el número aproximado de movimientos pélvicos y el inicio de las contracciones clónicas para lograr el orgasmo.

() Se indaga la actitud del padre ante la masturbación.

() Se interfiere en la intimidad del paciente.

5.- El Clítoris:

() Puede ser fuente importante de placer.

() El clítoris y el pene forman parte de los mismos tejidos embrionarios

() El clítoris y el pene no forman parte de los mismos tejidos embrionarios.

6.- La Circuncisión:

() Disminuye la satisfacción sexual.

() Es factor de C Cu.

() Facilita una mejor higiene.

7.- Los centros inferiores de la erección se encuentran:

() S2, S3, S4.

() L12, S1, S2.

() L12, S1, S2 Y S3.

8.- Respuesta Sexual Humana.

- El estudio inicial de la Respuesta Sexual Humana se debe a Helen Kanlan o a Masters y Johnson.
- Existen cambios fisiológicos a nivel genital y extragenital.
- Existen cambios fisiológicos a nivel extragenital.

9.- El esquema de Masters y Johnson comprende:

- Fase de deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.
- Fase de excitación, meseta, orgasmo y resolución.
- Fase de deseo, meseta, orgasmo y resolución.

10.- Se puede hablar de Normalidad en Sexología:

- Si
- No

11.- La Fase de Orgasmo en el hombre:

- Hay contracciones involuntarias mioclónicas y activación del simpático.
- Hay contracciones voluntarias y mioclónicas y activación del simpático.
- Hay contracciones a lo largo de conductos deferentes y uretra con una frecuencia de milésimas de segundo.

12.- La Masturbación:

- () Es aceptada en niños exclusivamente.
- () Es aceptada en niños y adolescencia.
- () Tiene una incidencia baja en los niveles altos socioeconómicos.

13.- Disfunción Sexual:

- () Su etiología depende exclusivamente de enfermedades psicológicas.
- () Alteración persistente de todos los eventos que conforman el ciclo de la Respuesta Sexual Humana.

14.- Eyaculación precoz:

- () La presenta el individuo que fracasa en lograr contener su erección imposibilitando la obtención del orgasmo.
- () La presenta el individuo que fracasa en lograr contener su erección logrando el orgasmo.
- () Es el retraso en la presentación del orgasmo o su ausencia en el hombre.

15.- Disritmia Sexual:

- () Junto con el orgasmo son eventos diferentes e independientes.
- () Ocurre generalmente por causas orgánicas, se presenta en la pareja.
- () Ocurre generalmente por causas psicológicas, se presenta en la pareja.

16.- La Anorgasmia:

- () Ocurre únicamente en la mujer.
- () Ocurre en el hombre y la mujer.
- () Su etiología depende exclusivamente de procesos infecciosos.

17.- El Vaginismo:

- () Imposibilita la introducción del pene.
- () Imposibilita la introducción y salida del pene.
- () Ocurre como respuesta a factores de ansiedad y es una contracción voluntaria de la musculatura vaginal.

18.- La Aversión Sexual:

- () Implica la involucración de un componente fóbico y se incluye en las Disfunciones Sexuales.
- () Implica la involucración de un componente y se excluye de las Disfunciones Sexuales.
- () Se excluye de las Disfunciones Sexuales.

19.- Los ejercicios vaginales:

- () Exacerba los problemas de dispareunia.
- () Disminuyen los problemas de dispareunia.
- () Se indican a las multíparas.

20.- La prostatectomía y el prostatismo:

- () Disminuyen la sensación orgásmica en el hombre.
- () Hay aumento del impulso sexual.
- () Disminuyen el impulso sexual.

21.- El Travestismo:

- () Se presenta en homosexuales.
- () Se obtiene placer sexual al actuar como persona del sexo opuesto.
- () Es el sujeto con deseo de cambiar de sexo biológico y social.

22.- Satirismo:

- () El adulto tiene deseos eróticos con niños prepúberes
- () La satisfacción deriva de ser maltratado.
- () Se presenta en heterosexuales.

23.- Un paciente Heterosexual:

- () Se canaliza con el psiquiatra.
- () Se canaliza con el terapeuta sexual.
- () Se puede tratar en la consulta general.

SEÑALE CON F LA RESPUESTA FALSA Y CON V LA VERDADERA

- 1.- () La posición más satisfactoria es la del varón encima.
- 2.- () El sexo durante la menstruación es sucio y peligroso.
- 3.- () El sexo debe evitarse durante el embarazo.
- 4.- () Las adherencias del clítoris se eliminan con un sonda de punta roma.
- 5.- () La masturbación tiene una incidencia alta en los grupos de mayor escolaridad.
- 6.- () Un pene pequeño es menos satisfactorio para la mujer que uno grande.
- 7.- () El acto sexual por vía anal es pervertido.
- 8.- () Las prostitutas son frías-homosexuales o ambas cosas.
- 9.- () Es bueno sublimar el impulso sexual durante periodos prolongados.
- 10.- () Los digitales interfieren en la respuesta sexual.
- 11.- () La mujer diabética presenta anorgasmia secundaria.
- 12.- () Una mujer excesivamente amorosa es una ninfómana.
- 13.- () En la vejez el varón presenta erecciones menos firmes.
- 14.- () El avance de la edad significa que el sexo termina.
- 15.- () Cualquier varón que no responde a una mujer en particular sufre problemas psiquiátricos graves.

16.- () El placer de la mujer es mayor mientras más grande es el clítoris.

V. RESULTADOS

La población Médica de estudio de la Clínica Oriente ISSSTE fue de 32 Médicos, ya que hubo 2 abstenciones.

La relación del personal médico de acuerdo con Especialidades es Médico General 52.9% de 18/34; Médico General Familiar 29.4% de 10/34; Odontólogo 12.76% de 4/34; Psicólogo 2.9% 1/34 y Pediatra 2.9% de 1/34. Cuadro No.1

En cuanto a la edad predominante es de la 2da. y 3ra. década de la vida, siendo de 26.5% en las edades comprendidas entre los 25 y 30 años de edad, contra un 2.9% de los 56 a los 60 años. (El promedio de edad fue de 28 años con un rango de 25 a 63 años).

El sexo predominante es el masculino en un 64.8% y el femenino 35.2%. GRAFICA No.2

En la gráfica 3 se muestran los resultados obtenidos sobre los Conocimientos Generales de Educación Sexual que maneja en general la población Médica, siendo para conocimientos Regulares 56.24%; Deficientes un 6.24% y sólo un 37.49% para la escala de valor considerada Buena.

En forma similar son manejados los Mitos y Tabúes: siendo un 58.37% para la calificación de Regular, 6.24% para la Deficiente y Únicamente 2.9% para la Buena.

El estado civil dominante es el Casado 19 en total corresponde al 59.3%. en segundo lugar de importancia es el soltero 9 (28.12%), Divorciados 3 (9.37%) y Unión Libre 1 (3.12%) de la población total de 32.

El personal Médico casado en cuanto a los conocimientos Generales tiene un 21.7% de Buenos conocimientos, 34.37% Regulares, y deficientes 3.12%. Los solteros 12.5% buenos, 12.5% Regulares y 3.12% Deficientes. los divorciados 3.12% Buenos, 6.25% Regulares y 0% deficientes. Cuadro No. 2

En relación a Tabúes y Mitos: casados 18.75% Buenos, 3.12% Deficientes y 37.5% Regulares. los solteros: 12.5% para buenos, 12.5% Regulares; y 3.12% para deficiente. Divorciados 3.12% para buenos, 6.25% para los regulares. Unión Libre 3.12% para Regulares. Cuadro No.2

En cuanto a la Escuela de Procedencia con relación a Conocimientos: UNAM: 8.6% Buenos, 52.1% Regular y 39.1% para Deficientes. IPN: 66.6% para regular y 3.3% Deficientes,

Foráneo: (sin especificar) 50% para regular y 50% para deficiente; UAG: 100% para regular, igual cantidad para U. Particular; y U. Veracruz 100% para deficientes. Los Mitos y Tabúes. UNAM 30.43% para Buenos: 60.8% para Regular y 8.6% para Deficientes; IPN 66.6% para Bueno y 33.3% para Regular. Foráneo el 50% para Bueno y 50% para Deficiente. UAG 100% para buenos, coincidiendo la U. Particular y la U. de Veracruz en 100% para Regular. Cuadro No.3

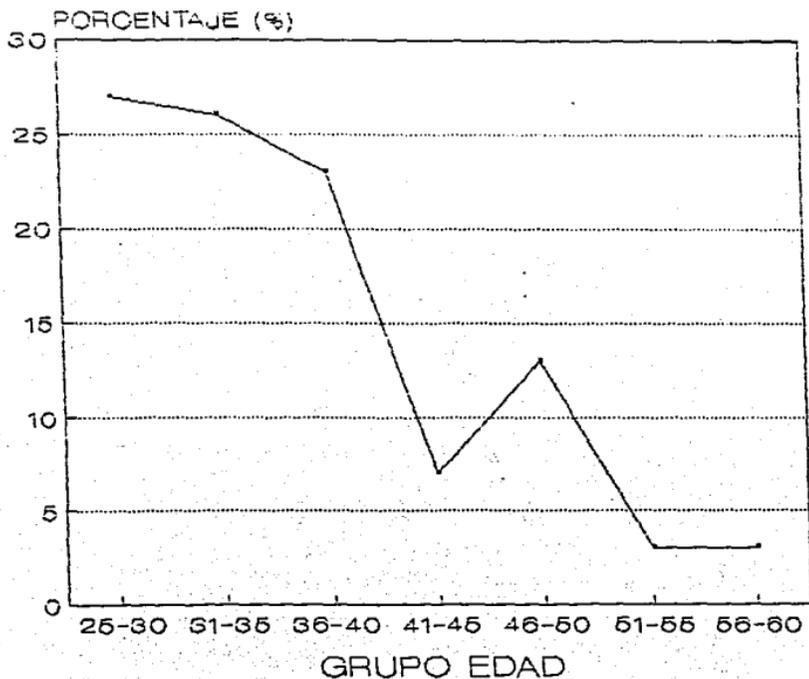
La relación de conocimientos generales clasificándolos de acuerdo con especialidades se encontró: Médico General 50% para regular y deficiente. Médico Familiar 20% para bueno. 70% para regular y únicamente 10% para deficiente. Odontólogo 50% para regular y deficiente respectivamente. Psicólogo y Pediatra 100% para regular, relación 1/32. En cuanto a Mitos y Tabúes también por Especialidades: Médico General 25% para bueno, 68.7% Regular y 6.2% Deficiente. Médico Familiar 70% para bueno, 30% para regular, no existiendo con deficiencia Odontólogo 75% regular y 25% deficiente. Psicólogo 100% para bueno y Pediatra 100% para regular. Ver Cuadro No. 4.

CUADRO No. 1

RELACION DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA ORIENTE I.S.S.S.T.E.
DEL D.F. DE ACUERDO CON ESPECIALIDADES.

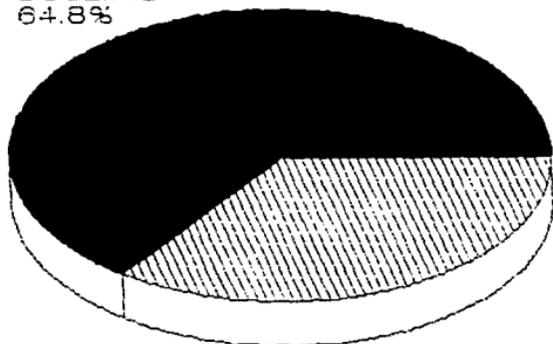
ESPECIALIDAD	NUMERO	%
MEDICO GENERAL	18	52.94%
MEDICO GENERAL FAMILIAR	10	29.40%
ODONTOLOGO	4	12.76%
PSICOLOGO	1	2.9%
PEDIATRA	1	2.9%
TOTAL	34	100.0%

DISTRIBUCION DE EDADES EN LA POBLACION MEDICA



DISTRIBUCION DE SEXO EN LA POBLACION MEDICA

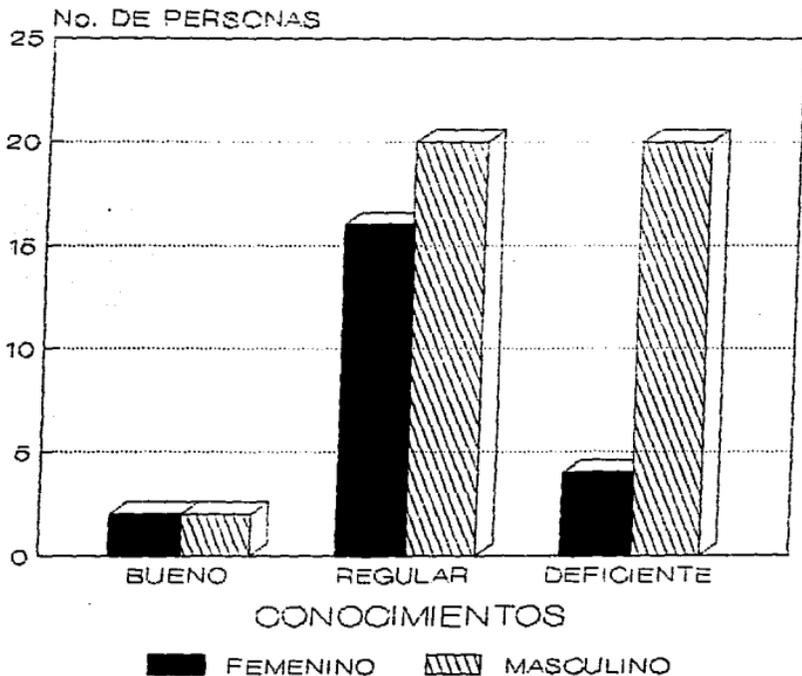
MASCULINO
64.8%



FEMENINO
35.2%

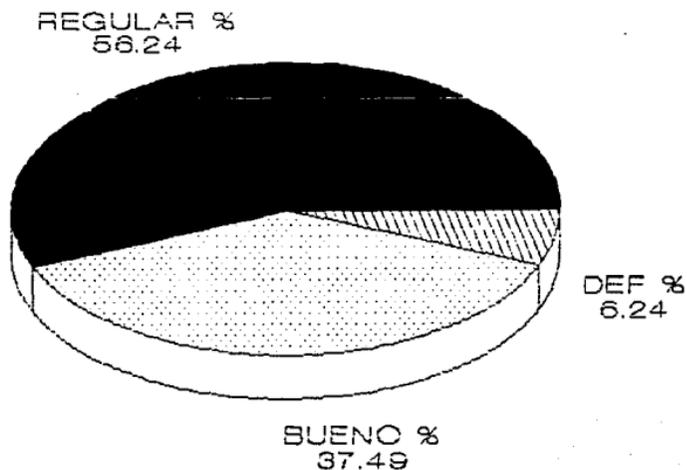
FUENTE: CLINICA ORIENTE I.S.S.S.T.E.

**RELACION DE CONOCIMIENTOS DE EDUCACION
SEXUAL EN LA POBLACION DE LA CLINICA
ORIENTE, I.S.S.S.T.E. EN CUANTO AL SEXO**



FUENTE: RECOLECCION DE DATOS

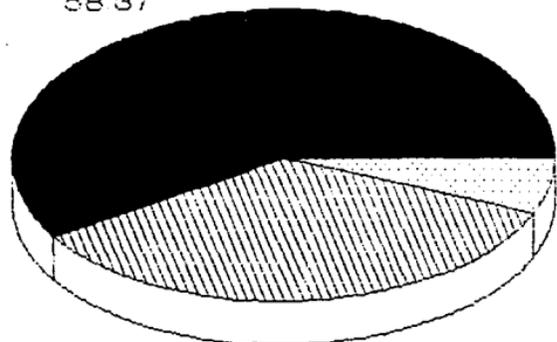
**RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACION
MEDICA SOBRE CONOCIMIENTOS
DE EDUCACION SEXUAL EN ENERO DE 1988**



FUENTE: CLINICA ORIENTE I.S.S.S.T.E.

**RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACION
MEDICA DE LA CLINICA ISSSTE SOBRE
TABUES-MITOS EN SEXOLOGIA EN ENERO 1988**

REGULAR %
58.87



DEF %
6.24

BUENO %
34.87

FUENTE: CLINICA ORIENTE I.S.S.S.T.E.
EN EL D.F.

CUADRO No.2

ESTADO CIVIL DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA ORIENTE DEL
ISSSTE CON RELACION A CONOCIMIENTOS GENERALES DE EDUCACION
SEXUAL

ENERO 1988

	ESTADO CIVIL		CONOCIMIENTOS				
	No.	%	No.	%	No.	%	TOTAL
Casado	7	21.87%	11	34.37%	1	3.12%	19=59.36%
Soltero	4	12.50%	4	12.50%	1	3.12%	9=28.12%
Divorciado	1	3.12%	2	6.25%	0	0	3= 9.37%
Unión Libre	0	0	1	3.12%	0	0	1= 3.12%
TOTAL:	12		18		2		32=99.97%
		37.49%		56.24%		6.24%	

CUADRO No.3

ESTADO CIVIL DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA ORIENTE DEL
ISSSTE CON RELACION A TABUES Y MITOS EN SEXUALIDAD

ENERO 1988

EDO. CIVIL	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
Casado	6	18.75%	12	37.5%	1	3.12%	19=59.37%
Soltero	4	12.5%	4	12.5%	1	3.12%	9=28.12%
Divorciado	1	3.12%	2	6.25%	0	0	3= 9.37%
Unión Libre	0	0	1	3.12%	0	0	1= 3.12%
TOTAL	11	34.37%	19	58.37%	2	6.24%	32=99.98%

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS.

Cuadro. No. 2

CUADRO No.4

ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA
ORIENTE DEL ISSSTE CON RELACION A CONOCIMIENTOS GENERALES DE
EDUCACION SEXUAL. CUADRO No.3

ESCUELA DE PROCEDENCIA	C O N O C I M I E N T O S						
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
U.N.A.M.	2	8.6%	12	52.1%	9	39.1%	23
I.P.N.	0		2	66.6%	1	3.3%	3
FORANEO	0		1	50%	1	50%	2
LA SALLE	0		1	100%	0		1
U.A.G.	0		1	100%	0		1
U. PARTICULAR	0		1	100%	0		1
U. VERACRUZ	0		0		1	100%	1
TOTAL	2		18		12		32

CUADRO No.5

ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA
ORIENTE DEL ISSSTE CON RELACION A MITOS Y TABUES DE SEXUALIDAD

ENERO 1985

ESCUELA DE PROCEDENCIA	TABUES				Y		MITOS	TOTAL
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE			
	No.	%	No.	%	No.	%		
U.N.A.M.	7	30.43%	14	60.8%	2	8.6%	23	
I.P.N.	2	66.5%	1	33.3%			3	
FORANEO	1	50%	0		1	50%	2	
LA SALLE	0		1	100%	0		1	
U.A.G.	1	100%	0		0		1	
U. PARTICULAR	0		1	100%	0		1	
U. VERACRUZ	0		1	100%	0		1	

...Sin especificar

FUENTE: Recolección de datos.

VII. CONCLUSIONES

1.- En la Clínica Oriente del I.S.S.S.T.E. de México D.F., se logró identificar el nivel de conocimientos que sobre Educación Sexual que tienen el Médico Familiar y otros profesionales de la Salud.

2.- El Médico Familiar a diferencia de otros profesionales que laboran en la Clínica Oriente fue el único que registró el porcentaje máximo en el nivel de conocimientos clasificado como Bueno.

3.- En la actualidad los Mitos y Tabúes han sido superados en el Personal médico de la Clínica Oriente.

4.- El Médico Familiar es el profesional que maneja menos cantidad de Mitos y Tabúes en relación con otras Especialidades, quizás debido a los 3 años de formación médica que recibe en el área de Psicología y Salud Mental.

5.- Las universidades de los Estados brindan conocimientos de Sexualidad a diferencia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

VIII.SUGERENCIAS

- 1.- Es necesario que durante el periodo de formación medica se integren en las Universidades, cursos de Sexualidad ya que en el país algunas escuelas de Medicina no los incluyen en sus programas academicos.
- 2.- Reforzar los conocimientos del Médico Familiar a través de cursos de Educación Médica Continua en el Área de Sexualidad.
- 3.-Incluir en la Historia Clínica, un cuestionario básico que identifique el Área Sexual.
- 4.-El Médico Familiar debe incrementar su conocimiento acerca de las Disfunciones Sexuales, ya que así contribuiría a un mejor manejo de las enfermedades psicósomáticas y por consiguiente a una más eficiente atención medica.

IX. BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Alvarez Gayou, J.L., Mazin, R. y Solís. La Educación Sexual en el mundo. Mundo Médico. 5 (núm. 50). México 1976.
- 2.- Consejo Nacional de Población. CONAPO. Carrizo. Sociedad y Sexualidad. Tomo 2, 1982.
- 3.- Alvarez Gayou. Elementos de Sexología. Nueva Editorial Interamericana. México, 1987.
- 4.- Carrizo. Familia y Sexualidad en México. Tomo 1 CONAPO. México, 1982.
- 5.- Lief, H.I. Medical Aspects of Human Sexuality. The Williams and Wilkins Co., Nueva York, 1976.
- 6.- Alvarez Gayou, J.L. Educación Sexual en Facultades y Escuelas de Medicina, en México. Salud Pública de Mexico. época V. vol XIX, núm. 3 Mexico 1977, pág. 443.
- 7.- Kinsey A.C., et al. Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia W.B., Saunders Company, 1953. pág. 714.

- 8.- Inedito. La Respuesta Sexual. Información Científica y Tecnológica Vol. 3 Núm. 43. 1981.
- 9.- Kaplan H.S. Disorders of Sexual Desire. Nueva York; Simon Schursters, 1979.
- 10.-Masters. W. Johnson. V. Respuesta Sexual Humana. Editorial Interamericana., Buenos Aires, 1976.
- 11.-Brostein de R. y Armendares. Encuesta sobre el adiestramiento que en Materia de Sexualidad Humana se imparte en las escuelas y facultades de Medicina de la República Mexicana. Gaceta Médica de México, 114 núm. 7 México 1978.
- 12.-Masters. W.H. and Johnson V.E. Human Sexual Response. Boston, Little. Brown and Company, 1966 pp 45-67.
- 13.-Kaplan H.S. La Nueva Terapia Sexual. Alianza Editorial, México, 1978.
- 14.-William H.Gowald, Jr. Gale Holtz Golden. Sexualidad, la Experiencia Humana. Ed. Manual Moderno, México 1981 pp 7-470.

15.-William E. Hartman y Marilyn a Fithian. Medicina Familiar.
Ed. Interamericana, 1980, Mexico.

16.-Foucault. Historia de la Sexualidad. La voluntad del saber.
Editores siglo XXI, 1977.