

31921
66

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

UNA APROXIMACION HACIA LAS PERSPECTIVAS ACERCA
DE LOS TRASTORNOS SEXUALES EN LOS JOVENES
ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GOMEZ HERNANDEZ / FRANCISCO MANUEL

ASESORES:

DIANA ISELA CORDOBA BASULTO
JOSE SALVADOR SAPIEN LOPEZ
ARTURO SILVA RODRIGUEZ

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO.

2003



IZTACALA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉX., 2003

Presentación de la tesis de:

Gómez Hernández Francisco Manuel con número de cuenta 9201593-5

**UNA APROXIMACIÓN HACIA LAS PERSPECTIVAS ACERCA DE
LOS TRASTORNOS SEXUALES EN LOS JÓVENES ESTUDIANTES
DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**ASESORES: MAESTRA DIANA ISELA CORDOBA BASULTO
MAESTRO JOSÉ SALVADOR SAPIEN LÓPEZ
DOCTOR ARTURO SILVA RODRÍGUEZ**

INDICE.

Agradecimientos.	4
Resumen.	13
Introducción.	15
Capítulo 1. Sexualidad Humana.	23
1.1 Sobre la conducta sexual del hombre.	25
1.2 Sobre la conducta sexual de la mujer.	25
1.3 Sobre la conducta sexual de los homosexuales.	26
1.4 Otros mitos.	26
Capítulo 2: Trastornos Sexuales.	29
2.1 Impotencia.	36
Capítulo 3: Tratamiento de los trastornos sexuales.	48
3.1 Ley general de salud y disposiciones complementarias del 2000.	50
3.1.2 Capítulo II "atención médica".	56
3.1.3 Capítulo III "prestadores de servicios".	56
3.1.4 Capítulo IV "usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad".	59
3.1.5 Capítulo V "atención materno-infantil".	59
3.1.6 Capítulo VI "servicios de planificación familiar".	60

3.1.7 Capítulo VII "salud mental".	62
3.1.8 Capítulo III "formación, capacitación y actualización del personal".	63
4. Metodología.	65
4.1 Pregunta de investigación.	65
4.1.1 Hipótesis.	65
4.2 Método.	65
4.2.1 Descripción de los sujetos.	65
4.2.2 Descripción de los materiales.	66
4.2.3 Descripción de instrumentos y aparatos.	66
4.2.4 Descripción del lugar.	66
4.2.5 Descripción de variables.	66
4.2.6 Diseño de investigación.	67
4.3 Número de sesiones.	67
4.4 Forma de muestreo y tipo de análisis.	67
4.5 Resultados.	68
5. Resultados.	69
5.1 Concepto de los trastornos sexuales.	69
5.2 Incidencia de los trastornos sexuales.	70
5.3 Lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.	71
5.4 Perfil de las parejas de quienes padecen un trastorno sexual.	71
5.5 Perfil de la persona que padece un trastorno sexual.	71
5.6 Después de la rehabilitación de un trastorno sexual.	73
5.7 Conocimiento de los posible centros de atención a personas con un trastorno sexual.	74
5.8 ¿Se debe incluir estos temas dentro del programa de la licenciatura de Psicología?.	75

6. Análisis y Conclusiones.	76
6.1 Concepto de los trastornos sexuales.	77
6.2 Incidencia de los trastornos sexuales.	78
6.3 Lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.	78
6.4 Perfil de las parejas de quienes padecen un trastorno sexual.	79
6.5 Perfil de la persona que padece un trastorno sexual.	79
6.6 Conocimiento de lo que sucede después de la rehabilitación de un trastorno sexual.	82
6.7 Lugares de canalización.	82
Propuesta de un programa para la generación de una materia dentro del plan curricular de la carrera de Psicología de la FES. Iztacala.	84
Referencias.	91
Anexos.	94

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme prestado la vida y la salud suficiente para ver uno de mis mas grandes sueños hechos realidad; por la bendición de las experiencias recibidas a lo largo de estos incansables años, difíciles en ocasiones pero muy gratificantes en todos los sentidos.

A mi padre que con su esfuerzo, dedicación y empeño logró generar en mi los deseos de servir y triunfar, poniéndome siempre el ejemplo de la mejor manera para solucionar todo tipo de problemas.

Papá te dedico estas breves líneas porque desde que te conozco haz sido mi idolo, si yo volviera a nacer y pudiese elegir a mi padre, ten por seguro que serías tu, gracias por apoyarme siempre en todo, por brindarme tu amistad y consejos siempre sabios, aunque en ocasiones necios (pequeño detalle de la familia), por estar conmigo en esos momentos donde en un quirófano me debatí en una lucha incansable contra la muerte, por ser aquella imagen borrosa que permanecía en mi mente hasta que concluía todo y despertaba aletargado por la anestesia, por tus regaños que aunque no lo parezca siempre me han servido, por lo menos para tener el criterio necesario de lo que está bien y de lo que está mal; te agradezco la forma en que a veces con malos comentarios como: "a mi se me hace que no vas a la escuela", "tu ni estudias", etc., me impulsabas a superarme; en esos momentos me caían muy mal, pero ahora me veo recompensado con el fruto de aquellos pequeños detalles; papi te agradezco por ser mi fiel amigo en las buenas y en las malas, esta es una de las buenas y te la dedico de todo corazón cuerpo y alma, porque así me enseñaste a resolver mis conflictos recordando siempre que la vida es un conflicto y que me diste las mejores armas para salir airoso TE AMO GRACIAS POR SER EL MEJOR PADRE DEL MUNDO.

Mamita linda quisiera recompensar de alguna manera tu vida entregada a mi y a mis hermanos con fervor incansable; aún recuerdo aquel pellizco de la preprimaria que impulsó en un primer momento mi carrera en la escuela y heme aquí después de todo lo que pasamos juntos, porque lo recuerdo todo, aquellas tardes interminables en los hospitales, donde para distraer un poco mi dolor me leías cuentos y me enseñabas paso a paso aquel proceso lleno de conocimientos, en ocasiones fáciles y en otras no tanto y aunque no estuviera en la escuela tu empeño dio buenas raíces a mi profesión; sabes, de no ser por ti yo no hubiera llegado hasta donde estoy ahora, por eso esta tesis y todo mi esfuerzo son tuyos y siempre lo serán, gracias por las clases de moral que siempre me exigiste tener pero que yo me esmeré con especial dedicación a brincar me esos primeros años de mi vida, te ofrezco disculpas por los malos ratos que te ocasioné, aunque has de saber, que espero que la vida me cobre con creces al triple todo lo que me diste, porque así debo de agradecer a Dios el tenerte siempre a mi lado aguantándolo todo: mi dolor, mi cansancio, mi mal humor que contigo siempre se ha hecho latente, mis alegrías, mis chismes, mi presunción, mi falta de humildad, mi amor eterno, mis detalles, en fin todo, porque todo lo que soy es gracias a ti MAMI TE OBSEQUIO HOY Y SIEMPRE MI ESFUERZO Y SABE DE ANTEMANO QUE TE AGRADEZCO LA VIDA TAN SINGULAR Y HERMOSA QUE SIEMPRE ME HAS DADO, RECUERDA QUE LLEVO SIEMPRE EN MI CORAZÓN TODOS TUS PEQUEÑOS GRANDES DETALLES.

Gracias papas por haberme dado la oportunidad de ser el Lic. en Psicología Francisco Manuel Gómez Hernández aquel niño que siempre se recuerda enfermo pero feliz por haber tenido siempre a su lado a los mejores papás del mundo según yo y los modelos que hablan acerca de los diferentes tipos de familias y padres, a ustedes este pequeñito esfuerzo.

A Ricardo mi hermanito que con todas sus ideas me ha demostrado que la inteligencia y la genialidad son parte de nuestra familia y que ni los años ni los títulos erradican de nuestro sistema la estupidez.

Sabes hermanito, desde que decidí estudiar Psicología siempre fuiste la principal razón para echarle ganas y no abandonar nunca mi lucha, recuerdo que hace poco tiempo, te llenaste la boca de orgullo al presentarme con la mamá de Alice y decir "es mi hermano el que es psicólogo", en ese momento supe que por fin había cumplido la meta de que algún día mi hermano se enorgulleciera de mí como yo lo he estado de él, por ser una de las personas más inteligentes que conozco.

Gracias carnal por haberme apoyado y defendido siempre, por haberte echado la culpa en mis mas grandes travesuras y por compartir conmigo tan grandes aventuras, a ti este pequeño trabajo que demuestra que con perseverancia todo es posible en esta vida.

A mi hermanita Luz (moco), no creas que te me has olvidado, recuerdo firmemente cuando cargado de trabajo me apoyabas para entregar a tiempo mis trabajos, mi esfuerzo ha sido el tuyo, mi llanto y desesperación fueron en su momento exacto compartidos siempre contigo, por ser la niña mas linda y tierna del mundo te dedico nuestro esfuerzo y las desveladas, espero te agrade, ya que siempre he pensado, que a quien más trabajo le ha costado este esfuerzo siempre ha sido a ti.

Ahora que ocupas un lugar en la comunidad de la máxima casa de estudios la UNAM., te sugiero que: nunca dejes de lado los esfuerzos que has puesto para llegar hasta donde estas, observa y no te detengas por nada ni por nadie, mis esperanzas estan todas puestas en ti.

Se de antemano que el estar al lado de alguien que no le cuesta mucho aprender es muy difícil, pero tú siempre has sabido mantener el nivel y la compostura como la dama que siempre has sido, con esta tesis te hago participe que los esfuerzos realizados de ti para conmigo han alcanzado sus metas y

estamos recibiendo los frutos por lo que hemos trabajado en equipo, gracias por estar siempre a mi lado, va por ti.

A mi novia Georgina que con su esfuerzo, paciencia y dedicación consiguió que en mi cabecita necia entrara la razón, para poder llevar a termino esta tesis, fuiste y eres una de las cinco personas de mi familia que siempre, desde el primer momento, se han preocupado por mí. Gracias por el comentario que me impulsó a conseguir esta meta, el cual lo recuerdo con especial entusiasmo: "si no la terminas, no me caso contigo" y aquí la tienes de principio a fin, siendo esta una de las labores más arduas de mi vida (nuestra vida), ya que involucró tantas emociones encontradas, que a veces me impedían completar la labor, pero hoy, con el apoyo de mi familia (incluyéndote mi amor) conformando el equipo mas especial y grandioso que conocí a lo largo de mis años como alumno de esta vida, lo conseguí.

Gracias por apoyarme y comprender las frecuentes depresiones que siempre me han atacado y que con tu paciencia y dedicación, has conseguido sacarme prontamente de ellas, alcanzando el nivel necesario para poder concretar todas aquellas labores que había dejado a medias.

Ahora te digo he aquí el principio de mi esfuerzo por ser feliz a tu lado, espero te agrade el resultado de estos años de formación profesional escritos en estas hojas de papel.

Le agradezco cada mañana a Diosito por haberme enviado a la dama perfecta para mi, hecha a la medida de mis necesidades y de mis circunstancias de vida.

Te dedico esta tesis como muestra del inmenso amor que te tengo y del deseo de que esta vida, sea nuestra y no nada más mía.

Gracias Geo por ser la bella mujer que siempre ha permanecido a mi lado.

A ti Diana que tuviste confianza en mí y me obsequiaste toda la paciencia del mundo para mostrarme sesión con sesión como debería ser realizada esta tesis y

orientarme en aquellos detalles de mi vida, que a lo mejor en algún momento la hubiesen perjudicado.

Siempre he considerado que el buen profesor es aquel que imparte cátedra del buen profesionista que ha sido. Por lo que he de contarte, que desde el primer día que te conocí, en aquel salón de clases supe que teníamos delante de nuestras narices a una de esas figuras que dejarían huella en nosotros y en nuestros trabajos.

Así hoy que concluyo con este periodo de formación puedo decir que eres uno de esos profesores que siempre me generarán admiración y buenos recuerdos, impulsándome estos a alcanzar mis metas.

Tu dedicación para conmigo ha sido crucial en el desarrollo de este trabajo, ya que con tu guía curabas esa ansiedad loca que me invadía al no concluir prontamente mi labor.

Incluyo en esta labor a tus hijos Salvador y Abraham, que en innumerables ocasiones atendieron mis recados hacia tu persona; aún sigo considerando que en esos momentos he de ver sido su mayor molestia.

Dianita: gracias por llevarme siempre presente, espero firmemente que esta tesis sea el inicio de una larga amistad.

Abuelita Con: (liche) prometí años atrás que iba a ser alguien en esta vida, y heme aquí dedicándole mi esfuerzo, para llenar su corazón de orgullo y felicidad, espero pueda disfrutar de este logro tanto o mas que yo, quizás nunca le haya dicho lo mucho que la quiero, y a lo mejor últimamente no nos vemos mucho, pero sepa que siempre la llevo en mi corazón.

Primero Dios (eh si aprendí "liche") continuare mi camino llevando en alto la profesión que he elegido para ayudar a los demás, y aunque difícil la encomienda sepa abuelina que siempre daré lo mejor de mi para que donde quiera que esté, se enorgullezca del nieto al que le pasaba zanahorias rayadas de contrabando en el hospital.

Abue, gracias por todo.

Abuelita Chabe, le dedico el esfuerzo de toda una vida, haciéndola participe de lo que en algún momento fue toda una preocupación, el hecho de que yo terminara una carrera universitaria.

De usted he aprendido a no dejarme de nadie y a no juntarme con gente que me acorrieta, aunque la verdad es que siempre he disfrutado mi vida al máximo.

He guardado todos sus consejos, porque algunos me han desarrollado profesionalmente y otros personalmente.

Abue, espero que disfrute de esta tesis tanto como yo disfruto de sus charlas, la quiero muchísimo, nunca lo olvide.

A todos mis tíos y tías que siempre se han enorgullecido de mí y han depositado su confianza en mí, algunos de forma familiar y otros de manera profesional, sepan que no he fallado y que sigo luchando por tener cada día, una mejor calidad de vida, así mismo dedico este esfuerzo a sus sabios consejos que hoy por hoy me llevan a realizar grandes proezas.

A mis primos que con sus chistes y tonterías me han hecho reír, que siempre me han comprendido y apoyado, gracias por estar allí, apoyándome siempre que necesité ayuda o un consejo.

A Gaby que a lo largo de diez años ha procurado enseñarme que en este mundo no podemos comportarnos como trogloditas egocéntricos; Gorda no se me olvida la descomunal competencia que siempre en el ámbito profesional hemos llevado, mas no así en nuestra relación personal, gracias por impulsarme, apoyarme y enseñarme que si me exijo puedo llegar más alto de lo que había dispuesto. Gracias.

A mi tía Rosita que fue la única persona, que cuando todos dejaron de mencionar la fe que tenían en mí y que era mi motor para seguir adelante, siguió realizando los comentarios acerca de lo asombroso que era la manera en la que realizaba mis actividades.

Gracias por haber estado allí en los momentos justos cuando lo necesite y por ser la tierna y linda persona que siempre has sido conmigo.

A mi primo Carlos que siempre me a apoyado y me ha servido de ejemplo, primo intento día con día triunfar, para alcanzar el nivel que siempre has tenido, y permíteme decirte que en verdad cuesta mucho trabajo.

Gracias por apoyarme cuando las puertas se me cerraron, facilitándome tu equipo para culminar el esfuerzo de dos largos años.

Al Gordo (David), por enseñarme a valorar lo que tengo y llevarme a la madurez en algunos aspectos, te considero mi amigo pero esto no me impide ver los flagrantes errores en los que caes, te dedico mi tesis para que veas y aprendas que toda la vida siempre es un trabajo en equipo y que no podemos transgredir a cuanta gente se nos ponga enfrente, recuerda que el mundo da muchas vueltas.

Gracias por ayudarme en momentos tan difíciles de mi existencia mostrándome lo que para mi no puede ser real.

Gracias por echarme la mano dictándome buena parte de este librito, por desvelarte a mi lado y por dejarme usar la computadora de contrabando, además y por si fuera poco por tener la paciencia básica necesaria para ser mi amigo.

Échale ganas a la vida recuerda que tenemos personas que confiamos en ti y que estaremos allí siempre que nos necesites, gracias por ser como eres y por aquella confianza desmedida que espero no haber defraudado nunca.

A Gibert por haberme prestado su computadora para corregir e imprimir las veces que así lo necesite y por enseñarme un poco más acerca de cómo se maneja una compu.

Agradezco el apoyo tecnológico recibido por parte del proyecto "evaluación de los efectos en el ambiente social, psicológico y familiar del menor involucrado en hechos antisociales: un acercamiento hacia la víctima y el acusado", con número de registro: IN308397, dirigido por el Dr. Arturo Silva Rodríguez.

Hasta aquí he agradecido y dedicado mi trabajo a la gente que quiero, a la gente que me ha apoyado y que ha tenido fe en mis capacidades, pero ahora toca el turno de agradecer a toda esa gente que con esfuerzo y dedicación, pregonó que yo era un vago, a esa gente que no creyó en mí, que intento sobajarme a su nivel jodido, a aquella gente que en ocasiones me asaltó echándome a perder el día, a esos profesores a quienes yo les parecía un flojo, o alguien que no tenía nada que hacer en la universidad y con estos me refiero a la Profa. Benita Cedillo y al Prof. Jaime Rivas. A esa gente que alejó a sus hijos e hijas de mi compañía porque no les dejaba nada bueno, a ellos los que han considerado que solo soy un macho ego centrista, o un patán, o simplemente un imbécil, a ellas que han preferido verme derrotado que triunfando, a todas estas personas, les dedico mi triunfo porque de no haber existido en mi vida, no conocería los fracasos, no creería que existen maestros que reprueban porque les caes gordo, no conocería la envidia ni la impotencia, no sería perfeccionista, ni me esforzaría para defender lo que más amo en esta vida (mi familia), no me atrevo a pensar que sería de mí, si toda esta bola de gente mediocre no se hubiese tomado el atrevimiento de investirme con su mejor jugada, a toda esta gente le doy las gracias y dejo plasmado en papel aquel dicho que reza: el mundo da muchas vueltas, unas veces nos toca arriba y otras veces nos toca abajo.

Gracias Dios por darme una vida excelsa llena de todo tipo de experiencias y de personas, llena de alegría y de problemas por resolver, ahora te pido que colmes mi vida de bendiciones y me proporciones la salud necesaria para ver triunfar a mis bisnietos.

A ti he dedicado todos los esfuerzos de mi vida y tu la has hecho feliz, gracias.

RESUMEN.

La presente investigación se llevó a cabo recolectando datos por medio de un cuestionario. Los temas abordados fueron: el concepto de los trastornos sexuales; incidencia de los trastornos sexuales en las fases de la sexualidad humana; la opinión que tienen los estudiantes acerca de la rehabilitación de las personas que padecen un trastorno sexual; creencia sobre lugares y horas en los que se puede presentar un trastorno sexual; las características tanto físicas como psicológicas que con más frecuencia presenta una persona con un trastorno sexual; el conocimiento de los lugares a los que se puedan remitir este tipo de pacientes y la necesidad de que se impartan estos conocimientos durante la formación profesional.

Los resultados mostraron que la mitad de los sujetos de la muestra tienen el concepto de los trastornos sexuales basándose en los autores acerca del tema.

En la incidencia de los trastornos sexuales dentro de las fases de la sexualidad humana la población en general responde que un trastorno sexual, es una afección de tipo biológico y/o psicológico que provoca malestar a ambos miembros de una pareja; que no existe un patrón o perfil para aquella persona que padece un trastorno sexual; que el lugar y la hora en la que se presenta un trastorno sexual no es específico y que afecta en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

Con respecto a lo que se conoce de la atención de algunos factores involucrados en los trastornos sexuales, encontramos que la ignorancia acerca de las posibles soluciones es alta y mejora con el paso por los distintos semestres.

Pudimos observar que los conocimientos que tienen los alumnos sobre el tema llegan a ser deficientes, siendo conocimientos que los alumnos de la Lic. en Psicología llegan a obtener a lo largo de su vida y mejor desarrollados a lo largo de su formación profesional, dentro de la cual, en las más de las veces, no se llega a abordar este tipo de temas quedándose muchas veces en el hecho de sólo haber mencionado que existen este tipo de padecimientos, esto es: si a alguien le

interesa conocer los distintos métodos acerca de cómo ayudar a las personas que presentan un trastorno sexual, tendrá que valerse de sus propios medios para optimizar sus conocimientos y por ende su formación profesional.

De acuerdo con lo propuesto por la Ley General de Salud en los artículos: 54, 63, 65, 71, 72, 73, 79, 90 y 92; aunado a las peticiones de los alumnos de los diferentes semestres de la carrera de Psicología que fueron cuestionados, se llega a la conclusión de que existe un amplio déficit de información dentro del plan curricular de dicha carrera, por lo que la formación profesional de acuerdo a lo estipulado por la ley, está incompleta

Se considera que de acuerdo a las personas que participaron en esta investigación, sería conveniente que este tipo de temas fuesen abordados dentro de los programas de las materias o que se creara una que cubriese estas necesidades de la población.

INTRODUCCIÓN.

Después de recibir la formación profesional, nos abrimos campo en el ámbito clínico profesional, donde encontramos un enorme déficit de conocimientos para ayudar a la población que depositaba su confianza en nosotros, con la esperanza de ser ayudados. Un buen número de personas acudían a la consulta porque su principal padecimiento era un trastorno sexual, se puede decir que aproximadamente 9 de cada 10 parejas que solicitaron los servicios, presentaban problemáticas relacionadas a los trastornos sexuales, y siendo tal la incidencia del problema, se necesitaba tener información acerca de cómo proporcionar una atención adecuada, ética y profesional, por lo que me dí a la tarea de obtener la información necesaria, para ayudarles, planteando como una solución evidente, el que desde la formación como estudiantes en Psicología, nos fuese proporcionada dicha información. Pidiésemos preguntarnos, entonces, cuál sería el planteamiento desde el punto de vista de la Psicología que nos llevaría a conocer las posibles soluciones a los distintos problemas que una persona manifiesta cuando asiste a consulta. Por lo cual hay que remitirse al planteamiento inicial de la Psicología, o sea, la explicación de los fenómenos conductuales que llegan a modificar las instancias y calidad de vida para los individuos, partiendo de las reflejos condicionables, como lo pueden ser el hambre, la sed, o el sexo, siendo este último rubro en el que se centra esta investigación partiendo desde la premisa "conocimiento del tema".

Los trastornos sexuales han sido en los últimos años un tema que más que llevar a los investigadores a una discusión, los ha encaminado a la búsqueda de soluciones, ya que al mencionar los trastornos sexuales, se engloban una buena cantidad de padecimientos, tanto para el hombre, como para la mujer. Ahora bien cabe comentar que hacia 1975 y 1976 debido básicamente al proceso de modernización de la UNAM, abrieron sus puertas dos nuevos campus universitarios, destinados al estudio de las ciencias de la salud, la Escuela

Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala y la ENEP Zaragoza, en donde se imparte, entre otras, la carrera de Psicología.

En ambas escuelas se planteo en dicha carrera un currículo de corte conductual. Observemos un poco de la historia de la ENEP Iztacala ya que es dicha escuela y la formación de los futuros profesionistas en Psicología lo que nos atañe en estos momentos.

La ENEP Iztacala surgió como parte del proyecto de actualización y crecimiento de la UNAM en 1975; en el lapso de 1975 a 1976 fue desarrollado un currículo distinto para la carrera de Psicología, que vino a sustituir al plan de estudios ya establecido en la Facultad de Psicología, ya que según Emilio Ribes (cit, en: Teran, Rosas y Mendoza, 1988), no era operativo en cuanto a objetivos, condiciones, sistemas de enseñanza y contenidos, así, al hacer mención de las justificaciones que tenía para sustentar el proyecto de Psicología Iztacala, Ribes manifestó que se pretendía articular en un marco "pedagógico" el diseño curricular, la metodología de la enseñanza y el proceso de evaluación desde un punto de vista conductual. Además el currículo debía de conservar una identidad profesional y científica del Psicólogo y mantener lineamientos propios de disciplina, teniendo como elementos aquellos derivados como consecuencia de la definición de dicha identidad (Chiu y Vazquez, 1980).

El plan de estudios de la carrera de Psicología en Iztacala recibe el nombre de "modular"; era un modelo que se proponía a sí mismo como abierto, receptivo y auto correctivo, que implicaba para esto tres aspectos importantes:

- I. Un sistema educativo congruente con una práctica científica.
- II. La configuración de un modelo científico que permitiera el análisis de los más variados problemas psicológicos desde una perspectiva conductual, superando las limitaciones inherentes al paradigma de condicionamiento.
- III. La definición de un nuevo papel para el psicólogo.

En ese momento se pretendía que Psicología Iztacala, fuese un modelo de educación, un modelo científico y un modelo profesional, ya que integraba el entrenamiento con la acción profesional y establecía el análisis propio, para garantizar su constante adecuación profesional, de acuerdo a las necesidades de la época y a las de la comunidad atendida dentro de la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral).

Los dos criterios que permitieron la consolidación de dicho plan de estudios en Iztacala fueron: a) la definición de funciones que un profesional de la disciplina debería ejercer, a fin de contribuir en la solución de problemas en el propio nivel de su ámbito científico, y b) la adopción de contenidos emanados directamente de la Psicología para la integración del entrenamiento profesional (Fernández, cit., en Velasco, 1989).

Aunque en la actualidad, dentro de la formación académica de los estudiantes de la carrera de Psicología en la ENEP Iztacala, se ha carecido de la información básica para el conocimiento y manejo de los mencionados trastornos sexuales, podemos comentar que dentro de las generaciones después de los primeros diez años y antes de los últimos diez años, se llegó a contemplar estos temas dentro del programa de preparación de la materia "Psicología Clínica VII y VIII"; conforme fue pasando el tiempo, la población que atendía la CUSI, fue encaminando sus problemáticas a otras áreas de atención como fueron: autoestima, asertividad, problemas educativos y relajación antiestrés, entre otras y entonces para cubrir las demandas de la población, los profesores que impartían estas materias, se vieron obligados a investigar y enseñar estos temas a las nuevas generaciones, pudiendo de esta manera optimizar la atención a la población que acudía a la clínica de la escuela (CUSI). Mucho se ha hablado de los trastornos sexuales, siendo médicos con especialidad en Urología y Ginecología quienes han planteado la necesidad de buscar información para dar respuesta a sus múltiples preguntas acerca del tema. Ahora bien, ellos por medio de terapias medicamentosas o quirúrgicas han hallado solución a algunos de los padecimientos en las disfunciones sexuales.

Por el lado de los psicólogos, tenemos a los sexólogos quienes por medio de técnicas de estimulación visual-táctil y aproximaciones sucesivas han podido dar solución a otros tantos de los problemas diagnosticados como trastornos sexuales.

Se ha llegado a un punto en donde médicos y psicólogos han unido esfuerzos optimizando su trabajo tanto en tiempos como en resultados con pacientes, a tal grado que se han fundado instituciones, como "CORAM" (Centro de Orientación y Reintegración de Asistencia a la Mujer) en donde aparte de realizar investigación se proporciona atención interdisciplinaria abarcando en gran medida los distintos padecimientos y sus soluciones específicas.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar los conocimientos que los estudiantes de la carrera de Psicología de la ENEP Iztacala tienen acerca de los trastornos sexuales.

Con la finalidad de cubrir nuestro objetivo se llevó a cabo una investigación tanto bibliográfica como hemerográfica acerca de los trastornos sexuales, y para facilitar la tarea, la información se dividió en tres capítulos. El primero nos habla acerca de la sexualidad humana y algunas cuestiones sexuales, así, en una primera instancia Van Sommers (1976) habla de que en los conceptos populares occidentales se han hecho distinciones entre los hombres y las mujeres, partiendo de las diferencias físicas hasta la mentalidad; esta última modificada en ocasiones por los propios prejuicios sociales. Pero para abarcar algunos conceptos es importante tomar en cuenta que los trastornos sexuales se diferencian de acuerdo al género y cuestiones tales como las fases sexuales abordadas por algunos autores.

El desarrollo de las estructuras reproductivas internas y externas no es el único cambio relativo al sexo, sino que también los cambios estructurales que sufre el cerebro afectan la fisiología y la conducta sexual en el organismo maduro.

Aunque en un sentido más estricto nos referiremos a que la conducta sexual no es tan sólo las posibles respuestas de copulación ya que existe una amplia gama de elementos que llevan a los seres humanos a una discriminación de respuestas pudiendo experimentar una respuesta no adecuada.

Por esto la conducta relativa al sexo suele ser relacionada con aspectos que dependen de las prácticas sociales locales, entre ellas el control emocional y la seguridad en sí mismo. De esta manera consideramos pertinente remitirnos a la información acerca de los mitos existentes en la actualidad dentro de la comunidad, cabe mencionar que esta investigación la realizaron Chiu y Vázquez (1990); los cuales mencionaron por poner algunos ejemplos: acerca de la conducta sexual del hombre, que la eyaculación y el orgasmo son el mismo fenómeno; sobre la conducta sexual de la mujer, que existen diferencias entre el orgasmo vaginal y el orgasmo clitorideo; sobre la conducta sexual de los homosexuales, que las personas de esta preferencia son identificados por su aspecto; y dentro de otros mitos encontramos que el exceso del deseo sexual es una de las principales características del ofensor sexual.

Dentro de este esbozo encontramos que la conducta copulativa en el hombre es desde luego, menos estereotipada y predecible que la de los demás mamíferos, además encontramos que la conducta sexual humana también tiene sus regularidades fisiológicas como son la excitación, la meseta, el orgasmo y la resolución.

Por otra parte, en el capítulo 2 se encuentra la información básica acerca de los trastornos sexuales de la que podemos decir que en una primera instancia los diferentes autores que hablan de la conducta sexual humana se encontraron ante el problema de definir objetivamente el concepto de trastorno sexual con la finalidad de diagnosticar asertivamente a las personas que acudían solicitando la atención. Así Kaplan (1974) dividió estos padecimientos en variaciones y disfunciones y obviamente de acuerdo a esta división realizó su concepto; Karacan (en Okawara et. al. 1980) decía que cualquier perturbación en las distintas estancias sexuales denotaba una disfunción en el individuo; luego entonces discriminando entre los diferentes conceptos que los autores proporcionaban, Okawara (1980) consideró que un trastorno sexual es una alteración en alguno o en todos los eventos del ciclo de la respuesta sexual, que es persistente en más del 50% de los contactos de tipo sexual. Este concepto es adecuado, ya que proporciona un índice cuantificable, obteniéndose como

beneficio el diagnosticar acertadamente a aquella persona que llega al consultorio presentando síntomas específicos.

Es importante hacer mención que los diferentes autores plantean el número de fases y trastornos que existen dentro del ciclo de la respuesta sexual, por lo que fue necesario mencionar lo que para nosotros era la información más completa y representativa. Encontramos dos planteamientos, el primero habla de que las fases de la sexualidad humana son excitación meseta y orgasmo, y el segundo planteamiento dice que son excitación, meseta, orgasmo y fase resolutive. Hemos escogido este segundo planteamiento porque aunque no ha sido suficientemente estudiado el priapismo suele ser un trastorno de la fase resolutive. Este comentario nos sirve para mencionar que los autores varían en su perspectiva de los diferentes trastornos aunque en este rubro debemos considerar que los que aquí mencionamos son en general los mas estudiados, en los consultorios tanto médicos como psicológicos.

También hemos considerado descartar, como lo han hecho los autores, aquellos conceptos erróneos tales como frigidez en las mujeres o el de eyaculador precoz considerado únicamente para los hombres.

Debemos recordar que él término disfunción es manejado por los médicos para denominar el mal funcionamiento a nivel fisiológico, y que el término trastorno es usado por los psicólogos para conceptualizar el mal funcionamiento sexual de los seres humanos ocasionado por fenómenos sociales y conductuales.

El hecho es que la realidad para el psicólogo tanto como para los médicos es que la queja de los trastornos sexuales en su mayoría provienen de mujeres casadas.

Ahora bien, consideraremos que existen cuatro tipos principales de factores etiológicos, siendo estos biológicos, psicológicos, sociales o educativos y problemas en las relaciones de pareja; claro no obviando los factores iatrogénicos.

Con lo anterior damos pie a los posibles tratamientos de los trastornos sexuales siendo esta información compilada en el capítulo 3.

Así los diferentes autores apuntan a que el remedio más adecuado es el logro de una buena educación sexual, ya que esta proporcionará la erradicación de los

mitos existentes en la sexualidad humana y como beneficio, a aquellas personas instruidas en este campo obtendrán seguridad en sí mismos, que les permitirá llevar a cabo una vida sexual activa, compartiendo momento a momento con la pareja y así, si se presentara un trastorno sexual, las posibilidades de salir adelante se incrementan y el tiempo de los tratamientos disminuye considerablemente.

Lo anterior es sustentado por autores como Lawrence (1996) quien considera que de acuerdo a la educación cultural tradicional, los hombres son entrenados para que posean ciertas expectativas y que sean llevadas a cabo, aunado a esto las mujeres deben de tener características expresivas (más que los hombres). El hecho es que las conductas instrumentales son atribuidas al término masculino y las conductas expresivas al término femenino.

Incluso existen autores como O'Sullivan (1995), que consideran que uno de los factores que determinan la conducta sexual depende de las experiencias que el individuo posea.

Existe el supuesto dentro de los tratamientos de que el tener una relación estimulante y llena de afecto es importante para solucionar de manera óptima las diferentes problemáticas relacionadas a los trastornos sexuales, por esto los terapeutas mejoran las condiciones de vida que presentan las parejas con el fin de apoyar la rehabilitación del paciente.

En la actualidad la innovación de los implementos visuales ha hecho posible los tratamientos por medio de estimulación visual y táctil.

Por otro lado la farmacología una de las áreas médicas que se ha dedicado a darle solución al problema de un trastorno o disfunción sexual; se ha encargado de disminuir y erradicar las problemáticas de algunos pacientes, tal es el caso de la inyección propuesta por Kevin (1997) que provoca una estimulación hormonal para iniciar o mantener la erección en varones diabéticos.

Es importante mencionar que falta mucho por realizar en el campo del tratamiento, por esto el presente trabajo adquiere importancia ya que abre la línea de investigación concerniente a la educación que reciben los profesionistas en formación de la carrera de Psicología. además la Ley General de Salud es lo

bastante clara en sus artículos, donde se refiere que el profesional que recibe una formación en Psicología debe egresar con los conocimientos adecuados para su desarrollo profesional, así como que la institución que educa debe renovar sus planes de enseñanza llevando un acuerdo constante con la Secretaría de Salud para cubrir las necesidades de los universos de individuos a los que se atiende en lo que respecta a salud mental, planificación familiar y atención materno-infantil.

CAPÍTULO 1 SEXUALIDAD HUMANA.

Van Sommers (1976) menciona que en los conceptos populares occidentales sobre el hombre y la mujer se hacen distinciones en varios niveles: forma del cuerpo, fuerza, temperamento, intereses sexuales y mentalidad; así como anatomía sexual, fisiológica y conducta, pero en realidad no todas estas distinciones son claras y congruentes para toda la población. Aun cuando todos los elementos sean claros y coherentes, son el producto de una historia evolutiva compleja, en la cual las fuerzas sociales y culturales desempeñan una función importante. Parece que estos últimos factores pueden incluso opacar los aspectos en los cuales tanto mujeres como hombres son fisiológicamente idénticos.

Ahora bien en el individuo normal, el elemento crítico de toda diferenciación sexual es el modelo cromosómico. Por crítico se entiende que el modelo cromosómico iniciará una larga cadena de eventos anatómicos, fisiológicos y sociales, que conforman la identidad sexual. Esto no quiere decir que el modelo cromosómico actúe por sí mismo como un determinante de tal identidad.

Según Van Sommers (1976), existen características sexuales secundarias que se refieren no solamente al individuo, sino a una estructura social en general y que además las diferencias en la estructura orgánica y en la fuerza por una parte y las exigencias del embarazo y el cuidado de los niños en los primeros días, por otra, han sido realidades ineludibles que toda sociedad ha afrontado y que han conducido al desarrollo de ciertas tradiciones culturales (entre ellas por ejemplo: la división del trabajo masculino y femenino). A su vez la elaboración de las tradiciones sociales recae sobre los hombres y las mujeres individuales en formas de expectativas y exigencias coherentes que los afectan y en algunos casos, desde la infancia. Tal consecuencia de eventos se denomina determinación transcultural y puede producir normas de conducta que son tan regulares entre muchas sociedades que se les acepta indebidamente como una

evidencia de la determinación genética directa de la conducta masculina y femenina.

El desarrollo de las estructuras reproductivas internas y externas no es el único cambio relativo al sexo que ocurre en el feto bajo la influencia organizadora de las hormonas sexuales. Una cantidad elevada de andrógenos también produce cambios en la estructura cerebral, los cuales afectan la fisiología y la conducta sexual en el organismo maduro. Las hormonas actúan como organizadoras mediante las cuales, los cromosomas sexuales expresan sus efectos. Sin embargo, más adelante la diferenciación sexual no se logra invaco sino a través de una interacción entre las sustancias hormonales y sus tejidos diferenciativos.

En la conducta sexual se presenta una situación muy similar en el organismo maduro. Las hormonas pueden ser necesarias para la expresión normal de la conducta sexual madura, pero no son suficientes. Tienen que afectar los tejidos corporales, el sistema nervioso y otras partes que son selectivamente sensibles a ellas. Incluso en los casos en que las hormonas activan a los órganos del organismo maduro que ha necesitado hormonas prenatales para su desarrollo adecuado, las hormonas requieren un sustrato sobre el cual actuar.

En un sentido mas estricto la conducta sexual se refiere a las respuestas de copulación, pero, como observara Beach (1965, cit. en Van Sommers), existen varios elementos de importancia, relativos a la producción (pero no al acto sexual mismo), como son el galanteo y el cuidado de las crías. Además, gran parte de la conducta no reproductora se relaciona con el sexo en un sentido mas amplio, incluyendo la agresión, el juego y muchas otras cuestiones que generalmente se incorporan bajo el termino de función genérica.

En los sujetos humanos esta clase de conducta relativa al sexo y denominada función genérica es muy amplia y además se relaciona con aspectos que dependen de las prácticas sociales y locales: ocupaciones, funciones domesticas, habilidades, recreaciones, amaneramientos, ropa y diversas características emocionales y temperamentales, entre ellas el control emocional y la seguridad en sí mismo. Hay algunos otros aspectos de la función genérica que están

estrechamente relacionados con la conducta reproductiva como son: la elección del objeto sexual y las fantasías sexuales eróticas.

Chiu y Vázquez (1990) dicen que antes de intentar establecer algún vínculo, se considera pertinente enlistar algunos mitos sobre la expresión sexual que se han mantenido vigentes por la población mexicana durante mucho tiempo:

1.1 Sobre la conducta sexual del hombre.

- La eyacuación y el orgasmo en los hombres son el mismo fenómeno.
- El tamaño del pene del hombre puede calcularse por el tamaño de las manos y de los pies.
- El pene grande es muy importante para la gratificación y el placer sexual de la mujer.
- El anciano carece de ventajas sobre el joven en lo relativo a la satisfacción proporcionada en las relaciones sexuales.
- El alcohol es un estimulante sexual.
- La vasectomía reduce el apetito sexual y la virilidad.
- La eyacuación prematura es debida a circunstancias físicas.
- La circuncisión hace difícil el control de la eyacuación.

1.2 Sobre la conducta sexual de la mujer.

- Hay diferencias entre el orgasmo vaginal y el clitorideo.
- Durante la menstruación la mujer no debe practicar deportes, tomar baños de regadera, ni lavarse el cabello con shampoo, ni tener relaciones sexuales.
- La ausencia de himen prueba que una muchacha ya no es virgen.
- La presencia de himen es prueba rotunda de virginidad.
- El coito debe evitarse durante el embarazo.
- La esterilización reduce el apetito sexual.
- La menopausia termina con el apetito sexual de la mujer.
- El deseo sexual y la capacidad disminuyen notoriamente después de los 50 años.

- La masturbación constituye una practica exclusivamente restringida a los hombres.
- Las mujeres que tienen la capacidad de alcanzar múltiples orgasmos son ninfomaniacas.
- Las mujeres en la relación coital, no gozan, puesto que deben satisfacer en todo al hombre.
- La mujer no debe siquiera insinuar interés sexual.
- La mujer es libertina y hasta prostituta si tiene varios compañeros o experiencias sexuales.

1.3 Sobre la conducta sexual de los homosexuales.

- Los individuos son totalmente homosexuales o totalmente heterosexuales.
- Los hombres y las mujeres son homosexuales porque así nacieron.
- El sexo bucogenital es una actividad únicamente de homosexuales.
- El hombre que goza cuando le estimulan los pezones posee tendencias homosexuales reprimidas.
- Los homosexuales son identificados por su aspecto.

1.4 Otros mitos.

- Los orgasmos simultáneos constituyen mayor placer que los experimentados de manera separada y son además necesarios para la compatibilidad de la pareja.
- Aquellos que se abstienen de las relaciones sexuales son los que gozan de mejor salud.
- Si la menstruación ocurre a temprana edad, la menopausia también ocurrirá temprano.
- Una pareja debe tener orgasmos simultáneos.
- El coito peneano vaginal es el único método normal de relaciones sexuales.
- La relación bucogenital es perversa y bestial.

-El exceso de deseo sexual es una de las principales características del agresor sexual.

Existe la creencia de que los hombres que poseen penes pequeños no tienen la más remota posibilidad de éxito en cuanto a satisfacer sexualmente a la mujer; y aquellos hombres que se rigen por dicha suposición se preocupan tanto por ello que su respuesta sexual se ve inhibida. Otro mito que influye en la impotencia es: que el anciano ya no tiene la capacidad de responder sexualmente, el hombre que se cree viejo, realmente se siente incapacitado para lograrlo, mas por sugestión que por su potencial orgánico. El mito de que la vasectomía repercute desfavorablemente en el desempeño sexual, suele reducir el apetito sexual y consecuentemente puede surgir la impotencia. McCary (1983) considera que cuando existe entre los hombres la creencia de que lo común es tener ocho o más coitos en una noche o en una hora y ante la imposibilidad de cubrir esa falsa concepción en posteriores episodios, pueden sufrir de inhibición sexual.

La conducta copulativa en el hombre desde luego es menos estereotipada y predecible que la de los demás mamíferos, sin embargo en las respuestas copulativas humanas existen ciertas regularidades que se pueden identificar a nivel fisiológico. Estas se han resumido en cuatro etapas: I) ocurre la etapa de excitación comparable a la excitación sexual que se observa en otros animales. En los seres humanos, tanto en los machos como en las hembras comienza la congestión de fluidos especialmente en los genitales y alrededor de ellos. Suele ser mas rápida (aunque no necesariamente) en el macho que en la hembra. El macho parece más sensible que la hembra a las influencias eróticas visuales externas, y es más susceptible de interrumpirse por distracciones en esta etapa. II) una etapa de alto nivel (plataforma) sigue a la etapa de excitación, en la cual hay intensificación de lo que ocurre en la etapa (I), en esta etapa y en la siguiente la distracción se reduce en forma considerable. La estimulación continua conduce a la etapa III), el orgasmo. Para estimular a la mujer al orgasmo, se debe hacer participar el área genital en particular, el clitoris.

El orgasmo tanto en el macho como en la hembra, consiste en contracciones de la musculatura de la región pélvica. En el macho se caracteriza por la emisión de fluido seminal y por la experiencia subjetiva del orgasmo, que abarca los mecanismos superiores del sistema nervioso. Sin embargo, los diferentes aspectos del orgasmo masculino pueden ocurrir en forma independiente bajo diversas circunstancias insólitas. La experiencia subjetiva no acompaña a la eyaculación en los parapléjicos. En los pacientes cuya emisión seminal ha sido bloqueada por las drogas, pueden, no obstante ocurrir los movimientos eyaculatorios y la experiencia subjetiva (Beach, Westbrook y Clemens, 1966 cit. en op. cit.). La etapa IV es la llamada resolución por Masters y Johnson (1981), después del orgasmo se invierten los cambios fisiológicos relacionados con la excitación sexual, a menudo, muy rápidamente, tanto en el macho como en la hembra. En el macho la resolución puede ser seguida de un periodo refractario en el cual es más difícil una nueva excitación. Las hembras son capaces de orgasmos múltiples, el número de los cuales se limita por la fatiga o más a menudo, por la estimulación inadecuadamente prolongada. La resolución en ausencia de orgasmo, puede ser un proceso lento, que tarda varias horas.

CAPÍTULO 2 TRASTORNOS SEXUALES .

Toda la estructura de un matrimonio está habitualmente afectada por problemas sexuales debido a que el sufrimiento experimentado por un cónyuge afecta directamente al otro.

Masters y Johnson (1981) han hecho hincapié de manera repetida en el hecho de que no importa en qué forma la dificultad sea adquirida "no hay dicha entidad como aquella en que un cónyuge presenta cualquier forma de insuficiencia sexual".

Así pues antes de cualquier otra cosa primero que nada tendríamos que plantearnos ¿qué es un trastorno sexual?; a continuación abordaremos las definiciones planteadas por diferentes autores.

Kaplan (1974) dice que los trastornos sexuales cabe dividirlos en variaciones y disfunciones. Las variaciones sexuales a las que también nombra desviaciones y perversiones, se caracterizan por un funcionamiento sexual eficaz y placentero. Sin embargo, el objetivo y/o el objeto se desvían de la norma. En contraste con la persona desviada, el paciente disfuncional sufre de una respuesta sexual inadecuada y no goza del acto sexual.

Karacan (1966 citado en Okawara, 1980) menciona que cualquier perturbación durante alguna de las fases de la respuesta sexual o de alguno de sus elementos denoten posiblemente la presencia de alguna disfunción sexual.

Alvarez y cols (1986) comentan que las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual que provocan problemas en el individuo o la pareja.

Leone Tiefer (cit. Okawara; et. al. 1980) menciona que un trastorno sexual será definido en contraste con lo normal y que el concepto de normalidad variará de acuerdo a las diversas culturas, por ejemplo: si en alguna cultura se piensa que el hombre debe tener varias eyaculaciones durante una noche y existe dentro de la comunidad algún miembro que no las presenta, entonces se piensa que existe un trastorno sexual.

Kaplan (1979) dice que los trastornos sexuales pueden ser divididos en tres grupos: las disfunciones sexuales, las variaciones sexuales y los trastornos de la identidad de género. Dice que las disfunciones se producen cuando el miedo o la angustia disminuyen el deseo sexual o alteran los reflejos que producen la excitación y el orgasmo, en las variaciones sexuales las respuestas genitales trabajan bien y son experimentadas como placenteras, pero el deseo sexual de la persona está dirigido hacia una variación de lo que es considerado normal en nuestra sociedad. Con respecto a los problemas de identidad de género, hace referencia a aquellas confusiones que presenta cualquier persona de si se es hombre o se es mujer.

Okawara (et. al. 1980) dice que un trastorno sexual es una alteración en alguno o en todos los eventos del ciclo de la respuesta sexual que es persistente en más del 50% de los contactos de tipo sexual.

Esta ultima definición, considero que es la más adecuada, ya que retoma todos los aspectos de las otras y además proporciona un índice cuantificable para poder decir cuándo se está incurriendo en un déficit dentro de los aspectos de respuesta sexual.

Es interesante resaltar como cada autor plantea el numero de fases y trastornos que existen dentro del ciclo de respuesta sexual, por esto considero necesario retomar los mas significativos dentro del campo de las investigaciones sexuales.

Así pues McCary (1983) menciona que existen 6 formas de disfunción sexual que afectan a cada uno de los sexos. En el hombre, disfunción de la erección o impotencia, que implica que se ha perdido parcial o totalmente la capacidad de la turgencia del pene, estando limitada la inhibición de los aspectos vaso congestivos de la respuesta sexual. Hay dos disfunciones de la eyaculación. La primera es la eyaculación prematura, en la cual el hombre no puede controlar por su voluntad su reflejo del orgasmo. El resultado es que llega al climax antes de lo que desea. La segunda es la eyaculación retardada (o insuficiencia eyaculatoria) en la cual si está ocurre es demasiado tardía a pesar del hecho de que esta recibiendo lo que originariamente es considerada como estimulación adecuada.

La primera forma de disfunción de la mujer es la falta de respuesta sexual (llamada también disfunción sexual general), en la cual la mujer no obtiene placer erótico del coito. El trastorno se parece a la disfunción de la erección del hombre, en que no hay vaso congestión ni lubricación vaginal. En la segunda disfunción orgásmica, la mujer, aunque con respuesta sexual, experimenta dificultad en grado variable para lograr el orgasmo. Este trastorno es como la eyaculación retardada. La tercer forma, es el vaginismo que no tiene comparación en el hombre; los músculos que rodean circularmente la abertura vaginal sufren un espasmo cuando se intenta la penetración, volviendo imposible el coito.

Helen Kaplan (1974) describe la anestesia sexual en la mujer como un cuarto tipo de trastorno sexual aunque ella considera el problema un trastorno en lugar de una disfunción. En la anestesia sexual, una mujer padece de neurosis de conversión como resultado de la cual, "no siente nada" cuando recibe estimulación sexual, aun cuando pueda gozar del calor y del placer de la cercanía física que dicha estimulación le proporciona. La estimulación del clítoris no produce más que una sensación de toque y puede no estar capacitada para discernir cuando el pene penetra su vagina.

De la misma manera Masters y Johnson (1981) hacen su listado de disfunciones comenzando por la eyaculación precoz, diciendo: es difícil definir desde un punto de vista clínico, el síndrome de la eyaculación precoz. La mayoría de las definiciones se refieren al tiempo que permanece el pene dentro de la vagina, se ha descrito al eyaculador precoz como aquel hombre que no puede controlar la eyaculación por lo menos durante los primeros treinta segundos que siguen a la introducción del pene, otra definición fue aquel hombre que no puede reprimir su demanda eyaculatoria durante un minuto de introducción intravaginal. Una definición más real de la eyaculación precoz debiera reflejar la orientación sociocultural, junto con la consideración de los requerimientos preponderantes de la pareja.

La incapacidad eyaculatoria es una forma específica de alteración sexual masculina que puede ser considerada de carácter primario o secundario. Desde los puntos de vista diagnósticos y terapéuticos es más fácil psicológicamente más

adecuado, considerar esta forma de insuficiencia sexual como un caso clínico completamente separado de los clásicos conceptos de impotencia. En el espectro de la incompatibilidad sexual masculina, los síntomas de la incapacidad eyaculatoria son totalmente diferentes de los de la eyaculación precoz.

La evidencia clínica de esta alteración sexual surge cuando el individuo afectado no puede eyacular durante la inserción vaginal. Frecuentemente esta incapacidad para eyacular en la vagina ocurre en la primer experiencia sexual y continua sin solución en las posteriores relaciones.

Con propósitos clínicos, el impotente primario ha sido arbitrariamente considerado como el hombre incapaz de lograr mantener una erección suficiente como para realizar el coito. Si se logra la erección y luego se pierde, sea por distracciones reales o imaginarias relacionadas con el coito, la erección generalmente desaparece sin eyaculación. Ningún hombre es considerado impotente primario si ha tenido éxito en la introducción del pene en relaciones sexuales heterosexuales u homosexuales.

Para que un hombre sea calificado como impotente secundario debe presentar, por lo menos, un signo clínico de introducción exitosa durante el coito inicial o en una circunstancia ulterior. Un rasgo común en el impotente secundario consiste en que comienza el coito con éxito y continua con un funcionamiento efectivo durante las primeras 50, 100 o incluso 1000 o mas relaciones sexuales. Con posterioridad, se registra un episodio de fracaso en el curso de un coito.

Luego del primer fracaso erectivo, no puede juzgarse con seguridad que un individuo sea impotente secundario. A veces muchos experimentan episodios de fracaso erectivo, sobre todo cuando están fatigados o distraídos. Sin embargo, una falla en el principio del encuentro coital puede tener el valor de un presagio, y puesto que la aprensión aumenta durante el comienzo de la erección, puede producirse como consecuencia algún síntoma de impotencia. Entonces la insuficiencia en la erección puede convertirse en un factor de todas las oportunidades siguientes de contacto sexual.

Cuando la proporción de fallas de un individuo en el coito se aproxima al 25% de sus relaciones sexuales, se acepta el diagnóstico clínico de impotencia secundaria.

Como alteración orgásmica Masters y Johnson (1981) entienden a la prevalencia de la influencia psicosocial. Su sistema de valores sexuales puede o no reforzar su capacidad natural de desempeñarse sexualmente.

El vaginismo es un síndrome psicofisiológico que afecta la libertad de la mujer en la respuesta sexual, si no en forma total al menos impidiendo la función coital.

El término dispaurenia (coito doloroso o dificultoso) ha sido siempre empleado para referirse a los dolores de la mujer durante la cópula.

El natural proceso de envejecimiento ocasiona un número específico de cambios fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual. Ahora bien existen pocas bases fisiológicas para diferenciar la natural involución sexual y la alteración sexual masculina en individuos mayores de 50 años.

Desde el punto de vista psicosexual, los individuos mayores de 50 años tiene que luchar contra uno de los mayores sofismas de nuestra sociedad. Todo hombre de esta edad es identificado arbitrariamente por la población y los profesionales como un ser sexualmente deteriorado.

Según Alvarez y cols. (1986) las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas en el individuo o pareja.

En este sentido Masters y Johnson (1981) solo clasificaron las disfunciones como masculinas y femeninas; después Kaplan (1974) en un intento de clasificación fisiológica, las consideró como aquellas en donde la alteración se encuentra ya sea en la fase vaso congestiva (excitación y meseta) o en la mioclónica (orgasmo) para agregar las que denominó alteraciones del deseo sexual. Desafortunadamente estos enfoques resultan parciales, por lo que desde 1984 se presentó y utilizó la clasificación de Alvarez, (1986) que ha mostrado ser comprensible y de mayor utilidad para la valoración fisiopatológica de los casos y diseño de estrategias terapéuticas eficaces (Alvarez, 1986).

En este sentido se considera válida la curva clásica de la respuesta sexual propuesta por Masters y Johnson (1981) a cuyas cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) se agregan dos: fase de estímulo sexual efectivo y refractaria. Para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase, bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas.

De este modo cuando se produce un decremento de la fase de estímulo sexual efectivo (ESE), es decir, aumento del umbral de respuesta, en cualquiera de los miembros de la pareja, se tendrá la disfunción que en nuestra sociedad es frecuente, que se conciba como algo natural y a la que se denomina apatía sexual. Esta se caracteriza por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.

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

Helen Kaplan (1979), en su libro más reciente hace un análisis interesante de la apatía y disritmia, a las que denomina deseo sexual inhibido o hipo activo.

En cuanto a la fase de excitación, debe recordarse el fenómeno predominante que es la vaso congestión, cuyas manifestaciones son lubricación vaginal y erección. Un incremento en esta fase no producirá propiamente una disfunción ya que no es frecuente la consulta por exceso de lubricación o erecciones demasiado firmes. Conviene aclarar aquí algo referente al priapismo, que es una manifestación de diversos padecimientos generalizados que, en forma característica, no se acompaña del deseo sexual.

El decremento en la fase de excitación producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir, hipo lubricación y erecciones incompletas o ausentes, es decir incompetencia eréctil.

En la fase de meseta el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase) más que por la intensidad de la misma. El incremento provoca en el hombre incompetencia eyaculatoria y en la mujer preorgasmia. Debe señalarse que la incompetencia eyaculatoria es motivo de sufrimiento para

el consultante. Por el contrario, la preorgasmia no es condición clásica de anorgasmia, ya que se trata de mujeres que no tienen trastornos en la fase orgásmica y por tanto obtienen una prolongación de la meseta.

También debe aclararse que el término preorgasmia no debe confundirse con la denominación que el grupo de terapeutas sexuales de California da a la anorgasmia. De acuerdo con nuestro esquema la preorgasmia es diferente de la anorgasmia. La primera es un trastorno de la fase de meseta (fase vaso congestiva). El equivalente de la preorgasmia en el hombre es la incompetencia eyaculatoria, en tanto que la anorgasmia, como alteración de la fase mio clónica, puede ser común en ambos sexos

El decremento de la duración en la fase de meseta provoca disfunción en el hombre y no en la mujer. En aquel, la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de esta; el diagnóstico de la eyaculación precoz o descontrol eyaculatorio (Delfin, 1983) no presenta problemas. Por otro lado, en casos difíciles se aplica el criterio diagnóstico propuesto por Masters y Jonson (1981), que considera la dimensión de la pareja; se define eyaculador precoz a quien por esta causa no logra llevar al orgasmo a su pareja en 50% o más de los coitos, habiendo descartado preorgasmia o anorgasmia en la compañera.

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

El aumento en la fase de resolución no provoca disfunción por ser muy rápida. En cambio cuando es más lenta puede provocar dispareunia en ambos sexos porque persiste la congestión en los tejidos pélvicos y perineales. Esta situación casi siempre es consecutiva a una anorgasmia que impide que las contracciones liberen la congestión. Otra situación que puede presentarse es la hipersensibilidad de pene o clitoris que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

El decremento o incremento del período refractario no provoca disfunción aunque puede ser motivo de consulta por ancianos que piensan que la mayor

duración es disfuncional, cuando es natural en la vejez, lo que no invalida la posibilidad de practicar su sexualidad.

Las dos disfunciones restantes son dispaurenia y vaginismo, que no se considera disfunción especial de alguna fase porque puede presentarse en una o varias de estas.

Es importante señalar que la alteración en cualquiera de las fases necesariamente anula la posterior. Debe recordarse que los mecanismos neurológicos que median la respuesta sexual son diferentes para las fases vaso congestivas y mío clónica. De este modo se puede tener el caso de una mujer que secreta moco escaso, pero tiene orgasmos y sin embargo presenta dispaurenia durante la excitación, meseta y orgasmo. Esta clasificación permite diferenciar el tipo de alteración.

Términos utilizados todavía como frigidez, son inoperantes por ser inespecíficos. Al referirse a una mujer frígida no aclara si sufre apatía sexual, hipo lubricación, preorgasmia o anorgasmia. Hoy en día el término frigidez no es más específico en sexología que la expresión dolor abdominal en gastroenterología.

En general se considera que las disfunciones pueden ser primarias cuando siempre han existido o secundarias si aparecen después de un periodo de funcionamiento adecuado. Así mismo son selectivas si se presentan en una (s) persona (s) y en otra (s) no; y situacionales cuando solo se manifiesta bajo determinadas circunstancias.

Puede considerarse que las disfunciones son fisiológicas cuando la causa es un impedimento para que se presenten los fenómenos fisiológicos, o subjetivas si aun existiendo las fisiológicas no hay percepción subjetiva del fenómeno, o sea la excitación y el orgasmo (Alvarez, 1986).

Una vez expuesto lo anterior Chiu y Vázquez (1990) enuncian las siguientes disfunciones:

2.1 Impotencia.

Impotencia primaria: el impotente primario es el hombre que no puede lograr y mantener una erección suficiente como para llevar a cabo el coito, y en caso de lograrse, generalmente desaparece sin eyaculación. No se considera a ningún

hombre como impotente primario si ha tenido éxito en la introducción del pene en relaciones heterosexuales u homosexuales.

Aunque es muy arriesgado determinar o decir un factor etiológico exclusivo, se puede hablar de que las influencias maternas son de importancia capital en el desarrollo de un impotente primario (Masters y Johnson, 1981).

"Los rígidos dogmas religiosos pueden inculcar en el adolescente la idea de que cualquier forma de actividad sexual antes del matrimonio no sólo no es correcta, sino que destruye la personalidad, degrada, deshumaniza y resulta perjudicial, tanto para la salud física como para la mental" (op. cit., 1981, p. 56).

Impotencia Secundaria: Deriva de la aceptación del concepto de impotencia primaria. Un hombre responde adecuadamente en cuanto a su respuesta sexual. Por una u otra razón sucede que existe un episodio sexual en que no tuvo la erección suficiente como para realizar el coito. No se puede decir que quien fracasa en una ocasión sea un impotente secundario, sin embargo, el temor y la angustia ante este hecho puede aumentar la posibilidad de que se repita en todas las oportunidades siguientes del contacto sexual.

Si el individuo falla en un 50% de oportunidades de coito se considera impotente secundario. La causa de esta anomalía sexual se debe, entre otras muchas causas, al sistema de valores sexuales tan arraigado que tiene el individuo. El fracaso ocasional puede hacer dudar al hombre acerca de su desempeño y, por lo tanto, de su masculinidad, tal angustia es desfavorable ya que casi siempre es la imposibilidad de mantener erecciones satisfactorias como para el coito en posteriores ocasiones (Masters y Johnson, 1981).

Eyacuación Precoz: Los intentos que se han realizado por incluir definiciones acerca de esta disfunción son muy variados pero contemplan a su vez un factor común: el tiempo, mientras algunas personas, argumentan que el eyaculador precoz es aquel que llega al clímax sexual después de su inmersión en la vagina, otros alegan que el tiempo es de 60 segundos para poder hablar de eyaculador precoz.

Sin embargo, el síndrome de la eyacuación precoz no nada más incluye la respuesta sexual del hombre. Si su consorte llega al orgasmo en un período de

tiempo menor al estipulado de 30 a 60 segundos, hay compatibilidad sexual y por lo tanto no existe problema. En dado caso se asume la concepción de que el eyaculador precoz es quien puede controlar la eyaculación por un período suficiente para satisfacer a su cónyuge, aunque sea en un 50% de los contactos sexuales (Masters y Johnson, 1981).

Eyaculación tardada o incapacidad eyaculatoria: Dicha alteración tiene características antagónicas a la anterior en cuanto a la eyaculación, no hay dificultad para mantener una erección, el problema radica en que después de un largo período de tiempo dentro de la vagina no existe eyaculación alguna y por el contrario, ante el tiempo de roce y fricción pueden generarse lecciones peneales y vaginales e irritaciones derivadas de dicha actividad.

alteración orgásmica: este tipo de alteración se presenta en las mujeres y consiste en que su capacidad de repuesta sexual se ve alterada. Bien puede ser que no lleguen al orgasmo, que pretendan no excitarse aunque la estimulación sea adecuada o que eviten pensar en que pueden obtener placer en un contacto sexogenital.

Esta alteración entre otras están determinadas por el papel que la mujer ha jugado dentro de la sociedad.

Disfunción orgásmica primaria: Esta disfunción encuadra a la mujer que jamás ha alcanzado un orgasmo, ni siquiera mediante la masturbación.

Disfunción orgásmica situacional: Esta clasificación abarca a aquellas mujeres que han tenido por lo menos un orgasmo por cualquier vía: coito, masturbación, penetración rectal o sexo buco-genital; y que en algunas situaciones específicas no lo puede presentar.

Vaginismo: Es un trastorno que impide las relaciones sexo-genitales pues el intento de penetración ocasiona una fuerte contracción involuntaria de la vagina.

Dispaurenia: Frecuentemente esta definición es utilizada como mecanismo de evitación a la relación coital, ya que la mujer que no desea la cópula se queja a menudo de un dolor intenso durante la misma.

Una encuesta reveló que el medico promedio halla alrededor de 3 enfermos por semana en los cuales existen problemas de desajuste sexual (Mace, 1971). El

número actual de enfermos con problemas sexuales es sin duda alguna, considerablemente mayor de lo que pudieran señalar las encuestas. Este autor cree que muchos médicos no interrogan en forma sistemática acerca del aspecto sexual de sus enfermos por la razón obvia de no inmiscuirse en sus vidas íntimas y que su especialidad médica así lo prohíbe. Una razón mas poderosa es que ellos mismos pueden hallarse aquejados de problemas sexuales y se sienten perturbados discutiendo las temáticas sexuales con sus enfermos.

Los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y otros especialistas en la conducta humana describen que hasta el 75% de sus pacientes tienen problemas sexuales que requieren ayuda (Wiener, 1969).

La mayoría de las quejas con los médicos acerca de las dificultades sexuales provienen de mujeres casadas. Se encuentran inconsolables porque no pueden lograr un orgasmo con facilidad o porque carecen del apetito sexual. Se hallan atormentadas porque no sienten afecto por sus esposos. O se quejan de que hallan el sexo como una experiencia aterradora o que es físicamente molesto y repugnante o a veces doloroso. Las preguntas que los casados hacen a sus doctores se refieren a impotencia o eyaculación prematura, la infidelidad de sus esposas y la frecuencia con la cual el coito debería ocurrir normalmente (Mace, 1971).

Por lo anterior es necesario cubrir la etiología de las disfunciones sexuales, y para tales fines McCary (1983) dice que la respuesta sexual humana depende de una serie de reflejos autónomos (espontáneos no volitivos) que funcionan con éxito en donde las experiencias eróticas que no se vigilan, sus acciones se encuentran en un estado calmado y con armonía emocional. Es bien sabido que tales factores negativos como el temor y la tensión tienen un efecto detrimente en la capacidad del individuo, en sus apetitos sexuales y alteran su función sexual. En el sistema nervioso autónomo hay dos divisiones, el simpático y el parasimpático.

El sistema simpático coloca al individuo en un estado de alerta y combate mediante la liberación de adrenalina la cual a su vez desencadena la entrada en acción mediante el enfrentamiento o la huida, luchar o huir. El sistema simpático

del hombre controla los eventos funcionales asociados con la eyaculación. En las mujeres, el sistema simpático probablemente sea el responsable de los aspectos motores del orgasmo (la plataforma orgásmica).

En ambos sexos, el sistema parasimpático gobierna aquellos estados quietos, recuperativos durante los cuales la presión arterial desciende. La frecuencia cardíaca se lentifica y los músculos se relajan. Este sistema controla la digestión, el reposo y el sueño, también gobierna los aspectos de la respuesta sexual, la erección, la lubricación vaginal y la vaso congestión y el aspecto sensorial del orgasmo.

Bajo circunstancias normales, los dos sistemas trabajan en concierto, o uno trabaja efectivamente junto con el segundo sistema que adquiere el control periódicamente según lo dictan las circunstancias funcionales. Es cuando un sistema interfiere con alguna función corporal para la cual no está dirigido o cuando hay alguna interacción inapropiada entre ambos que surgen las dificultades.

Ahora también podemos considerar 4 tipos principales de causas: los problemas de las relaciones de pareja pueden ser: biológicas, psicológicas, sociales y educativas. Esta división sólo tiene el propósito didáctico y aclaratorio aunque la verdad es que rara vez pueden separarse unos factores de otros y que los casos clínicos son consecuencia de la interacción de varios de ellos (Alvarez, 1986).

Los factores etiológicos biológicos, a su vez, son de tres tipos: naturales, patológicos y iatrogénicos. Las causas biológicas se refieren a factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la función sexual. Dentro de estas, las que se refieren a modificaciones anatomofisiológicas, producto del desarrollo del individuo, constituyen las causas naturales. Cuando se trate del efecto que diversas enfermedades y padecimientos tienen sobre la respuesta sexual nos referimos a causas patológicas. Por último las iatrogenas son las provocadas por los tratamientos terapéuticos, directamente o como efecto colateral. Estas se dividen en farmacológicas y quirúrgicas según sea el tipo de acción terapéutica que origine la disfunción.

En el segundo grupo se consideran los mecanismos psíquicos que directamente o indirectamente se convierten en causas de una disfunción sexual. En este grupo se incluyen el carácter, personalidad, mecanismos de defensa y ansiedad, en la que las condiciones y situaciones frustrantes o amenazadoras para el individuo provocan un conflicto que puede afectar su respuesta sexual.

Las causas sociales y educativas de las disfunciones sexuales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta, pueden afectar la respuesta sexual de las personas. Pueden ser, entre otras, los mitos, los tabúes y factores referentes a la educación.

Ahora bien cualquier modificación anatómica o fisiológica en el organismo puede provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la relación de una actividad sexual satisfactoria. Cuando se producen directamente en los órganos genitales o en su fisiología, los efectos serán claros; sin embargo, son de gran importancia los que no están en relación directa con los órganos genitales, afectan tanto el desempeño sexual, como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma (Corrado, 1992).

Los factores etiológicos naturales hacen referencia a modificaciones anatómicas y fisiológicas que se dan como el producto de evolución biológica de los individuos, los que, aun siendo naturales, pueden producir insatisfacción y alteración en la respuesta sexual, con lo que se convierten en disfunciones. Procesos naturales como el embarazo y la vejez pueden ser causa de disfunciones (Alvarez, 1986).

Los factores etiológicos patológicos, son diversas enfermedades, locales o generalizadas que pueden provocar alteraciones en la respuesta sexual de las personas con capacidad de percepción subjetiva del placer.

El propósito del presente trabajo no es considerar todas las causas en detalle, pero sí señalar las principales para que cuando el clínico se enfrente con una disfunción sexual de origen orgánico, sea capaz de detectarla para proceder con el correcto manejo de l caso.

En primer lugar debemos mencionar los padecimientos locales de los órganos genitales ya sean de origen genético, congénito, degenerativo o infeccioso. Las

enfermedades urológicas y ginecológicas, por contigüidad anatómica pueden afectar la respuesta sexual de los pacientes. En estos casos depende de la localización del daño el efecto sobre las diversas fases de respuesta sexual.

Las disfunciones de la fase de estímulo sexual efectivo, la apatía sexual y disritmia, pueden tener diversas causas orgánicas patológicas. Cualquier enfermedad que debilite, incapacite, provoque dolor o molestias a una persona podrá causar apatía sexual o falta de interés. Se incluyen padecimientos serios y crónicos como infarto al miocardio, insuficiencia renal, artritis, al igual que padecimientos menos graves y de menor duración como gripe, fractura ósea, esguince, migraña, etc.

Las dificultades de la fase vaso congestiva inicial o excitación que se manifiesta en la mujer por hipo lubricación y en el hombre por incompetencia eréctil, pueden tener diversas causas patológicas. En la mujer la hipo lubricación es consecuencia del hipoestrogenismo posmenopáusico, así como de lesión del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios.

En el hombre pueden provocar incompetencia eréctil, padecimientos generalizados como insuficiencia renal o genitales locales, hipospadias, epispadias y enfermedad de Peyronie, aunque la insuficiencia renal también puede provocar trastornos de lubricación en la mujer.

En el hombre y la mujer diversos síndromes neurológicos, endocrinos o vasculares alteran la fase de respuesta; por poner un ejemplo Kevin et. al. (1997) mencionan que la diabetes mellitus ha sido un factor asociado a las disfunciones eréctiles ya que un 50% de los hombres con diabetes la padecen. Los mecanismos pato-fisiológicos de la impotencia en pacientes diabéticos requieren una cura.

Ahora bien, los cambios en las estructuras neuropáticas y angiopáticas se cree que son los factores etiológicos de tales disfunciones, pero la coexistencia de estos cambios en la mayoría de los intentos de un mejoramiento de los pacientes con disfunción se han visto frustrados por la relativa contribución de los medicamentos que son eficaces para la rehabilitación de los pacientes. La

impotencia es un factor secundario de la diabetes siendo tradicionalmente adscrita a la periferia autonómica neuropática y a la vasculopatía.

Morrell (1996) dice que las disfunciones sexuales han sido asociadas durante un siglo con la epilepsia. Entre 15 y 48% de los pacientes epilépticos, aumenta a 72% en pacientes que han estado expuestos a tratamientos quirúrgicos de epilepsia reportan dificultades con su funcionamiento creyendo primeramente que su deseo sexual ha disminuido.

La etiología de las disfunciones sexuales en gente que padece epilepsia es multifactorial. La diferenciación de las disfunciones sexuales da como resultantes un decremento del deseo, desorden en la excitación, en definición las etiologías de las disfunciones sexuales caerían en 2 áreas ya que la sexualidad es mediada como una distinción relativa por factores psicológicos y fisiológicos.

La etiología iatrogénica hace referencia a lo siguiente: la sexualidad ha sido olvidada y negada por tanto tiempo que reviste especial importancia revisar los efectos que muchos medicamentos y técnicas quirúrgicas tienen sobre la respuesta sexual. Es cierto que muchas veces no podrán evitarse los efectos secundarios, pero una actitud profesional del cuidado integral de la salud obliga a conocerlos, y contribuir en la atención del trastorno provocado.

Se ha informado (Kevin 1997) que algunos tranquilizantes potentes del tipo de la fenoticias y buterofenonas pueden disminuir el deseo sexual y por tanto producir apatía sexual.

De los antihipertensivos no diuréticos, la alfametildopa disminuye el deseo sexual al ejercer un efecto antiandrógeno leve.

Los estrógenos usados por varones con carcinoma prostático produce apatía sexual.

Por su lado los andrógenos no aumentan el deseo ni la potencia sexual en hombres con cifras circulantes normales. Cuando hay deficiencia en el tratamiento sustitutivo produce mejoría. En la mujer dosis altas de andrógenos incrementan el deseo sexual pero su uso esta limitado por los efectos secundarios virilizantes como: hipertrofia de clítoris, acne, etc..

Del grupo de los antiandrógenos, los aceptados de ciprosterona reducen el deseo sexual.

La anorgasmia fisiológica puede ser consecuencia de diversos fármacos, siendo esta nota aplicable a todos y cada uno de los padecimientos en iatrogenia.

Después de descartar la etiología biológica de una disfunción sexual se procederá a analizar si su origen es psicológico o psíquico.

Se abordará la etiología psicológica de las disfunciones separando diversos aspectos. En primer lugar rasgos de carácter y su influencia en el desempeño sexual, y la intervención del mismo en las disfunciones. En segundo, un análisis somero de la atención como elemento causal de las disfunciones.

Reich (1992) la ansiedad es una experiencia subjetiva que distintos individuos refieren en formas diferentes y se presenta cuando el individuo está sometido a situaciones frustrantes, amenazantes o que implican conflicto o peligro; este último no sólo físico sino a nivel de otras condiciones como prestigio, afecto y otras.

La ansiedad produce frustración cuando se desea algo sin poder conseguirlo. Tal es el caso del hombre incompetente eréctil que intenta una relación sexual o el de la mujer excitada que no logra tener un orgasmo. Las reacciones emocionales que acompañan a la ansiedad son de carácter negativo como depresión, resentimiento o culpa. En general el funcionamiento sexual inadecuado es destructor de la propia imagen y decepcionante, por lo que con frecuencia produce depresión. Esta a su vez puede ser un factor coadyuvante o etiológico de la disfunción o trastorno. Se establece así un círculo vicioso depresión-disfunción-depresión.

Dentro de lo que hemos mencionado como factores etiológicos por demás podemos mencionar también la existencia de fenómenos como el abuso psicológico que es un dato importante dentro de las relaciones intrapersonales y sexuales, que en todas sus emisiones se ha tipificado como problema (Pipes 1997).

El estudio empírico y filosófico acerca del abuso psicológico ha procedido primeramente desde una base mixta teórica, ya que se han considerado los

puntos de vista feministas y desde la perspectiva de la cognición social arrojando datos importantes acerca de cómo mediante éste se consigue una postura cómoda para el perpetrador mas no así para el perpetrado, ahora bien esta información junto con lo anteriormente expuesto nos deja en claro como existen algunos factores de la personalidad de cada individuo que pueden modificar la respuesta sexual, así pues podemos mencionar que si no se presenta una relación sexual dentro de un marco de amor y de ternura entonces existe la posibilidad de crear algún trastorno sexual (Quintanilla, 1992).

A continuación presento algunas de las perspectivas de cómo y cuáles deben ser y cómo son en realidad los papeles tanto de hombres como de mujeres. Quintanilla (1992) menciona que el varón debe tener presente que no debe exigir lo que no haya sido capaz de hacer desear a su mujer. El autor expone a continuación las dificultades psíquicas que pueden aparecer con mayor frecuencia en los primeros contactos sexuales así como las posibles soluciones que desde su perspectiva le parecen más adecuadas.

Aunque el varón tiene, sin duda alguna, una participación más activa y de mayor iniciativa en las relaciones sexuales, no por eso deja de experimentar dificultades y problemas en los primeros contactos de este tipo.

Es relativamente frecuente que en temperamentos tímidos e impresionables y en personas muy alejadas de todo trato sexual, se produzca un estado psíquico de temor, una sensación de angustia ante el inminente coito. El resultado suele ser una momentánea impotencia, una falta total o a veces sólo parcial de erección, circunstancia agravada por la conciencia de sensación del propio ridículo.

Un estado intermedio, consecuencia de un temor ante el acto sexual, es la eyaculación prematura, sin llegar a conseguir realizar completamente el coito, habiendo rozado apenas levemente los genitales de la mujer y no llegando en algunas ocasiones a romper el himen.

El remedio de estas dificultades se basa siempre en el autodomínio, en el control de la tensión nerviosa, en el establecimiento progresivo de una escala que

va, de la ternura de las caricias delicadas y suaves, al apasionamiento más intenso para finalizar el coito.

En este tipo de personas, es un error el adoptar de entrada actitudes de extrema pasión, sin duda alguna, la actuación de la mujer puede ser en estos casos definitiva. Ella procura comunicar seguridad y confianza a su compañero y hacerle sencilla una situación difícil y cargada de obstáculos.

Debe pensar que la indecisión, el temor y las vacilaciones, la inseguridad y la falta de aplomo del hombre en sus primeras relaciones sexuales pueden marcarle para mucho tiempo y provocar en él un verdadero complejo de inferioridad y de inseguridad, del que no será fácil librarse luego. Estas situaciones atentan contra las virtudes propias del varón, contra las cualidades viriles de que debe de estar adornado.

Insistimos en que es siempre necesario alcanzar una buena preparación teórica sobre estas materias. Ello nos servirá para producirnos con seguridad y dominio de la situación, sin vacilaciones ni temores.

Posiblemente en cierta clase de individuos con escasa formación humana y no excesiva educación ni sensibilidad, sea frecuente una actitud brutal en las primeras relaciones sexuales.

Hemos de tener en cuenta además que la actitud brutal del hombre en las primeras relaciones sexuales produce normalmente en la mujer un trauma psíquico importante. De él puede partir un total fracaso en la vida sexual de una pareja humana.

La excitación excesiva es otro de los inconvenientes que puede sufrir el hombre en sus primeras relaciones sexuales sus consecuencias suelen ser la torpeza y el apresuramiento, así como la eyaculación prematura.

El remedio adecuado se basa en el dominio y en control de los impulsos sexuales.

Psíquicamente la mujer es más vulnerable que el hombre y a los temores derivados del sexo sus características anatómicas y psicológicas la llevan a experimentar dificultades a menudo importantes.

Podemos asegurar que hasta las mujeres bien formadas sexualmente, sufren un estado de ansiedad y nerviosismo ante las primeras relaciones sexuales plenas con el hombre.

Las informaciones medio veladas de algunas mujeres mayores y la propia imaginación, a menudo desbocada, crean muchas veces en ella una psicosis de miedo difícil de superar.

CAPÍTULO 3 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.

El remedio mas adecuado es logro de una buena educación sexual. La mujer debe estar segura de que, normalmente la desfloración produce tan solo una ligera molestia momentánea; y además no va a tener necesidad de gritar, ni mucho menos se va a desangrar (Quintanilla, 1992).

En contraste a lo anterior encontramos que Cann (1995) dice que los estereotipos de genero obtenidos activamente durante las interrelaciones con otros y las cualidades genéricas son componentes importantes para nuestro propios esquemas. Además las diferencias de genero son mas claramente evidentes conforme se va incrementando la edad, así pues de niño primero se esta generando el como debemos comportarnos y que características debemos tener. Los adultos tienen bien definidos su estereotipos de genero y como distinguir los roles conductuales, las características físicas y ocupaciones de acuerdo al genero.

Se ha encontrado que los supuestos estereotipos son diferentes en forma y contenido real e imaginario y que su significativo conductual es real (Eagle y Wood, 1991; en op. cit.).

Los estereotipos de géneros son el resultado de describir las diferencias que se hacen comúnmente imaginables y creíbles. Pero estas diferencias pueden o no ser percibidas como importantes características individuales acerca de nuestras experiencias personales y de ser hombre o mujer.

Es importante remarcar que de acuerdo a estos estereotipos cada quien se percibe a si mismo, Dione (et. al. 1995), comenta después de haber realizado una investigación acerca de la concepción estereotipada del cuerpo que las mujeres por su construcción social tienden a preocuparse mas que los hombres por su estética corporal, creando en ellas algunos conflictos además las impresiones de los hombres con respecto a este tópico recaen en la postura de las mujeres que trabajan fuera del hogar deberían poner mas atención a su aspecto personal mientras que las amas de casa no lo necesitan. La perspectiva del autor es de

que todavía se conservan muchas posturas ortodoxas provenientes de la sociedad.

Ahora bien continuando los comentarios acerca de como la educación se nos es impartida nos encontraremos con autores como Laurence (et. al. 1996) considera que de acuerdo a la educación tradicional cultural los hombres son entrenados para que posean ciertas expectativas y que sean llevados a cabo (instrumentalmente) y que las mujeres deben tener características expresivas (mas que los hombres sino es que los hombres deben de carecer de estas capacidades). El hecho es que las conductas instrumentales son atribuidas al termino masculino y las conductas expresivas al termino femenino.

De lo anterior podemos mencionar que O'Sullivan (1995) abre una línea de investigación en la cual examino las actitudes sexuales solicitando evaluaciones de otros basándose en la información acerca de las anteriores experiencias sexuales. En esencia el autor corrobora que existe una fuerte correlación entre las expectativas sociales y la conducta sexual.

Cabe mencionar que los jóvenes de acuerdo a su historización adquieren una forma conductiva en todas sus relaciones sociales incluyendo las sexuales, con esto señalar(e la importancia que tiene para las diferentes personas el tener una relación estimulante y llena de afecto ya que autores como Kaplan (1979) manejan que para que el ambiente sea propicio para llevar a cabo una buena relación sexual ser(a necesario que se cumplan con ciertas características, pero en lo personal en lugar de enlistar lo que menciona la autora me limitare a comentar que cada quién posee la libertad de elegir las características que su pareja deberá tener ya que como individuos poseemos características generalizables, así mismo somos poseedores de características únicas por esto, el generalizar, las características que debe tener toda pareja se haría caótico.

Considero pertinente mencionar que a últimas fechas uno de los tratamientos que se le ha dado a los trastornos sexuales ha sido por medio de estimulación visual y táctil (Martins, et. al. 1997), aunque por otro lado tenemos que la farmacología ha encontrado que algunas sustancias pueden ayudar a disminuir y a erradicar las problemáticas de algunos pacientes, tal es el caso de la inyección

propuesta por Kevin (1997) que provoca una estimulación hormonal para iniciar o mantener la erección en varones diabéticos.

Ha llegado el momento de mencionar que de acuerdo a lo observado durante el transcurso de la carrera he encontrado que a muchos compañeros les hace falta la educación sexual mínima y son muy dados a utilizar conceptos sexuales de manera errónea, por esto me ha surgido la necesidad de realizar una investigación en uno de los temas sexuales, que desde mi punto de vista se debe tener un pleno conocimiento para adquirir las herramientas necesarias porque posteriormente, en la práctica profesional se encontraran con personas con trastornos sexuales que soliciten la ayuda para rehabilitarse. Por lo anterior el objetivo general de este trabajo es identificar los conocimientos que los estudiantes de la carrera de psicología de la ENEP. I. Tienen acerca de los trastornos sexuales.

Por lo tanto la presente investigación encuentra validez en lo establecido dentro de la ley general de salud y disposiciones complementarias del 2000, donde se menciona en el título primero "disposiciones generales", capítulo único artículo 1º: La presente ley reglamenta el derecho a la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público y de interés social.

3.1 Ley General de salud y disposiciones complementarias del 2000.

En el artículo 2º se menciona que: el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana;

- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la conservación, mejoramiento y restauración en la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3º: En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV de esta Ley;
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II,
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La organización, organización y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- IX. La coordinación de la investigación de la salud y el control de ésta en los seres humanos;
- X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;

- XI. La educación para la salud;
- XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- XV. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles;
- XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
- XVIII. La asistencia social;
- XIX. El programa contra el alcoholismo;
- XX. El programa contra el tabaquismo;
- XXI. El programa contra la fármaco dependencia;
- XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación,
- XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos;
- XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII;
- XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a los que se refiere esta Ley;
- XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;
- XXVII. La sanidad internacional, y
- XXVIII. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales de conformidad con el párrafo 3º del artículo 4º constitucional.

Artículo 4º Son autoridades sanitarias:

- I. El presidente de la República;

- II. El consejo de salubridad general;
- III. La Secretaría de Salud y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas.

Dentro del título segundo "sistema nacional de salud" en el capítulo primero "disposiciones comunes" se mencionan los siguientes artículos:

Artículo 5º El Sistema Nacional de Salud esta constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales en los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6º El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a los sectores de la población más desamparados, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y lo social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad;
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud

Artículo 7º La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud correspondiéndole a esta:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud en los términos de las leyes aplicables y de conformidad por lo dispuesto por el ejecutivo federal;
- II. Coordinar los programas de servicios de salud y programas afines que, en su caso se determinen;
- III. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- IV. Promover, condonar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que sean solicitados por el ejecutivo federal;
- V. Determinar la periodicidad y características de la información que proporcionen las dependencias y entidades del sector salud;
- VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, sujetas a las leyes que regulen a las entidades participantes;
- VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos requeridos para los programas de salud;
- VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la tecnología en el área de la salud;
- X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;
- XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;
- XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;

- XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y
- XV. Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

Artículo 8º Con propósitos de complemento y apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

En el título tercero que hace referencia a la "prestación de los servicios de salud" encontramos una serie de artículos que validan las observaciones que se desprenden de esta investigación.

Capítulo I "Disposiciones comunes":

Artículo 23º Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24º Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

Artículo 25º Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26º para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Artículo 27º Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considerarán servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;

- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La prevención y el control de las enfermedades buco-dentales;
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- X. La asistencia social de los grupos más vulnerables.

3.1.2 Capítulo II “atención médica”.

Artículo 32° Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Artículo 33° Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

3.1.3 Capítulo III “prestadores de servicios de salud”.

Artículo 34° Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder

- Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otro grupo de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
 - IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Artículo 35º Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Artículo 37º Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por estas a las personas que cotizan o hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios en los términos de esta ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y accidentales.

Artículo 38º Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales y colectivos.

Artículo 39° son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Artículo 40° Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los mismos requisitos y obligaciones que establezca esta ley y demás disposiciones aplicables

Artículo 41° Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.

Artículo 45° Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.

Artículo 46° a construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de los servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta ley y demás disposiciones generales aplicables, expide la Secretaría de Salud sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

Artículo 48° Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.

Artículo 49° La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de

la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesionales, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando estas lo requieran.

3.1.4 Capítulo IV “usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad”

Artículo 50° Para los efectos de esta ley se considera usuario de los servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51° Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 54° Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso de los servidores públicos.

3.1.5 Capítulo V “atención materno-infantil”

Artículo 61° La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

Artículo 62° En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 63° La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

Artículo 64° En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de atención y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, y
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

Artículo 65° Las autoridades sanitarias, educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;
- II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;
- III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y;
- IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y métodos sanitarios de eliminación de excreta.

3.1.6 Capítulo VI “servicios de planificación familiar”

Artículo 67° La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la

mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materna constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que este la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurra.

Artículo 68º Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios del servicio de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución de acuerdo a sus políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población;
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69° La Secretaría de salud con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 71° La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

3.1.7 Capítulo VII “salud mental”

Artículo 72° La prevención de las enfermedades mentales tienen carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como los otros aspectos relacionados con la salud mental.

Artículo 73° Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencias, y
- IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 76° La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras según corresponda.

Dentro del título cuarto, capítulo I “profesionales, técnicos y auxiliares”

Artículo 79° Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido expedidos legalmente y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

3.1.8 Capítulo III “formación, capacitación y actualización del personal”

Artículo 90° Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

- I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;
- II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;

- III. **Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y**
- IV. **Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes y técnicas.**

4 METODOLOGIA.

Para esta investigación se usó una metodología cuantitativa, siendo la mejor opción para el objetivo del trabajo.

4.1 Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos que los estudiantes de la carrera de psicología de la ENEP. I. tienen acerca de los trastornos sexuales?.

4.1.1 Hipótesis:

Si los estudiantes no tienen los conocimientos básicos del tema entonces no responderán de manera acertada de acuerdo a los autores revisados.

4.2 Método.

4.2.1 Descripción de los sujetos:

Se trabajó con 30 sujetos de cada semestre par, estudiantes de la carrera de psicología de la ENEP. I.

Criterio de inclusión: Cualquier estudiante de semestre par de la carrera de psicología.

Criterio de exclusión: Cualquier estudiante que no sea de la carrera de psicología, de cualquier otro semestre, egresados o pasantes.

Criterio de eliminación: Cuestionarios inconclusos y deserción de la investigación.

4.2.2 Descripción de los materiales:

Recursos humanos: Para la aplicación de los cuestionarios se solicitó la ayuda de dos personas aparte del investigador que fueron debidamente entrenadas en la aplicación del instrumento. Para el criterio de confiabilidad podemos decir que existió un mínimo acuerdo del 90% en la revisión de respuestas.

Recursos materiales: Se utilizó 120 cuestionarios, lápices, equipo de cómputo, hojas para el vaciado de datos, 5 disquetes de 3 ½.

4.2.3 Descripción de instrumentos y aparatos:

Confiabilidad y validez: Con estos fines se realizó un estudio piloto, y la confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de que los ítems respondan de acuerdo al objetivo de la investigación (ver anexo 1).

4.2.4 Descripción del lugar:

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en las aulas de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala de la UNAM.

4.2.5 Descripción de variables:

Se cuentan con cuatro variables para la adscripción demográfica de la población: sexo (v. atributiva), edad (v. Independiente), semestre (v. Independiente), estado civil (v. atributiva).

Procedimiento.

4.2.6 Diseño de investigación:

Para esta investigación se eligió un diseño circunspectivo, transversal descriptivo.

4.3 Número de sesiones.

La recolección de los datos se llevó a cabo en una sesión para cada grupo de sujetos de semestre par de la carrera de psicología.

4.4 Forma de muestreo y tipo de análisis:

Se procedió a repartir el cuestionario (ver anexo 1) entre los alumnos a quienes se les pidió que contestaran de acuerdo a la información que ellos han obtenido durante su formación académica y de cualquier otra fuente referente al tema, después de haber realizado las premisas anteriores se les informó que el participar en la resolución de esta encuesta era de carácter voluntario, haciendo la aclaración de que los datos obtenidos serán anónimos, usados con fines estadísticos.

Análisis estadístico: Se elaboró una base de datos que se analizó mediante el programa estadístico "SPSS" obteniéndose los porcentajes de respuesta arrojados por la muestra; se usó un procesador de textos "word para windows". Para llevar a cabo este análisis se han puesto las siguientes categorías de análisis: conceptualización de trastornos sexuales; frecuencia de la ocurrencia en alguna de las fases de la sexualidad humana; consecuencias de los trastornos sexuales a nivel físico y/o psicológico; lugares y horarios de prevalencia de los trastornos sexuales; características de las personas con trastornos sexuales; atención de las personas con algún trastorno sexual; rehabilitación y reinicio de la vida sexual

activa; lugares de apoyo a personas con algún trastorno sexual; sugerencias. También existirán algunos datos demográficos.

4.5 Resultados.

Los resultados son presentados en cuadros, gráficas y tablas (ver anexo 2).

5. RESULTADOS.

Para hablar de los resultados que los estudiantes nos proporcionaron, es importante mencionar que de acuerdo con lo revisado por los autores existen respuestas, que hemos denominado como esperadas, ya que si el estudiante que respondía el cuestionario poseía los conocimientos necesarios, marcaría su respuesta siendo esta la que hace referencia a lo expresado por los expertos sexólogos.

Abordaremos los presentes resultados por temas o ejes, que desde nuestro punto de vista, fue importante conocer la opinión de los estudiantes cuestionados.

5.1 Concepto de los trastornos sexuales.

La mayoría de las personas, siendo esto el 50.5% de la población total respondió que los trastornos sexuales son problemas psicológicos y biológicos en el individuo, siendo expresado este conocimiento más por los hombres (57.7%) que por las mujeres (48%) (**ver tabla y gráfica 1**); hablando acerca de cómo se distribuyeron estas respuestas de acuerdo al semestre que cursaba la población, encontramos que los estudiantes de 8° semestre fueron quienes marcaron esta respuesta siendo el (60%) de la población total, a diferencia de los estudiantes de 2° semestre siendo los que menos respondieron de esta manera (45.2%). (**ver tabla y gráfica 22**)

Sin embargo el 11.7% manifestó no saber lo que era un trastorno sexual. (**ver tabla 22**)

5.2 Incidencia de los trastornos sexuales.

Dentro de este apartado incluimos la pregunta que hace referencia a la consideración de cuando se presenta un trastorno sexual y la que cuestiona la creencia de que los trastornos sexuales se puedan presentar en cualquiera de las tres fases de la sexualidad humana **(ver cuestionario en anexo 1)**.

De los 170 estudiantes siendo el 100% de la gente cuestionada, el 94.7% marcó en sus respuestas con respecto a la consideración de cuando se presenta un trastorno sexual que: se presenta en cualquier persona y su causas pueden ser de carácter físico, psicológico o una combinación de estos siendo las mujeres (96%) quienes manifestaron mayormente este conocimiento a diferencia de los hombres (91.1%) **(ver gráfica 2)**; los estudiantes de 6° semestre (96.9%) presentaron este conocimiento a diferencia de los de 8° semestre quienes respondieron en menor grado (88.5%). **(ver tabla 23)**

En la pregunta que hace referencia a que los trastornos sexuales se pueden presentar en cualquiera de las tres fases, encontramos que el 84.1% responde que sí es posible que un trastorno sexual se presente en cualquiera de las fases de la sexualidad humana; los hombres (88.8%) a diferencia de las mujeres (82.4%) marcaron esta respuesta **(ver gráfica 3)**; en cuanto a semestre se refiere fueron los estudiantes de 6° semestre (87.7%) a diferencia de los de 2° semestre (81.1%) quienes emitieron esta respuesta. **(ver tabla 24)**

Al cuestionar el porque sí se presenta un trastorno sexual en cualquiera de las fases de la sexualidad humana, nos encontramos con que el 67.6% respondió que es porque un trastorno sexual puede alterar cualquier fase; los hombres (73.3%) contestaron mayormente con esta respuesta que las mujeres (65.6%) **(ver gráfica 4)** y los estudiantes de 8° semestre fueron quienes más marcaron esta respuesta (82.8%) y los de 6° semestre quienes menos respondieron de esta manera (57.5%). **(ver gráfica 25)**

Sin embargo encontramos que el 8.2% de la población ignora esta información. **(ver tabla 3)**

5.3 Lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.

En este apartado nos interesó saber cual era el conocimiento que los estudiantes de la muestra poseían acerca de los posibles lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual; a lo que encontramos que del 100% de la muestra el 97.6% indico que los lugares y las horas en los que se presenta un trastorno sexual pueden ser variables, a lo que es conveniente mencionar que las mujeres (98.4%) fueron quienes manifestaron mayormente este conocimiento a diferencia de los hombres (95.5%) (**ver tabla 8**); los estudiantes de cuarto semestre (100%) a diferencia de los estudiantes de segundo semestre (96.2%) manifestaron poseer un mayor conocimiento de la respuesta esperada (**ver tabla 29**).

Por otro lado tenemos que el 2.3% tuvo otras respuestas.

5.4 Perfil de las parejas de quienes padecen un trastorno sexual.

La muestra opino 96.4% acerca de las personas que se relacionan con alguien que padece un trastorno sexual, no poseen un perfil específico este conocimiento fue marcado primordialmente por las mujeres (98.4%) a diferencia de los hombres (91.1%) (**ver gráfica 9**); los estudiantes de sexto semestre (100%) fueron quienes a diferencia de los estudiantes de octavo semestre (94.2%) marcaron mayormente esta respuesta (**ver tabla 30**).

5.5 Perfil de la persona que padece un trastorno sexual.

Una vez abordado el rubro anterior también es importante comentar que de acuerdo a lo que contesto la muestra con respecto al perfil que posee una persona que padece un trastorno sexual se ubico lo siguiente el 68.8% de la población total considera que no existe un perfil específico de persona que presenta un trastorno sexual como un dato curioso aquí no se encuentra un genero que manifestara una mayoría dominante al responder de esta manera; con respecto a los diferentes

semestres encontramos que los estudiantes de octavo semestre (80%) marcaron mayormente esta respuesta a diferencia de los estudiantes de cuarto semestre (55.1%) **(ver gráfica 31)**.

Encontramos que el 9.4% no poseían los conocimientos necesarios para poder responder a este cuestionamiento, siendo los estudiantes de cuarto semestre quienes obtuvieron un mayor rango de ignorancia (18.3%) **(ver tabla 31)**.

Suele ser alarmante cuando se encuentra que el 21.7% **(ver tabla 10)** de la población total considera que si existe un perfil que nos refiera a que una persona padece un trastorno sexual y en donde al cuestionar cual sería este, respondieron de la siguiente manera: (8.8%) respondió que eran personas que han sido agredidas sexualmente; otros tantos (8.2%) considera que son enfermos con problemas psicológicos; también consideran (1.7%) que son personas de preferencia sexual homosexual; aunque es importante remarcar que (12.3%) consideran que deben tener alguna característica pero desconocen cual pueda ser **(ver tabla 11)**.

Cuando se cuestiona el porque no puede existir un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales el 45.8% desconoce la información para emitir la respuesta a este cuestionamiento.

En este mismo rubro se cuestiono si la persona debe o no presentar características físicas y/o psicológicas a lo que respondieron el 65.8% de la muestra que las personas que padecen un trastorno sexual no deben presentar ninguna característica, siendo las mujeres quienes mostraron tener un mejor dominio de esta información (67.2%) a diferencia de los hombres (62.2%) **(ver gráfica 14)**; los estudiantes de sexto semestre (72.7%) marcaron mayormente este conocimiento que los estudiantes de cuarto semestre (59.1%) **(ver gráfica 35)**. Como dato importante el 27.6% de la población menciona que si debe existir alguna (as) característica (s) en el individuo que padece un trastorno sexual, siendo los hombres (35.5%) quienes refieren mayormente esta información a diferencia de las mujeres (24.8) **(ver tabla 14)**; los estudiantes de cuarto semestre fueron quienes marcaron mayormente esta respuesta (32.6%) y los de sexto

semestre (21.2%) los que menos (**ver gráfica 35**). Cuando se les pregunto que de que características podía presentar una persona con un trastorno sexual, el 70% de las personas que consideraron que debía existir una característica, ignoraban la información para responder al cuestionamiento (**ver gráfica 15**).

Por otro lado aunque relacionado con lo que se cuestiona en este apartado se preguntó el porque las personas que padecen un trastorno sexual no se atienden, a lo que el 52.9% (**ver tabla 13**) de la muestra respondió que por miedo y/o vergüenza, siendo este conocimiento marcado principalmente por los hombres (53.3%) que por las mujeres (52.8%) (**ver tabla 13**); los estudiantes de cuarto semestre mostraron principalmente este conocimiento (65.3 a diferencia de los de octavo semestre (37.1%) (**ver gráfica 34**).

El 12.9% de la muestra ignoraba esta información.

5.6 Después de la rehabilitación de un trastorno sexual.

Aquí nos encontramos en la necesidad de unir los resultados de dos preguntas por un lado la creencia de que después de rehabilitarse puede o no permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo y por el otro el hecho de si debe o no existir un periodo de tiempo para que después de la rehabilitación la persona que padecía un trastorno sexual reinicie su vida sexual activa.

De esta manera la muestra 55.8% comenta que no debe existir después de la rehabilitación ningún trastorno de ningún tipo, siendo este conocimiento manifestado mayormente por los hombres (62.2%) que por las mujeres (53.6%) (**ver tabla 5**); los estudiantes de segundo semestre manifestaron mayormente este conocimiento (67.9%) que los de octavo semestre (45.7%) (**ver gráfica 26**).

Es importante mencionar que de las personas de la muestra que respondieron que no debe de permanecer ningún trastorno físico y/o psicológico, el 46.4% (**ver tabla 6 y 27**) no sabe porque no; y de las personas que respondieron que si puede permanecer un trastorno físico y/o psicológico en el individuo, un 18.8%

desconoce el porque si puede permanecer este tipo de colaterales **(ver gráficas 7 y 28)**.

Por otro lado se cuestiono como ya se mencionó, la consideración de un periodo de tiempo para que una persona con un trastorno sexual reinicie su vida sexual activa, en donde encontramos que el 45.2% de la población dice que si, siendo mujeres quienes abordaron mayormente esta respuesta (49.6%) a diferencia de los hombres (33.3%) **(ver tabla 16, 17 y gráfica 38)**; aunque ciertamente esta fue la respuesta que la mayoría de la muestra marco también es cierto que los autores indican que si existe una buena rehabilitación, no debe existir ningún periodo de tiempo, siendo esto respondido por el 44.1% de la muestra y a su vez siendo los estudiantes de octavo semestre (65.7%) quienes marcaron mayormente esta opción, a diferencia de los estudiantes de segundo semestre (32%) **(ver tabla 37)**, aunque es importante aclarar que de estas cifras se desprenden aquellas personas que al preguntárseles el porque no debia de pasar ningún tiempo no supieron responder (30%) **(ver tabla 18 y gráfica 39)**.

El 10.5% de la muestra no tuvo los conocimientos para responder este cuestionamiento **(ver tabla 6)**.

5.7 Conocimiento de los posibles centros de atención a personas con un trastorno sexual.

Siempre ha sido importante que si no se poseen los conocimientos para proporcionar la atención, por lo menos se le pueda indicar al paciente a que lugar puede acudir para que sea atendido, por lo que este rubro se considera importante dentro de los cuestionamientos realizados a la muestra, observándose que el 49.4% de la muestra desconocían a que lugar podía asistir una persona con este tipo de problemas para su atención siendo el (51.1%) hombres y el (48.8%) mujeres **(ver tabla 19 y gráfica 40)**. Quienes respondieron que sí, siendo el 50.5% de la muestra, sugirió de la siguiente manera, (1.1%) sugiere que hay que asistir a conferencias para informarse, (23.5%) sugiere que asistan al psicólogo, el (5.8%) que hay que asistir a su clínica familiar, el (10.5%) a centros de atención

como SAPTEL, CIPAM, CAVI, DOMUS, etc., y por último, el (9.4%) sugiere primero asistir al médico y posteriormente al psicólogo (**ver tablas 20 y 41 y gráficas 20 y 41**).

5.8 ¿Se debe incluir estos temas dentro del programa de la licenciatura de psicología?

Es interesante observar como cuando a un profesional se le cuestiona de algún tema en específico y se percata de que tiene deficiencias en la información, considera pertinente cubrir esas deficiencias, por esto al preguntarles a los estudiantes de la muestra si estarían de acuerdo en que se impartieran este tipo de temas dentro del programa de la carrera el 92.3% de la población respondió que sí, el 7% que no siendo los hombres quienes (17.7%) no deseaban estos conocimientos a diferencia de las mujeres (3.2%) (**ver gráfica 21**); siendo los de sexto semestre quienes mas se negaron (9%) a diferencia de los de segundo semestre (5.6%) (**ver tabla 42**) y el .5% de la muestra respondió que no sabía siendo una mujer de segundo semestre.

6. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

Es importante observar, el que si bien es cierto los estudiantes nos proporcionaron respuestas de acuerdo al conocimiento que poseían acerca de los trastornos sexuales, también es cierto que el conocimiento expresado no llega a ser el necesario, ya que al enfrentar al profesionalista en formación o recién egresado de la carrera de Psicología a un problema que requiera de estos conocimientos siendo en la actualidad uno de los principales motivos de consulta, como lo han mostrado las estadísticas que los autores mencionan en sus investigaciones; el psicólogo tendrá severos limitantes para proporcionar la orientación en la búsqueda de soluciones para el motivo de consulta al que se esta refiriendo el paciente; perdiendo de esta manera la confianza y la credibilidad en el trabajo realizado por el psicólogo.

Suele ser importante hablar de las deficiencias que se pueden presentar en la formación de un profesionalista, sobre todo cuando este encaminara sus pasos a proporcionar alivio en los problemas que la comunidad va manifestando. De esta manera el ser poseedor del conocimiento que los expertos en el tema han esbozado, le permite al psicólogo tener las herramientas necesarias para el ejercicio profesional, con esta investigación no tratamos de desacreditar a nadie, más es el intento de proporcionar los datos iniciales para hacer las modificaciones pertinentes actualizando y adecuando la formación profesional que los psicólogos de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala recibe.

Hablar de que existe un conocimiento adecuado y de uno que no lo es tanto, nos lleva a un paradigma determinante donde quizás pudiésemos dejar de lado las particularidades cualitativas que se presentan en cada profesional en formación, sin que esto implique restarle importancia a la formación de conocimientos aprendidos Ya sean vivenciales o instruidos; considerando que primero es necesario determinar si se posee la cantidad básica necesaria de conocimientos

para desarrollar o darle seguimiento a las metodologías que ayudan al ejercicio profesional.

Para comentar las características de los conocimientos que poseen los estudiantes de la muestra, hemos de continuar nuestro análisis abordando las categorías anteriormente descritas en los resultados.

6.1 Concepto de los trastornos sexuales.

En términos del conocimiento de la definición podemos expresar que la mitad de la población cuestionada manifestó que los trastornos sexuales son problemas psicológicos y biológicos en el individuo, este concepto, concuerda con la postura de Okawara (1980). Es necesario comentar que en gran medida, la distribución de aquellas respuestas que no coincidían con los autores nos permiten visualizar las cualidades de las respuestas, siendo la ignorancia de dicho conocimiento la que nos lleve a suponer de entrada una deficiente formación en el ámbito de la propia educación sexual.

Los hombres manifiestan un mejor desarrollo del concepto de los trastornos sexuales, que bien pudiésemos suponer, de acuerdo a los patrones de educación en la cultura mexicana en donde el hombre tiene una característica de permisividad cuando a educación sexual se refiere. Los alumnos de octavo semestre fueron quienes manifestaron dominar el tema siendo la formación profesional la que permite que los alumnos de Psicología desarrollen dichos conocimientos.

6.2 Incidencia de los trastornos sexuales.

En este apartado nos referiremos a dos planteamientos que nos llevan a comentar las características de contundencia en las respuestas de la muestra; la mayoría de las personas que conforman la muestra manifiesta que un trastorno sexual se puede presentar en cualquier persona y sus causas pueden ser de carácter físico y/o psicológico o una combinación de estos, siendo las mujeres quienes a diferencia de los hombres proporcionaron la respuesta esperada; pudiésemos sugerir que la muestra manifestó el conocimiento adecuado según lo escrito por los autores.

A los estudiantes se les cuestionó si un trastorno sexual se podía presentar en cualquiera de las fases de la sexualidad humana la mayoría respondió que sí; ahora siendo los hombres quienes respondieron de acuerdo a los planteamientos de los autores revisados. Se les cuestionó el porque un trastorno sexual pudiese presentarse en cualquier parte de las fases de la sexualidad humana, aquí encontramos que un poco más de la mitad de la muestra fueron quienes proporcionaron las respuestas esperadas en la revisión con los autores, los hombres a diferencia de las mujeres, mostraron poseer dicho conocimiento.

6.3 Lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.

Haciendo un recorrido por los conocimientos que posee una población determinada acerca de un tema sexual siempre es importante contemplar si existe una situación o lugar en específico en el que se puede presentar una falla o incidente sexual, ya que podemos realizar una sencilla modificación en ciertos hábitos de la pareja. Al psicólogo entonces corresponderá realizar la acumulación de datos que lo lleven a obtener las respuestas que le permitan plantear el método terapéutico adecuado para rehabilitar óptimamente este tipo de padecimientos.

Los estudiantes cuestionados hablando en una generalidad marcaron sus respuestas en lo que los autores considerarían un criterio adecuado en tanto que un trastorno sexual puede presentarse en cualquier lugar y momento.

Es importante dejar en claro que en gran medida algunos temas de corte sexual suelen tener características similares, lo que nos lleva a suponer que este disparo en sus respuestas fue propiciado por la información que se posee a partir del tercer semestre de la formación profesional en donde se solicita que los estudiantes formen equipos y elijan algún tema de investigación, encaminándose en algunas ocasiones hacia temas como: violación sexual femenina, violación sexual infantil, masturbación, etc..

6.4 Perfil de las parejas de quienes padecen un trastorno sexual.

Los estudiantes expresaron que no existe un perfil específico para las personas que comparten la vida sexual de quien sufre de un trastorno sexual. Como podemos observar en este tipo de apartados, las respuestas se dispararon hacia el conocimiento de una de las características que son manifestadas por los autores con respecto a los trastornos sexuales, es por esto que pudiésemos suponer que la contundencia de las respuestas esbozadas por los estudiantes, carecen de solidez.

6.5 Perfil de la persona que padece un trastorno sexual.

Es importante contrastar que en el apartado anterior los estudiantes cuestionados, manifestaron que la pareja (as) de una persona que padece un trastorno sexual no debe tener ningún perfil específico, mas al momento de cuestionarles las características que deben de ser consideradas en el perfil de la

persona que padece un trastorno sexual disminuye considerablemente la opinión de que no debe existir algún perfil específico para dichas personas.

En este cuestionamiento se notó un incremento en el índice de ignorancia que los estudiantes manifestaron, siendo clara la diferencia en comparativa con otros rubros; de la misma manera no se encuentran diferencias en las opiniones entre hombres y mujeres, aunque si existe la diferencia en cuanto a la variable de semestre siendo los de mayor grado quienes respondiesen en acuerdo con los autores revisados.

Ahora bien la distribución de las respuestas es un claro indicador de las amplias deficiencias en la consistencia de los conocimientos expresados por los estudiantes cuestionados de esta manera nos encontramos con un porcentaje de la población que menciona que existe un perfil específico de personas que padecen un trastorno sexual, otra porción de las personas cuestionadas refieren que las personas que padecen un t. s. Fueron agredidas sexualmente, de la misma manera, las diversas respuestas fueron encontrando una característica propia, la falta de conocimiento de dicho tema, tal es el caso de aquellos estudiantes que respondieron que no debería existir ningún tipo de característica en las personas que padecen un trastorno sexual, y cuando se les cuestionó que por qué no debería existir dichas características, respondieron que desconocían dicha información.

Acudiendo a la estricta necesidad de hablar acerca de como los autores han manejado dicha información, habría que mencionar que bajo padecimientos específicos como la diabetes mellitus, cualquier tipo de epilepsia, efectos colaterales de algún procedimiento médico quirúrgico, y en algunas situaciones cuando se presenta el síndrome de trauma de violación, como parte de dichos padecimientos se encuentran los trastornos sexuales. Sin embargo se ha dejado en claro que: en la gran mayoría de los casos los trastornos sexuales se presentan en cualquier persona y sus factores etiológicos son diversos.

De acuerdo con la información anterior, se pudiese pensar que los estudiantes respondieron de acuerdo a los conocimientos expresados por los autores revisados, pero dicha aseveración no es adecuada, ya que como se nos mostró en

los resultados al cuestionarles el porque de sus respuestas, la gran mayoría de los estudiantes nos refirieron desconocer los datos que pudiese darle contundencia a sus comentarios, pudiésemos pensar que los estudiantes realizaron inferencias ante las preguntas del cuestionario, lo cual ante una situación en donde si no se tienen los conocimientos adecuados, es mejor decir que se desconoce la información a proporcionar una mala guía a algún paciente.

Es pertinente comentar que la mayoría de las mujeres encuestadas encaminan en multiples ocasiones sus respuestas acerca de que en quien se presenta un trastorno sexual se observan características físicas, esto es cierto según los comentarios de los autores revisados, aunque pudiésemos pensar que la formación o quizás la deformación de la propia cultura sexual es un factor determinante en el desarrollo de un criterio de identificación y diagnóstico de dicho padecimiento. Esta característica muy propia de la población femenina que predomina en el estudio de la Lic. en Psicología en la ENEP. Iztacala pudiese ser una gran ventaja cuando por medio de un programa adecuado se guía a la población estudiantil para desarrollar adecuadamente dichas características.

En este rubro las respuestas pudiesen haberse visto influenciadas por la información que se va obteniendo a lo largo de los semestres, como puede ser la información de violación sexual femenina e infantil.

Las estudiantes cuestionados medianamente conocen el fenómeno de porque las personas que padecen un trastorno sexual no se atienden, se observa en sus respuestas posibles inferencias.

Es importante manifestar la diferencia de los conocimientos que los estudiantes manifestaron cuando se les cuestionó acerca de la pareja de aquellas personas que padecen un trastorno sexual en donde se pone de manifiesto el buen conocimiento de este tópico, en cuanto que en el diagnóstico de una persona con determinado trastorno sexual se observa desconocimiento del tema.

6.6 Conocimiento de lo que sucede después de la rehabilitación de un trastorno sexual .

El desconocimiento de los trastornos sexuales lleva a la muestra a manifestar que después de la rehabilitación existe algún síntoma que ponga de manifiesto que existió un trastorno sexual

Se observo en los resultados que fueron los estudiantes de segundo semestre quienes respondieron como se esperaba y los estudiantes de octavo semestre, fueron quienes en menor grado respondieron el cuestionamiento adecuadamente.

Algunos estudiantes manifiestan el que probablemente permanezcan características de tipo psicológico y en menor grado de carácter físico. Existe una comparativa en donde pudiésemos valorar la realidad del conocimiento de los estudiantes encuestados en donde un poco mas de la mitad respondió como esperábamos, y la otra parte de la población respondió de alguna manera o con ignorancia o infiriendo lo que pudiese suceder después de la rehabilitación de estos padecimientos psicológicos.

6.7 Lugares de canalización.

De acuerdo a lo anteriormente manifestado, podemos decir que en la realidad se tiene pleno desconocimiento de a que lugar un psicólogo puede recurrir en caso de diagnosticar algún trastorno sexual reconociendo su falta de conocimiento para llevar a una rehabilitación exitosa a aquellas personas que conocen o presentan un trastorno sexual.

Con la apertura de los medios de comunicación se ha difundido este tipo de temas por lo que la población mexicana, ha empezado cada vez más a manifestar este tipo de padecimientos, siendo de gran importancia que el psicólogo dentro de

su actualización tenga a la mano la información para ayudar a una persona con trastorno sexual.

Es inadecuado hacer inferencias, bajo un esquema en el que se solicita al psicólogo proporcionar una información adecuada, siendo un marco de referencia profesional y en el que el psicólogo debe de encaminar sus conocimientos y técnicas a la guía y rehabilitación de los trastornos sexuales,

Hubiese esperado que conforme se iba avanzando en los semestres, se poseyera un mayor conocimiento, aunque lo reflejado por los estudiantes nos indica que muy probablemente los factores relacionados con su cultura sexual proporcionada por la instancia educativa, dependerá más por factores como el conocimiento autodidacta, las experiencias vividas en su medio social incluyendo aquellas de las que se llega a conocer en familiares cercanos, y las platicas con las personas más allegadas.

De todo lo anterior surge la manifiesta necesidad de recibir de manera guiada y continua una formación que proporcione, guíe y en su momento desarrolle las habilidades innatas de algunos y aprendidas de otros cuantos estudiantes de la carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA LA GENERACIÓN
DE UNA MATERIA DENTRO DEL PLAN CURRICULAR DE LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA DE LA FES. IZTACALA
NOMBRADA:
SEXUALIDAD HUMANA, TRASTORNOS Y TRATAMIENTO.**

Objetivo general: Que el estudiante a lo largo del curso adquiera los conocimientos básicos para conocer el concepto, el diagnóstico, la etiología y el posible tratamiento de los trastornos sexuales.

EVALUACIÓN:

Participación global: 20%.

Asistencia: 10%.

Exámen o glosa: 20%.

Trabajo final: 50%.

UNIDAD 1: SEXUALIDAD HUMANA.

SESIÓN #1: Factores biológicos y sociales concernientes al sexo.

Objetivo específico: que el estudiante conozca las apreciaciones que los autores proponen con respecto a las diferencias de género.

Lectura sugerida:

Van Sommers, P. (1976) Temas básicos de psicología, biología de la conducta, Ed. Limusa, México.

Técnica sugerida: Lluvia de ideas.

Actividades del coordinador: Por medio de la técnica sugerida y de los conocimientos del coordinador acerca del tema, procederá a realizar las posibles conclusiones de este tema apoyándose con métodos visuales como el pizarrón y gises de colores.

Actividades del participante: Realizará la lectura sugerida y durante la sesión aportará sus conocimientos complementando lo sugerido por los demás participantes, acerca del tema.

Duración aproximada: 2 horas.

SESION #2: Mitos existentes en relación a la conducta sexual.

Objetivo específico: que el estudiante reconozca los tabúes que la sociedad ha manejado en relación a la sexualidad humana.

Lectura sugerida:

Chiu, F. J.; Vázquez, T. J. (1990) Mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual; tesis para Lic. en psicología, ENEP. Iztacala UNAM.

McCary, J.L.; McCary, G. P. (1983) Sexualidad humana de McCary, Ed. Manual Moderno, México.

Técnica sugerida: Exposición por equipos.

Actividades del coordinador: Mediar las participaciones y complementarlas con sus apreciaciones, también realizará los equipos (siendo 4 equipos).

Actividades del participante: Realizará fichas de resumen para exponer el tema incorporando alguna anécdota. A dos de los equipos elegidos al azar les

corresponderá a cada uno exponer uno de los materiales de lectura sugeridos; los equipos que no realicen la exposición del material sugerido, debatirán los cambios que han sufrido los tabúes en la actualidad.

Duración aproximada: 2 horas.

Evaluación de la unidad:

Participación: 30%.

Asistencia: 20%.

Examen: 50%.

UNIDAD 2: TRASTORNOS SEXUALES.

SESION #1: Conceptos de los trastornos sexuales.

Objetivo específico: que el estudiante adquiera los conocimientos básicos acerca de los trastornos sexuales.

Lectura sugerida:

Kaplan, H. (1974) La nueva terapia sexual, Ed. Alianza editorial, Madrid.

Okawara, H.; De Barros, S. R. (1980) Amar toda la realidad sobre la vida sexual, Ed. Novarro, México.

Técnica sugerida: Mesa redonda.

Actividades del coordinador: Mediar las participaciones de los estudiantes.

Actividades del participante: Leer la información y aportar un esquema de discusión.

Duración aproximada: 1:30 horas.

SESIÓN #2 Etiología y sintomatología de los trastornos sexuales.

Objetivo específico: que el alumno identifique las características de los trastornos sexuales.

Lectura sugerida:

McCary, J. L.; McCary, J. P. (1983) Sexualidad humana de McCary Ed. Manual Moderno, México.

Kaplan, H. (1974) La nueva terapia sexual, Ed. Alianza, Madrid.

Masters y Johnson (1981) Incompatibilidad sexual humana, Ed. Intermédica, Buenos Aires.

Delfin, H. (1983) Un acercamiento hacia la vida sexual, Ed. Paidós.

Técnica sugerida: Lluvia de ideas.

Actividades del coordinador: Mediar la participación y complementar los conocimientos aportados por los estudiantes.

Actividades del participante: Leer el material y participar activamente en la discusión del mismo.

Duración aproximada: 2 horas.

SESIÓN #3 La ansiedad en los trastornos sexuales.

Objetivo específico: que el estudiante conozca un factor importante como lo es la ansiedad que se presenta en los trastornos sexuales.

Lectura sugerida:

Reich, W. (1992) La función del orgasmo, Ed. Paidós, México.

Pipes, R. B. (1997) Psychological abuse among college women an exclusive heterosexual dating relationship, Sex Roles, Vol. 36 #9/10.

Quintanilla, S. E. (1992) La vida sexual, Ed. Everest, México.

Técnica sugerida: Video casero.

Actividades del coordinador: Dividir al grupo en dos equipos.

Actividades del participante: Equipo #1 realizará un video casero, en donde se exprese la información concerniente al objetivo del tema.

Equipo #2 Dominará la información de los artículos para que tras la exposición de la videocinta proporcionen una amplia explicación de ésta.

Duración aproximada: 2 horas.

Evaluación:

Participación	40%
Asistencia	10%
Glosa	50%

UNIDAD 3 POSIBLES TRATAMIENTOS PARA LA REHABILITACION DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.

SESIÓN #1 Metodología de la rehabilitación de los trastornos sexuales.

Objetivo específico: que el estudiante maneje la información concerniente a los métodos de prevención y rehabilitación que existen para los trastornos sexuales.

Lectura sugerida:

O'Sullivan, L. F. (1995) Less is more: the effects of sexual experience on Judgements of men's and women's personality characteristics and relationship desirability, Sex Roles, Vol. 33 #3/4.

Kaplan, H. (1979) Trastornos del deseo sexual, Ed. Grijalbo, Barcelona.

Martins, F. E.; reis, P. (1997) Visual erotic stimulation test for initial screening psychogenic erectile dysfunction: a reliable noninvasive alternative, The Journal of Urology, Vol. 157 January.

Técnica sugerida: Exposición por equipos.

Actividades del coordinador: Dividir al grupo en 3 equipos y contribuir con sus conocimientos del tema, a las exposiciones de los artículos.

Actividades del participante: Exponer los artículos auxiliándose de métodos audiovisuales.

Duración aproximada: 2 horas.

Evaluación:

Participación:	50%
Asistencia:	30%
Examen:	20%

TRABAJO FINAL.

Objetivo específico: Que el estudiante compile en una glosa la información adquirida a lo largo del curso.

Actividades del estudiante: realizará una glosa en la que retome los puntos que le parecieran relevantes de la información proporcionada en el curso y realizará una investigación bibliográfica de aquel tópico que le haya llamado la atención, realizando en sus conclusiones una sugerencia o apreciación al mismo.

Evaluación:

Este trabajo representará el 50% de la calificación final que el estudiante logre adquirir a lo largo del curso.

REFERENCIAS.

- Álvarez, J. L.; Gayou, J. (1986) Sexoterapia integral; Ed. Manual Moderno, México.
- Cann, A. (1995) **Applications of sex gender differences for self: perceived advantages and disadvantages of being the other gender**; Sex Roles, Vol. 33 #7/8.
- Chiu, F. J.; Vázquez, T. J. (1990) "**Mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual**"; tesis para Lic. En Psicología ENEP Iztacala UNAM.
- Corrado, C. (1992) Gran enciclopedia médica SARPE; Ed. SARPE, México.
- Delfin, H. (1983) Un acercamiento hacia la vida sexual, Ed. Paidos, México.
- Dionne, M. (1995) **Feminist ideology as a predictor of body dissatisfaction in women**, Sex Roles, Vol. 33 #3/4.
- Kaplan, H. (1974) La nueva terapia sexual, Ed Alianza editorial, Madrid.
- Kaplan, H. (1979) Trastornos del deseo sexual, Ed. Grijalbo, Barcelona.
- Kevin, T. M. (1997) **Sexual dysfunction in the diabetic BB/WOR rat: role of central neuropathy**, American Journal of Physiology, Vol. 1 #272. Pte. 2.
- Lawrence, K. (1996) **Differences in men's and women's global sexual, and**

ideal-sexual expressiveness and instrumentality, Sex Roles, Vol. 34 #5/6.

- Mace, F. (1971) Principios de sexualidad, Ed. Trillas, México.
- Martins, F. E.; Reis, P. (1997) **Visual erotic stimulation test for initial screening of psychogenic erectile dysfunction: a reliable noninvasive alternative**, The Journal of Urology, Vol. 157, Jan.
- Masters y Johnson (1981) Incompatibilidad sexual humana; Ed. Intermédica, Buenos Aires.
- McCary, J. L.; McCary, G. P. (1983) Sexualidad humana de McCary, Ed Manual Moderno, México.
- Morell, M. J.; Guldner, G. T. (1996) **Self-reported sexual functional and sexual arousability in women with epilepsy**, Epilepsia, Vol. 37 #12.
- Okawara, H.; De Barros, S. R. (1980) Amar toda la realidad sobre la vida sexual, Ed. Novarro, México.
- O'Sullivan, L. F. (1995) **Less is more: the effects of sexual experience on judgements of men's and women's personality characteristics and relationships desirability**, Sex Roles, Vol. 33 #3/4.
- Patton, W. (1995) **Sexual coercion in high school dating**, Sex Roles, Vol 33 #5/6.
- Pipes, R. B. (1997) **Psychological abuse among college women in exclusive heterosexual dating relationship**, Sex Roles, Vol.36 #9/10.
- Quintanilla, S. E. (1992) La vida sexual, Ed Everest, México.

- Reich, W. (1992) La función del orgasmo, Ed. Paidós, México.
- Teran, M.; Rosas, G.; Mendoza A. (1988) Un nuevo proyecto de enseñanza, Ed. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM, México.
- Van Sommers, P. (1976) Temas básicos de psicología, biología de la conducta, Ed. Limusa, México.
- Velazco, C. (1989) Esbozo de las historias en las aulas universitarias, Ed. Independiente, México
- Wiener, A. (1969) Principios básicos de la vida sexual, Ed. Nuevo Mundo, México.

ANEXOS.

ANEXO 1.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES Iztacala
ENCUESTA

SEXO: _____ EDAD: _____ SEMESTRE _____
ESTADO CIVIL _____

Instrucciones: contesta las siguientes preguntas conforme a la información que hayas recibido y poseas hasta el momento de los trastornos sexuales.

En las preguntas de opción múltiple, subraya o tacha solamente una de las opciones.

1.- ¿Que concepto tienes de los trastornos sexuales?

2.- Consideras que...

- a) Los trastornos sexuales se presentan únicamente durante un acto sexual en un momento no apropiado.

- b) Los trastornos sexuales se presentan cuando se obliga a la pareja bajo amenaza física o psicológica a tener relaciones sexuales.
- c) Los trastornos sexuales se presentan en cualquier persona y sus causas pueden ser de carácter físico, psicológico o una combinación de estos.

3.- ¿Crees que los trastornos sexuales se puedan presentar en cualquiera de las tres fases de la sexualidad humana (deseo, excitación ú orgasmo).?

Sí _____ No _____

¿por qué?

4.- ¿Crees que después de haber sufrido de algún trastorno sexual (después de reabilitarse), permanezca algún trastorno físico y/o psicológico?.

Sí _____ No _____

¿cuáles y por qué?

5.- ¿En qué lugares y horas se puede presentar un trastorno sexual?

- a) En bares (nudistas), hoteles, durante la noche
- b) En automóviles, cualquier parte de la casa (baños, cocina, el suelo, un sillón, en la cama, etc.) durante el día
- c) El lugar y el horario pueden ser variables
- d) Otros ¿cuáles? _____

6.- ¿Cree que las personas con las que se relaciona sexualmente, el individuo que sufre de algún trastorno sexual posee alguna de estas características?

- a) Es una persona que le gusta de agredir físicamente a su pareja.
- b) La persona, es un individuo extraño, falto de contactos sexuales (experiencia).
- c) No existen perfiles específicos

7.- ¿Existe algún tipo específico de personas que padezcan los trastornos sexuales?

Sí _____ No _____

¿cuáles y por qué?

8.- Se sabe que no todas las personas que sufren de algún trastorno sexual asisten al médico o al psicólogo para ser atendidos, ¿sábés por qué?

9.- ¿Piensas que es necesario que las personas que padecen de cualquier trastorno sexual, presenten características físicas, como: golpes, desgarres, enfermedades (diabetes, epilepsia, etc.), crisis depresivas, coléricas, etc; que permitan identificar las posibles causas que hicieron posible que se presentara el trastorno?

Sí _____ No _____

¿cuáles y por qué crees que las manifiesten?

10.- Después de que se ha rehabilitado una persona que ha padecido un trastorno sexual, consideras que haya algún lapso de tiempo para que pueda gozar de una vida sexualmente activa

Sí _____ No _____

¿por qué?

11.- ¿Sabes a que lugares puede acudir una persona que sufra de algún tipo de trastornos sexuales para su ayuda?

Sí _____ No _____

Si tu respuesta fue sí menciona alguno

12.- ¿Crees necesario que dentro del programa educativo de tu carrera, debería de abordarse este tipo de temáticas?

Sí _____ No _____

¿por qué?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2.

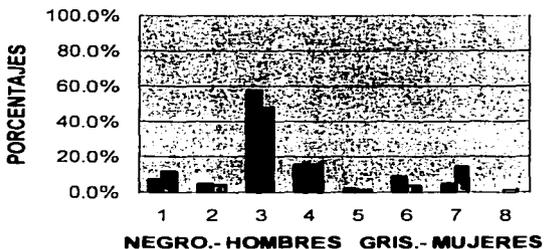
**NOTA: A PARTIR DE LA GRÁFICA #22 DONDE
SE MENCIONA DEL LADO DERECHO:
SERIE 1, ESTO EQUIVALE A 2° SEMESTRE
SERIE 2, ESTO EQUIVALE A 4° SEMESTRE
SERIE 3, ESTO EQUIVALE A 6° SEMESTRE
SERIE 4, ESTO EQUIVALE A 8° SEMESTRE**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres acerca del concepto de los trastornos sexuales.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Alteraciones por factores psicológicos.	3	6.6	14	11.2	17=10%
Problemas por una disfunción en la pareja.	2	4.4	5	4	7=4.1%
Problemas psicológicos y biológicos en el individuo.	26	57.7	60	48	86=50.5%
Problemas por prácticas sexuales anormales.	7	15.5	19	15.2	26=15.2%
Falla o déficit de la cultura sexual.	1	2.2	2	1.6	3=1.7%
Problemas biológicos que requieren tratamiento.	4	8.8	5	4	9=5.2%
Ignorancia (no sé).	2	4.4	18	14.4	20=11.7%
Son personas agresores sexuales.	0	0	2	1.6	2=1.1%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 1 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca del concepto de los trastornos sexuales.

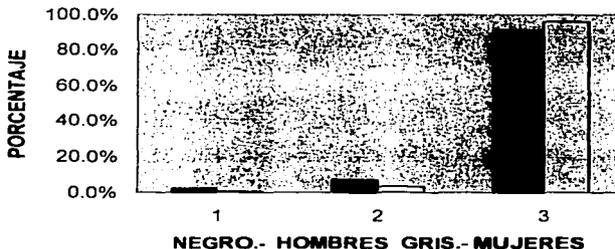


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de la consideración, de cuando se presenta un trastorno sexual.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Los trastornos sexuales se presentan únicamente durante un acto sexual en un momento no apropiado.	1	2.2	1	.8	2=1.1%
Los trastornos sexuales se presentan cuando se obliga a la pareja bajo amenaza física o psicológica a tener relaciones sexuales.	3	6.6	4	3.2	7=4.1%
Los trastornos sexuales se presentan en cualquier persona y sus causas pueden ser de carácter físico, psicológico o una combinación de estos.	41	91.1	120	96	161=94.7%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 2 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres acerca de la consideración, de cuando se presenta un trastorno sexual.

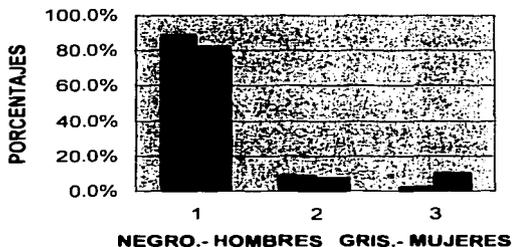


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la creencia de que un trastorno sexual se puede presentar en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
SI.	40	88.8	103	82.4	143=84.1%
No.	4	8.8	9	7.2	13=7.6%
No sé.	1	2.2	13	10.4	14=8.2%
TOTAL.	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 3 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres en la creencia de que un trastorno sexual se puede presentar en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

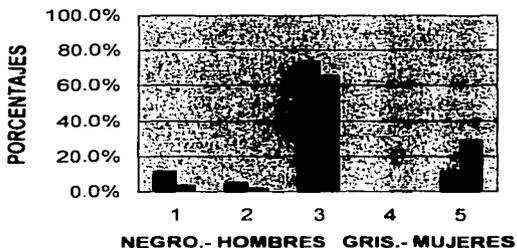


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, del porque si se presenta un trastorno sexual en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Se puede presentar antes o después del acto sexual.	5	11.1	4	3.2	9=5.2%
Porque pueden presentarse algunas de las fases hacia cualquier objeto (desviación sexual).	2	4.4	2	1.6	4=2.3%
Pueden alterar cualquier fase.	33	73.3	82	65.6	115=67.6%
Porque el paciente no exterioriza su problema.	0	0	1	.8	1=.5%
Ignorancia (no sé)	5	11.1	36	28.8	41=24.1%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 4 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, del porque si se presenta un trastorno sexual en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

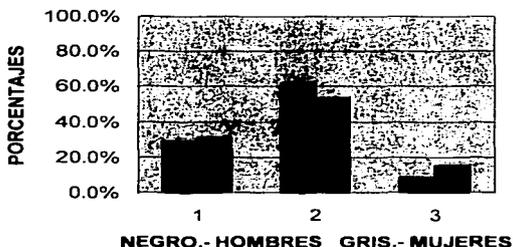


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres en la creencia de que después de rehabilitarse puede o no permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Si.	13	28.8	39	31.2	52=30.5%
No.	28	62.2	67	53.6	95=55.8%
No sé.	4	8.8	19	15.2	23=13.5%
TOTAL.	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 5 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres en la creencia de que después de rehabilitarse puede o no permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

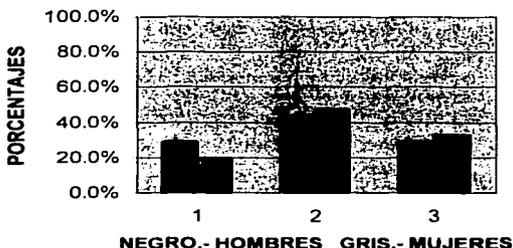


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, que creen que después de la rehabilitación no puede permanecer algún trastorno físico y/o psicológico.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Si se rehabilita adecuadamente puede superar los trastornos sexuales y sus colaterales.	13	28.8	24	19.2	37=21.7%
Ignorancia (no sé).	19	42.2	60	48	79=46.4%
Respondieron que sí.	13	28.8	41	32.8	54=31.7%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 6 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la creencia de que después de rehabilitarse no puede permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

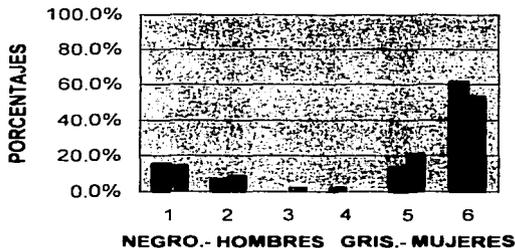


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la creencia de que después de rehabilitarse permanece un trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Por la trascendencia que tuvo en el individuo.	7	15.5	18	14.4	25=14.7%
Dependiendo de la génesis o naturaleza del trastorno, pueden quedar secuelas físicas y/o psicológicas.	3	6.6	11	8.8	14=8.2%
Jamás desaparecen los efectos, únicamente cambia el valor de la investidura psicológica.	0	0	3	2.4	3=1.7%
No se tiene el control del trastorno.	1	2.2	0	0	1=.5%
Ignorancia (no sé).	6	13.3	26	20.8	32=18.8%
Respondieron que No	28	62.2	67	53.6	95=55.8%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 7 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la creencia de que después de rehabilitarse permanece un trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

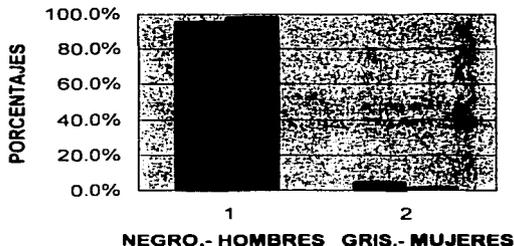


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de los posibles lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
El lugar y el horario pueden ser variables.	43	95.5	123	98.4	166=97.6%
Otros.	2	4.4	2	1.6	4=2.3%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 8 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de los posibles lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.

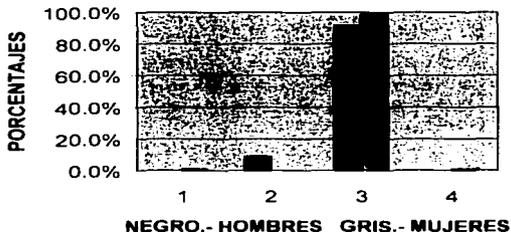


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 9 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y mujeres, en la consideración de que las personas con las que se relaciona el individuo que padece un trastorno sexual poseen alguna característica.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Es un personaje que gusta de agredir físicamente a su pareja.	0	0	1	.8	1=.5%
La persona, es un individuo extraño, fallo de contactos sexuales (experiencia).	4	8.8	0	0	4=2.3%
No existen perfiles específicos.	41	91.1	123	98.4	164=96.4%
Ignorancia (no sé).	0	0	1	.8	1=.5%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 9 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres en la consideración de que las personas con las que se relaciona el individuo que padece un trastorno sexual, poseen alguna característica.

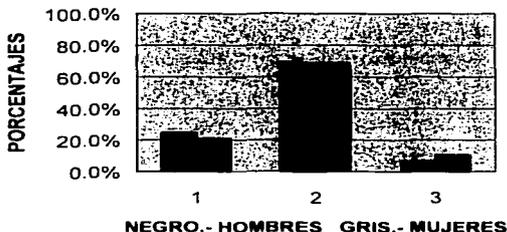


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 10 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la consideración de que puede o no existir un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Sí	11	24.4	26	20.8	37=21.7%
No	31	68.8	86	68.8	117=68.8%
No sé	3	6.6	13	10.4	16=9.4%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 10 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, en la consideración de que puede o no existir un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

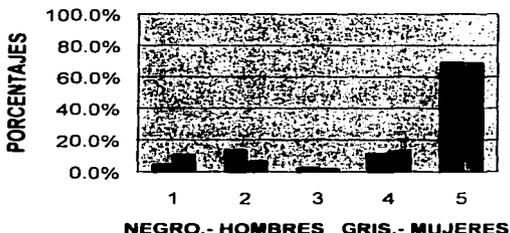


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 11 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que existe un tipo de personas que padecen los trastornos sexuales.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Personas que han sido agredidas sexualmente.	2	4.4	13	10.4	15=8.8%
Enfermos con problemas psicológicos.	6	13.3	8	6.4	14=8.2%
Personas de preferencia sexual homosexual.	1	2.2	2	1.6	3=1.7%
Ignorancia (no sé).	5	11.1	16	12.8	21=12.3%
Respondió que no.	31	68.8	86	68.8	117=68.8%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 11 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

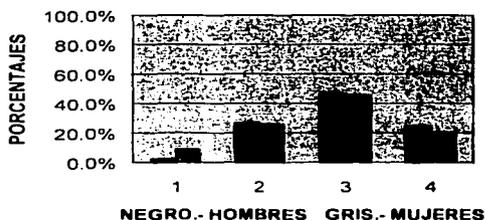


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 12 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que no existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Cada individuo tiene una historia diferente.	1	2.2	11	8.8	12=7%
A cualquiera le puede pasar.	12	26.6	32	25.6	44=25.8%
Ignorancia (no sé).	21	46.6	57	45.6	78=45.8%
Respondieron que si existe un tipo específico	11	24.4	25	20	36=21.1%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 12 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que no existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales y porque no.

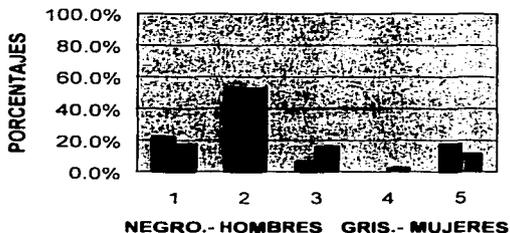


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 13 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca del porque las personas que padecen un trastorno sexual no se atienden.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Falta de conocimiento.	10	22.2	22	17.6	32=18.8%
Miedo y/o vergüenza.	24	53.3	66	52.8	90=52.9%
No lo consideran un problema.	3	6.6	20	16	23=13.5%
Se lo atribuyen a la brujería u otras causas.	0	0	3	2.4	3=1.7%
Ignorancia (no sé).	8	17.7	14	11.2	22=12.9%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 13 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca del porque las personas que padecen un trastorno sexual no se atienden.

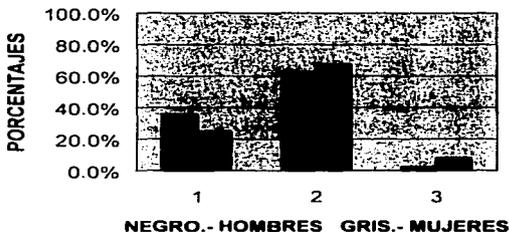


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 14 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que las personas que padecen un trastorno sexual presenten características físicas y/o psicológicas.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Si.	16	35.5	31	24.8	47=27.6%
No.	28	62.2	84	67.2	112=65.8%
No sé.	1	2.2	10	8	11=6.4%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 14 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de que las personas que padecen un trastorno sexual presenten características físicas y/o psicológicas.

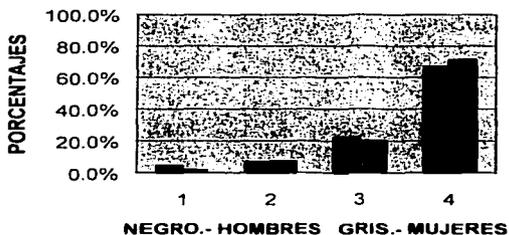


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 15 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de cuales características pueden presentar las personas que padecen un trastorno sexual.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Represión.	2	4.4	2	1.6	4=2.3%
Afecta todo el comportamiento.	3	6.6	9	7.2	12=7%
Pueden existir ya sean físicos y/o emocionales según el trastorno.	10	22.2	25	20	35=20.5%
Ignorancia (no sé).	30	66.6	89	71.2	119=70%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 15 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de cuales características pueden presentar las personas que padecen un trastorno sexual.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 16 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, ante la consideración de si debe o no existir un tiempo para que el paciente que se ha rehabilitado de un trastorno sexual retome su vida sexual activa.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
SI.	15	33,3	62	49,6	77=45,2%
No.	25	55,5	50	40	75=44,1%
No sé.	5	11,1	13	10,4	18=10,5%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 16 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, ante la consideración de si debe o no existir un tiempo para que el paciente que se ha rehabilitado de un trastorno sexual retome su vida sexual activa.

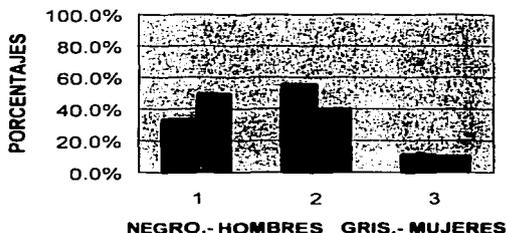
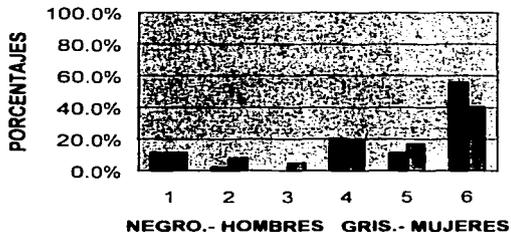


Tabla 17 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, con relación a porque sí debe existir un periodo de tiempo para reiniciar su vida sexual activa.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Tiene que recuperar la confianza.	5	11.1	14	11.2	19=11.1%
Siempre queda el recuerdo.	1	2.2	10	8	11=6.4%
Por los colaterales.	0	0	6	4.8	6=3.5%
Hasta que se sienta apto.	9	20	24	19.2	33=19.4%
Ignorancia (no sé).	5	11.1	21	16.8	26=15.2%
Respondió que no.	25	55.5	50	40	75=44.1%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 17 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, con relación a que sí debe existir un periodo de tiempo para reiniciar su vida sexual activa.

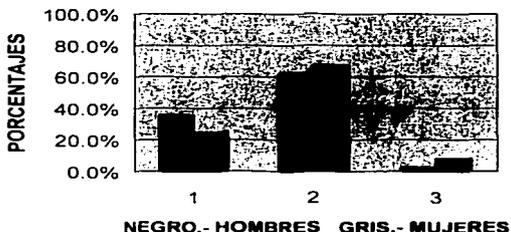


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 18 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, con relación a que no debe existir algún periodo de tiempo para reiniciar su vida sexual activa.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
La terapia debe ser efectiva.	13	28.8	29	23.2	42=24.7%
Ignorancia (no sé).	17	37.7	34	27.2	51=30%
Respondió que si.	15	33.3	62	49.6	77=45.2%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 18 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, con relación a que no debe existir algún periodo de tiempo para reiniciar su vida sexual activa.

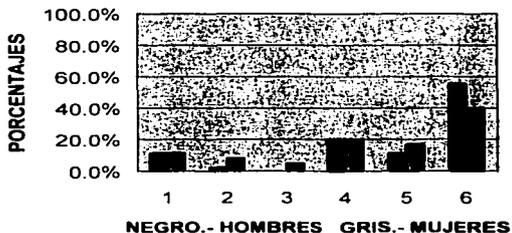


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 19 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, de si se sabe o no a donde pueden acudir las personas que padecen un trastorno sexual.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Si.	23	51.1	61	48.8	84=49.4%
No.	22	48.8	64	51.2	86=50.5%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 19 selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, de si se sabe o no a donde pueden acudir las personas que padecen un trastorno sexual.

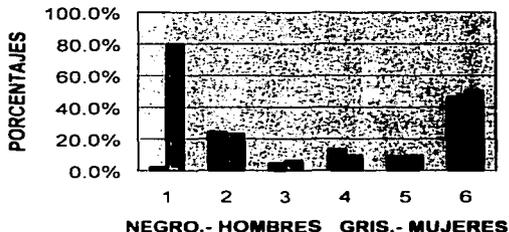


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 20 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, de cual sería su sugerencia del lugar al que deben acudir las personas que padecen un trastorno sexual.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
Conferencias para informarse.	1	2.2	1	.8	2=1.1%
Al psicólogo.	11	24.4	29	23.2	40=23.5%
A su clínica familiar.	2	4.4	8	6.4	10=5.8%
Al CIPAM, SAPTEL, CAVI, DOMUS.	6	13.3	12	9.6	18=10.5%
Primero al médico y luego al psicólogo.	4	8.8	12	9.6	16=9.4%
Ignorancia (no sé).	21	46.6	63	50.4	84=49.4%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 20 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, de cual sería su sugerencia del lugar al que deben acudir las personas que presentan un trastorno sexual.

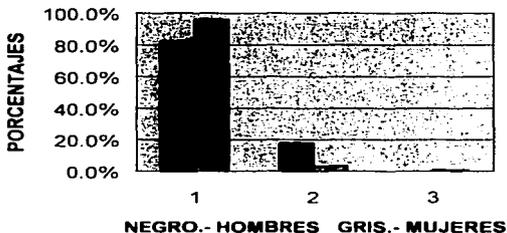


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 21 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, de si se debe incluir este tipo de temas en el programa de la carrera.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
SI.	37	82.2	120	96	157=92.3%
No.	8	17.7	4	3.2	12=7%
No sé.	0	0	1	.8	1= .5%
TOTAL	45	100	125	100	170=100%

Gráfica 21 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los hombres y las mujeres, acerca de si se debe incluir este tipo de temas en el programa de la carrera.

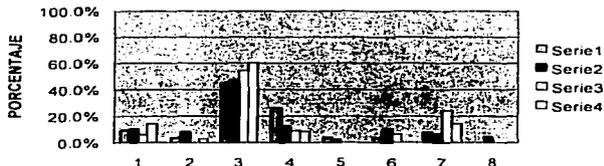


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 22 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca del concepto de los trastornos sexuales.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Alteraciones por factores psicológicos.	5	9.4	5	10.2	2	6	5	14.2	17=10%
Problemas por una disfunción en la pareja.	2	3.7	4	8.1	0	0	1	2.8	7=4.1%
Problemas psicológicos y biológicos en el individuo.	24	45.2	23	46.9	18	54.5	21	60	86=50.5%
Problemas por prácticas sexuales anormales.	14	26.4	6	12.2	3	9	3	8.5	26=15.2%
Falta o déficit de la cultura sexual.	2	3.7	1	2	0	0	0	0	3=1.7%
Problemas biológicos que requieren tratamiento.	2	3.7	5	10.2	2	6	0	0	9=5.2%
Ignorancia (no sé).	4	7.5	3	6.1	8	24.2	5	14.2	20=11.7%
Son personas agresores sexuales.	0	0	2	4	0	0	0	0	2=1.1%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 22 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca del concepto de los trastornos sexuales.

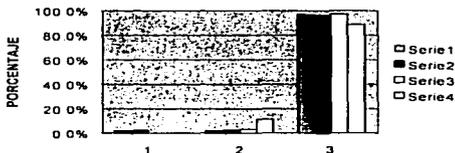


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 23 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la consideración de cuando se presenta un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Los trastornos sexuales se presentan únicamente durante un acto sexual en un momento no apropiado.	1	1.8	1	2	0	0	0	0	2=1.1%
Los trastornos sexuales se presentan cuando se obliga a la pareja bajo amenaza física o psicológica a tener relaciones sexuales.	1	1.8	1	2	1	3	4	11.4	7=4.1%
Los trastornos sexuales se presentan en cualquier persona y sus causas pueden ser de carácter físico, psicológico o una combinación de estos	51	96.2	47	95.9	32	96.9	31	88.5	161=94.7%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 23 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, de la consideración de cuando se presenta un trastorno sexual.

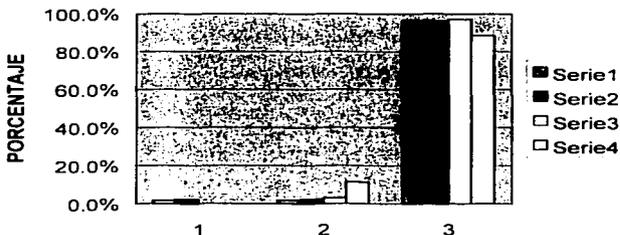


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 24 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que un trastorno sexual puede o no presentarse en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
SI	43	81.1	41	83.6	29	87.7	30	85.7	143=84.1%
No.	3	5.6	3	6.1	3	9	4	11.4	13=7.6%
No sé.	7	13.2	5	10.2	1	3	1	2.8	14=8.2%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 24 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que un trastorno sexual puede o no presentarse en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

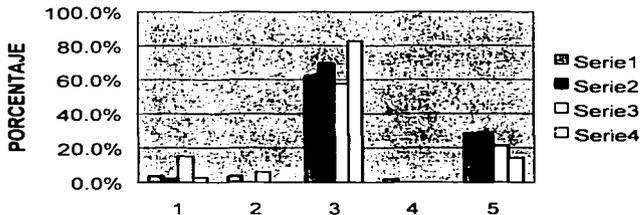


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 25 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, del porque si se presenta un trastorno sexual en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Se puede presentar antes o después del acto sexual.	2	3.7	1	2	5	15.1	1	2.8	9=5.2%
Porque pueden presentarse algunas de las fases hacia cualquier objeto (desviación sexual).	2	3.7	0	0	2	6	0	0	4=2.3%
Pueden alterar cualquier fase.	33	62.2	34	69.3	19	57.5	29	82.8	115=67.6%
Porque el paciente no exterioriza su problema.	1	1.8	0	0	0	0	0	0	1=.5%
Ignorancia (no sé).	15	28.3	14	28.5	7	21.2	5	14.2	41=24.1%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 25 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, del porque si se presenta un trastorno sexual en cualquiera de las fases de la sexualidad humana.

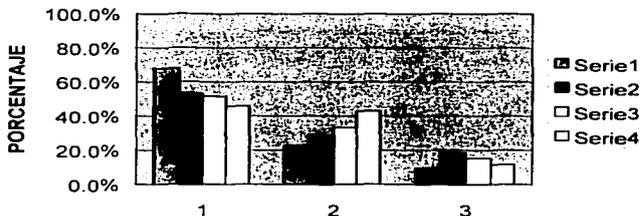


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 26 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse puede o no permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
SI.	36	67.9	26	53	17	51.5	16	45.7	95=55.8%
No.	12	22.6	14	28.5	11	33.3	15	42.8	52=30.5%
No sé.	5	9.4	9	18.3	5	15.1	4	11.4	23=13.5%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 26 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse puede o no permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

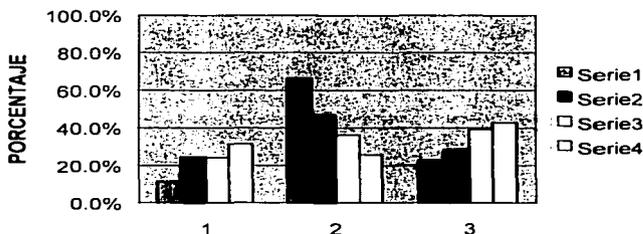


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 27 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse no puede permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Si se rehabilita adecuadamente puede superar los trastornos sexuales y sus colaterales.	6	11.3	12	24.4	8	24.2	11	31.4	37=21.7%
Ignorancia (no sé).	35	66	23	46.9	12	36.3	9	25.7	79=46.4%
Respondieron que sí	12	22.6	14	28.5	13	39.3	15	42.8	54=31.7%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 27 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse no puede permanecer algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 28 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse permanece algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Por la trascendencia que tuvo en el individuo.	8	15	6	12.2	2	6	9	25.7	25=14.7%
Dependiendo de la génesis o naturaleza del trastorno, pueden quedar secuelas físicas y/o psicológicas.	4	7.5	2	4	8	24.2	0	0	14=8.2%
Jamás desaparecen los efectos, únicamente cambia el valor de la investidura psicológica	0	0	3	6.1	0	0	0	0	3=1.7%
No se tiene el control del trastorno.	0	0	0	0	1	3	0	0	1=.5%
Ignorancia (no sé).	5	9.4	12	24.4	5	15.1	10	28.5	32=18.8%
Respondieron que No.	36	67.9	26	53	17	51.5	16	45.7	95=55.8%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 28 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la creencia de que después de rehabilitarse permanece algún trastorno físico y/o psicológico en el individuo.

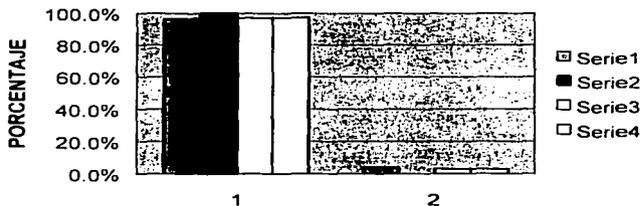


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 29 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de los posibles lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
El lugar y el horario pueden ser variables.	51	96.2	49	100	32	96.9	34	97.1	166=97.6
Otros.	2	3.7	0	0	1	3	1	2.8	4=2.3
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 29 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de los posibles lugares y horas en los que se presenta un trastorno sexual.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 30 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la consideración de que las personas con las que se relaciona el individuo que padece un trastorno sexual, poseen alguna característica.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Es un personaje que gusta de agredir físicamente a su pareja.	1	1.8	0	0	0	0	0	0	1=.5%
La persona, es un individuo extraño, falta de contactos sexuales (experiencia).	1	1.8	1	2	0	0	2	5.7	4=2.3%
No existen perfiles específicos.	50	94.3	48	97.9	33	100	33	94.2	164=96.4%
Ignorancia (no sé).	1	1.8	0	0	0	0	0	0	1=.5%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 30 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la consideración de que las personas con las que se relaciona el individuo que padece un trastorno sexual, poseen alguna característica.

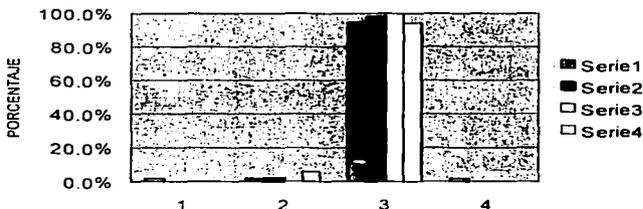
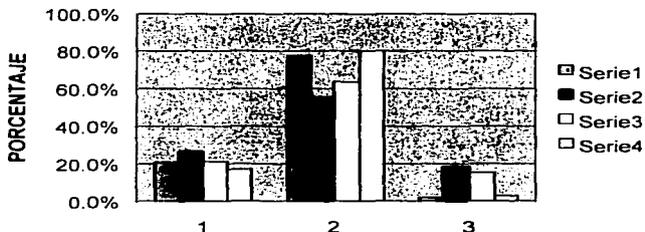


Tabla 31 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la consideración de que puede o no existir un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Si.	11	20.7	13	26.5	7	21.2	6	17.1	37=21.7%
No.	41	77.3	27	55.1	21	63.6	28	80	117=68.8%
No sé.	1	1.8	9	18.3	5	15.1	1	2.8	16=9.4%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 31 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, en la consideración de que puede o no existir un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

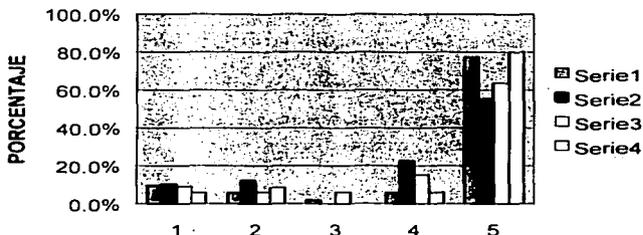


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 32 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Personas que han sido agredidas sexualmente.	5	9.4	5	10.2	3	9	2	5.7	15=8.8%
Enfermos con problemas psicológicos.	3	5.6	6	12.2	2	6	3	8.5	14=8.2%
Personas de preferencia sexual homosexual.	1	1.8	0	0	2	6	0	0	3=1.7%
Ignorancia (no sé).	3	5.6	11	22.4	5	15.1	2	5.7	21=12.3%
Respondió que no.	41	77.3	27	55.1	21	63.6	28	80	117=68.8%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 32 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales.

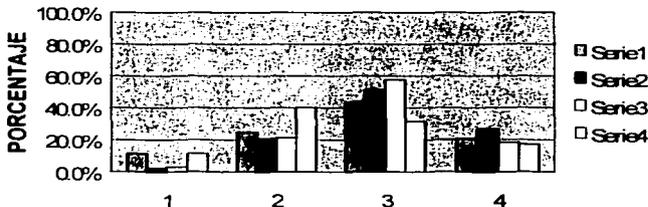


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 33 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que no existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales y porque no.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Cada individuo tiene una historia diferente.	6	11.3	1	2	1	3	4	11.4	12=7%
A cualquiera le puede pasar.	13	24.5	10	20.4	7	21.2	14	40	44=25.8%
Ignorancia (no sé).	23	43.3	25	51	19	57.5	11	31.4	78=45.8%
Respondieron que si existe un tipo específico.	11	20.7	13	26.5	6	18.1	6	17.1	36=21.1%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 33 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que no existe un tipo específico de personas que padecen los trastornos sexuales y porque no.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 34 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de la razón por la cual quienes padecen un trastorno sexual no asisten con el médico o el psicólogo para ser atendidos.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Falta de conocimiento.	10	18.8	7	14.2	7	21.2	8	22.8	32=18.8%
Miedo y/o vergüenza.	30	56.6	32	65.3	15	45.4	13	37.1	90=52.9%
No lo consideran un problema.	6	11.3	7	14.2	6	18.1	4	11.4	23=13.5%
Se lo atribuyen a la brujería u otras causas.	3	5.6	0	0	0	0	0	0	3=1.7%
Ignorancia (no sé).	4	7.5	3	6.1	5	15.1	10	28.5	22=12.9%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 34 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de la razón por la cual quienes padecen un trastorno sexual no asisten con el médico o el psicólogo para ser atendidos.

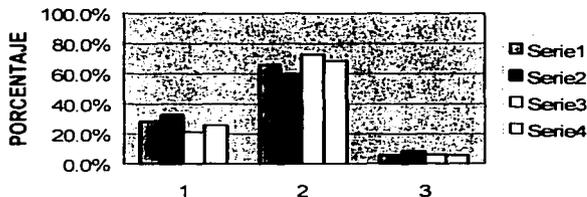


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 35 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que las personas que padecen un trastorno sexual presenten características físicas y/o psicológicas.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Si.	15	28.3	16	32.6	7	21.2	9	25.7	47=27.6%
No.	35	66	29	59.1	24	72.7	24	68.5	112=65.8%
No sé.	3	5.6	4	8.1	2	6	2	5.7	11=6.4%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 35 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que las personas que padecen un trastorno sexual presenten características físicas y/o psicológicas.

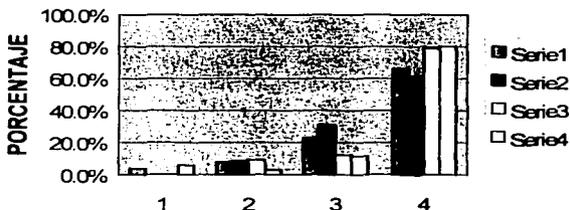


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 36 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de cuales características fisicas pueden presentar las personas que padecen un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Represión.	2	3.7	0	0	0	0	2	5.7	4=2.3%
Afecta todo el comportamiento.	4	7.5	4	8.1	3	9	1	2.8	12=7%
Pueden existir ya sean fisicos y/o emocionales según el trastorno.	12	22.6	15	30.6	4	12.1	4	11.4	35=20.5%
Ignorancia (no sé).	35	66	30	61.2	26	78.7	28	80	119=70%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 36 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de cuales características fisicas pueden presentar las personas con un trastorno sexual.

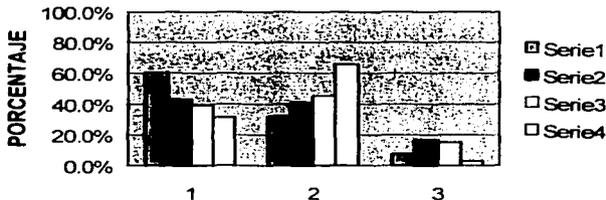


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 37 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestre, acerca de si debe o no existir un periodo de tiempo para que después de que un paciente con un trastorno sexual se ha rehabilitado, se reinicie la vida sexual activa.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
SI.	32	60.3	21	42.8	13	39.3	11	31.4	77=45.2%
No.	17	32	20	40.8	15	45.4	23	65.7	75=44.1%
No sé.	4	7.5	8	16.3	5	15.1	1	2.8	18=10.5%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 37 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestre, acerca de si debe o no existir un periodo de tiempo para que después de que un paciente con un trastorno sexual se ha rehabilitado, se reinicie la vida sexual activa.

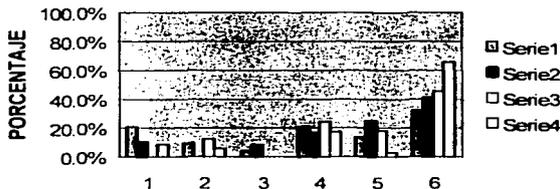


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 38 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que debe existir un periodo de tiempo para reiniciar la vida sexual activa.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Tiene que recuperar la confianza.	11	20.7	5	10.2	0	0	3	8.5	19=11.1%
Siempre queda el recuerdo.	5	9.4	0	0	4	12.1	2	5.7	11=6.4%
Por los colaterales.	2	3.7	4	8.1	0	0	0	0	6=3.5%
Hasta que se sienta apto.	11	20.7	8	16.3	8	24.2	6	17.1	33=19.4%
Ignorancia (no sé).	7	13.2	12	24.4	6	18.1	1	2.8	26=15.2%
Respondió que no.	17	32	20	40.8	15	45.4	23	65.7	75=44.1%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 38 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, acerca de que debe existir un periodo de tiempo para reiniciar la vida sexual activa.

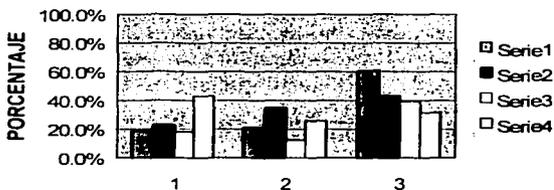


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 39 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestre, con relación a que no debe existir ningún periodo de tiempo para reiniciar la vida sexual activa del paciente que se ha rehabilitado de un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
La terapia debe ser efectiva.	10	18.8	11	22.4	6	18.1	15	42.8	42=24.7
Ignorancia (no sé).	11	20.7	17	34.6	14	42.4	9	25.7	51=30
Respondió que sí.	32	60.3	21	42.8	13	39.3	11	31.4	77=45.2
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 39 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, con relación a que no debe existir algún periodo de tiempo para reiniciar la vida sexual activa del paciente que se ha rehabilitado de un trastorno sexual.

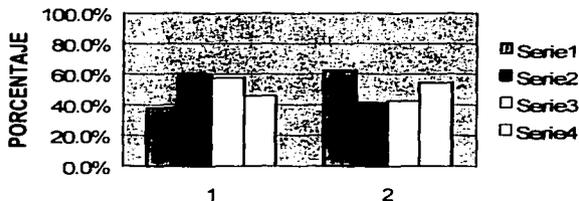


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 40 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, de si se sabe o no a donde puede acudir una persona que padece un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Si.	20	37.7	29	59.1	19	57.5	16	45.7	84=49.4%
No.	33	62.2	20	40.8	14	42.4	19	54.2	86=50.5%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 40 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, de si se sabe o no a donde puede acudir una persona que padece un trastorno sexual.

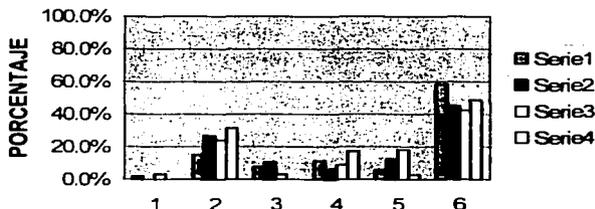


TESIS CONT
FALLA DE ORIGEN

Tabla 41 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, de cual era el lugar al que podía acudir una persona con un trastorno sexual.

	2° Semestre		4° Semestre		6° Semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Conferencias para informarse.	1	1.8	0	0	1	3	0	0	2=1.1%
Al psicólogo.	8	15	13	26.5	8	24.2	11	31.4	40=23.5%
A su clínica familiar.	4	7.5	5	10.2	1	3	0	0	10=5.8%
Al CIPAM, SAPTEL, CAVI, DOMUS.	6	11.3	3	6.1	3	9	6	17.1	18=10.5%
Primero al médico y luego al psicólogo.	3	5.6	6	12.2	6	18.1	1	2.8	16=9.4%
Ignorancia (no sé).	31	58.4	22	44.8	14	42.4	17	48.5	84=49.4%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 41 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, de cual era el lugar al que podía acudir una persona con un trastorno sexual.

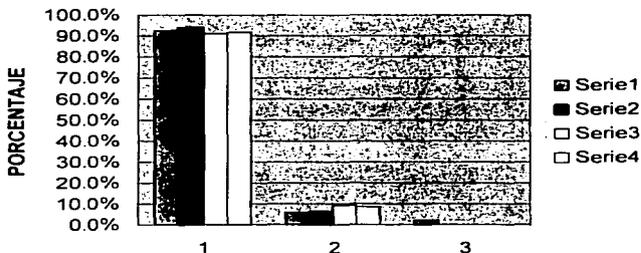


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 42 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, al referir su opinión de si se debe incluir este tipo de temas en el programa de la carrera de Psicología.

	2° Semestre		4° Semestre		6° semestre		8° Semestre		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Si.	49	92.4	46	93.8	30	90.9	32	91.4	157=92.3%
No.	3	5.6	3	6.1	3	9	3	8.5	12=7%
No sé.	1	1.8	0	0	0	0	0	0	1=.5%
TOTAL	53	100	49	100	33	100	35	100	170=100%

Gráfica 42 Selección de las respuestas esperadas, marcadas por los estudiantes de los diferentes semestres, al referir su opinión de si se debe incluir este tipo de temas en el programa de la carrera de Psicología.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN