

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

88

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital General de Zona No. 24 "Insurgentes"

EL MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA
FAMILIAR ANTE LA SEXUALIDAD HUMANA

TESIS . RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

DR. ALEX ANTONIO HERRERA MALDONADO

DR. JOSE MANUEL LOPEZ MENDEZ

DRA. DIVINA MANCILLA MACIAS

DRA. OLGA HERLINDA BALDERAS GONZALEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO,

2002



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.

EL MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR ANTE
LA SEXUALIDAD HUMANA

Análisis de la relación que guardan los conocimientos
respecto a las actitudes hacia la sexualidad humana.

Investigadores: Dr. Alex Antonio Herrera Maldonado
Dr. José Manuel López Méndez
Dra. Divina Mancilla Macías
Dra. Olga Herlinda Balderas González

Investigador responsable: Dr. Enrique Betancourt Castilla
Jefe del Departamento de Ense-
ñanza e Investigación.
Hospital General de Zona No. 24,

Vo Bo.

Dr. Enrique Betancourt Castilla
Jefe del Departamento de Enseñanza
e Investigación.
Hospital General de Zona No 24.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo Bo

Dr. Ricardo L. Anzures Carro
Coordinador de la Residencia de
Medicina Familiar.
Hospital General de Zona 24.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos hacer explícito nuestro reconocimiento para la labor realizada por aquellos que pudieron hacer posible llevar a cabo este trabajo de investigación, y que nos manifestaron siempre su apoyo y dirección.

Especialmente queremos hacer patente nuestra gratitud al Dr. Juan Luis Alvarez Gayou, quien nos proporcionó asesoría en el campo de la sexualidad. También al Dr. Francisco Delfín Lara, Martha Vázquez Calderón y Julieta Muñoz por su tutela en la elaboración de los cuestionarios.

También mencionamos de manera muy especial al Ing. Quím. Jorge A. Berlanga quien desinteresadamente puso a nuestro alcance sus conocimientos en programación y computación.

Y a todos aquellos que de alguna u otra manera nos proporcionaron en forma altruista su ayuda, gracias.

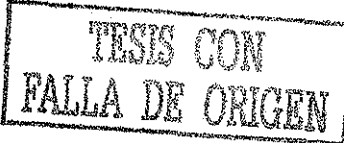
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

I INTRODUCCION	1
Planteamiento del problema	1
Justificación	4
Hipótesis.....	5
Objetivo.....	6
II GENERALIDADES	
Actitudes.....	7
Conceptos básicos de sexología.....	16
Concepto de salud sexual como parte de la salud integral.....	18
Familia y educación de la sexualidad.....	19
Concepto de normal.....	25
Educación de la sexualidad.....	29
Historia de la sexualidad.....	32
Anatomía sexual humana.....	40
Diferenciación y determinación sexual.....	44
Respuesta sexual humana.....	49
Disfunciones sexuales.....	55
Fármacos, enfermedad general, y cirugía y su relación con la sexualidad humana.....	63
Exploración mínima de la sexualidad.....	72
Homosexualidad.....	75
Sexualidad en la infancia y adolescencia.....	80
Sexualidad en el paciente geriátrico.....	82
Demografía.....	91
Tabla de población según alternativas de tasas de crecimiento.(1970-2000).....	93
Tabla de población por gpos. quinquenales de edad y sexo (1940-1977).....	94
Tabla de esperanza de vida al nacimiento.....	95
Tabla de tasas de natalidad y mortalidad.....	96
Tabla de tasas de mortalidad infantil	97
Tabla de población económicamente activa.....	98
Tabla de población y vivienda.....	99
Tabla de población rural y urbana.....	100
Problemas sociales relacionados con la sexualidad. ABORTO.....	101
Expresiones gráficas de la sexualidad ornografía	104
Incesto.....	107
III MATERIAL Y METODOS	109
Cuestionario socioeconómico.....	114

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuestionario de conocimientos.....	115
Cuestionario de actitudes.....	125
IV RESULTADOS	128
Tabla I promedios generales de calificación de la población en general.....	131
Tabla II, promedios globales de calificación de la muestra aleatoria.....	132
Tabla III promedios globales de calificación por sexo.....	133
Tabla IV promedios globales de calificación por grado de Residencia	134
Tabla V promedios de calificaciones generales del grupo control que recibió un curso infor- mativo de sexualidad humana.....	135
Tabla VI promedios de calificaciones de cono- cimientos y actitudes según el estado civil.....	136
Tabla VII promedio de calificaciones de cono- cimientos y actitudes según grupos de edad y sexo.....	137
V DISCUSION Y COMENTARIOS	141
VI RESUMEN Y CONCLUSIONES	148
VII BIBLIOGRAFIA	150



 TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

En nuestro tiempo y en nuestro país concretamente, existe la necesidad de una atención enfocada hacia los imperativos de salud.

El médico necesita ser cada día más un elemento de cambio capaz de tener una visión integradora en la atención del paciente, la familia y la sociedad. Y para poder atender las exigencias de su compromiso y práctica diaria, debe saber sentir, escuchar y observar a sus pacientes; que son portadores de una problemática que refleja las condiciones socioeconómicas, de salud y de la dinámica del grupo donde se encuentran inserto. Dentro de ésta multiplicidad de factores que inciden en el individuo como una unidad biopsicosocial se encuentra: a la sexualidad y entendiendo por ésta al término que engloba integralmente a los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del sexo; sobre lo cual la Organización Mundial de la salud demostró que los problemas sexuales tienen mayor importancia y trascendencia para el bienestar de una sociedad, de lo que se había aceptado anteriormente.⁵⁴

Decimos que el ignorar la dinámica del comportamiento sexual humano, es consecuencia de ésa falta de énfasis en uno de los aspectos del individuo que per se, descuida el hecho de que la vida en pareja llena con mucho las más elementales funciones de la familia, reforzadas éstas a través de la vivencia plena de la sexualidad.

En México se han realizado escasos trabajos sobre investigación que sean estadísticamente valiosos en el área

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

de sexualidad humana y ninguno dedicado a las actitudes que guarda la población médica, lo que restringe de manera directa la evolución cultural y científica de la sociedad; la falta de una educación y orientación sexual integrada a los sistemas tradicionales de enseñanza, en especial a las facultades de medicina² y aunado al fenómeno que se da en la práctica médica institucional, da por consecuencia que la expresión de la sexualidad y su sustrato fisiológico ocupen un lugar secundario en la mentalidad médica en general.

García Rodríguez, en un estudio de la población estudiantil de la Facultad de medicina de la UNAM sobre el nivel de educación sexual, obtiene las siguientes conclusiones: el nivel de información técnica es superficial y no existe información precisa acerca de la sexualidad, participando de mitos y prejuicios muy arraigados en nuestra sociedad.²⁰ Brostein de Ranen y Armendarez (1978) encoentraron que de 46 - escuelas y facultades de medicina del país sólo cuatro manifestaron tener cursos formales de sexualidad, y en general limitados a los aspectos biológicos sin tomar en cuenta las facetas psicológicas y sociales.[†]

Así, el tipo de actitudes verbales, corporales ya sean antagonistas y ambivalentes del clínico no son útiles en la orientación, formación y mucho menos en la terapia objetiva mínima para satisfacer las necesidades al respecto del consultante.

Dentro del ámbito de la consulta, son muchas las solicitudes veladas por la demanda aparente del paciente que se originan en el área de la sexualidad, inclusive el más ex-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

perimentado clínico ignora las repercusiones de la patología general, la terapia medicamentosa, las toxicomanías, la cirugía o la senectud en el contexto psicofisiológico de la respuesta sexual humana, por lo que el paciente, la mayoría de las veces no recibe atención objetiva ni resolutive, debido a la carencia en la formación universitaria del médico; elemento socialmente educativo y cuando éste, intenta o logra explícitamente dar información, consejo ó terapia proporciona al paciente una respuesta que es dada en forma valorativa, indirecta o eludiendo aspectos que afectan o rechazan su propia sexualidad o de la de los demás.

Leif, Kaplan y otros evidencian la serie de preconceptos y la incapacidad del médico de desvincularse de patrones impuestos por la sociedad valorizando la sexualidad humana de acuerdo a su propia experiencia, la más de las veces de carácter puramente empírico.³⁸

En lo anterior hemos considerado una diversidad de factores que limitan la aproximación al área sexual en la relación médico paciente,³ aspecto de suma importancia para el bienestar biopsicosocial; y al reducir la atención de ésta área del individuo se merma radicalmente la intención de atender integralmente al paciente.

El residente de medicina familiar profesional de la salud en proceso de formación dirigido a brindar atención integral al paciente y a la familia, se encuentra restringido en su acción por carecer de conocimientos previos y además no incluidos en su actual programa de estudios por lo que condiciona falta de comunicación y un ambiente hostil descuidando la sexualidad de sus pacientes, siendo la sexolo-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gía una rama del conocimiento tan importante como cualquier otra área médica.

JUSTIFICACION:

Una parte importante de los seres humanos se dedican a ramas de actividades que se relacionan con el fenómeno salud-enfermedad; el médico, como factor de cambio y proceso en -- nuestra sociedad está involucrado en el sistema de educación. Antes de trascender en el ámbito profesional, el médico forma parte de una familia, o al menos proviene de una de ellas; como individuo, el médico es un ser que trae tras de sí todo un proceso de socialización y en él, le fueron dados valores sociales y toda una cultura. Sin embargo, no siempre sus actitudes ante la sexualidad serán abiertas ni de aceptación, ni para él mismo ni para la expresión de los demás. Y todo ello como resultado de una falta de información adecuada desde el seno familiar y que se traducirá en su práctica en conductas de rechazo, desaprobación y evitación ante las demandas de individuos con dificultad en el desarrollo de su sexualidad.

De todo lo anterior se desprende, que evidentemente existe gran necesidad de enseñanza en materia de sexualidad humana en estudiantes y profesionales en el ramo de la salud, que propicie actitudes más abiertas y facilitadoras de esa atención objetiva, respetuosa e integradora al ser humano.

gía una rama del conocimiento tan importante como cualquier otra área médica.

JUSTIFICACION:

Una parte importante de los seres humanos se dedican a ramas de actividades que se relacionan con el fenómeno salud-enfermedad; el médico, como factor de cambio y proceso en -- nuestra sociedad está involucrado en el sistema de educación. Antes de trascender en el ámbito profesional, el médico forma parte de una familia, o al menos proviene de una de ellas; como individuo, el médico es un ser que trae tras de sí todo un proceso de socialización y en él, le fueron dados valores sociales y toda una cultura. Sin embargo, no siempre sus actitudes ante la sexualidad serán abiertas ni de aceptación, ni para él mismo ni para la expresión de los demás. Y todo ello como resultado de una falta de información adecuada desde el seno familiar y que se traducirá en su práctica en conductas de rechazo, desaprobación y evitación ante las demandas de indivi-- duos con dificultad en el desarrollo de su sexualidad.

De todo lo anterior se desprende, que evidentemente existe gran necesidad de enseñanza en materia de sexualidad humana en estudiantes y profesionales en el ramo de la salud, que propicie actitudes más abiertas y facilitadoras de esa aten-- ción objetiva, respetuosa e integradora al ser humano.

HIPOTESIS

A menores conocimientos del médico en el área de la sexualidad humana existen en él algunas actitudes valorativas, prejuiciosas y de rechazo hacia su propia sexualidad y la de los demás, limitándolo para brindar una atención médica integral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Determinar el grado de conocimientos que tiene sobre sexualidad humana el residente de Medicina Familiar, y analizar la relación que guardan éstos, con las actitudes hacia la sexualidad propia y la de los demás individuos.

ACTITUDES.-

Tratándose actitudes, éstas deben inferirse de la conducta porque no pueden observarse directamente. Ya que forman parte del proceso del pensamiento, sus elementos aún -- más esenciales son del tipo subjetivo. Para llevar a cabo -- tal medición diversos autores, entre ellos Summers, mencionan que el proceso por su inaccesibilidad para su observación directa se compone para su análisis de 3 subprocesos:⁽⁶⁸⁾

1. La identificación de las muestras conceptuales que -- se aceptan como bases para hacer inferencias a cerca del concepto subyacente.
2. La recolección de las muestras conductuales para -- convertirlas en una variable cuantitativa.
3. El tratamiento de las muestras conductuales para -- convertirla en una variable cuantitativa.

De aquí surgen innumerables definiciones de actitudes -- dictadas por las diferentes corrientes psicológicas y sociológicas pero todas ellas conllevan un común denominador, y -- esto en el sentido de referirse a la actitud como una "disposición fundamental hacia un objeto o sujeto determinado". -- (Cook, Seltiz, 1964; Kidder y Campbell; Ross; Thurstone)⁶⁸.

Al referirse a una disposición fundamental como una pulsión adquirida, se incluyen relaciones de creencias y sentimientos acerca del objeto que determina acciones de aproximación-evitación con respecto a él.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen otros conceptos que se han identificado en este proceso y que forman parte esencial de las interpretaciones hacia las actitudes: primero, se coincide en que una actitud es una predisposición de responder ante un estímulo (intero o exteroceptivo) y no la conducta efectiva hacia él. También se señala que la actitud es persistente (lo que no significa que no sea inmutable). La persistencia de las actitudes - contribuye notablemente a la consistencia de la conducta (y a diferentes manifestaciones, como la verbalización hacia el objeto, expresiones de sentimiento ya sea de aproximación o de evitación). A este respecto Campell refiere "... una actitud social del individuo es un síndrome de consistencia de respuestas hacia objetos sociales..."; y ello, por contar - con el componente psicológico puede traspolarse al fenómeno de la actitud "psicológica." Así mismo, la actitud tiene una - cualidad direccional, esto es, no es solo la formación de rutinas de conducta, sino que posee una característica motivacional; es decir, existe el consenso general de que la actitud connota preferencia con respecto a resultado que implican al objeto, que ha evaluación del mismo con cogniciones - positivas, neutrales o negativas provocadas por aquél. Según Athanasiou, las actitudes cumplen varias funciones: las de - contribuir a un ajuste del individuo como defensa del yo, expresión de valores y medio de adquisición de valores y organización de los mismos.⁶⁸

Actualmente, en la concepción más popular de la actitud incluyen tres componentes; a) El cognoscitivo, b) el emocional y c) el de tendencia a la acción. (Katz y Stotland, 1959 y Krech y col, 1962.).⁶⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El componente cognoscitivo no incluye solo los conocimientos sino también la creencia que se tiene acerca de un objeto (un individuo puede creer que muchas cosas acerca de un objeto son verdaderas, y saber muy poco acerca de otro objeto que puede ser el mismo). Mientras que todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen en el componente cognoscitivo las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición (estas últimas abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables e indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas). Se menciona que existen una comprensión muy profunda del orden normativo de la sociedad en el componente cognoscitivo de la actitud.

El componente emocional se refiere a las emociones o sentimiento ligados con el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudio de elementos de este componente son amor-odio- gusto-disgusto, admiración-desprecio, y otros que denotan sentimientos de tipo favorable y desfavorable.

Las cogniciones de sentimiento y emociones no se refieren al objeto sino a quien conoce, al individuo que esta respondiendo al objeto; también son cogniciones, pero son significativamente diferentes de las del componente cognoscitivo. Desde el punto de vista de la medición es mejor que puedan identificarse y usarse muestras conductuales diferentes de la verbalización de sentimientos y emociones. La relación de los sentimientos y emociones con procesos fisiológicos ofrece la posibilidad de una muestra conductual más aceptable sobre la cual se basan inferencias consistentes al componente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

emocional de la actitud.

El componente denominado tendencia a la acción, incorpora la disposición conductual del individuo al responder al objeto. Cualquier expresión conductual (comportamental) que refleje o manifieste las condiciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto puede servir como base de inferencia. De manera análoga, cualquier expresión conductual que manifieste una emoción, ya sea en forma verbal o fisiológica, puede ser importante para hacer inferencia. Las manifestaciones conductuales que revelan la disposición del individuo a actuar hacia un objeto ya sea positiva o negativamente, pueden usarse como bases provisionales de inferencia con respecto a la actitud. A partir de esta concepción de la actitud, se identifican cinco bases de inferencia.⁶⁸

- a) Informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas.
- b) Observación de conducta manifiesta.
- c) Reacción a estímulos parcialmente estructurados o interpretación de ellas cuando implican al objeto de la actitud.
- d) Realización de tareas (objetivas) en que intervenga el objeto de la actividad.
- e) Reacciones fisiológicas al objeto de la actitud o representaciones de él.

Deducimos entonces que, por una parte, se proporciona un medio para organizar la multitud de métodos de recolección de muestras conductuales y las técnicas para tratar la mues-

tra. Evolutivamente, la medición de la actitud ha confiado casi exclusivamente en el uso de informes sobre sí mismo, - acerca de creencia, sentimientos y conductas del individuo hacia un objeto de actitud. Esta unilateralidad metodológica es incompatible con la concepción de la actitud. Hace caso omiso de las múltiples características de las manifestaciones de las actitudes de un individuo en su conducta.

De esto resulta, que para el presente estudio, se tomen aspectos científicos y cuantitativos desde la perspectiva + de la subjetividad científica para hacer inferencias en el tipo de actitudes a estudiar, en el caso presente y las - del ámbito de la sexualidad humana.

Debemos ser precavidos y no olvidar lo que en un planteamiento inicial se postula: inferir las conductas sexualmente deseables como base para la ubicación de toda esa gamma que representan las expresiones comportamentales del -- ser humano, analizadas (muchas de las veces erróneamente como función genital) sobre la norma del estudio de lo NO permitido en el contexto social, sino únicamente como expre -- sión sexual, comprendiendo dentro del proceso de la salud y específicamente en la salud sexual.

¿Por qué la importancia de evaluar las actitudes (u opiniones en el mejor de los casos) que hacia la sexualidad se tienen en un grupo de profesionales de la salud?. ¿Revis te importancia el que se exploren estos aspectos y su relación con la mecánica de la exploración integral del paciente?,- ¿Se han identificado, ya las causas por las cuales el profe-

sional no investiga aspectos de la sexualidad de sus pacientes?

Según Alvarez Gayou,³ uno de los elementos que entorpece la exploración de la sexualidad de los pacientes a nivel de comunicación son derivados por la dificultad del paciente para hablar del sexo y la dificultad del profesional para tratar el tema. Para Swenson las dificultades del práctico residen en el temor a interferir con la intimidad del paciente, falta de conocimientos, y actitudes ante la propia sexualidad.

Como se menciona en el capítulo de exploración mínima de la sexualidad, las actitudes de los clínicos disminuyen su destreza para abordar la sexualidad de su paciente.

No es inobjetable el hecho de las limitaciones que se tienen para el estudio de las actitudes. Inferidas a través del comportamiento en nuestro medio, limitación esencial que frustra el intento operacional de evaluación de los 3 elementos que constituyen las actitudes; sin embargo y en términos generales, para poder definir con exactitud la actitud hacia la sexualidad se tienen que seguir los lineamientos metodológicos como parte del proceso de investigación que cuente con los elementos necesarios para este tipo de estudios. Es de hacer resaltar también, que en la investigación de tipo psicológica en el ámbito social, el proceso se referirá a la obtención, análisis y estudios de aspectos relativos a la subjetividad del propio yo de los individuos. En el área de la sexología, resulta importante separar este aspecto de los conductuales y de las opiniones y actitudes, aún cuando es--

tas últimas son eminentemente subjetivas.

Es importante aclarar y diferenciar la actitud de la opinión: La primera, implica acción hacia una conducta mientras que la opinión no la implica necesariamente.

Por último, ha de hacerse incapié en el tratamiento estadístico que se le da a este tipo de investigaciones. Para realizar inferencias, estas deberán ser estimadas en base a significancia estadística de grupos control, estableciendo patrones de comparación tomando en cuenta las variables determinantes o condicionante con relación causa-efecto.

Aún en textos clásicos de la sexología encontramos algunas líneas dedicadas al tema de la educación sexual en los profesionales de la salud, haciéndose la observación pertinente de cómo un grado de conocimientos aceptables condiciona una serie de actitudes positivas hacia las diferentes expresiones comportamentales de la sexualidad. Se menciona en otros no tan clásicos, que uno de los objetivos de la educación sexual, precisamente es la de proporcionar los elementos necesarios para fortalecer o intensificar actitudes abiertas y de aceptación, en base a una serie de conocimientos objetivos, a través de un proceso dinámico de desmitificación, objetivización en el ámbito del conocimiento científico.^{3,45,46,48}

¿Qué clase de atención puede ofrecer un profesional de la salud, al enfrentarse a una problemática sexual determinada y en un momento dado, si en más de las veces verá reflejada su imagen en un espejo, utilizando mecanismos de defensa,

todo ello inmerso en un contexto donde existen mitos, falacias y prejuicios de alto contenido valorativo con respecto a la sexualidad, vertiendo sobre el demandante de aquella atención toda su historia, no como profesional sino como un ser humano más, teniendo raíces de su propia educación sexual inadecuada sin fundamentos científicos y sí populares?. Lo más probable será que reafirme en él mismo y en sus pacientes las mismas actitudes negativas, de rechazo y desaprobación para su sexualidad y la de los demás.

⁴⁸ McCary, menciona en su obra todas aquellas situaciones de clima de conflicto y cambio por las actitudes que han ocurrido en los últimos años. Analiza el porqué de los factores que han influido para las modificaciones conductuales en las masas sociales (entre ellos menciona cambios como la liberalización de desarrollo de las actitudes y menor adherencia al standar doble o sea, la dicotomía que existe entre actitudes sexuales prevalentes y la conducta sexual).

Esto invariablemente afecta en forma directa a los profesionales de la salud, por formar parte del propio contexto social. Así mismo, hace mención de los hechos y argumentos acerca de la educación sexual y su correlación con modificación de conductas. Los informes Kinsey confirmaron lo que -- los educadores conocían desde tiempo atrás. Que los sentimientos de culpabilidad originados por el conocimiento inadecuado del sexo interfieren con el ajuste interpersonal e intrapersonal. Para que sea totalmente satisfactorio el sexo debe estar libre de culpa. Por fortuna, se ha demostrado una fuerte correlación entre educación sexual y los niveles bajos de culpa (S.P. McCary, 1976. Ogren, 1974)⁴⁸. Una sólida -

salud mental y una mente que se es receptiva para el aprendizaje tienden a andar juntas y la ansiedad frena el aprendizaje al máximo del potencial del individuo.

Las personas que han recibido una buena educación sexual desarrollan defensas más apropiadas y están menos ansiosas que aquellas que no la tienen, ya que las últimas tienden a reprimir la ansiedad por el rechazo y la evitación y medios autoderrotistas.

Aquellas personas que tienen un conocimiento sexual más objetivo y desmitificado están más capacitadas para gozar de sus sentimientos sexuales y de derivar gozo de muchas formas de actividad sexual, es decir, tienen una aceptación más amplia para su propia sexualidad y por consiguiente la de los demás, que aquellos que carecen de este tipo de educación.

Esta diferencia probablemente está relacionada con la ansiedad, la cual sirve para inhibir la libertad de la R.S., mientras mayor sea la cantidad de información sexual precisa, menos ansiedad habría. (esto va directamente relacionado con el proceso de adquisición de las actitudes hacia la sexualidad dadas en el contexto global de la socialización del individuo, que no sólo incluye su formación social sino también sexual.⁴⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCEPTOS BASICOS DE SEXOLOGIA.-

Al abordar a la sexualidad, debemos anticipadamente unificar términos, para asegurarnos de que se esta entendiendo - apropiada y descriptivamente el concepto.

La sexología, es una disciplina joven y como todas las ciencias se trata de que sus fundamentos sean apegados a la objetividad, siempre descriptivos evitando así la carga extrema de subjetividad que corre paralela a nuestros valores particulares. Así tenemos a los siguientes términos:

Sexo: Es la serie de características física, determinadas genéticamente que colocan a los individuos en un punto - de un continuo que tiene por extremos a individuos reproductivamente complementarios.

Sexo de asignación: Es el sexo que se le confiere al - infante por medio de las actitudes y conductas de quienes - lo rodean condicionándolo socialmente a observar a su vez, actitudes y conductas de uno o de otro sexo, (ejem: El color de la ropa, el tipo de la misma, el nombre, el señalamiento de papeles intrafamiliarmente de acuerdo a su sexo biológico, etc.)

Identidad de Género: Es la vivencia psíquica y emocional, obtenida mediante el proceso de identificación, de pertenecer al sexo masculino o femenino.

Sexualidad: Es la reunión en un solo punto del sexo - biológico, el sexo de asignación y la identidad de género.³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Expresiones (comportamentales) de la sexualidad: Entendemos como éstas, a todas las manifestaciones conductuales de la sexualidad y pregonamos deshechar los términos antes utilizados para hablar de las mismas, tales como: "desviaciones, aberraciones, variables, degeneraciones" ya que estos llevan una gran carga ideológica valorativa que los hace distar de ser conceptos científicos.

Expresiones gráficas de la sexualidad: Es toda manifestación explícita de lo sexual a través de dibujos, fotografía, cine, fonografía, pintura etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCEPTO DE SALUD SEXUAL COMO PARTE DE LA SALUD INTEGRAL.-

" Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor" OMS.

Según Mace, Bannerman y Burton, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

1. La aptitud para disfrutar la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con la ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiben la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.⁵⁴

En los últimos años mucho se ha ampliado el concepto de salud y se ha popularizado, el concepto de que es "el bienestar bio-psico-social", y dentro del cual la sexualidad es parte de las tres esferas, estrechamente interrelacionadas, por lo que incluirla en el término salud integral es lógicamente obligatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA Y EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.-

No es discutible el hecho de que nuestra sociedad constantemente se esta transformando. La familia también se esta transformando.⁵⁰

La interacción de sus miembros en un constante proceso de cambio a través del ciclo de vida familiar da a sus integrantes las características que determinarán los procesos dinámicos de esa interacción. Tampoco es discutible que día a día se esta tomando conciencia de la responsabilidad que representa ser miembro de una familia, Gracias a la "modernización" producto del sistema de producción vigente.⁶¹

Se ha definido a la familia como la célula básica en toda sociedad, por ello la sociedad tiene en la familia un aparato idóneo de manutención, manipulación, represión y transformación de la sociedad misma. La familia ha existido desde siempre. Desde los primeros seres humanos unidos por ciertas relaciones que se estudiarán posteriormente ya se les llamaba familia. El término familia proviene del latín "famulus" vocablo que significa esclavo doméstico,

La familia ha sufrido grandes modificaciones estructurales y funcionales a través de la historia, así algunos autores han clasificado a la familia en distintas etapas dependiendo de su estructura y su función a través de su evolución. Así encontramos a la familia con una etapa de promiscuidad inicial; la etapa de senogamia; la poligamia (a través de la poliandria y la poligineo); la familia patriarcal monogámica y finalmente la familia conyugal moderna.⁶¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros autores determinan tres clases de familias de acuerdo a dos importantes eventos en la historia de la humanidad. Cada una de ellas determinando una familia con características sociales, culturales, económicas y psicodinámicas - bien definidas: así, la primera familia humana, llamada también primitiva o arcáica aparece desde el Neolítico hasta - la revolución agrícola; la segunda familia llamada tradicional desde la revolución agrícola hasta la revolución industrial, y a partir de entonces la aparición de la familia conyugal o moderna, siendo ésta la que se ha caracterizado hasta nuestros días.⁴⁰

Leñero,³⁹ ha tratado de caracterizar a todos los tipos de familias mexicanas en diversos apartados tomando en cuenta una o más variables, como la estructura familiar, composición de la familia, lugar de residencia, clase social a la que pertenecen, lugar que ocupan en la relación de producción etc. Su estudio se ha obstaculizado por las tantas variables como las antes señaladas. Y se ha detenido a analizar los factores determinantes y los condicionantes para una clasificación que pueda ser válida, y que sea acorde a un contexto social plural.

De una manera o de otra, todos hemos vivido en familia. Tal vez no podamos definirla pero sabemos lo que es. A lo largo de la historia la familia ha venido respondiendo a las necesidades de los individuos que la integran y de la sociedad a la que forma y de la que forma parte.⁴³ No se escapa un hecho fundamental que ha caracterizado a este grupo humano a través de la historia: sus funciones esenciales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Referirnos a las funciones de la familia es describirla sustancialmente y diferenciarla de otros grupos humanos que han pretendido semejar la unidad familiar (internados, clubes etc.).

Los conceptos en las funciones familiares, también cambian a medida que se modifica la sociedad.

La primera distinción en las funciones familiares es el fenómeno de la reproducción. En la familia nacen biológicamente los seres humanos; se dice entonces que la familia tiene de a regular el ambiente de la reproducción. ^{1,13,16,35,39,60,61} Hablar de esta regulación en nuestra sociedad es hablar de un pasado histórico de la cultura occidental, de la influencia de la religión, de la corriente judeo-cristiana, de los cambios culturales del medioevo, de la colonización e independencia de América, de las grandes revoluciones, de la implantación y regulación de los sistemas de producción etc.

El regular en ámbito reproductivo y de la sexualidad en nuestra sociedad es no dejar pasar por alto lo que nuestra familia mexicana es hoy en día, definida socioantropológicamente y que resulta como producto del choque de diversas culturas: " ... es así como después de casi cinco siglos de conquista europea y cristiana, incluyendo cerca de dos de pretendida independencia y descolonización, tenemos una familia culturalmente de carácter híbrido que, sin embargo, responde aparentemente a una institucionalización formal de cultura occidental judeo-cristiana, pero que en el fondo vive aún una dialéctica no acabada entre el sentir indígena, de alguna manera representado por la subcultura femenina tradicional y la normatividad española, reflejada, a su vez en la subcul



tura masculina de tipo machista. La familia mexicana vive en su seno esta dialéctica de aculturación nacional...".⁴⁰

Leñero refiere que la función reproductora también admite variaciones, aunque éstas dentro de un margen. Los hijos no solo pueden generarse frecuentemente en función de las relaciones familiares básicas, sino también fuera de ellas. En algunos casos asegurada la procreación del heredero, la reproducción de los demás miembros de la familia llega a tener una importancia secundaria o marginal a la misma. Y en otros casos, efectuada la reproducción de uno o más hijos, la familia de origen consanguíneo o conyugal, puede asumir las consecuencias de la procreación, más que regular previamente su generación.³⁹ ¿Cuál es el número de hijos ideal para que la función de la reproducción sea cumplida?. Se viene manejando el sofisma de que el modelo de la familia nuclear es el óptimo para nuestra sociedad, y en el que la función de la reproducción se limita. Sin embargo la identidad nacional para la familia en función del modelo de la pequeña burguesía y clases superiores se estanca para producir modelos críticos y deformados socialmente. Los medios masivos de comunicación y la enajenación de la producción contribuyen a la desintegración social y familiar en su aspecto más negativo. En su aspecto más positivo es llamado "modernización" de ello surge el --slogan de "la familia pequeña vive mejor" (¿es esto válido -- para la familia rural?, que en nuestro país corresponden a -- más del 55% de las familias y que por su estructura corresponden al tipo de extensas, semiextensas y mixtas).⁴⁰

La segunda función esencial de la familia es la socialización, este término ha sido para los diferentes autores di-

fácil de definir por englobar aspectos subjetivos (procesos integradores de la personalidad),. Para unos la socialización del individuo no será más que la producción de sujetos que repliquen el sistema económico (producción-consumo)^{60,61} y - para otros será: capacitar a los seres humanos y llenarlos de experiencias vivas y emotivas, racionales y objetivas para que tengan una conducta social y una actividad productiva y darle así un sentido humanista a la vida.⁶⁰ La familia - renuncia a la socialización de los niños a una edad cada vez más temprana. La escuela, los medios de difusión y los grupos infantiles se ocupan cada vez en mayor medida de la guía y educación de los niños mayores: pero la sociedad no ha desarrollado aún fuentes extrafamiliares adecuadas de socialización y apoyo. Al individuo, a través de su socialización se le hace adquirir valores, creencias, mitos, costumbres - acerca de la cultura en que se desarrolla. Es a través de - la familia donde recibe la primera educación (un ejercicio constante de incorporación transaccional) y de ello perfilará su personalidad que le permitirá su relación social. Este proceso puede ser adecuado o inadecuado y en él va, desde - un complejo proceso de asimilación de pautas conductuales - hasta la significancia del proceso educativo formal.

La educación sexual se dá en el seno de la familia de manera implícita y forma parte del proceso de socialización.⁴³

El matrimonio en nuestra sociedad regula las características del comportamiento en el ámbito sexual de la pareja (y no solo representa una respuesta sexual entre ellos, sino es un medio para el conocimiento mutuo, la valoración y evaluación de la relación afectiva).

La retroalimentación de esta educación sexual continua y recíproca establece los roles sexuales. El establecer una educación sexual primaria en la familia es adjudicarle al individuo valores, juicios y preceptos con respecto al sexo. Si estos van acompañados de una carga valorativa intensa y negativa, de rechazo manifiesto a las expresiones comportamentales de la sexualidad, de sentimiento de culpa y vergüenza solo traducirá en el individuo limitación en su expresión afectiva y condicionará una serie de actitudes negativas a aquello que represente sexualidad.

Vemos entonces, como la familia es un elemento primario importantísimo de formación e integración en el perfil de la personalidad del individuo; que parte del proceso de socialización y que incluye la educación sexual del tipo informal, que trasenderá para la relación dinámica entre el individuo y la sociedad y que, de acuerdo a un adecuado o inadecuado proceso de integración emotiva y social le irá fortaleciendo o disminuyendo un conjunto de capacidades que le harán trascender o no como un ser humano en el sentido más amplio de la palabra.^{1b}

CONCEPTO DE NORMAL.-

Ya en otro apartado de generalidades hemos descrito como el individuo durante el proceso de socialización va a adquirir todos aquellos valores de su sociedad. Condicionamiento social que nace desde el seno de la familia y modelado -- por la mecánica del sistema educacional y administrativo extrafamiliar.

Las escalas de dichos valores se originan y a su vez originan diversas conductas del grupo social(de aquí, que -- sea necesario poder enunciar las conductas deseables o indeseables, o sea, los valores comunitarios.) Los conceptos de comportamiento sexual "normal" y "desviado" no pueden ser separados del sistema de valores de una determinada sociedad.⁷⁷

¿Cuál es la temperatura normal de un ser humano?.

¿Cuáles son las cifras normales de la tensión arterial?.

¿Cuál es el comportamiento sexual normal?.

Cuando hablamos de normal originalmente queremos decir, o que es algo que se ajusta a una norma, o que es algo que es frecuente.

El término "normal" surge estadísticamente, y solo denota descriptivamente la mayor ocurrencia de un fenómeno en una representación gráfica a la que se le ha dado por llamar campana de Gauss o curva de distribución de frecuencias.³

En el campo de la sexología para que existan "variantes" de la expresión sexual, es necesario que exista un patrón de

comportamiento reconocido como "normal", por lo tanto varian te será todo aquello que no corresponda a dicha normalidad.

El psiquiatra brasileño B.A. Ramadan,⁷⁷ dice " la conceptualización de normal y patológico tanto en medicina como en psiquiatría es casi siempre una tarea imposible y paradójico propuesta por el pensamiento Cartesiano". Rafael Mazín señala que el término "normal" se aplica a un estado ideal del ser humano: la salud. Fué así como gradualmente y en virtud de la influencia de la medicina sobre la sociedad, la idea de salud se equiparó a la de normalidad y la de enfermedad - en consecuencia a la de anormalidad, Este hecho fué traslada do a la conducta humana especialmente a la sexual.

No obstante en comportamiento sexual no es posible esta blecer un estado de salud en términos de integridad anatómica o funcional, por lo que la idea de normalidad o "salud" - y anormalidad o "patología" dependerá de lo que para el médico es aceptable o deseable.

La salud es un valor humano, por lo que se considera so cialmente "buena".

La enfermedad es otro valor humano y representa el con trasentido de la salud, por lo tanto es "mala".

Lingüísticamente se utilizan vocablos con dos sentidos para referirse a los objetos o sujetos, es decir semas descriptivos y semas valorativos. Los primeros y como su nombre lo dice delinea las características propias del sujeto u objeto, en cuestión, sin que conlleve sentimientos y emo-

ciones. Y los semas valorativos al referirse al objeto o sujeto se le da una carga estimativa, de sentimientos y emociones y en lugar de describirlo lo califican.³

El uso constante del lenguaje y la utilización de ambos tipos de semas no se escapan del lenguaje médico.

Una de las cualidades de la ciencia es que debe ser objetiva y no valorativa.

El término "normal" es esencial y originariamente un término descriptivo pero para el médico y como ya mencionamos es sinónimo de salud.

Cuando hablamos de comportamiento humano nos encontramos ante la difícil tarea de clasificarlos como normales por ser infinitamente variables. El profesional de la salud ante un comportamiento sexual no tenemos porque utilizar la palabra "normal" y es difícil que podamos utilizar la palabra sano y la palabra enfermo. En materia de sexualidad no se deben mezclar los valores propios con los de los demás. El enfoque en el campo de la sexología hacia este respecto es concreto y en el sentido más humanista tomando como base las declaraciones de Masters y Johnson⁴⁵ considera " que es aceptable y normal" cualquier tipo de práctica sexual en privado, que sea realizada entre adultos, con mutuo consentimiento y que no afecte los intereses físicos y afectivos de terceras personas.

Finalmente, para categorizar la conducta sexual deberá expectarse solo científicamente y en la medida que se pueda agrupar y asignar en atención a la observación directa y a

la descripción y no esperar en ello solo pautas deseables de comportamiento, que es una actividad más valorativa que descriptiva.

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.-

En México, los sistemas de atención médica, se orientan ya no solo hacia la medicina curativa sino también hacia la prevención, y esto mediante la educación para la salud, con el objeto de lograr un perfecto estado de bienestar bio-psi-co-social.

La formación de profesionales en el área de la salud, ha estado sometida a la influencia de lo logrado por otros países, sin tomar en cuenta las necesidades reales de nuestro país; como una respuesta a esas necesidades, se busca tratar de enmarcar al ser humano en un contexto biológico, psicológico y familiar, tratando de estudiarlo como un ser integral, pero dentro de esta perspectiva ¿ se contempla a la sexualidad y su educación?.

La sexualidad es el término que engloba integralmente - los aspectos biológicos, los psicológicos (identidad de género) y socioculturales del sexo, (sexo de asignación)². La sexualidad se enfoca desde aspectos muy variados que van desde vivencias personales, enfermedades, hasta fenómenos de tipo social y económico, pudiendo decirse que hablar de sexualidad es hablar del ser humano en su totalidad.

La educación de la sexualidad aborda los temas anteriores y en mayor grado es proporcionada de manera informal dentro del contexto social y en menor grado de manera formal a través de los diversos medios de educación primaria, media y superior, y a un nivel muy general poco énfasis en la misma. Varios autores han demostrado que la resolución adecuada de

La sexualidad implica necesariamente atención integral del paciente, redundando en un mejor estado de salud. Si bien la atención de los problemas socioeconómicos ocupan en -- nuestro país una de las necesidades prioritarias en su satisfacción, el ejercicio y el conocimiento de la propia sexualidad, con toda la responsabilidad que conlleva, implica una educación, que las más de las veces es proporcionada de manera informal llenas de juicios de valor y prejuicios arraigados en nuestra sociedad y generalmente de una manera poco objetiva y acientífica.

En nuestro medio, la educación sexual formal, se encuentra restringida a la que pueden impartir los profesores de enseñanza primaria, la mayoría pobremente preparados, con -- un carácter autoritario, religioso y negador de la sexualidad; en ocasiones la educación sexual la proporcionan el -- profesional de la salud con un marco teórico parcializado; con cierta frecuencia el sacerdote que cuenta con un acerbo de concepciones religiosas de la sexualidad con escaso carácter científico y fundamentadas en la interpretación dogmática de las leyes mosaicas y en las tradiciones judeo-cristianas o proporcionadas a través de los medios masivos de -- comunicación donde la sexualidad ocupa el lugar de un valor de cambio en una sociedad de consumo.

A pesar de la fuerte connotación coital que sugiere el término educación de la sexualidad, y que por ignorancia se piensa que puede derrumbar toda nuestra estructura ética y moral, una educación sexual tiene obligatoriamente que desmitificar, revalorizar y objetivizar a la sexualidad². El -- aspecto formativo de la educación de la sexualidad revela --

su verdadero valor en tanto que proporcione los aspectos benéficos o dañinos que el ejercicio de la sexualidad conlleva, ofrezca los elementos necesarios que por un lado permitan recoger la expresión comportamental de la sexualidad, que logre la plena realización del individuo en el marco sexual y que lo capacite para poder asumir decisiones responsables, -- mismas que tomará como elemento funcional de la dinámica de su propio grupo familiar, y que trascenderán en aspectos demográficos, económicos o sociales. Por otra parte será la familia, la sociedad y la religión quienes proporcionen los elementos normativos de tipo ético y moral correspondientes.

Hasta aquí se puede concluir que la formación de conocimientos y la reorientación de actitudes hacia la sexualidad recaen sobre dos elementos indispensables que son, básicamente: el educador sexual por un lado y la familia, la cultura y la sociedad por el otro, y que cualquier intento de educación sexual debe comenzar al menos, de manera ideal con el individuo y la familia, con la consideración de que educación de la sexualidad es también educación para la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTORIA DE LA SEXUALIDAD.-

La historia de la sexualidad humana se remonta a la misma aparición del hombre en la tierra, poco sabemos de nuestros más antiguos antecesores, y los pocos conocimientos al respecto son deductivos; pero, es claro que remotamente la forma de vivir del hombre no se diferenciaba de la forma de vivir de los animales; no se conocían restricciones sexuales como ahora las conocemos, y evolutivamente, las conductas y conceptos respecto a la sexualidad y reproducción han ido cambiando de acuerdo a las particularidades socioculturales de cada pueblo: y así tenemos algunas observaciones de aspectos de la sexualidad a través de los tiempos.

Con el Neolítico(último periodo de la prehistoria), el hombre empieza a producir sus propios alimentos, a domesticar animales, y busca albergue fijo, a este periodo corresponde la aparición de la familia, la religión, la propiedad privada y el estado en su forma más incipiente. Antes de este periodo se dedicaba a las mujeres y a la maternidad - y es en el Neolítico donde se empieza a reconocer el papel masculino en la reproducción, la mujer nunca dominó al hombre y paulatinamente fué más grande la división entre el hombre y la mujer, pasando ésta a ser objeto servicial, sexual y reproductivo.

Civilizaciones antiguas.-

Diversos comportamientos sexuales como: el incesto, - adulterio, homosexualidad, concubinato, masturbación, zoolofilia, etc; fueron en ocasiones aceptados, reprimidos, cas-

tigados, fomentados y hasta deificados o motivo de adoración de acuerdo a las condiciones culturales, económicas, religiosas de cada pueblo. Incluso en la misma época y dentro de la misma cultura eran antagonistamente observados de acuerdo a la clase social de sus practicantes.

Y así tenemos lo siguiente: En Egipto, donde los faraones tenían que casarse con una mujer de su familia, el adulterio se castigaba con rigor. La familia era monogámica y sin embargo el concubinato era una institución socialmente aceptada. La mujer podía ascender al trono y ocupaba socialmente un lugar envidiable respecto a otras culturas antiguas.

Los Asirios, consideraban a la mujer como un bien inmueble, ésta y sus hijos podían ser vendidos. Se aceptaba la poligamia así como el derecho al divorcio en el hombre. Las mujeres casadas se cubrían el rostro en público. Las creencias religiosas eran muy arraigadas y por ejemplo; en ofrenda a la Diosa Melita, las mujeres Babilónicas tenían que entregarse a un extranjero una vez en su vida.

En el Oriente antiguo: Los Hebreos se reglamentaban estrictamente en tabúes; las leyes dictadas por Moisés y contenidas en el Pentateuco, Levítico reprobaban casi absolutamente las prácticas sexuales, en particular las que incluso se ejercían como culto a los Dioses en el templo (masturbación, prostitución, Zoofilia). El Hebreo nos proporcionó gran parte del fondo religioso y moral del cristianismo imperante hasta en nuestros tiempos en el mundo occidental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

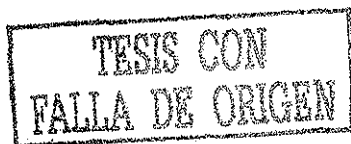
Culturas Grecoromanas.- El sensualismo, el amor como deseo físico y emotivo, el racionalismo, la supremacía del estado y la glorificación del pueblo, fueron muy significativos y características de estas culturas. Y aún así el concepto de moralidad variaba de un pueblo a otro: Para los Espartanos el adulterio era estimulado, para los Atenienses en cambio ocultaban a sus esposas, y así en Atenas importante ciudad de la cultura Helénica la mujer era sometida por el hombre. La moralidad de los romanos solo obedecía al concepto patriota. En esta ciudad se acrecentó la prostitución y la homosexualidad, esto probablemente se debió a que la cultura grecoromana no reconocía socialmente a la mujer.

Edad Media.-

En la Edad media se impuso el cristianismo en occidente y este consideraba a la actividad sexual como un mal necesario para perpetuar la especie. Fuerón las normas sexuales rígidas y muy estrictas con menosprecio de la mujer. En los siglos XII y XIII, la indiferencia hacia la mujer se fué suavizando y al final de la edad media se idealizó a la mujer dentro de un amor místico.

En la India, hacia el siglo IX, surgió una forma de religiosidad íntimamente ligada al sexo: "el Tantrismo, que consideraba una unión cósmica de dos principios divinos que se revivía en la tierra cada vez que un hombre y una mujer se unían sexualmente".

Renacimiento.-



Con el cambio de la sociedad agraria feudal a urbana e i niciadora de la sociedad industrial; se pasó del pensamiento cristiano de la sexualidad al del amor humano; donde el pla-- cer y el amor sexual son vitales, aislándose poco a poco el - pensamiento de culpa hacia lo sexual y recuperándose la natu-- ralidad del acto, Ejemplo de esto es el florecimiento artis-- tico con cuerpos humanos desnudos.

La Industrialización: con el advenimiento de la maquina-- ria, el desplazamiento del trabajo humano y el capitalismo; - hubo un cambio en las relaciones humanas donde la importancia del hombre ahora, radicaba en su participación productiva. Eg to y sus consecuencias económicas y sociales contribuyeron a considerar la mercantilización, inclusive de la sexualidad. - La familia, y el amor conyugal como un contacto físico, fué - a crear una crisis en la institución matrimonial. Paralelamente y esto en beneficio de la situación social de la mujer és ta se incorporó activamente a la sociedad mostrando el valor de sus capacidades en diversos campos.⁵²

Por otro lado, y en cuanto a los datos históricos resp-- pecto a la sexualidad en México, sabemos de algunas notas de la etapa Precolombina.

Al igual que en el resto del mundo antiguo; las diferen tes manifestaciones de la sexualidad fueron vistas a través de diferentes valores, conceptos y costumbres y en ocasiones algunas de éstas, fueron glorificadas, habituales, institu-- cionales, vergonzosas y repudiadas y/o castigadas hasta con la muerte. Inclusive en una misma cultura y en diferentes - condiciones de la vida espacio temporal de individuo, una -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

misma conducta sexual podía ser antagónicamente vista.

Entre los mayas y Olmecas se consideraba que el ejercicio de la sexualidad hacía débil e imperfectos a los individuos con lo que justificaban la castración de los nobles (-sacerdotes, y semidioses), y se decía " El tuch (ombigo) - que te nutrió en el vientre de tu madre, separa las partes nobles de las innobles; que en tu cámara baja tienes conteniendo los intestinos llenos de excrementos, tu ano, tu sexo que te hará débil cuando lo satisfagas y también tus extremidades inferiores pegadas al suelo. En la parte superior está tu corazón, tus fuelles que toman el aire, tu voz, olfato, oído y pensar".

La homosexualidad tanto masculina como era aceptada, los homosexuales masculinos eran especialmente reconocidos por sus méritos entre los artistas, arquitectos, y maquinistas. El gobierno de Palenque era considerado como un gobierno básicamente dirigido por homosexuales, donde se amaba la rudeza, fuerza y decisión masculina. A la homosexualidad femenina se le consideraba llena de belleza, ternura y sensibilidad humana, ritualmente se ejercía como una práctica de preparación para las jóvenes futuras concubinas de los nobles, sacerdotes o dioses, enseñándoles el arte de "amar" y proporcionar placer. Esta preparación era dirigida por las concubinas de mayor experiencia, quienes les enseñaban el culto de la belleza corporal, el conocimiento del cuerpo y de las zonas de mayor placer para sí y para su próximo compañero, actos durante los cuales disfrutaban abiertamente de la homosexualidad.

También se creyó en el efecto "afrodisíaco" de algunos vegetales como hongos, mismo que eran utilizados irregularmente y básicamente por los nobles.

El incesto era permitido como rito antes de que las hijas se casaran siendo una obligación religiosa y social de los padres.

El Concubinato era social y políticamente bien visto, era común recibir como presente para los nobles el regalo de una o varias concubinas por pueblos amigos, y el no aceptarlas o el no culminar sexualmente el acto era una gran ofensa política.⁶⁹

Por otro lado y en general el adulterio era por estas culturas inclusive la azteca, severamente castigado, se solía matar a pedradas en la cabeza al adúltero y exhibirlo públicamente.⁶⁴

Sin embargo las estrategias políticas, tenían previstos diversos aspectos de la conducta humana que merecían la atención de los gobernantes para la estabilidad socio-política y económica. Se consideraba " Que el hombre no conspira cuando tiene sexo, fiesta y maíz" por lo que al respecto, periódicamente se realizaba la fiesta de "Kuyab", fiesta necesaria para desahogar el cuerpo y en las cuales había abundante bebida, se realizaban bailes eróticos, provocativos y -- muy sensuales con imágenes fálicas que eran veneradas, se permitía el intercambio de pareja y cualquier tipo de manifestación sexual. A estas fiestas solo se les permitía asistir a los hombres adultos y/o casados y todas las mujeres -

no vírgenes.⁶⁹

Los Aztecas, tenían una visión económica y política en cuanto al crecimiento de su pueblo, por lo que se llevaba un control del mismo de acuerdo a las necesidades que se vivían; se practicaba el aborto (golpeándose el abdomen de las embarazadas, con infusiones) y también se permitía el infanticidio como medio de control de la reproducción.⁶⁴

En diversos pueblos antiguos de México, era visto como parte de la vida cotidiana la existencia y ejercicio de la prostitución, las mujeres dedicadas a ella se pintaban el rostro de un color especial y se vestían en forma diferente a las mujeres casadas o vírgenes, y sus servicios eran principalmente destinados a los guerreros y se consideraban necesarias en la sociedad.

Volviendo a Palenque, donde se ejercía un culto fálico predominante; algunos hombres se sometían a dolorosas intervenciones quirúrgicas en el pene y glande, como tributo y adoración al Dios falo, algunos se hacían tatuajes que orgullosamente lucían en la erección, otros se hacían cortes al rededor del glande para que este quedarara como flor, lo cual era de prestigio.⁶⁹

Con la Conquista y la colonia se vinieron a cambiar los valores morales y religiosos de nuestros pueblos imponiéndose el cristianismo con hierro y sangre, creando un gran desajuste del indígena ante la nueva cultura en la que se vieron sometidos e ignorantes. A partir de lo cual tuvieron que aculturizarse y trasculturizarse para sobrevivir, modificando



patrones de cultura previos. Imponiéndose la moral cristiana característica, aún hasta nuestros días del mundo occidental.

No obstante; el mestizaje de raza y cultura puso su especial toque modificando al indígena y mestizo quienes en generaciones posteriores no conservaron ni absorvieron una sola escala de valores y costumbres, surgiendo progresivamente los estereotipos tan "sui generis" del mexicano.

Fenómenos posteriores como la Independencia y la Reforma (quien le resta valor social y jurídico a la religión), así como la Industrialización y la paulatina y progresiva dependencia de Latinoamérica de culturas externas económicamente poderosas, que nos influyen a su favor, imponiendo conductas sociales, modas y necesidades creadas. Y por otro lado - los avances científicos, dan a nuestro país y a la sexualidad de los mexicanos sus tonos tan característicos combinados con otros tan universales como el hombre mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANATOMIA SEXUAL HUMANA.-

Muchos de nosotros combinamos un vivo interés por los -
 órganos sexuales con una tendencia igualmente compulsiva ya
 sea para negar ese interés o para avergonzarnos de él.

A muchas personas los órganos sexuales no les parecen -
 ni bellos ni atractivos sexualmente cuando se observan en --
 forma directa. Para la mayoría de nosotros, a fin de enten--
 der las funciones sexuales es útil cierto conocimiento de la
 anatomía sexual, en particular de los genitales.

Los órganos genitales pueden estar a la mano y a la vis
ta (genitales externos), pueden estar a la mano sin ser visi
bles (genitales internos).

El transporte de orina al exterior desde la vejiga se --
 realiza a través de un conducto llamado uretra. Esta desembo
 ca en un sitio muy cercano al vestíbulo del conducto por don
 de sale la menstruación llamado vagina. En el varón la uretra
 es un conducto común para la orina y el semen. Es también lu
 gar donde se mezclan los componentes que integran el semen.
 Al llegar dichos elementos a la incrucijada urinario-seminal
 se contrae involuntariamente un músculo llamado esfínter de
 la vejiga que impide el paso de orina de la vejiga a la ure-
 tra.

La uretra masculina siendo órgano interno se hace exter
 no y discurre en el interior de los cuerpos cavernosos. La -
 estructura de estos cuerpos permite contener cantidades va--
 riables de sangre y cuando la plétora sanguínea es total el
 pene se erecta.⁵

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

El pene para su estudio se divide en tres porciones: - raíz, cuerpo y glande. El cuerpo esta constituido por los 3 cuerpos cavernosos. El glande es un ensanchamiento del cuerpo cavernoso de la uretra. En los individuos no circuncidados el glande se encuentra cubierto por un repliegue de piel llamado prepucio. Cuando el pene esta erecto el prepucio se retrae y queda al descubierto el glande.

Los genitales externos femeninos son: Labios mayores, labios menores, clitoris y el vestibulo de la vagina. En algunas mujeres el introito vaginal esta parcialmente ocluido por una membrana conocida como himen.

La vagina es un conducto que posee una cavidad virtual, y músculo liso en los tercios medio e interno y músculo estriado en el tercio externo. Hasta la fecha no se han observado glándulas en las paredes vaginales. La membrana que tapiza a la pared vaginal es estratificada.^{3,55}

En el tercio interno de la vagina penetra parte del útero llamado cuello uterino.

Los genitales internos femeninos son: vagina, útero, -⁵⁵ tubas uterinas y ovarios.

En ovarios se producen la maduración de las células precursoras de óvulos, además de hormonas como los estrógenos y la progesterona. Los óvulos maduros son liberados por los ovarios (ovulación) y captados por las tubas. Si la mujer -- fué inseminada los espermatozoides llegan hasta las tubas y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ahí se produce la fecundación. El producto de la fusión del óvulo y espermatozoide es transportado por la tuba hasta el interior de la cavidad del útero y ahí se produce el desarrollo del nuevo individuo.⁴⁶

Los espermatozoides se producen en los testículos, que se encuentran contenidos en el escroto (bolsas de piel que se hallan suspendidas por la raíz del pene). Los testículos también producen hormonas fundamentalmente, andrógenos de los cuales la testosterona es la más importante.⁴⁷

La estructura básica del testículo es sumamente simple. Es un conjunto de finísimos túbulos plegados sobre sí mismos y rodeados por una cápsula fibrosa inextensible, la túnica albugínea; en los intersticios se encuentran las células productoras de andrógenos, las células intersticiales. La función de los túbulos en contraste, es la producción y maduración de espermatozoides; al finalizar este proceso, (espermatogénesis) los espermatozoides son transportados en el interior de los túbulos hasta conductos comunes donde desembocan todos ellos. Estos conductos comunes abandonan el testículo y constituyen el epidídimo que se "monta" sobre el primero y da origen al conducto deferente. Y este se dirige hacia el conducto inguinal. El conducto deferente desemboca en las vesículas seminales y estas dan origen a los conductos eyaculadores que llevan a los espermatozoides a la uretra. Los conductos eyaculadores atraviesan la próstata y esta rodea a la uretra inmediatamente por abajo de su lugar de origen en vejiga y vacía sus secreciones a la uretra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El semen está constituido por el líquido producido por -
próstata y vesículas seminales, el cual se une a los esperma-
tozoides.

Por debajo de la próstata se encuentran dos pequeñas g-
glándulas que vierten sus secreciones a la uretra, se denomi-
nan glándulas bulbouretrales que lubrican el conducto uretral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIFERENCIACION Y DETERMINACION SEXUAL.-

La fecundación en el fenómeno que consiste en la unión del óvulo con el espermatozoide; y ocurre en la mayoría de los casos en el tercio externo de la tuba uterina. Se calcula que existe un depósito de alrededor de 200 a 300 millones de espermatozoides durante la cópula y generalmente solo uno se necesita para la fecundación.^{36,29,32.}

Es importante señalar el hecho de que, los espermatozoides adquieren su motilidad gracias al líquido seminal, sin embargo, estos aún no son fecundantes. Los espermatozoides al entrar en contacto con el líquido seminal asimilan sustancias metabólicas que aseguran su supervivencia (entre estas se ha identificado la fructuosa secretada por la próstata). Se dice entonces que la célula masculina es ya madura al adquirir su motilidad pero adquiere su capacitación horas después de permanecer en el trato genital (Chang). Al respecto se dice también que este es un fenómeno reversible, ya que puestos otra vez en presencia de líquido seminal o un diluyente clásico los espermatozoides pierden su poder fecundante al instante.²⁹

Dadas las características del proceso de la gametogénesis, los espermatozoides portarán solo un número haploide de cromosomas, es decir tendrán 22 autosomas y un cromosoma sexual o gonosoma y este puede ser cromosoma "X" o cromosoma "Y".

Los cambios que intervienen a nivel del acrosoma de los espermatozoides capacitados al entrar en contacto con la membrana ovular van a condicionar su poder fecundante final

mente (Lillie, Hiramoto, 1962)²⁹

Se han evidenciado dos sustancias que intervienen de manera directa en la fecundación: La fertilisina y la antifertilisina. La primera llamada también sustancia espermopuliva impide la aproximación de los espermatozoides al óvulo y la segunda, también secretada en el tracto genital ejerce la acción contraria. Estas dos intervienen en distintas fases del proceso de la fecundación.²⁹

Para el óvulo sucede lo mismo que para el espermatozoide durante la ovogénesis y debido al proceso de la meiosis - el ovocito también va a adquirir un número haploide de cromosomas y un solo cromosoma sexual que en todos los casos será el cromosoma "X".

En el momento de la ovulación, el óvulo se rodea de envolturas más o menos importantes. Aparece una membrana pelúcida gruesa y en general las células granulosas del folículo ovárico constituyen la corona radiada. El espermatozoide debe atravesar esta envoltura además de la membrana pelúcida y la membrana plasmática del huevo.

Los cambios físico químicos del acrosoma del espermatozoide durante la capacitación corresponde a una especie de desenmascaramiento de la enzima hialuronidasa. Esta va a disolver el ácido hialurónico que mantiene la asociación de las células de la corona radiada. La membrana pelúcida que rodea al ovocito ofrece el segundo obstáculo: interviene una segunda sustancia, la espermolisina (Thibault y Dauzier). - Los espermatozoides más capacitados permanecen aplicados contra la membrana pelúcida pero no la atraviesan.²⁹

El núcleo del espermatozoide aumenta de tamaño y forma el pronúcleo masculino. Antes de fusionarse los pronúcleos cada uno de ellos duplica el DNA. Se produce entonces la fusión de los pronúcleos y se reintegra así el número de cromosomas, listos para la división celular.

La fecundación establece así las siguientes consecuencias biológicas:⁴⁷

1. Reintegración del número diploide de cromosomas de la especie.
2. Determina el sexo cromosómico del individuo.
3. Produce la diversificación de la especie (al recibir información genética de dos líneas diferentes).
4. Da inicio a las divisiones de segmentación.

Una vez que ha quedado determinado el sexo del producto a nivel genético, el cigoto (que es una célula poco diferenciada y totipotencial), inicia su proceso de división celular o de segmentación. Alrededor de 90 horas después de la fecundación se produce la primera división de segmentación. De todo el proceso de diferenciación celular, se van a formar en el embrión tres capas de células, el endodermo, el mesodermo y el ectodermo, y a partir de ello van adquiriendo gran poder de especialización.³⁶ El aparato genital humano proviene del mesodermo.

En la cuarta semana de desarrollo embrionario se aprecia ya la primera manifestación de las gónadas, a través de los pliegues o crestas gonadales o genitales. Durante la sexta semana -- aparecen las células germinativas en los pliegues genitales (en caso de no llegar a estos pliegues las gónadas no se desarrollarán). Se dice que estas células tienen influencia inductiva so

bre el desarrollo de ovarios y testículos. Dependiendo de la fórmula cromosómica que posea el producto, estas células adoptarán una conducta de formación ya sea gónada masculina o femenina. Existe un periodo indiferenciado de la gónada, es decir, aquella donde los cordones sexuales primitivos se encuentran unidos al epitelio de la superficie.³⁶

En la misma sexta semana, a la par de las crestas genitales aparecen dos pares de conductos: los conductos mesonéfricos o de Wölff, y los conductos paramesonéfricos o de Müller. Previamente, la gonada ya diferenciada en testículo o de ovario (que corresponde al nivel gonadal de diferenciación sexual) aproximadamente a la octava semana inicia su función secretora. El testículo a través de las células intersticiales empiezan a producir andrógenos y esta hormona estimula los conductos mesonéfricos a desarrollarse, dando origen a epididimos, conductos deferentes y vesículas seminales. Al mismo tiempo, el testículo fetal produce una sustancia llamada inhibina, que estimula a los conductos paramesonéfricos evitando su desarrollo, los cuales se atrofiarán posteriormente.

En caso de que no existan los andrógenos, desaparecen las estructuras mesonéfricas, y se desarrollan los conductos paramesonéfricos, fusionándose por el centro, dando origen a las tubas uterinas y al útero. El ovario fetal no produce secreción de hormona alguna. Esto asume una importancia reelevante, ya que como mencionamos anteriormente, solo basta la ausencia de andrógenos circulante, para que el producto adquiriera características femeninas en caso de que su fórmula cromosómica sea XX.

A lo anterior, es a lo que se le ha llamado nivel endocrino de diferenciación sexual.⁴⁷

Por otra parte, aproximadamente a la tercera semana, y a partir de células mesenquimatosas se va a formar el tubérculo genital. Si hay andrógenos circulantes, este tubérculo empieza a crecer para formar el pene y los pliegues genitales se fusionan por el centro para formar el escroto. En ausencia de andrógenos circulantes, no hay fusión de estos pliegues y esto va a dar origen a los labios mayores y labios menores, el tubérculo genital no crece y va a dar origen al clitoris. Esto corresponde a un cuarto nivel de diferenciación sexual, llamado también nivel genital externo.

Existe un quinto nivel de diferenciación sexual, que es - mas social que biológico: independientemente de la concordancia que exista entre los cuatro niveles antes señalados, corresponderá a la asignación del sexo en base a sus genitales externos en el momento de su nacimiento.⁴⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESPUESTA SEXUAL HUMANA.-

La fisiología del coito y del orgásmo han sido descuidados demasiado en la investigación médica; su conocimiento es importante para poder detectar disfunciones, que involu--cran al individuo y a la pareja.

Se llama estímulo sexual efectivo a aquel que es capaz de producir respuestas muy específicas en los órganos sexuales del ser humano, que conllevan cambios de ánimo, manifestados por el aumento paulatino de la tensión muscular, misma que en un momento dado ha de ser aliviada mediante contracciones mioclónicas, rítmicas, acompañadas de sensaciones placenteras en una experiencia eminentemente subjetiva y que conocemos como orgasmo. La fenomenología resultante de la interacción de un individuo con un estímulo sexual efectivo es conocida como respuesta sexual humana y tiende a poner al individuo en condiciones óptimas para la unión coital y/o con la finalidad de obtener placer sexual promovido por toda una unidad sensorial. Los fenómenos fisiológicos primarios observados en la primera mitad de la respuesta son la vasocongestión y la miotonía, culminando en la segunda parte con el fenómeno principal de las contracciones mioclónicas seguido -- del periodo de relajación y regreso a las condiciones basales. Masters y Johnson (1966) estudiaron la respuesta sexual humana y la dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.^{45,3}

Mecanismos neurofisiológicos:

Se han realizado escasos estudios en este campo y primordialmente en individuos del sexo masculino; sin embargo,

ya existen estudios específicos para cada sexo. Ante un estímulo sexual efectivo que puede ser exteroceptivo (si es que es producido por agentes externos) o interoceptivo (si es -- producido por los procesos mentales), se puede producir erección. Se sabe que las estructuras involucradas a nivel de -- centros superiores son: el sistema límbico, y algunas áreas del tálamo y el hipotálamo, (Mac Lean, 1963). Las vías eferentes parten desde el área septal a una región en la unión -- del puente y la médula oblongada, hasta una posición lateral creyéndose que de ahí parten a lo largo de las columnas laterales de la médula espinal, en íntima unión con las vías piramidales, estas hacen relevo a dos niveles: El primero en -- los segmentos T12 y L1 (centro toracolumbar de la erección) y el segundo en los segmentos sacros S2, S3, y S4 (centro sacro de la erección), emergiendo ramas parasimpáticas, que -- han dado en llamarse nervios erigentes, dando inervación a -- su vez al detrusor de la vejiga al colon distal y al recto.-- La vía aferente a este nivel lo constituyen los nervios pudendos, A nivel del centro toracolumbar se han encontrado -- fibras de tipo adrenérgico y colinérgico. Weiss (1978), considera que existe la posibilidad de que el mediador colinérgico sea activado selectivamente por estímulos de tipo psicógeno. No se conoce en realidad el mecanismo del orgasmo a este nivel y casi no se sabe nada con respecto a otros fenómenos como el de la lubricación en la hembra². Las fases de Masters y Johnson se describen brevemente en los siguiente párrafos:

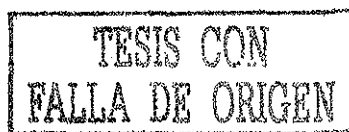
Fase de excitación:

Las principales características de esta fase son la va-

socongestión y la miotonía, siendo la primera consecuencia del aumento del flujo sanguíneo al área genital. Los efectos primordiales son la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer, atribuidos a la ingurgitación de plexos cavernosos en el primero y "trasudado" en las paredes vaginales a través de los plexos venosos en la mujer. Se ha emitido la hipótesis de que dadas las características del epitelio estratificado vaginal, dicho trasudado es originado por unidades secretorias diseminadas por el epitelio de la vagina y que corresponderían a la próstata en el varón.³ En la mujer se observa en la nulípara aplanamiento, separación y elevación de los labios mayores en tanto que los menores y el clítoris se congestionan importantemente. La coloración de la vagina se oscurece, el útero se verticaliza y la elevación cervical produce dilatación bulbosa del tercio interno de la vagina. En el hombre se produce un acercamiento testicular al abdomen como consecuencia de la contracción cremasteriana y del darthos. Se ha observado además una erección inconstante de la tetillas en el hombre y congestión regular de los pezones y aréola en la mujer. Se puede ver un eritema inconstante en la piel del tórax y abdomen. Como fenómeno más frecuente a nivel sistémico hay taquicardia e hipertensión; su elevación es paralela al aumento de la tensión sin relación con la técnica de estimulación.

Fase de meseta:

Se le considera como una fase de transición. Su duración es variable, pero generalmente es mayor en la mujer que en el hombre, y se encuentra influida particularmente



por el tipo de estimulación. Continúa la congestión de labios; los menores adquieren una coloración (rojo vino profundo) "piel sexual", que se considera premonitoria del orgasmo. El clítoris se retráe por acción de los ligamentos cruzales, suspensorios y músculos isquiocavernosos. En el tercio externo vaginal se forma la plataforma orgásmica, -constricción fisiológica de los músculos perivaginales. La verticalización uterina produce la máxima expansión bulbosa vaginal (efecto de "tienda de campaña") y la dilatación mamaria llega al máximo. El sistema muscular presenta contracciones involuntarias tanto en cara como en miembros inferiores (contracciones en garra de los ortejo) y por lo general son generalizadas. El pene aumenta su diámetro a nivel de glande; las glándulas bulbouretrales producen unas gotas de líquido mucoso (emisión preeyaculatoria). La frecuencia cardíaca se eleva en ambos sexos entre 100 y 180 latidos por minuto; la presión arterial sistólica se elva entre 20 y 80 mm de Hg; la diastólica entre 10 y 40 mm Hg. La repercusión hemodinámica debido a la respuesta sexual humana ante un estímulo sexual efectivo que conlleve o no al orgasmo no altera funcionalmente al organismo más de lo que lo alteraría un ejercicio moderado como subir escaleras.²²

Fase de Orgasmo:

Es considerada como la fase liberadora de la tensión muscular así como la resolución de la vasocongestión de las etapas previas, llevada a cabo mediante contracciones de carácter mioclónico que se producen con una frecuencia de 0.8 segundos, constando de aspectos, subjetivos, psicológicos y sociales.³ El orgasmo femenino consta de los siguientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tes componentes subjetivos: sensación de suspensión momentánea que es seguida por una invasión de una percepción sensual orientada al clítoris pero irradiada a la pélvis; el siguiente estadio se caracteriza por sensación de calor que se inicia en la pélvis y se generaliza a todo el cuerpo, con un estadio final de sensación de contracciones involuntarias focalizadas a la vagina y pélvis. La frecuencia de las contracciones en la mujer es de cinco a doce veces. El útero presenta contracciones siguiendo el patrón del triple gradiente. En el sistema muscular parece encontrarse pérdida del control muscular y se producen contracciones de varios músculos incluyendo el esfínter anal. En el varón se encuentran dos etapas del proceso eyaculatorio: la expulsión del sustrato del semen desde los órganos accesorios (conducto deferente, epidídimo, vesículas seminales y próstata) hasta la uretra prostática, -- siendo esta expulsión la causa de la sensación de la inevitabilidad eyaculatoria. La segunda etapa la constituyen la progresión del líquido seminal desde la porción prostática de la uretra hasta su salida a través del meato uretral vía uretra peneana. Durante esta segunda etapa existe la sensación de contracciones recurrentes del esfínter de la uretra; también se describe la producida por la apreciación específica del volumen del eyaculado. Se ha correlacionado la lentitud del paso del eyaculado con la intensidad del orgasmo, no así con el volumen. La multiorgasmia en la mujer así como en el hombre es un fenómeno documentado siendo en el segundo un -- fenómeno de orgasmos múltiples que es seguido por una eyaculación.³ En ambos sexos no hay cambios con respecto a la fase de meseta. Tan solo con la frecuencia cardíaca esta se eleva de 110 a 180 latidos por minuto y la presión arterial sistólica se eleva entre 30 y 80 mm Hg; La diastólica entre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20 y 40 mm Hg.

Fase de resolución:

En términos generales consiste en la involución de los fenómenos presentes en las fases anteriores lo que lleva - al retorno a las condiciones basales. En la mujer se observa descongestión de los labios mayores y menores, con detumescencia de la plataforma orgásmica y el relajamiento de las paredes vaginales. El útero vuelve a su posición original, cayendo el cérvix en lo que se ha llamado poza seminal. Las mamas se descongestionan y la miotonía se pierde gradualmente. Aparece una capa de sudor por todo el cuerpo. Las cifras de frecuencia cardíaca y tensión arterial vuelven a la normalidad. El pene sufre detumescencia en dos fases, se observa descenso de testículos y en general se aprecian los mismos cambios en las manifestaciones sistémicas en la mujer. Se observa un periodo refractario, el cual es exclusivamente en el hombre y no en la mujer, en el cual la reestimulación efectiva a altos niveles de tensión sexual solo es posible - al terminar este periodo. La mujer tiene una respuesta potencial que le permite volver al orgasmo en cualquier punto de la fase de resolución, si se le estimula efectivamente. 45,3,32.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISFUNCION SEXUAL.-

El término disfunción sexual implica una alteración en el funcionamiento, en este caso una alteración persistente de la respuesta sexual de alguna persona. Las disfunciones sexuales serían el prototipo de aquellas alteraciones que a causa de los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad producen un sufrimiento silencioso en los individuos.

Para las disfunciones existen diversas clasificaciones en atención a distintos factores pero siempre será mejor una clasificación que guarde una estrecha correlación fisiológica dado que de esta manera, implica el correlato fisiopatológico que sustentará la terapéutica. Se propone un orden en las disfunciones, que, siendo alteraciones de la respuesta sexual se basa en las distintas fases de la misma.

1. Disfunciones de la fase de estímulo sexual efectivo (apatía sexual y disritmia sexual).

La apatía sexual es aquella disfunción en la cual el umbral de respuesta se eleva. Existe una falta de interés por parte de la pareja en la relación sexual. Un factor muy importante para mantener el deseo sexual es la satisfacción obtenida del coito mismo. En su forma más leve la apatía sexual es simplemente indiferencia. Más a menudo la apatía sexual es parte de una indolencia general tal vez resultante de causas externas concretas o de una depresión general que refleja conflictos internos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La apatía sexual puede resultar en muchas ocasiones selectiva, es decir que sólo exista con la pareja permanente y no sea así con otras parejas.

Incomunicación, tedio e indiferencia son tres causas comunes de la apatía sexual.

Disritmia sexual.- Esta disfunción existe básicamente a partir de una diferencia en los componentes de la pareja respecto a la frecuencia con que se desea o se obtiene satisfacción de las relaciones sexuales. Esta disfunción no necesariamente aparece después de un lapso prolongado puede establecerse desde la constitución de la pareja.^{3,4,32,48}

2. Disfunciones de la fase de excitación o vasocongestiva (falta de lubricación vaginal e incompetencia eréctil).

La disfunción en decremento de esta fase en la mujer sería la falta de lubricación ya que es la manifestación fisiológica sobresaliente en ella, en la fase vasocongestiva. Es importante señalar que pueden existir disfunciones de una fase que no necesariamente afecten otra. Una mujer que no lubrica puede conservar la funcionalidad en la fase mioclónica y por tanto sí tener orgasmo.

De hecho no existe en esta fase una disfunción como tal en la mujer, en incremento, (exceso de lubricación) aunque esto puede ser factible.

Incompetencia eréctil.- Además de la simple incapacidad para tener una erección, el término incluye erecciones parciales o débiles, incapacidad para so

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tener una erección el tiempo suficiente para penetrar, La eyaculación precoz, así como la incapacidad eyaculatoria se estudian en las disfunciones que se presentan en la fase de meseta.

Incompetencia eréctil primaria: Es la incapacidad de tener una erección adecuada, que se presenta en un individuo desde siempre y que le ha impedido la realización del coito. Las causas que con mayor frecuencia han generado este trastorno son: influencia materna desagradable, ortodoxia religiosa intensa, implicación homosexual, experiencia que ha dejado cicatrices emocionales no gratas con una prostituta.

Masters y Johnson observaron dos características en todos los enfermos de incompetencia primaria tratados por ellos y que son: el temor y una sensibilidad extraordinaria a influencias psicológicas.

Incompetencia eréctil secundaria: Aparece en algún momento específico de la vida, después de haber tenido una competencia sexual satisfactoria.

Según estudios por Kinsey, la incompetencia eréctil secundaria aparece en uno de cada cien hombres de menos de 35 años de edad. Los mismos estudios señalan que a los 70 años una cuarta parte de los hombres sufren de ella.

Masters y Johnson han reunido las siguientes causas de "impotencia" secundaria: antecedentes de eyaculación prematura, excesivo consumo de alcohol, dominio paterno o materno, ortodoxia religiosa inhibitoria, conflictos homosexuales y asesoramiento sexual inadecuado.

La incompetencia resultante de causas psicológicas



también puede ser general o específica a ciertas situaciones o interacciones.

Otros autores consideran dentro de esta misma fase las siguientes disfunciones: La erección incompleta interrumpida y ausente.

Erección incompleta: es aquella en la que no existe rigidez completa del pene, y según el grado en ocasiones será posible la introducción del pene a la vagina o no será posible dicha introducción. En otras ocasiones la erección es completa pero una vez que se inicia el coito el pene pierde la rigidez y puede quedar flácido (erección interrumpida). El trastorno impide continuar el coito.

En un grado mayor, el trastorno impide la erección desde un principio a pesar de las excitaciones recibidas (erección ausente).

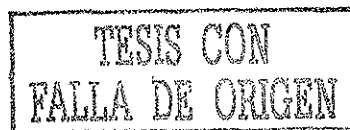
Se estudian juntas porque con escasas excepciones, obedecen a la misma etiología, tienen características clínicas muy semejantes y, en la mayor parte de las veces son distintos grados de un mismo trastorno.^{3,4,38,48}

3. Disfunciones de la fase de meseta.

Consideramos que se sitúa aquí la eyaculación precoz y la incompetencia eyaculatoria.

Eyaculación precoz: puede o no estar asociada con fracasos para la erección. No se puede decir cuántos minutos después de iniciado el coito debe presentarse la eyaculación para considerar que es "normal".

Masters y Johnson designan la eyaculación como prematura si el hombre no puede retardarla lo suficiente



te después de la penetración para satisfacer a su pareja sexual cuando menos en la mitad de los coitos - que tengan.

Kinsey, afirma que un hombre que no puede controlar su eyaculación un minuto completo después de la penetración sufre de eyaculación precoz.

Otros autores consideran que el número de empujones pélvicos que un hombre puede hacer después de la penetración y antes de la eyaculación constituye el determinante (Kaplan, 1974).

Sin embargo por muchas razones ninguna de estas definiciones es completamente satisfactoria.

La etiología de esta disfunción se ha atribuido a padecimientos de los órganos genitales. Algunos autores piensan que se debe tomar en cuenta la gran acumulación de tensión sexual que desarrolla el hombre cuando la mujer es hipoexcitable, y se ve obligado a practicar excitaciones precopulatorias exageradas. - La ansiedad constituye un factor mayor en el bloqueo de la percepción de la sensación que señala la eyaculación inminente.

En cuanto a su sintomatología en los casos menos alarmantes permite un coito, que, aunque de duración disminuida puede ser satisfactorio. En un grado más avanzado, el orgasmo y la eyaculación se observan -- después de unos cuantos movimientos copulatorios lo que produce poca satisfacción en el hombre y deja sin orgasmo a la mujer. En casos más patológicos aún la eyaculación se presenta con la excitación precopulatoria.

El orgasmo que acompaña a la eyaculación precoz es

de intensidad y duración menores. El trastorno le produce un complejo al enfermo que le puede llevar a la incompetencia eréctil.

Incompetencia eyaculatoria: Es en la que la eyaculación no se presenta y el coito termina con un orgasmo normal, pero sin la expulsión del semen. Según Kinsey se encuentra en uno de cada 700 individuos del sexo masculino. La etiología de esta disfunción aunada a falta de orgasmo es siempre psíquica. Cuando hay orgasmo, pero no hay eyaculación puede encontrarse etiología psíquica u orgánica.

Entre las causas psíquicas tenemos: ansiedad, ambiente inadecuado, falta de colaboración de la pareja, ideas negativas y temor al embarazo. Y dentro de las orgánicas: obstrucción de los conductos eyaculadores y ausencia o hipoplasia de las vesículas seminales. Dentro de la sintomatología de este trastorno encontramos principalmente ansiedad muy marcada.

4. Disfunciones de la fase de orgasmo o mioclónica; (anorgasmia masculina y femenina):

Esta disfunción es más frecuente en la mujer que en el hombre. Es la imposibilidad para lograr el orgasmo y al igual que la incompetencia eréctil puede clasificarse en primaria y secundaria. La mujer en la categoría primaria nunca ha logrado el orgasmo. En la categoría situacional ha logrado tener cuando menos un orgasmo en su experiencia sexual por el coito, la masturbación o alguna otra forma de estimulación pero ya no puede conseguirlo, (secundaria). Etiología, cuando no hay deficiencias gonadales

dispareunia son de origen psíquico. Cuando se observan ocasionalmente en una persona que por lo general tienen buenos orgasmos, obedecen a las mismas causas que pueden producir la incompetencia eréctil. En -- cuanto a su sintomatología, tenemos que la ausencia de orgasmo produce una sensación de frustración por -- descarga incompleta de la tensión erótica en quienes ya han experimentado orgasmos con anterioridad. La -- falta de descarga de la tensión erótica produce dolor en fosas iliacas o en testículos, sensación de -- peso perineal e insatisfacción psíquica.^{3,4,32,48}

5. Disfunción de la fase de resolución.

Esta fase de la respuesta sexual es aquella del re-- torno a las condiciones basales, por lo que de hecho no podemos hablar de disfunciones en ella, si, como en todo fenómeno fisiológico podemos mencionar una -- variabilidad individual o circunstancial, ejemplo de ella son hombres o mujeres que a pesar de haber teni do uno o varios orgasmos su fase de resolución es -- lenta o prolongada.^{3,4,32,48}

6. Disfunción de la fase refractaria.

Aunque puede ser motivo de consulta sin ser disfunción propiamente, debemos mencionar la situación de prolongación del periodo refractario que sobreviene como efecto de la edad. Es importante poder hacer -- un diagnóstico diferencial entre esta modificación -- biológica de la respuesta sexual y una disfunción -- de la primera fase (estímulo sexual efectivo).^{3,4,41}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Disfunciones que pueden presentarse en una o en varias de las fases de la respuesta sexual humana.
Vagimismo: es un síndrome en que la musculatura pélvica perineal y del tercio externo de la vagina se contráe espasticamente durante el coito. Esta contracción es un reflejo involuntario al anticipar la mujer la penetración vaginal, durante la misma o después. Se considera que su origen es psíquico. Los intentos de introducción del pene causan dolor en la mujer independientemente del grado de excitación y deseo de realizar el acto.

La última de las disfunciones puede existir en ambos sexos y al igual que el vaginismo aparece en una o varias de las fases; se trata de la dispareunia.

La dispareunia: es la relación coital dolorosa, Est existen diversos tipos de dispareunia femenina: la precoital, la que se presenta a la penetración profunda o la postcoital.

La dispareunia masculina es un síntoma que debe considerarse siempre en un alto porcentaje tiene origen en patología local, la causa más frecuente es la fimosis, pero no deben descartarse la uretritis la estenosis uretral y la hipertrofia prostática.-
Como causas de dispareunia femenina tenemos: himen íntegro y resistente, cicatrices, ausencia o estrechez de vagina, vaginitis, desgarros etc.^{3, 4, 32}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FARMACOS, ENFERMEDAD GENERAL Y CIRUGIA Y SU RELACION CON LA SEXUALIDAD HUMANA.

Desde tiempo inmemorial, el hombre ha intentado encontrar en los productos naturales o en fármacos, sustancias -- que afecten positivamente la respuesta sexual humana con el objeto de incrementar el placer o la capacidad sexual. No existe evidencia científica de que los supuestos afrodisíacos (ostiones, testículos crudos de toro, apio, ginseng, jitomates, polvo de cuerno de rinoceronte e incluso el plátano) afecten significativamente la intensidad de las reacciones ante un estímulo sexual efectivo. Se ha supuesto que el alcóhol sirve como estimulante sexual. Ciertamente el alcóhol es un inhibidor de los centros nerviosos superiores y alivia de esta manera los sentimientos de culpabilidad e inhibiciones, equilibrando las reacciones físicas deprimidas. Sin embargo, su uso a largo plazo aumenta la producción de una enzima hepática que destruye la testosterona, principal responsable del apetito sexual.⁵⁸ Se ha afirmado que el hachís, el opio, la morfina, cocaína, marihuana y el LSD son afrodisíacos efectivos, rompiendo inhibiciones sexuales, pero al igual que el alcóhol su ingesta en grandes dosis tiene efectos opuestos al los esperados.²³ Es más, la marihuana puede producir ginecomastia e incompetencia eréctil.^{23,9}

Otras drogas como el nitrito de amilo (como intensificador del orgasmo) y la yohimbina, se han experimentado pero los resultados no son concluyentes. Se puede decir que -- la buena salud, mucho descanso, sueño y una buena cantidad de ejercicio con liberación de las tensiones emocionales continúan siendo los afrodisíacos más efectivos para el ser humano.⁴⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los andrógenos son sustancias de las que se ha demostrado que tienen influencia sobre el deseo sexual y efectivamente abaten el umbral de respuesta a la estimulación sexual efectiva en ambos sexos, sin afectar en particular la lubricación, la erección o el orgasmo. Un efecto similar se ha observado con la administración de gonadotropina coriónica humana y de hormona luteinizante, ambas sustancias que elevan los niveles séricos de andrógenos.⁴⁶ La atribución errónea de alguna disfunción sexual a deficiencia androgénica puede llegar a producir mayor frustración en los pacientes, dado que en muchos casos existen mayores implicaciones de tipo psicológico que no mejorarán con administración exógena de la hormona, y sí empeorarán al paciente.

La medroxiprogesterona disminuye la libido dado que baja los niveles de hormona luteinizante. Se ha utilizado con cierto éxito en paidófilos reincidentes.

Los fármacos han sido elementos de incalculable valor en el manejo de un gran número de entidades nosológicas, y sin embargo a pesar de contemplar sus efectos sobre los procesos fisiológicos casi siempre se le ha prestado poca atención a su influencia sobre el funcionamiento sexual, y por lo general el clínico no se percata de los efectos indeseables sobre ésta última esfera.² Es sorprendente el número de fármacos empleados en la práctica diaria y que de alguna manera afectan la respuesta sexual. Sabemos que los principales eventos de la misma se encuentran mediados por el parasimpático (fase vasocongestiva), y el simpático (fase mioclónica) y que cualquier anticolinérgico o simpaticolítico, así como fármacos o medicamentos que de alguna manera afecten los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

centros cerebrales superiores condicionarán disfunciones sexuales. El médico ante esta eventualidad debe encarar el problema y hacer las recomendaciones pertinentes sobre su uso y efectos indeseables, que de no explicitarse harán modificaciones transitorias, problemas en ocasiones difíciles de tratar.

A continuación presentamos en forma de lista algunos de los fármacos que afectan la respuesta sexual humana:³

Afectan la fase de estímulo sexual efectivo (disminución del deseo sexual y apatía sexual):

Alc6hol etílico
 Ciproterona.
 Clorodiazepoxido.
 Digitálicos.
 Diazepam.
 Espironolactona.
 Fenotiazinas.
 Sulpiride.
 Sales de litio.

Afectan la fase vasocongestiva (hipolubricación vaginal e incompetencia eréctil):

Alfa metil dopa.
 Atropina.
 Biperiden
 Cimetidina
 Clofábrato.
 Dicciclomina.
 Escopolamina.
 Homatropina.
 Pipenzolato.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Propantelina.
Trihexifenidilo.
Tiazidas.
Ac. etacrínico.
Furosemide.
Hidralazina.
Difenhidramina.
Diazepam.
Clordiazepóxido.

Afectan la fase mioclónica (anorgasmia e incompetencia eyaculatoria):

Alfa metil dopa.
Antidepresivos tricíclicos.
Bloqueadores de 5;-hidroxitriptamina.
Cimetidina.
Difenhidramina.
Fentolamina.
Fenoxibenzamina.
Guanetidina.
Haloperidol.
Inhibidores de la monoaminooxidasa.
Propranolol.
Prazosina.
Reserpina.
Tioridacina.
Medroxiprogesterona.

Enfermedad general y sexualidad humana.-

Se sabe que la respuesta sexual humana puede ser afectada por infinidad de padecimientos y que siendo la sexualidad individual, un fenómeno bio-psico-social, cualquiera de estas esferas puede resultar afectada si el organismo se encuentra bajo los efectos de una enfermedad. Las reacciones generales de un ser humano a la enfermedad (dolor, fiebre, y su cortejo sintomático, etc.) limitan el adecuado desempeño sexual. La sexualidad es apenas afectada en los estadios tempranos de un padecimiento agudo, y la cronicidad del mismo puede ir teniendo repercusiones más importantes en las distintas fases de la respuesta sexual humana, como las observadas en cardiópatas, cirróticos, encontrándose en estos últimos alteraciones en la capacidad metabolizante del hígado, déficit de globulinas captadoras de esteroides sexuales, así como elevados niveles séricos de estrógenos libres y bajos de testosterona.

Dentro de lo que son los aspectos hormonales, se conoce que la baja producción de hormona gonadal (de tipo primario; síndrome de Klinefelter, criptorquidea; o secundario: panhipopituitarismo) se acompañan de anomalías del deseo y actividad sexuales. Por otro lado se han observado casos de incompetencia eréctil y anorgasmia en padecimientos como hipotiroidismo, tirotoxicosis, acromegalia, y enfermedad de Addison, desconociéndose a ciencia cierta su vinculación con la fisiología sexual.

La Diabetes Mellitus condiciona quizás la mayor frecuencia de incompetencia eréctil de origen orgánico, oscilando la frecuencia según los diversos autores del orden del 27 -

73% encontrándose que la capacidad eyaculatoria y orgásmica no se encuentran afectadas. (Suele existir eyaculación retrógrada). Existen evidencias no comprobadas por otros autores de que la fase mioclónica se encuentra alterada en mujeres diabéticas. Por lo pronto, los estudios actuales nos orientan a pensar que el paciente diabético padece disfunciones sexuales, secundarias a factores de tipo neurógeno, no excluyéndose factores hormonales, vasculares o psicológicos. 8,14,12,22.

Hablando de factores nutricionales; se puede extrapolar a lo estudiado durante la segunda guerra mundial en donde se encontró que el apetito sexual disminuía en proporción directa con el grado de inanición del individuo. Se ha sugerido que la razón por la cual el Norteamericano medio considera al sexo como la cosa más importante del mundo, es porque no ha sentido el hambre de otros pueblos.⁴⁸

Algunas enfermedades que afectan al cerebro, médula espinal o sistema nervioso periférico condicionan disfunciones sexuales. Focos epilépticos, lesiones del sistema límbico, -esclerosis múltiple y otras enfermedades degenerativas como otras del tallo cerebral o cerebelo son algunos ejemplos.²²

Además cualquier enfermedad oclusiva de la porción inf. de la aorta o de las arterias ilíacas internas (síndrome de Leriche, angiopatías y trombosis de los vasos y/o cuerpos cavernosos) deterioran la función sexual pudiendo decirse -los mismo de enfermedades hematológicas como la leucemia y la anemia de células falciformes.²²

Con respecto al paciente cardíopata, podemos citar a

Wagner y col., quien refiere que la actividad sexual somete a tensión al cardíopata; pero sin embargo la posición coital no guarda relación con el grado de la misma a la que es sometido el corazón; la actividad sexual post-infarto se puede iniciar en tanto que el paciente logre subir 20 escalones en 10 segundos ("prueba de las 2 escaleras"), y que el ejercicio físico moderado puede mejorar la función sexual y aliviar las angustias del cardíopata. Existen datos sugestivos más no concluyentes que las actividades sexuales extramaritales condicionan mayor tensión y que quizás estas sean causas de ataques coronarios, aunque de acuerdo con Hellerstein y Friedman, la muerte súbita durante el coito es atribuible a éste último en un mínimo porcentaje. Sin embargo debe recalarse que el cardíopata debe iniciar actividades físicas hasta no encontrarse en control y bajo plena rehabilitación.⁷¹

Otro problema particular lo constituye el incapacitado físico, que incluye seccionados de médula espinal, parálitico cerebral, amputados, pacientes con alteraciones del crecimiento, artrogriposis, escoliosis, artríticos, colostomizados, sordos, quemaduras desfigurantes, etc. No es el propósito de este trabajo una descripción minuciosa de cada caso en especial, remitimos al interesado a la bibliografía, pero subrayamos que es necesario conocer que pueden ejercitar su sexualidad estos pacientes y que el médico no debe descuidarla para evitar cercenar un aspecto más de la vida ya limitada de por sí de estas personas.¹⁰

Cirugía y sexualidad humana.-

Se ha escrito bastante poco de la cirugía y sus implicaciones con la respuesta sexual humana. Lo que se ha dicho con respecto a la enfermedad general es válido para el paciente quirúrgico.

La cirugía prostática, afecta la fisiología sexual, en tanto que afectan la inervación de las estructuras pélvicas; se ha establecido que los operados por vía transperineal presentan con mayor frecuencia disfunciones que los operados por otra vía. Es común además la eyaculación retrógrada, pero a pesar de todo la sensación de orgasmo continúa igual.³²

La simpatectomía lumbar interfiere con la fase mioclónica. En las mujeres el trauma obstétrico, las episiotomías mal reparadas son causa de dispareunia. La castración pudiera afectar a la erección pero más por causa psicógena que por problema orgánico, dejando como por consecuencia esterilidad secundaria.^{32,2}

Sobre cirugía transexual (cambio de sexo anatómico), se han obtenido resultados favorables para el paciente interesado logrando los sometidos a estas intervenciones el coito y orgasmo (ver Laub y col.)³⁷ en tanto que el varón resultante si bien no es capaz de experimentar erecciones el problema es solucionado con prótesis peneanas. Estas últimas y las prótesis de silicón implantables bajo la glándula mamaria han sido buenos auxiliares en el mejoramiento del estado psicológico y sexual de los pacientes con incompetencia eréctil de origen orgánico y de problema estético.¹⁷ Por otro lado las pacientes histerectomizadas y las mastec

tomizadas revisten problemas psicológicos, siendo de mayor - importancia en estas últimas, no tanto de carácter estético y necesitando mayor atención la pareja e insistiendo en el - manejo temprano por personal capacitado intrahospitalario, - en el postoperatorio inmediato. (para mayor detalle consultar la revisión de Wabrek y col.⁷⁰

EXPLORACION MINIMA DE LA SEXUALIDAD.-

Es frecuente que el clínico explore brevemente la sexualidad de sus pacientes. La mayor parte de las ocasiones se realiza exclusivamente al llenar el formato de una historia clínica y generalmente se concreta a antecedentes ginecoo obstétricos y todo esto de manera muy superficial.^{2,3.}

Los trabajos realizados por Burnap y otros evidencian la cantidad de problemas que se encuentran al realizar una exploración intencionada.⁶ Las necesidades de nuestros pacientes generalmente son de información, que el médico tiene la obligación de satisfacer. La exploración de la sexualidad se encuentra dificultada por problemas de la comunicación ante la dificultad del binomio paciente-médico para hablar del se xo, por desconocimiento del tema, malas actitudes o temores. Además la intención de la exploración de la sexualidad no es hacer terapia sino solo detectar problemas para prevenir, educar y canalizar adecuadamente. Realmente importa saber -- cuándo explorar, qué explorar y cómo hacerlo.

Una exploración mínima de la sexualidad puede hacerse:²

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

Los puntos fundamentales que debe contemplar una exploración mínima de la sexualidad son:³

- a) Masturbación; incluyendo actitudes familiares, sentimientos personales y circunstancias en que ocurría, intentando correlacionar esto con eyaculación precoz y anorgasmia femenina.
- b) Historia coital; comprendiendo edad y circunstancias en que se inició la vida sexual, y en las que actualmente se realiza: frecuencia, satisfacción con dicha frecuencia, orgasmo, sensaciones y tiempo estimado de los mismos.
- c) Algunos otros intereses de expresión sexual como: homosexualidad, paidofilia, fetichismo etc. Y para finalizar:
- d) Preguntas que tiendan a aclarar las dudas del paciente.

Es importante emplear una estrategia para poder hacer - las preguntas con tacto y crear así un ambiente de confianza y seguridad. Es evidente que sin un marco previo de conocimientos y objetividad científica, el clínico difícilmente lo - grará una verdadera comunicación con el paciente. La exploración mínima de la sexualidad es bastante fácil y breve, pero algunas actitudes de los clínicos tienden a disminuir su - destreza para realizarla. Algunas de estas han sido descri- tas por varios autores y son: La incomodidad con la propia - sexualidad; el temor a tratar ciertos temas de tipo "tabú" y el erigirse en juez del comportamiento de los pacientes, o - la tendencia a etiquetar expresiones de la sexualidad dentro de un marco puramente patológico. Es por tanto, que para lo- grar los resultados apetecidos en una exploración mínima de la sexualidad, que no se impongan los valores personales del médico ante los de su paciente, y que no interfieran en la -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

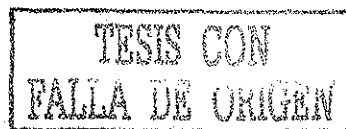
interpretación y análisis de los datos proporcionados por es
te último para lograr una adecuada comprensión de su proble-
mática sexual.2,22,30,3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOMOSEXUALIDAD.-

Homosexualidad viene del Griego Homo,=, del mismo sexo -- sin hacer alusión especial al hecho de ser homosexual masculino o lesbiana. La homosexualidad es un tema controvertido -- que ha sido objeto de polémica o rechazo durante muchos años; sin embargo podemos citar el informe de la doctora Evelyn -- Hooker del National Institute of Mental Health, que publicara en 1969, donde se concluyó que la hostilidad y suspicacia hacia la homosexualidad hace más daño social que beneficio; -- " La homosexualidad presenta un problema mayor para nuestra -- sociedad debido principalmente a la cantidad de injusticia y sufrimiento incluidos en ella, no solo para los homosexuales, sino para todos aquellos involucrados con ellos"^{27,28}. Consideramos que un resumen de lo que se sabe, hoy por hoy, de la homosexualidad nos puede brindar una información somera de este tipo de conducta, transcribimos de manera resumida unos párrafos del libro de la doctora Betty Berzon " Positively Gay" que pueden servir de orientación:⁵

1. La homosexualidad ha existido desde el principio de la historia y en muchos lugares ha sido más aceptado de lo que es en nuestra sociedad. En el clásico estudio antropológico de Ford y Beach,⁵ se encontró que en el 64% de las culturas estudiadas la homosexualidad era considerada como una variante más de conducta sexual " normal".
2. Frecuencia. Hay más de 20 millones de individuos adultos en los Estados Unidos de Norteamérica que son predominantemente homosexuales en su orientación sexual y afectiva. Esa ampliamente aceptado por estadísticas proporcionadas por el Kinsey Institute for



- Sex Research, que el 13.95% de varones y el 4.25% de mujeres, con un promedio de 9.13% de la población global ha tenido experiencias homosexuales alguna vez en su vida, conducentes o no al orgasmo.
3. Causas. Se desconoce qué determina la orientación homosexual o heterosexual. Han sido estudiadas muchas posibilidades, desde factores genéticos, prenatales, hormonales, experiencias tempranas en el aprendizaje. No hay evidencia científica concluyente que explique la orientación sexual del individuo, pero existe el acuerdo general de que ésta se establece antes de los 5 años de edad y que el individuo no la escoge sino que se trata de algo más bien innato.
 4. La homosexualidad no es inmoral o antinatural; citando a Willian Reagan, sacerdote y erudito en cuestiones religiosas, quien respecto de las tradiciones judeo-cristianas nos dice: " San Pablo y los Evangelistas no tenían los conocimientos sobre ciencias sociales, o sobre el continuo homosexual-bisexual-heterosexual que existe en la vida humana, sin tomar en cuenta que actos sexuales del mismo género no son más que expresiones naturales de la propia sexualidad; sabemos ahora que la homosexualidad es parte del orden creado, observándose desde delfines, gaviotas, puercoespines, e incluso en moscas del Mediterráneo".
 5. Aspectos médicos. La homosexualidad no es una enfermedad mental. Los problemas morales o políticos de la sociedad, siempre han de catalogarse como problemas de tipo médico para asegurar control sobre conductas sociales; volviendo a citar a la doctora --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evelyn Hooker, quien concluyó que no había una gran incidencia de enfermedades mentales estadísticamente diferente entre homosexuales y heterosexuales. - En 1973 la American Psychiatric Association, retiró a la homosexualidad como una enfermedad mental de su manual oficial de diagnósticos. Y en 1975 la American Psychological Association apoyó la decisión de la citada asociación psiquiátrica y declaró: " La homosexualidad per se no indica alteraciones del juicio, estabilidad emocional o en general capacidades sociales o vocacionales." Por lo tanto si no es una enfermedad, no hay porque curarla, a menos de que - la persona interesada no se encuentre de acuerdo -- con su orientación.

La mayoría de los investigadores concluyen que, se - puede cambiar la conducta de la persona homosexual pero difícilmente sus actitudes.

6. Aspectos legales. La homosexualidad no es ilegal. - en los Estados Unidos de Norteamérica, no se encuentra un estado donde la homosexualidad este penada @ por la ley. En México, no existe artículo constitucional que considere como delito la práctica de la misma.
7. Otros aspectos. Los homosexuales masculinos tienen - tanto control sobre sus impulsos sexuales como los heterosexuales. Las restricciones que impone la sociedad a la homosexualidad, ha condicionado que el - ambiente homosexual se halle confinado a la clandestinidad. Actualmente las oportunidades, al menos en los Estados Unidos para la interacción social, ha

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sustituído esos lugares secretos por otros donde la situación deja de ser estrictamente sexual (Gay bar, "Clubes exclusivos", etc.) y permite la socialización de individuos de la comunidad homosexual. La sociedad, así mismo condiciona con su represión -- que homosexuales masculinos o femeninos vivan su sexualidad en matrimonios heterosexuales coartando de este modo su derecho a la vivencia plena de la propia sexualidad. Así mismo, la incidencia de delitos sexuales es menor en los grupos de homosexuales que en los de heterosexuales.

Con respecto a su estereotipo, el homosexual masculino no es característicamente afeminado, ni la lesbiana es "masculinoide". No existen estereotipos definidos que identifiquen al homosexual ni conductas particulares que definan roles durante las relaciones sexuales, inclusive Masters y Johnson encontraron una -- vivencia más plena --aparentemente-- de las relaciones sexuales entre homosexuales que entre heterosexuales atribuyendo esto, al condicionamiento moral o educacional del heterosexual. Con respecto a la paternidad o maternidad asumida por homosexuales, los estudios realizados aún no son concluyentes para afirmar que el ambiente total creado por una pareja homosexual sea un factor determinante en la orientación de las personas, que, como sus hijos se encuentran a su cargo. Es frecuente encontrar heterosexuales -- como "fruto" de parejas homosexuales. Con respecto a la ocupación no hay límite para las posibilidades de desempeño profesional que los homosexuales no puedan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desempeñar como lo demuestra la gran cantidad de asociaciones profesionales "Gay", que existen en los Estados Unidos.

8. La homosexualidad ha estado formando parte de la personalidad de individuos prominentes y renombrados -- ciudadanos. Extractando algunos nombres de la recopilación de Wallechinsky y Wallace del " The book of - lists":⁷²

Algunas mujeres: Safo, poetisa griega (siglo VI AC); la Reina cristiana de Suecia (siglo XV); Virginia - Woolf, escritora británica; Kate Millet, escritora Norteamericana, Janis Joplin, cantante norteamericana. Por parte de los varones: Sófocles, Eurípides, Sócrates, Aristóteles, Alejandro el Magno, Julio -- César citando algunos de la antigüedad; Ricardo Co- razón de León, Leonardo Da Vinci, Benvenuto Cellini, Pedro el Grande de Rusia, Alejandro Von Humboldt, - Tchaikowsky, Rimbaud, Oscar Wilde, T.E. Lawrence (Lawrence de Arabia), Dag Hammarskjold (quien llega a ser Secretario Gral. de la O.N.U.) Tennessee - Williams, Pier Paolo Pasolini, Marcel Proust, Elton John.... por citar a algunos connotados.

Para concluir, es poco lo que se sabe de la homose- xualidad, aún queda mucho por investigar y compren- der de este fenómeno que se halla incerto en una so- ciedad sexista y predominantemente heterosexual. Pa- rafraseando a Fidel Castro, cuando habló refirien-- dose a la URSS, a cerca de que: "Ni los nietos de - Krushev conocerán al comunismo", así los nietos de Homosexuales difícilmente verán al individuo homose- xual como un ser humano más aceptado por nuestra so- ciedad.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

SEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.-

El individuo, desde antes de nacer, genéticamente es un ser sexuado y durante toda su existencia seguirá siendolo, - pero de esto a afirmar o negar que actúa siempre sexualmente o que su comportamiento es erótico o específicamente femenino o masculino desde el nacimiento es muy aventurado y discutido.

Todos fuimos niños, pero, ¿qué sabemos de la infancia?, ¿Quién la hace?, ¿la edad?, ¿los mismos niños?, ¿o los adultos con sus conceptos y normas?. El niño tiene diversas conductas; se toca sus genitales y/o los de sus hermanos o amigos; al lactante se le pone erecto el pene, explora su oreja etc., y los adultos manifiestan actitudes respecto a estas — conductas de las cuales van aprendiendo su significado y adoptando posturas; posiblemente para el niño la diferencia entre: pene, vagina, pie, cama o pelota sólo sea de temperatura, sensación y forma, (por otro lado debemos dejar de limitar la sexualidad a la genitalidad).

Los niños durante la exploración de sus genitales, parecen experimentar sensaciones agradables resultando de esto — una expresión sexual masturbatoria, cuyo valor será aquel — que adjudiquemos socialmente quienes rodeamos al niño. La — masturbación o autoestimulación en busca de placer, será la primera manifestación clara de sexualidad y "es la actividad más fuerte o intensa e el varon desde la pubertad hasta los años veintes después, hay una declinación lenta pero continua. Una generalización similar es difícil hacer e el caso de la mujer, debido a complicaciones ligadas a factores culturales; pero podemos afirmar, que en relación con los aspectos de la

edad se asemeja al varón".

Nuestra sociedad, como casi todas las contemporaneas ha sido diseñada para heterosexuales masculinos- jóvenes, no niños o adolescentes, menos añosos, tampoco para los incapacitados física o mentalmente, ni en base a las mujeres, ¿Por qué?; podríamos hacer muchas hipótesis, pero observando el fenómeno vemos que está funcionando en base a las necesidades de la población económicamente más productiva. Por lo cual - en cuanto al tema se refiere, el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes más que una parte importantísima de su formación y evolución es un problema para la sociedad, y esto hace que al adolescente nadie le proponga alternativas al respecto, negándole la capacidad de expresar su sexualidad, - y en esto radica una de las crisis de las que se habla en esta etapa de la vida.

La sexualidad del grupo juvenil se afecta en el proceso de retroalimentación que reciben de la sociedad.

"La expresión sexual del individuo desde el nacimiento - hasta la madurez se manifiesta inicialmente por los tactos, - luego por las actividades masturbatorias y la relación interpersonal o bidireccional, llegando hasta la erotización no solo táctil sino visual, oral, olfativa y conceptual a través de simbolización, asociación, abstracción y creación fantástica y material de las fuentes de estímulo para responder hetero, bi u homosexualmente, o bien, en una cantidad de expresiones sexuales que no se incluyen entre sí".³

SEXUALIDAD EN EL PACIENTE GERIATRICO.-

La Gerontología es una ciencia que estudia los factores biológicos, psicológicos, médicos, sociales y culturales presentes en los sujetos considerados en cierto lugar, época y cultura como: "viejos"³.

Al individuo mayor de 60 años se le considera torpe, incapaz de realizar trabajos complicados, dependiente económicamente, con poca capacidad de aprendizaje, desvalido física y mentalmente y exento de todo tipo de deseo y respuesta sexual.

El envejecimiento constituye un proceso gradual, es una secuencia que se extiende durante toda una vida de cambios imperceptibles, sutiles, sin una variación prácticamente discernible. La disminución del vigor en el anciano y la disminución de su nivel social y profesional, dañan a menudo su ego previamente sano y bien valorizado. Comienza a sentirse viejo, a veces mucho antes de la verdadera senectud; fisiológicamente ha empezado a envejecer en forma significativa. Una buena relación sexual en este momento crítico de su vida puede proporcionar mucho cariño, calor y bienestar que tanta falta le hacen y puede constituir una fuente altamente eficaz de autoseguridad. Sin embargo los mitos populares siguen desexualizando a las personas de mayor edad. Estos mitos contradicen hechos como los siguientes: tres cuartas partes de los varones permanecen sexualmente potentes durante la séptima década de vida (Kinsey y col, 1948) y en un porcentaje más o menos igual de mujeres permanece la capacidad de orgasmo (Kinsey y col. 1953).

Para algunos ancianos el sexo nunca ha sido muy importante por lo que el proceso de envejecimiento proporciona una excusa conveniente para abandonar una actividad que siempre fué un marcial de ansiedad.

En una sociedad que se hace cada vez más abierta que ha aprobado la expresión sexual para la mayor parte de sus miembros, es sorprendente que perdure una prohibición de la expresión sexual de los ancianos.

Factores que influyen en la persistencia de la expresión sexual:

El estado civil es la diferencia más importante para la duración de la actividad sexual en uno y otro sexo. Para las mujeres el factor que al parecer es fundamental es la disponibilidad de una pareja sexualmente capaz y aprobada por la sociedad. En los varones, el factor más importante para la duración de la actividad sexual fué el nivel de esta actividad durante su juventud.

Masters y Johnson, señalan el hecho que un factor esencial para una vida sexual activa y continua radica en un compañero sexual activo deseoso y cooperativo.⁴⁷

Newman y Nichols en un estudio señalan el hecho que a pesar de una declinación gradual en el interés sexual, en la capacidad y en la actividad, los individuos seniles con una buena salud, con compañeros cuya salud también es adecuada - pueden continuar su vida sexual normal en los 70, 80 y aún en los 90 años.⁴⁸

Masters y Johnson describen 6 factores responsables de la pérdida de la potencia sexual en los años seniles:

1. La monotonía de una relación sexual iterativa y sin alicientes.
2. Preocupación con la carrera o por logros económicos.
3. Fatiga física o mental.
4. Exceso en el comer o en el beber.
5. La debilidad física o mental de cualquiera de los - cónyuges.
6. El temor al fracaso.

Muchas consideraciones están incluídas en el interés - que cada vez disminuye más en el sexo después de largas relaciones maritales. Entre ellas citamos:⁴⁶

1. Los cónyuges se vuelven cada vez menos atractivos - sexualmente entre sí.
2. Disminuye la intimidad en todos los niveles.
3. Aparece la monotonía.
4. Un asunto extramarital como causa.
5. Un apetito sexual disminuído relacionado con efectos psicológicos o funcionales.
6. Disminución de la autoestima en la ancianidad.
7. Desajuste marital.
8. Trastornos de la función sexual.
9. Enfermedad orgánica.

Masters y Johnson (1966), han aclarado los cambios "normales" que ocurren con la ancianidad. Es esencial un amplio conocimiento de estos cambios, para comprender la conducta

sexual en varones y mujeres de mayor edad.

Las diferencias en la respuesta a la excitación sexual - que presenta el hombre en la senectud, en comparación con la época de la juventud, se aprecian tanto en el aparato genital como fuera de él.

En el hombre: una de las principales respuestas extragenitales a la excitación sexual es la erección del pezón. Va - perdiendo magnitud y está completamente ausente después de los 80.

El eritema consecutivo a la excitación sexual disminuye con la edad. Se observa en pocos hombres después de los 50 - años.

Las contracciones de los músculos esqueléticos también - disminuyen y se ven rara vez después de los 60 años. Lo más frecuente es observar el reflejo carpopedal. La intensidad de las contracciones también se reduce.

Las contracciones del esfínter del ano se van presentando escasamente conforme avanza la edad, por lo que se ven rara vez después de los 50 años.

La erección después de los 50 años va tomando cada vez - más tiempo en establecerse. Algunos hombre parecen presentar un periodo refractario accesorio al perder la erección, lo que les dificulta volver a adquirirla. La duración de la erección a los 60 años dura solo 7 minutos. El año (después de los 60 años), no adquiere una erección completa sino has-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ta poco antes de la eyaculación en que su pene aumenta en longitud y diámetro.⁴

La firmeza del pene en la erección, varía con la edad, - lo que se nota en el ángulo que forma el pene con el abdomen que es mayor en el añoso que en el joven.

La eyaculación también se ve retardada por lo que el añoso no tiene que empeñarse en controlar su eyaculación para hacerla coincidir con el orgasmo femenino.

El aumento de color previo a la eyaculación, que se ve - en el joven, no se aprecia en el añoso.

En el hombre anciano se distinguen mal los dos tiempos - en que se produce la eyaculación, debido a que se sobreponen parcial o totalmente según la edad, por lo que el esperma se expulsa en un solo tiempo desde las glándulas hasta el exterior de la uretra.

La disminución de las contracciones musculares que expulsan el esperma y la sobreposición de los dos tiempos de la eyaculación reducen la sensación orgánica, que es menos placentera que en la juventud.

En el hombre que pasa de los 50 años disminuye la fuerza con que se expulsa el esperma. Después de los 60 años disminuye también el número de contracciones de los músculos -- bulbocavernosos y bulbosponjosos que expulsan el semen de la uretra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El eritema que se apreciaba en la juventud en caras laterales de las mamas se va haciendo menos notable con la edad y después de los 60 años, ya no se apreciaba.

En la fase de resolución el eritema desaparece rápidamente. Posteriormente se desconggestionan la aréola más rápidamente que en la mujer joven y la pérdida de la erección del pezón es más lenta.

El eritema corporal es casi negativo después de los 50 años y a los 60 no se presenta.

Las contracciones de los músculos esqueléticos son menos notables después de los 40 años.

La dilatación del meato uretral, se ve rara vez en la menopáusica.

La disminución o ausencia de estrógenos trae como consecuencia el adelgazamiento de la pared vaginal.

El espasmo del recto durante el orgasmo, sólo se observa antes de los 50 años.

La congestión y erección del clítoris se va presentando con menos frecuencia conforme avanza la edad.

Existe una disminución en la elevación y separación de los labios mayores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La sensación orgásmica se dice que es menos intensa y - la resolución es inmediata en vez de paulatina como en años - previos.

Después del orgasmo el periodo refractario del aioso es más prolongado que el del joven y, además, la erección se -- pierde mucho más rápidamente.

La contracción y congestión del escroto se encuentra reducida en el aioso debido a la pérdida de elasticidad de los tejidos.

La elevación de los testículos durante la excitación es ta reducida. El aumento que se suponía tenían los testículos durante la excitación, es un hecho no comprobado científicamente hasta el momento en etapa alguna de la vida.

En la mujer: después de los 40 años también hay algunas peculiaridades en la respuesta del organismo a la excita-- ción sexual.

Entre las reacciones extragenitales, se ha comprobado - que de los 40 a 50 años el aumento de volumen de las mamas - se produce en la misma proporción que en la mujer joven. Entre los 51 y 60 años hay una reducción en la reacción congestiva pero después de los 60 desaparece por completo.

Después de los 50 años la congestión de la aréola durante la meseta esta disminuída.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El oscurecimiento del color de los labios menores es menos notable al paso de los años.

La secreción de las glándulas de Bartholin se ve en pocas mujeres entre los 51 y 60 años.

La lubricación del canal vaginal disminuye, de modo que 5 años después de la menopausia es francamente escaso.

La falta de elasticidad se aprecia en la disminución de la dilatación del tercio posterior de la vagina. La constricción del tercio anterior se aprecia en la menopáusica en la misma proporción que en la joven.

En el orgasmo, las contracciones de la vagina están disminuidas en número en la postmenopáusica.

En la fase de resolución la porción posterior de vagina recupera su diámetro normal con más rapidez que en la juventud y la congestión vaginal también desaparece más rápidamente.

La dilatación del cuello uterino no se observa después de 5 años de haberse suspendido la menstruación.

El aumento de volumen del útero por congestión no se nota en la menopáusica.

No se ha podido demostrar que se produzcan las contracciones uterinas durante el orgasmo, sin embargo las mujeres confiesan sentir las.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de los 55 años algunas mujeres tienen dispareunia a menos que usen una lubricación artificial

Generalmente hay disminución de la libido, que es más notable y explicable si la mujer presenta síntomas menopáusicos. Sin embargo se ha visto que en algunas mujeres aumenta la libido al suspenderse la menstruación debido a que ya no existe el temor al embarazo.

Por lo tanto se puede concluir que no hay un límite preciso impuesto por la edad para poder afirmar que la actividad sexual llega a su fin, y que tanto el hombre como la mujer, si bien después de los 50 años nota alguna disminución de su capacidad para la función sexual, no agotan por completo sus posibilidades de realizarla. Esto debe acabar con la antigua idea de que a determinada edad termina la capacidad para el acto sexual.^{3,4,52,48}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEMOGRAFIA.-

La reproducción, la expectativa de vida y los movimientos poblacionales, son ampliamente estudiados por la demografía. Pero indudablemente que es interesante hacer algunas observaciones al respecto en esta revisión.

El aumento de la población en México, como en otros países ha preocupado y seguirá preocupando a los gobiernos. Y la reproducción tan ligada a la sexualidad es uno de los puntos en donde se ha incidido al fenómeno.

De 1900 a 1950 casi se duplicó la población mexicana incluyendo el periodo histórico de la revolución mexicana, en donde el índice de crecimiento fué de menos de 0.5%, a partir de entonces y progresivamente, el índice ha crecido y se dice que actualmente tendemos a duplicarnos en 30 años. Esto es resultado de múltiples factores en donde podemos mencionar: El nivel de vida principalmente, los avances científicos y entre estos los médicos, sanitarios etc., lo que ha aumentado la expectativa de vida y ha disminuído las tasas de mortalidad.

Por otro lado y de acuerdo a la política de población, - en CONAPO, se manejan las cifras de índice de crecimiento de 2.5% en 1981 y se espera llegar al 1% en el año 2000. Claro es que esto no es posible únicamente con un programa de control anticonceptivo, programa del cual ya se tienen algunos positivos resultados, pero que evidentemente, sabemos que estos son una pequeña parte de los necesarios para evitar el -

crecimiento explosivo de la población.

Para integrar el control anticonceptivo a las parejas, es básico satisfacer necesidades vitales; económicas, sociales y con esto educacionales con lo que automáticamente surgirá la conciencia social de controlar el número de descendientes, -- dentro de muchas otras cosas, por más importantes.

A continuación se anexan algunas gráficas representativas de las condiciones demográficas de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**POBLACION SEGUN ALTERNATIVAS
DE TASAS DE CRECIMIENTO
1970 - 2000***

93

Constante

año	pob. en miles	tasa de crecimiento (%)
1970	50,694.6	3.5
1975	59,826.3	3.3
1976	61,800.6	3.2
1977	63,821.5	3.2
1978	65,863.8	3.2
1979	67,971.4	3.2
1980	70,146.5	3.2
1981	72,391.2	3.2
1982	74,707.7	3.2
1985	82,111.6	3.2
1990	96,117.6	3.2
1995	112,512.7	3.2
2000	131,704.3	3.2

Programática

año	Pob. en miles	tasa de crecimiento (%)
1977	63,821.5	3.2
1978	65,843.6	3.0
1979	67,899.0	2.9
1980	69,902.0	2.7
1981	71,852.2	2.6
1982	73,749.1	2.5
1985	79,241.6	2.2
1990	87,488.7	1.7
1995	94,463.7	1.3
2000	100,249.1	1.0

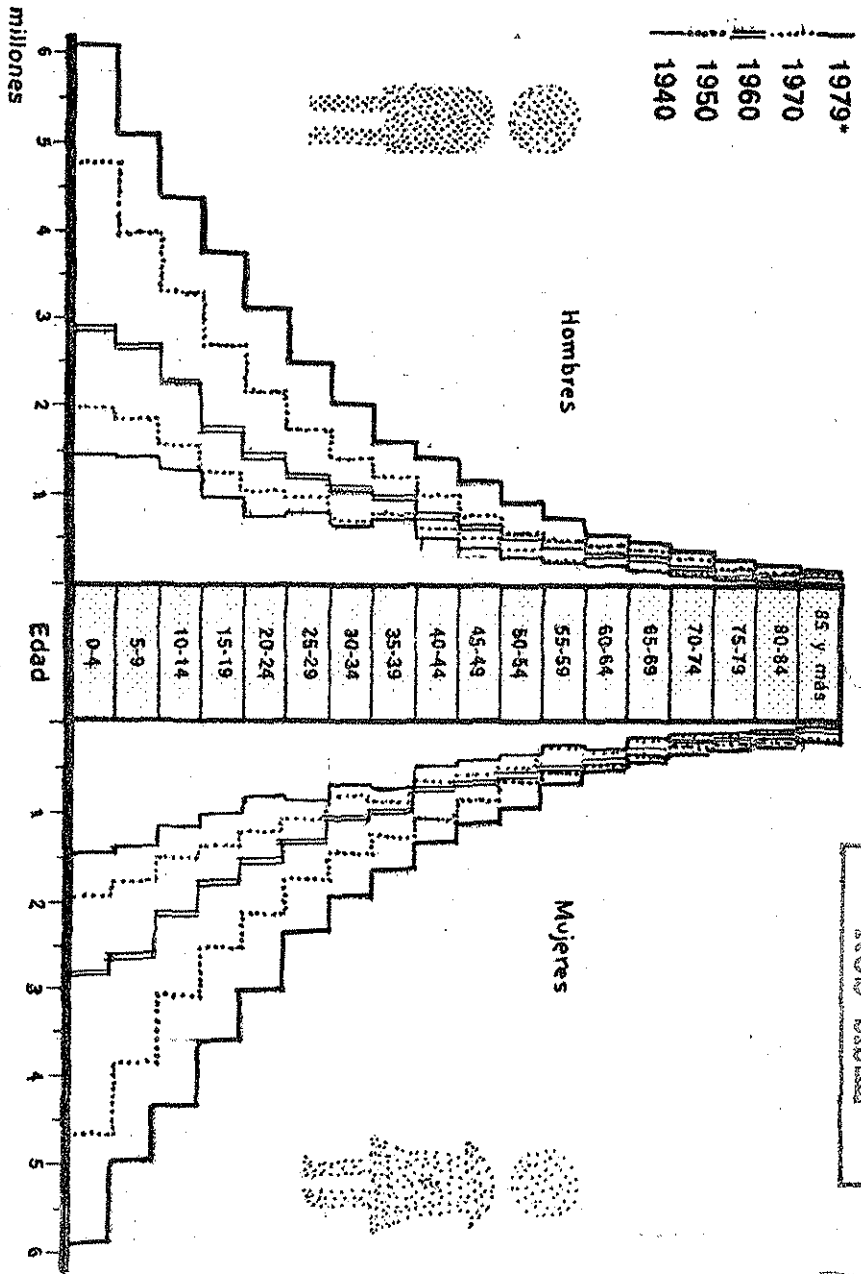
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Constante: Proyección tasa constante de crecimiento de 3.2%.

Programática: Proyección programática con metas demográficas de 2.5 a 1982 y 1% al 2000.

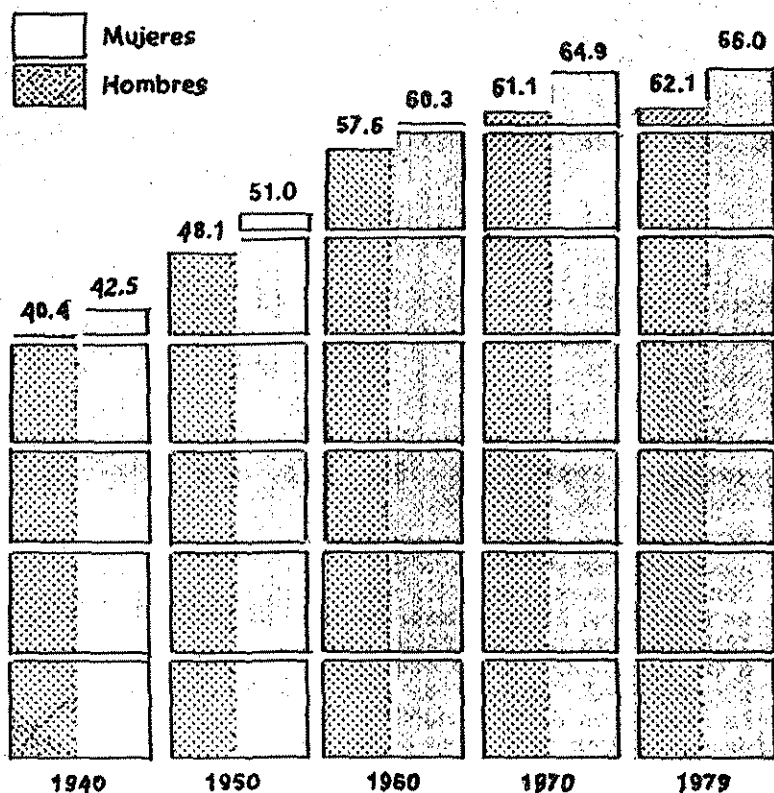
Alternativa I: Proyección alternativa a la programática a partir de 1982 con 1.5% al 2000.

POBLACION POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO 1940 - 1979



* Estimación del Consejo Nacional de Población.

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO * 1940-1979



La esperanza de vida en nuestro país, ha aumentado gracias a los esfuerzos realizados en la prestación de ciertos servicios públicos, la mejora en la alimentación y en la higiene. Sin embargo, aún no se ha alcanzado la esperanza de vida de algunos países europeos como Suecia con 75 años.

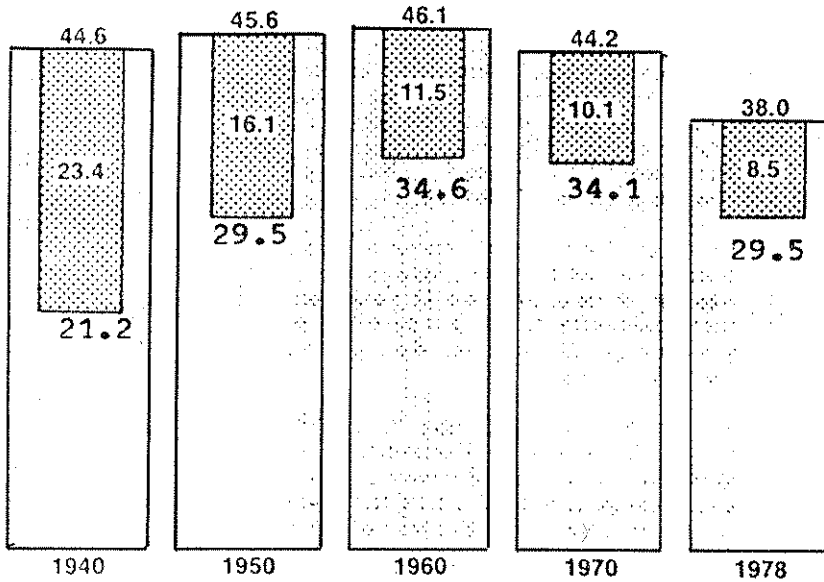
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La esperanza de vida es el número medio de años que se espera vivirá un recién nacido en promedio, si se mantienen constantes las condiciones de mortalidad del momento.

Fuente: 1940-1960: Tablas abreviadas de mortalidad en México, Raúl Benítez y Gustavo Cabrera A.
1970 y 1979: Estimación del Consejo Nacional de Población.

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD 1940-1978

	1940	1950	1960	1970	1978
Natalidad	44.6	45.6	46.1	44.2	38.0
Mortalidad	23.4	16.1	11.5	10.1	8.5
Crecimiento Natural	21.2	29.5	34.6	34.1	29.5



Natalidad
Mortalidad



La aplicación de la tecnología médica la organización de los servicios públicos de salud y el mejoramiento en las condiciones de vida han propiciado una reducción en los niveles de mortalidad fundamentalmente a partir de 1940. Por lo que se refiere a la natalidad, ésta permaneció relativamente constante hasta 1960; a mediados de esta década se observa un ligero descenso, como consecuencia del nivel de bienestar alcanzado, fenómeno que se acentúa al iniciarse los programas de planificación familiar.

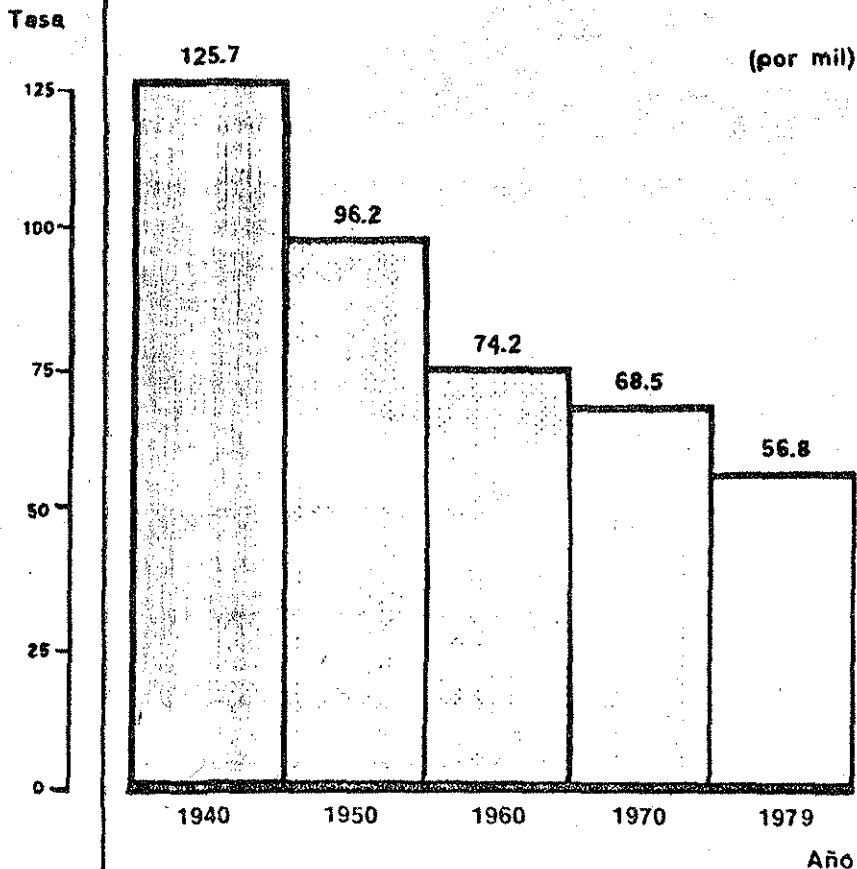
Fuente: 1940 a 1970: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. S.P.P.
1978 Estimación del Consejo Nacional de Población con base en estadísticas vitales corregidas por subenumeración de natalidad y mortalidad.

Tasa de natalidad: Nacimientos por cada mil habitantes.
Tasa de mortalidad: Defunciones por cada mil habitantes.
Crecimiento natural: Diferencia entre la natalidad y mortalidad.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL* 1940-1979

97



Dentro de la importancia que tiene la mortalidad en el crecimiento de la población, la mortalidad infantil ocupa un lugar sobresaliente. Esta se relaciona con el desarrollo económico del país, lo que se refleja en mayor y mejor atención de la madre durante el embarazo, el parto y los cuidados del niño durante el primer año de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

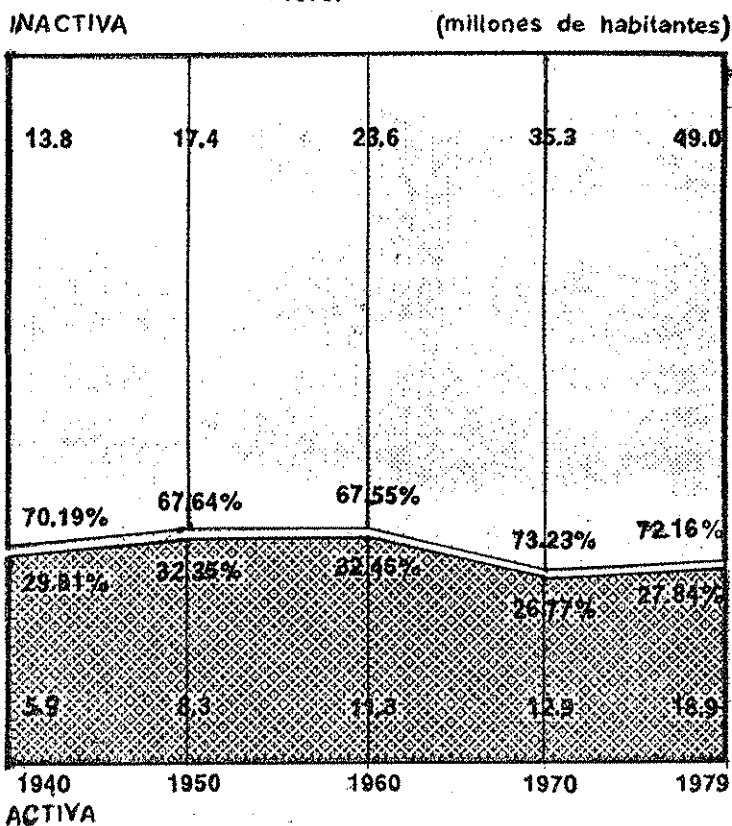
* Tasa de mortalidad infantil = Número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Fuente: Anuarios Estadísticos 1940-1970, D.G.E., S.I.C.
1979: Estimación del Consejo Nacional de Población considerando el subregistro de defunciones de menores de un año.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA 98
1940 - 1978

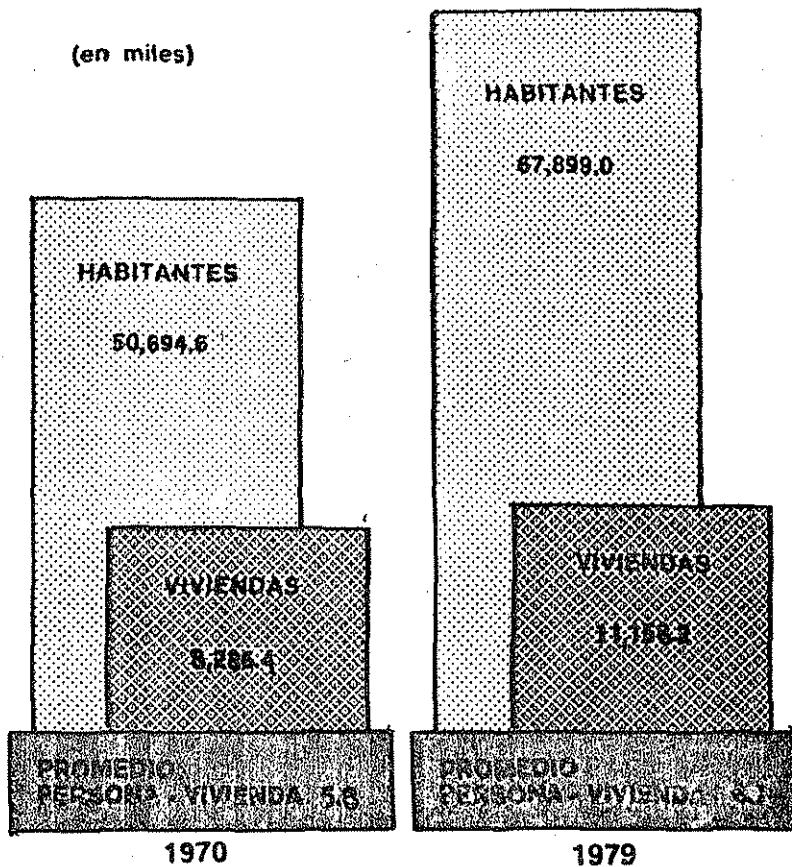
El rápido incremento de la población a partir de 1930 trae como consecuencia que el volumen de población en edad de trabajar, aumente también. La incorporación de población a la actividad económica se debe a diversos factores, como son: la organización social, el crecimiento de la economía, el desarrollo de la educación, la posición de la mujer en la sociedad, etc.

En 40 años la población económicamente activa se triplicó pasando de 6 millones en 1940 a 18.9 millones en 1979.



Fuente: 1940-1970 Censos Generales de Población.
1979: Estimaciones de la Dirección General del Empleo UCECA.
S.T.yP.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

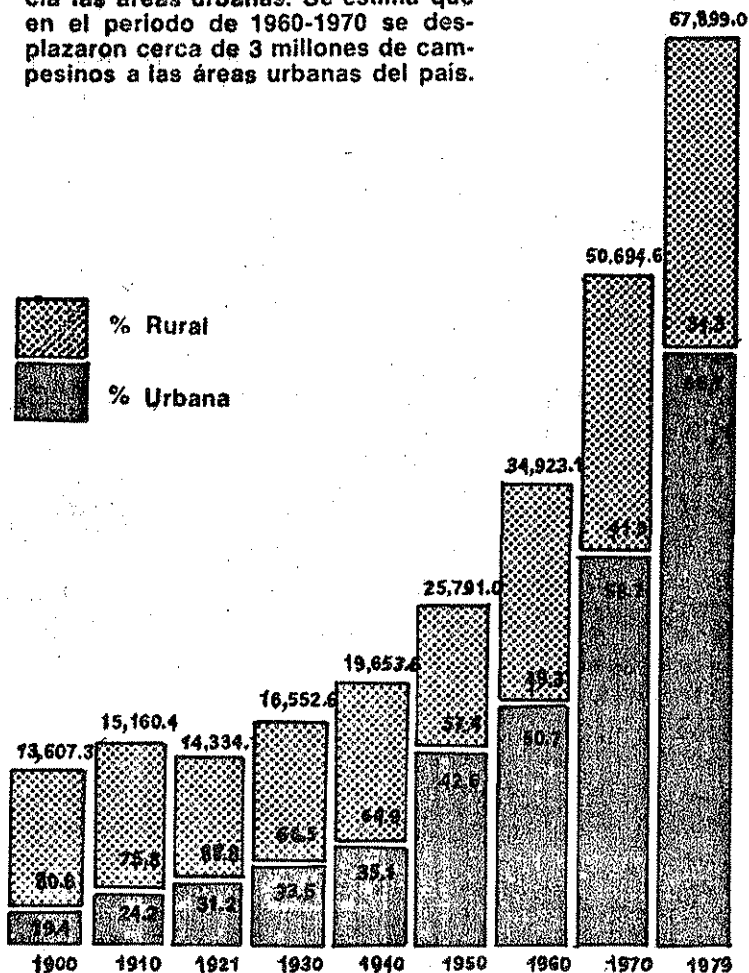


PORCENTAJE DE VIVIENDAS	1970	1979
CON AGUA ENTUBADA	61.0%	84.3%
CON DRENAJE	41.5%	54.0%
CON UN CUARTO	40.2%	29.8%
CON BAÑO	31.8%	41.6%

Fuente: 1970: IX Censo General de Población, D.G.E., S.I.C.
1979: Plan Global de Desarrollo, 1980-1982, S.P.P.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El país se está urbanizando rápidamente. Las altas tasas de crecimiento de la población y las desigualdades regionales originan importantes corrientes migratorias del campo hacia las áreas urbanas. Se estima que en el periodo de 1960-1970 se desplazaron cerca de 3 millones de campesinos a las áreas urbanas del país.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

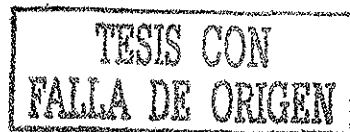
LOS PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD.--

Aborto:

En los últimos años se han suscitado ardorosos debates sobre la legalización del aborto. Horrorizados teólogos levantan la voz para reclamar "el derecho a la vida", preguntando que "debemos proteger las vidas de los demás especialmente de los niños que no han nacido", sin embargo vivimos en un mundo de violencia donde el respeto a la vida de los que ya nacieron es cada día menor, en el que aún se mantienen altas tasas de mortalidad infantil y de homicidios; donde una guerra como la de Vietnam costó más de 60 000 vidas a los Estados Unidos de Norteamérica y la secuela de más de 40 000 adictos a la heroína. Estamos frente a un rápido proceso de deshumanización social en el que los armamentos nucleares -- pueden destruir varias humanidades como la nuestra.

La sociedad predica paternidad responsable y diariamente mueren niños en manos de sus padres. Es decir la sociedad intenta "taparse los ojos", se limita a prohibir en lugar de buscar las causas que subyacen en el comportamiento humano, procura hacer desaparecer el síntoma sin preocuparse por la patología y de esta manera se van conformando dos sociedades: la ideal dibujada en fríos códigos y programas, y la real, doliente, ardorosa y muchas veces despiadada a la que se enfrenta la población en búsqueda de mecanismos de sobrevivencia.⁷⁶

Según la información disponible por cada tres nacimien--



tos un embarazo es interrumpido deliberadamente en el mundo.

Durante las últimas décadas muchos gobiernos han reconocido que el aborto se practica con frecuencia en su población y alrededor de 30 países han modificado su legislación, a fin de ampliar las bases legales para la autorización de su práctica, o lo han legalizado.^{32,76}

En la región de América latina, con la única excepción de Cuba, el aborto es absolutamente ilegal o se autoriza exclusivamente para preservar la salud y la vida de la madre, y es en esta región donde ocurren gran parte de los abortos ilegales del mundo, cerca de 20 millones anuales. 7

Es indiscutible que desde el punto de vista individual el aborto es utilizado como una forma de planeación familiar, principalmente ante el fracaso de los métodos de prevención del embarazo y por la falta de información al respecto; sin embargo, como política formulada en una sociedad es inadmisibile que ésta esté encaminada al control de la natalidad, - pues ello sería negar los beneficios de la planificación y - de la medicina preventiva.

La experiencia en los países que han legalizado el aborto indica, que su liberación no genera un aumento en su práctica, como ya mencionamos. Por el contrario, es posible que inserto en un programa de planificación familiar y facilitando el desarrollo de la educación sexual, su práctica disminuya. Algunos autores al analizar las cifras de incidencia de aborto en los países que lo han legalizado encuentran

un aumento durante los primeros años de su legalización; y algunos años después de ésta la incidencia del fenómeno se estabiliza en un determinado nivel.⁷⁶

Si tuviéramos oportunidad de disponer de información - sobre las condiciones en que se realiza en América latina - el aborto " no médico", al que por razones económicas se ve obligada a recurrir la mujer de bajos recursos, veríamos el serio riesgo al que estas mujeres se exponen y podríamos -- vislumbrar el inmenso costo que para una sociedad significa la muerte de mujeres jóvenes con hijos que quedan desamparados.^{4,76}

Si aceptamos el concepto de salud, formulado por la OMS como " el completo bienestar físico, psíquico y mental", no podemos dejar de considerar en este punto las consecuencias psicosociales que se derivan de que un embarazo no deseado llegue a buen término.

La madre, en condiciones normales desarrolla durante - el embarazo un intenso estado emotivo por medio del cual el niño desde el nacimiento, es estimulado a través del contac to físico, visual y oral. Mediante esta relación se estable ce durante los primeros meses de vida una verdadera simbio sis entre la madre y el hijo, siendo ésta fundamental en la formación de la personalidad futura del ser humano por ser determinante en la confianza en sí mismo y de ser aceptado.⁷⁶

En contraposición a esto existen graves consecuencias para el niño que nace en el ámbito de una familia que rech za su existencia. En algunos estudios se señala la presencia

de retraso mental en un 40% de ellos, serios problemas de aprendizaje escolar, problemas de adaptación social y de hostilidad hacia los demás. A estos problemas debemos agregar - las dolientes cifras de abandono de recién nacidos y de maltrato a los hijos.^{48,76}

Autores prolegalización del aborto se han referido al derecho que debería tener toda mujer de decidir sobre su destino reproductivo y por lo tanto de interrumpir el embarazo que no ha deseado. Y creemos que a las consideraciones que hemos realizado sobre el potencial "daño" del que puede ser objeto un hijo no deseado habría que agregar la violencia social a la que puede estar sometido.

Expresiones gráficas de la sexualidad (Pornografía):

Este término incluye todas las formas de material erótico o sexualmente excitante en medios de comunicación como la literatura, el arte y el cine. Este término ha sido utilizado de manera intercambiable con otras expresiones como por ejemplo "Obscenedad".¹⁸

La "obscenedad" consta de declaraciones, ademanes, dibujos y cosas semejantes que son juzgadas como "repugnantes" - a la moral de nuestra sociedad.⁴⁸

Muchos consideran a la pornografía informativa o divertida. Otros consideran que da lugar a la violación y a la -destrucción de la moral; o que mejora la relación sexual de una pareja y conduce a la innovación en sus técnica de copulación; o que finalmente sólo resulta fastidiosa, o que o-

casiona que los hombres pierdan el respeto por las mujeres.

El concenso de profesionales tales como psiquiatras, psicólogos, educadores sexuales, trabajadores sociales y consejeros matrimoniales, es que el material sexual no puede dañar a los adultos ni a los jóvenes. No obstante, persiste el argumento de que la pornografía estimula a la gente a cometer actos criminales sexuales. Sin embargo inmediatamente surge la pregunta del dilema ¿Qué fué primero, el interés en la pornografía o el crimen sexual?⁴⁸

Como en el caso del daño que la pornografía se supone - le causa a la niñez no hay evidencia científica alguna que apoye el eslabón entre la pornografía y la criminalidad sexual.⁴⁹

El estudio de 25 años de duración del grupo Kinsey, acerca de las ofensas sexuales muestra que la pornografía tiene un efecto muy diferente a lo que comunmente se cree. Estos investigadores sugieren que una reacción típica del ofensor sexual podría ser ¿ Por qué involucrarse y emocionarse con una fotografía?. No se puede hacer nada con un cuadro.⁴⁸

Una encuesta hecha en Nueva Jersey entre psicólogos y psiquiatras reveló que prácticamente ninguno había visto a un paciente normal con alguna historia de delincuencia cuyo comportamiento delincuente hubiese sido estimulado por la pornografía. Las dos terceras partes de estos profesionales pensaba que tal literatura reduciría los actos delinquentes al proporcionar desahogos sustitutos (Katzman, 1969).

El examen cuidadoso de prisioneros encarcelados por o-

fensas sexuales, muestra que "poseen historias de represión sexual cuando eran jóvenes creciendo en el seno de familias rígidas"; sugiriendo esta represión la ausencia de estimulación por la pornografía, es lo que los condujo a la ejecución de los crímenes sexuales.

En 1969, Dinamarca anuló todas las leyes que prohibían la venta de pornografía como resultado se tuvo el descenso brusco de las ventas de material sexualmente explícito. Pero la consecuencia más significativa fué la reducción del número global de crímenes sexuales cometidos en Dinamarca.

La relación entre la disponibilidad de material erótico y la comisión de crímenes sexuales en América, parece presentar un cuadro más complejo que en Dinamarca. En los últimos años, a medida que se ha hecho más fácil la obtención de material sexualmente explícito la ocurrencia de ciertos crímenes sexuales como la violación ha aumentado mientras que la ocurrencia de otros como criminalidad juvenil relacionada con el sexo ha disminuido. Entre jóvenes el número de arrestos por crímenes sexuales ha declinado. Entre los adultos -- los arrestos por ofensas sexuales aumentó en comparación con arrestos por otras ofensas.³²

Por lo tanto, la conclusión debe ser que la relación entre la libre disponibilidad de material erótico y las fluctuaciones actuales en la ocurrencia de crímenes sexuales no puede probarse ni desaprobarse. Pero es sabido que no ha ocurrido ningún aumento global masivo de la criminalidad relacionada con el sexo, como resultante del surgido floreciente de material sexualmente explícito en el mercado.

Incesto:

Es un delito sexual de gran importancia social que se condena universalmente. En realidad, el incesto incluye todas las relaciones sexuales entre una persona y sus parientes cercanos. La forma más frecuente de incesto es quizá la relación hermano-hermana, especialmente en las familias muy pobres, en las cuales los niños de ambos sexos comparten el mismo lecho. El incesto que sigue en frecuencia es el de padre-hija. (Coleman, 1977).^{4,48}

En cerca de 60% de las ocurrencias de incesto entre padre adulto e hija, ésta fué una participante voluntaria; sólo en 8% de los casos se resistió. Muchos estudios sobre relaciones incestuosas entre padre e hija sugieren que el padre a menudo tiene conflictos homosexuales inconscientes y rasgos paranoides notables (Cavallin, 1976).³²

Brownmiller (1975), sugiere que la frecuencia del incesto entre padre e hija (violación paterna) es imposible de calcular en virtud del silencio impuesto por el sistema patriarcal de propiedad privada sexual. Además la familia casi siempre está unida por el secreto, hecho que es de importancia terapéutica. Si se quiere corregir esta conducta el secreto debe romperse y la conducta debe ventilarse. Una teoría dice que el incesto real no tendrá tal efecto nocivo sobre el niño en virtud de que lleva implícita la aprobación del padre. Por lo tanto el niño tendrá poca culpa residual excepto después, quizá, cuando crezca y lea o escuche las opiniones de otras personas sobre el incesto.³²

Los sexólogos en la actualidad están tratando de deter

minar los efectos reales y mensurables del incesto sobre el mundo contemporaneo, sin considerar las razones de las sociedades antiguas.

MATERIAL Y METODOS

La investigación será realizada con los siguientes participantes:

- I Un investigador responsable, médico de base del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- II Cuatro investigadores, Médico Residentes del segundo año de la especialidad de medicina familiar adscritos al Hospital General de Zona No 24 IMSS.
- III Un cuerpo de asesores integrado por sexólogos, miembros del instituto mexicano de sexología y encabezados por el Dr. Juan Luis Alvarez Gayou.

Se tomará como muestra el total de los residentes de la especialidad de Medicina Familiar adscritos en las diferentes sedes del Valle de México (clínicas: 68, 29, 33, 24, 25, 21 y 8) y que corresponden a un total de 299 de los cuales 171 son de primer año y 128 de segundo año de la especialidad.

El trabajo se llevará acabo en el lapso de cuatro meses y medio, con fecha de inicio el 10. de julio de 1981 y fecha para concluirlo el 19 de noviembre del mismo año.

No se tomarán en cuenta para la selección de la muestra las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, años de casados, número de hijos, religión y grado de ésta, lugar de origen, escolaridad de los padres, número de hermanos, lugar que ocupa dentro de ellos, escuela o facultad de procedencia, año que cursa en la residencia, que sean estudiantes o profesionales en otra área del conocimiento, dedicados a la docen

cia e investigación y con estudios o no sobre sexualidad humana.

El estudio será un análisis transversal prospectivo con un grupo control integrado por los residentes de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscritos en el Hospital General de Zona No. 24, y que forman el 10.70% del total de la muestra. Quienes recibirán un curso de educación sexual de 10 hrs. de duración que forma parte del programa académico de la especialidad de Medicina Familiar. Cuyos objetivos intermedios incluyen aspectos teóricos sobre: conceptos básicos de sexualidad, concepto de "normal", expresiones comportamentales de la sexualidad (homosexualidad), Sexualidad en la infancia y adolescencia, respuesta sexual humana, representaciones gráficas de la sexualidad (pornografía), disfunciones sexuales; fármacos, cirugía, patología y sexualidad, familia y sexualidad, roles sexuales, aborto, aspectos legales de la sexualidad, el médico familiar y la sexualidad. No pretendiéndose en este curso modificar actitudes, dadas las características y condiciones del mismo. Sin embargo se aplicará un cuestionario pre y post curso para explorar actitudes y conocimiento.

A los cuestionarios a aplicar se les medirá y validará la efectividad estadísticamente, aplicándolos previamente a tres grupos de estudiantes de la carrera de medicina de la ENEP. de los ciclos quinto al octavo, quienes están asignados a cursarlos en el Hospital General de Zona No 24. Posteriormente por medio y con autorización oficial de las Jefaturas de

Enseñanza de las unidades sedes, se procederá a la aplicación de los cuestionarios. Estos se aplicarán en fechas calendarizadas en las aulas de enseñanza o en el auditorio de la Unidad y bajo la supervisión directa de los investigadores. Haciendo previamente del conocimiento de los médicos a quienes se aplicará lo siguiente:

- a) El siguiente cuestionario es voluntario con una apelación a su profesionalismo y honestidad en la resolución del mismo.
- b) La información será estrictamente confidencial, y por lo tanto anónima para su protección y seguridad.
- c) Cuenta con un tiempo máximo de 120 minutos para su resolución.
- d) Si considera que se están afectando convicciones o valores personales, se agradecerá devuelva el cuestionario con una breve nota aclaratoria.

El cuestionario será mimeografiado con hojas de respuestas anexas constando de tres apartados y sus instructivos-- respectivos:

1. Para la exploración de los conocimientos.
2. Para la exploración de actitudes.
3. Cuestionario socioeconómico.

El cuestionario de conocimientos incluye algunas áreas abordadas objetivamente en Escuelas y Facultades de Medicina

y otras no incluidas en la currícula de las mismas que son: Anatomía, Fisiología, Genética, Neuroendocrinología; fármacos, Patología Orgánica, Cirugía, Embarazo y Sexualidad; Respuesta Sexual Humana, Exploración Mínima de la Sexualidad, Adolescencia, Infancia y Sexualidad en el año (cuestionario estructurado en base a los objetivos que se deben cubrir en los talleres básico e intermedio con duración cada uno de 30 horas del Instituto Mexicano de Sexología para la formación de educadores sexuales). Cada ítem del cuestionario tiene cinco opciones de respuestas y una sólo verdadera.

El cuestionario de actitudes incluye los siguientes aspectos: diferentes expresiones comportamentales de la sexualidad como fenómenos sociales de la misma: (Aborto, Prostitución, Incesto, Virginidad, Poligamia, Monogamia, y madre soltera), Educación Sexual, Expresiones Gráficas de la Sexualidad, Roles Sexuales, Actividad Sexual fuera y dentro del matrimonio y Anticoncepción. Fraccionando en dos las respuestas a las actitudes ante la propia sexualidad y la otra para las actitudes ante la sexualidad de los demás.

Una vez recopilados los cuestionarios, los datos así obtenidos se procesarán por medio de un programa que analice:

1. Programas de promedios globales para conocimientos y actitudes para sí y para los demás.
 - a) Promedios generales de conocimientos y actitudes hacia sí y hacia los demás, teniendo en consideración las variables: Sexo, Edad, Estado Civil y Año de la residencia.
2. Programa para determinar el coeficiente de corre-

lación de Pearson en :

- a) La población estudiada.
 - b) En una muestra tomada del total de la población estudiada por medio de números aleatorios.
3. Programa para determinar en el grupo control:
- a) Promedios en conocimientos y actitudes para sí mismo y para los demás.
 - b) Promedios de conocimientos y actitudes para sí mismo y para los demás, en los tests pre y post curso.

Los resultados obtenidos del sistema de cómputo se han analizado estadísticamente a través de : Correlación porcentual y análisis del coeficiente de correlación para datos por intervalos.

(Se anexan los cuestionarios aplicados a continuación)

- 1.- EDADE _____ años 2.- SEXO: (A) MASCULINO
(B) FEMENINO
- 3.- ESTADO CIVIL ACTUAL: (A) SOLTERO (B) CASADO (C) UNION LIBRE
(D) SEPARADO (E) VIUDO (F) DIVORCIADO
- 4.- HACE CUANTO TIEMPO (A) Menos de 1 año, (B) 1 año, (C) 2 años.
(D) 3 años. (E) 4 años. (F) 5 años o más.
- 5.- RELIGION: _____
- 6.- GRADO DE RELIGIOSIDAD: CON QUE FRECUENCIA ASISTE AL TEMPLO:
(A) TODOS LOS DIAS (B) 1 VEZ A LA SEMANA (C) 1 VEZ AL MES
(D) 2 ó 3 VECES AL AÑO (E) NUNCA
- 7.- ¿ TIENE HIJOS? (A) SI (B) NO ¿CUANTOS? _____
- 8.- SI VIVE ACTUALMENTE EN PAREJA, ¿TIENE SU COMPAÑERO(A) UN TRABAJO REMUNERADO? (A) SI (B) NO
- 9.- NUMERO DE HERMANOS _____, LUGAR QUE OCUPA _____
- 10.- CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE: (A) PAREJA (B) HIJOS (C) PADRES
(D) HERMANOS (E) OTROS FAMILIARES (F) OTRAS PERSONAS
(G) SOLO
- 11.- ESCOLARIDAD DE SU PADRE: _____
ESCOLARIDAD DE SU MADRE: _____
OCUPACION DE SU PADRE: _____
OCUPACION DE SU MADRE: _____
- 12.- LUGAR DE ORIGEN: _____
- 13.- ESCUELA O FACULTAD DE PROCEDENCIA: _____
- 14.- ESPECIALISTA EN OTRA AREA MEDICA: (A) SI (B) NO,
CUAL: _____
- 15.- ESPECIALISTA EN OTRA AREA NO MEDICA: (A) SI (B) NO,
CUAL: _____
- 16.- ESTUDIANTE DE OTRA AREA DEL CONOCIMIENTO: (A) SI (B) NO
CUAL: _____
- 17.- RESIDENTE DEL (A) 1er, (B) 2o. AÑO DE MEDICINA FAMILIAR.
- 18.- ¿DESEMPEÑA ACTIVIDADES DE DOCENCIA? (A) SI (B) NO
EN QUE RAMA: _____
- 19.- ¿DESEMPEÑA ACTIVIDADES DE INVESTIGACION? (A) SI (B) NO
EN QUE RAMA: _____
- 20.- ¿EJERCE LA PRACTICA MEDICA EN FORMA PARTICULAR? (A) SI (B) NO
- 21.- INGRESO ECONOMICO MENSUAL: (SOLO LO QUE UD GANA): _____
- 22.- INGRESO MENSUAL FAMILIAR APROXIMADO (SUME LOS INGRESOS MENSUALES DE LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA Y QUE CONTRIBUYEN AL GASTO FAMILIAR: _____
- 23.- (ESPECTATIVAS PROFESIONALES) DESEA SEGUIR OTRA ESPECIALIZACION:
(A) SI (B) NO, CUAL: _____
- 24.- ¿HA VIAJADO FUERA DE LA REPUBLICA POR MAS DE UNA SEMANA?
(A) SI (B) NO
- 25.- SI HA TENIDO ALGUN ESTUDIO PREVIO EN SEXUALIDAD HUMANA, ESTE HA SIDO _____ (CURSO, LECTURAS, OTROS), ESPECIFIQUE
- 26.- ACOSTUMBRA LEER: (A) PERIODICO (B) REVISTAS DE INFORMACION GRAL
(C) REVISTAS DE INF. CIENTIFICA (D) LIBROS (E) PASQUINES
(F) OTROS, ¿CON QUE FRECUENCIA? _____
- 27.- UD. VIVE EN: (A) CASA PROPIA (B) CASA RENTADA (C) ESTA PAGANDO CASA
(D) DEPARTAMENTO PROPIO (E) DEPTO. RENTADO (F) PAGANDO DEPARTAMENTO
(G) CASA ASISTENCIA (H) CUARTO RENTADO.
- 28.- FECHA Y SEDE DEL LLENADO DE ESTE CUESTIONARIO: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- A TODA PACIENTE CON SINDROME DE TURNER:

- a) Se le debe predecir esterilidad primaria.
- b) Debe evitarse la concepción.
- c) Presenta caracteres sexuales secundarios pero tardíos
- d) Es indispensable cariograma para definir sexo y diagnóstico.
- e) Es indispensable cariograma para definir diagnóstico y pronóstico reproductivo.

2.- PLANIFICACION FAMILIAR ES:

- a) Un método de ayuda en el ajuste sexual del matrimonio.
- b) Un aspecto primordialmente religioso y social.
- c) Incluye aspectos unicamente anticonceptivos.
- d) Es un programa político económico y familiar.
- e) Solo A y D.

3.- EL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE SE ENFRENTA A PROBLEMAS DE DISFUNCIONES SEXUALES DEBE:

- a) Hacer diagnóstico diferencial con otro tipo de patología.
- b) Canalizar en un momento dado al paciente con una persona adiestrada en terapia sexual.
- c) Prevenir conflictiva mayor y disminuir la angustia.
- d) Brindar información objetiva, descriptiva y no valorativa al paciente.
- e) Todas las anteriores.

4.- LOS TOCAMIENTOS GENITALES DESDE LA LACTANCIA SON INDICIO DE:

- a) Erotismo infantil.
- b) perversión futura si esto no se frena.
- c) La obtención de placer.
- d) La exploración de su yo corporal
- e) C y D son ciertas.

5.- ACTUALMENTE LOS HOMBRES ACUDEN A LA PROSTITUCION FEMENINA POR:

- a) No poseer la destreza social para cortejar sexualmente
- b) Reducir la obligación del hombre hacia la mujer.
- c) El deseo de nuevos contactos físicos.
- d) Encontrar un satisfactor sexual extra-pareja.
- e) Todas las anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.- EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS, EXCEPTO: 116

- a) Fisiología de la reproducción.
- b) Enfermedades sexualmente transmisibles.
- c) Métodos anticonceptivos
- d) Prohibición de ciertas prácticas sexuales.
- e) Consejo genético.

7.- ACERCA DE LOS ESTROGENOS:

- a) Estimulan el crecimiento de la superficie glándular del endometrio.
- b) Disminuyen el tamaño de las glándulas mucosas del endometrio.
- c) Disminuyen el recambio celular de la epidermis.
- d) Aumentan la libido femenina.
- e) A y D son ciertas.

8.- CLASICAMENTE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA SE HA DIVIDIDO SEGUN MASTERS Y JOHNSON EN LAS SIGUIENTES FASES:

- a) Excitación, lubricación, Orgasmo y relajación.
- b) Excitación y Orgasmo.
- c) Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución.
- d) Excitación, Lubricación, Erección y Orgasmo.
- e) Ninguna de las anteriores.

9.- LA VAGINA ES UN CONDUCTO MUSCULO-MEMBRANOSO QUE POSEE:

- a) Únicamente musculatura lisa.
- b) Músculo estriado en su tercio externo y liso en los dos tercios internos.
- c) Músculo estriado en su tercio interno y liso en los dos tercios externos.
- d) Sólo es un conducto membranoso fibroelástico.
- e) Posee únicamente musculatura estriada.

10.- ES UN EFECTO DEL ALFA METIL DOPA:

- a) Disminución del deseo sexual.
- b) Anorgasmia.
- c) Galactorrea.
- d) Incompetencia erectil.
- e) Todas las anteriores.

11.- LA TRISOMIA 21 SE PRESENTA:

- a) Un caso por cada 700 nacimientos.
- b) 3 varones por cada 2 mujeres.
- c) En la no disyunción de la gametogenesis paterna.
- d) En madres de más de 30 años.
- e) Todas las anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12.- SE CONSIDERA ABORTO :

117

- a) Terminación espontánea o provocada del embarazo antes de la semana 20.
- b) Terminación del embarazo en producto menor de 500 grs.
- c) Interrupción del embarazo antes de la semana 16 con producto menor de 500 grs.
- d) Todas las anteriores.
- e) Solo C es verdadera

13.- ACERCA DEL HOMOSEXUAL (MASCULINO Y FEMENINO):

- a) Debe considerarse como paciente psiquiátrico.
- b) No tiene características que lo distinguen (estereotipo definido).
- c) Cometan "crímenes pasionales" con mayor frecuencia que los heterosexuales.
- d) Proviene de padres divorciados.
- e) Proviene de un estrato socioeconómico alto.

14.- LA PRACTICA RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EDADES TEMPRANAS PROPICIA:

- a) Frecuentes frustraciones.
- b) Disfunciones sexuales en la edad adulta.
- c) Complejo de culpa o vergüenza.
- d) Compulsividad sexual.
- e) Una salud sexual al llegar al estado adulto.

15.- SE SABE DE LOS EFECTOS DE LA TESTOSTERONA ADMINISTRADA EN ADULTOS:

- a) Sirve para el tratamiento de algunos casos de incompetencia erectil (impotencia).
- b) Solo tiene efecto sobre el deseo sexual.
- c) Aumenta el tamaño de los órganos genitales.
- d) Aumenta la producción de espermatozoides.
- e) Todas son ciertas.

16.- DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN NUESTRO MEDIO, SE SABE QUE LAS MAS FRECUENTE SON:

- a) Incompetencia erectil y vaginismo
- b) Anorgasmia femenina y eyaculación precoz.
- c) La falta de lubricación vaginal y preorgasmia
- d) La eyaculación precoz e impotencia.
- e) Priapismo y dispareunia.

17.- DURANTE LA DÉCADA DE LOS 70s, LA TASA DE CRECIMIENTO MENSUAL ANUAL EN MEXICO FUE:

- a) 2.4%
- b) 3.4%
- c) 3.9%
- d) 4.0%
- e) 3.3%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18.- MIENTRAS MAYOR ES EL GRADO DE EDUCACION EN UNA MUJER:

118

- a) Se vuelve más receptiva a la idea del aborto.
- b) Lo rechaza (el aborto).
- c) Le es indiferente el aborto.
- d) Aconseja el aborto a los demás.
- e) Ninguna es verdadera.

19.- LOS SIGUIENTES SON CAMBIOS QUE CON LA EDAD SE PRODUCEN EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DE LA MUJER:

- a) Latencia mayor entre aplicación del estímulo sexual efectivo y lubricación vaginal.
- b) Disminución de la cantidad de líquido de lubricación.
- c) Contracciones clónicas de la musculatura perineal menos intensas que en años previos.
- d) Disminución de la congestión vulvar.
- e) Todas las anteriores.

20.- SE HA OBSERVADO DISMINUCION DE LA LIBIDO CON:

- a) Diazepam.
- b) Barbituricos.
- c) Reserpina.
- d) Todos los anteriores.
- e) Solo A y B son ciertas.

21.- LOS CONDUCTOS DE WOLFF Y DE MULLER SE PRESENTAN EN:

- a) Solo en el hombre.
- b) Solo en la mujer.
- c) Ambos se presentan en los dos sexos.
- d) En ninguno de los dos sexos.
- e) No se presentan en el pseudohermafroditismo.

22.- DEL NUMERO TOTAL DE EMBAPAZOS, TERMINAN EN ABORTO ESPONTANEO:

- a) 12%.
- b) 50%.
- c) Menos del 0.5%.
- d) Más del 20%.
- e) Ninguna de las anteriores.

23.- EL TRANSVESTISMO ES:

- a) Placer o excitación proveniente de vestirse con ropa del sexo opuesto.
- b) Estado en que la anatomía y la orientación en el papel sexual de un individuo son incompatibles.
- c) Atracción de una persona por un miembro del mismo sexo.
- d) Hombre y mujer que disfrutan sexualmente con miembros de ambos sexos.
- e) Solo A y B son ciertas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24.- POR CUAL ESTRUCTURA SE ENCUENTRAN SUSPENDIDOS LOS TESTICULOS: 119

- a) Cordón espermático.
- b) Epididimo.
- c) Ligamentos diafragmáticos.
- d) Conductos aberrantes.
- e) Ninguna de las anteriores.

25.- LOS AGENTES A TRAVES DE LOS CUALES EL INDIVIDUO RECIBE EDUCACION SEXUAL SON:

- a) Los maestros, sacerdotes y médicos.
- b) Medios masivos de comunicación.
- c) Familia, clubes y amistados.
- d) Libros científicos y revistas.
- e) Todas las anteriores.

26.- SE CALCULA, QUE PARA EL AÑO 2000 Y COMO RESPUESTA A LAS POLITICAS DE POBLACION, LA TASA DE CRECIMIENTO EN MEXICO SERA:

- a) 1%
- b) 2%
- c) 2.4%
- d) 1.8%
- e) 3%

27.- DENTRO DE LA EXPLORACION MINIMA DE LA SEXUALIDAD, ESTAS INCLUIDAS LAS SIGUIENTES AREAS, EXCEPTO:

- a) Masturbación.
- b) Historia coital.
- c) Dispareunia.
- d) Hábitos higienico-dietéticos.
- e) Obtención de orgasmo.

28.- CUAL ES EL VOLUMEN PROMEDIO DE SEMEN EN CADA EYACULACION:

- a) 8 ml.
- b) 2ml.
- c) 14 ml.
- d) 3 ml.
- e) 10 ml.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

29.- LAS RELACIONES SEXUALES EN EL PUERPERIO SE PUEDEN INICIAR A:

- a) Los 40 días.
- b) Los 60 días.
- c) En cuanto lo desee la pareja.
- d) En cuanto cicatrice la episiorrafia.
- e) En cuanto dejen de presentarse los loquios.

30.- CUALES DE LOS SIGUIENTES CAMBIOS SE PRODUCEN CON LA EDAD EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL VARON:

- a) Mayor latencia entre estímulo sexual efectivo y - respuesta erectil.
- b) El volumen y la fuerza de expulsión del semen disminuye.
- c) La sensación orgásmica es menos intensa que en años previos.
- d) El periodo refractario a nueva estimulación es más prolongado.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

31.- EL FENOMENO FISIOLÓGICO PREDOMINANTE EN LA FASE DE EXCITACION ES:

- a) Vasoespasmo.
- b) Contracciones mioclónicas.
- c) Eyaculación.
- d) Vasocongestión.
- e) Espasmo de la musculatura perineal.

32.- LA TÈCNICA VAGINAL SE REALIZA EN:

- a) En fondo de saco poste ior.
- b) Rodeando el tercio interno de la vagina.
- c) Cubriendo parte del testículo y del epidídimo.
- d) Sobre la próstata.
- e) Ninguna de las anteriores.

33.- DEL TAMAÑO DEL PENE ERECTO SE SABE QUE:

- a) Es independiente de su tamaño en estado flácido.
- b) Es importante para la satisfacción de la pareja.
- c) En promedio mide 10 cm.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Solo A y C.

34.- LA CONTRAINDICACION ABSOLUTA DEL D.I.U. ES:

- a) Su instalación durante el puerperio inmediato.
- b) Procesos infecciosos crónicos cervicales.
- c) Nuliparas.
- d) Sospecha de Ca. Cu. "in situ".
- e) A y C son ciertas.

35.- LA VULVA ESTA CONSTITUIDA POR:

- a) Labios mayores y menores.
- b) Clitoris.
- c) Introito.
- d) Todas las anteriores.
- e) Solo A y B.



36.- LOS JUEGOS SEXUALES Y LA MASTURBACION EN LOS ADOLESCENTES SON PARAMETROS DE:

- a) Desajustes endocrinos.
- b) Patología social.
- c) Falta de información en el seno familiar.
- d) Madurez individual.
- e) Desarrollo formativo del individuo!

37.- PRACTICAMENTE LA EDUCACION SEXUAL INFORMAL (ASISTEMATICA) SE ASIGNA COMO:

- a) Aquella que proviene del seno de la familia.
- b) Aquella que se da en la escuela.
- c) La que procede del trato con los amigos.
- d) Aquella que acompaña la socialización del individuo.
- e) Aquella que procede del programa educativo gubernamental.

38.- EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1979, LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO PARA HOMBRES Y MUJERES ERA RESPECTIVAMENTE:

- a) 60 y 65 años.
- b) 65 y 67.1 años.
- c) 67 y 62.1 años.
- d) 62.1 y 66 años.
- e) 61 y 65 años.

39.- LAS RELACIONES SEXUALES EN EL EMBARAZO SE PUEDEN REALIZAR:

- a) Hasta el 6to. mes.
- b) No se deben realizar.
- c) Con cierto cuidado durante todo el embarazo.
- d) Hasta el 8vo. mes.
- e) Estan contraindicados durante el primer trimestre.

40.- LOS CENTROS MEDULARES SACROS DE LA ERECCION SE ENCUENTRAN A NIVEL DE:

- a) S2, S4.
- b) S1, S3.
- c) L1, L4.
- d) S4, C1.
- e) T1, T2.

41.- DURANTE EL ORGASMO ES CARACTERISTICA FUNDAMENTAL:

- a) Contracciones tónico clónicas.
- b) Vasocongestión.
- c) Contracciones mioclónicas.
- d) Eyaculación.
- e) Palpitaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

42.- CUANDO EL NUMERO DE ESPERMATOCOIDES SE ENCUENTRA DEBAJO DE LA SIGUIENTE CIFRA SE CONSIDERA OLIGOSPERMIA:

- a) 5 millones por ml.
- b) 33 millones por ml.
- c) 18 000 por ml.
- d) 15 millones por ml.
- e) Ninguna de las anteriores.

43.- SE PUEDE CONSIDERAR QUE LA ACTIVIDAD SEXUAL:

- a) Desaparece a los 55 años.
- b) Desaparece a los 60* 5 años.
- c) Disminuye progresivamente y termina a los 70 años.
- d) Disminuye con forme avanza la edad pero no existe punto determinado donde acabe por completo en los individuos.
- e) Ninguna es verdadera.

44.- EN QUE LUGAR SE LLEVA A CABO LA FECUNDACION Y LA IMPLANTACION:

- a) Tercio externo de tuba uterina y fondo de saco de Douglas.
- b) Tercio medio de tuba uterina y cervix.
- c) Tercio interno de tuba uterina y fondo uterino.
- d) Tercio medio de tuba uterina y fondo uterino.
- e) Tercio externo de tuba uterina y fondo uterino.

45.- ENTRE LOS ABORTOS ESPONTANEOS:

- a) El 50% se deben a causas ovulares.
- b) El 70 % se debe a factores maternos.
- c) Son los menos frecuentes.
- d) Son generalmente provocados pero ocultos.
- e) Ninguno de los anteriores.

46.- SE SABE QUE LA HOMOSEXUALIDAD:

- a) Es una desviación sexual.
- b) Tiene un fondo de origen endocrinológico.
- c) Tambien se da en los niños.
- d) No tiene una causa científicamente comprobada.
- e) Todas las anteriores.

47.- CONTRAINDICACION ABSOLUTA DE HORMONALES ORALES:

- a) Obesidad.
- b) Antecedentes de tromboflebitis.
- c) Cirrosis hepática de Laennec.
- d) Ca. de mama.
- e) todas las anteriores.



48.- EL NIÑO ES UN SER SEXUADO CUANDO:

- a) Se percata de su diferencia anatómica respecto al otro sexo.
- b) Explora su anatomía
- c) En el momento en que genéticamente se determina su sexo.
- d) De acuerdo a la asignación del sexo a su nacimiento.
- e) Solo C y D son ciertas.

49.- EL TERMINO MENOPAUSIA SE REFIERE A:

- a) El cese de la actividad coital de la mujer.
- b) El cese permanente de la ovulación.
- c) El cese permanente de la menstruación.
- d) El cese de las funciones endocrinas de la mujer.
- e) Ninguna de las anteriores.

50.- SE DEFINE COMO EYACULACION PRECOZ: (SEGUN MASTERS & JOHNSON)

- a) Un hombre que no controla su eyaculación en un tiempo suficiente para satisfacer a su pareja en un 50% o mas de las veces siendo ésta orgásmica.
- b) Aquellos periodos de eyaculación durante la infancia.
- c) La incapacidad del hombre para mantener su erección en el 50% de las ocasiones.
- d) El eyacular sin tener orgasmo.
- e) A y D son ciertas.

51.- UNA EXPLORACION MINIMA DE LA SEXUALIDAD DEBE EFECTUARSE:

- a) Como parte de una historia clínica integral.
- b) En todo paciente parapléjico.
- c) Cuando un problema sexual es causa de la consulta.
- d) Cuando se presenta a la consulta un paciente añoso.
- e) En todas las anteriores.

52.- EL CONSENSO QUE PREDOMINA EN LOS INVESTIGADORES SOBRE LAS REPRESENTACIONES GRAFICAS DE LA SEXUALIDAD (PORNOGRAFIA) ES QUE:

- a) Induce en forma importante a la criminalidad.
- b) Reduce los actos delincuentes al proporcionar desahogo sustituto.
- c) En exceso produce aburrimiento.
- d) Solo B y C son ciertas.
- e) Solo A es cierta.

53.- EN EL SINDROME DE TURNER PUEDE HABER:

- a) Cromatina sexual positiva y coartación aortica.
- b) Pterigiión coli, cubito valgo y linfedema.
- c) Fenotipo femenino con disgenesia gonadal.
- d) Menstruaciones espontáneas.
- e) Todas las anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

54.- SON LOS FARMACOS QUE CAUSAN MENORES ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA:

- a) Hidralazina y estrógenos.
- b) Hidralazina y propranolol.
- c) Hidralazina y alfa metil dopa.
- d) Todos los anteriores.
- e) Ninguno de los anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T A C E

- 1.- EL USAR COMO METODOS ANTICONCEPTIVOS EL RITMO Y/O LOS LLAMADOS METODOS NATURALES.
- 2.- TENER RELACIONES SEXUALES CON INDIVIDUOS DEL MISMO SEXO.
- 3.- RELACIONES SEXUALES EXCLUSIVAMENTE CON UN COMPAÑERO. (PAREJA FIJA: MONOGAMIA).
- 4.- TENER RELACIONES SEXUALES (PARA UNO Y OTRO SEXO) PREVIAS AL MATRIMONIO.
- 5.- FROTAMIENTOS Y TOCAMIENTOS COMO UN MEDIO PARA LA EXCITACION SEXUAL Y/O PLACER SEXUAL.
- 6.- SENTIR ATRACCION Y TENER PRACTICA SEXUAL CON NIÑOS (PAIDOFILIA).
- 7.- TENER RELACIONES SEXUALES CON MUTUO CONSENTIMIENTO CON UN IMPEDIDO FISICO Y/O MENTAL.
- 8.- OBTENER RELACIONES SEXUALES A TRAVES DE LA VIOLENCIA FISICA O MORAL Y SIN CONSENTIMIENTO DEL OTRO.
- 9.- EL USO DE AUXILIARES (VIBRADORES, MUECAS INFLABLES PENES ARTIFICIALES ETC) CON UNO MISMO Y/O CON OTROS EN BUSCA DE EXCITACION Y/O PLACER SEXUAL.
- 10.- CAMBIAR DE SEXO POR MEDIO DE CIRUGIA (TRANSEXUALISMO).
- 11.- LA PRACTICA DEL ABORTO ANTE UN EMBARAZO NO DESEADO.
- 12.- TENER RELACIONES SEXUALES CON INDIVIDUOS DE UNO U OTRO SEXO.
- 13.- LA CASTIDAD COMO UNA EXPRESION DE LA SEXUALIDAD.
- 14.- LA PRIVACIA ES ELEMENTO INDISPENSABLE PARA LLEVAR A CABO RELACIONES SEXUALES.
- 15.- EXHIBIR LOS GENITALES COMO UN MEDIO DE ATRACCION Y EXCITACION PARA LA BUSQUEDA DE PLACER Y/O DE RELACIONES.
- 16.- SENTIR ATRACCION Y TENER PRACTICA SEXUAL CON COMPAÑEROS (AS) SEXUALES NOTABLEMENTE MAYORES QUE UNO -- (VIEJOS (AS); ANCIANOS (AS): GERONTOFILIA).
- 17.- PRACTICAR LA RELACION BOCA-PENE (FELLATIO).
- 18.- CAUSAR DAÑO FISICO O DOLOR AL COMPAÑERO SEXUAL PARA LOGRAR EXCITACION O PLACER CON MUTUO CONSENTIMIENTO (SADISMO).
- 19.- PAGAR POR TENER RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE CONSIENTE EN ELLO.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 20.- EL QUE LAS PERSONAS TENGAN QUE COMPORTARSE DE MANERA DETERMINADA Y ESPECIFICA POR EL HECHO DE SER HOMBRE O MUJER (ROLES SEXUALES ESTEREOTIPADOS).
- 21.- EL USAR COMO METODOS ANTICONCEPTIVOS LOS QUIMICOS Y/O MECANICOS PARA EL CONTROL DE LA FECUNDIDAD (PILDORA DIAFRAGMA ETC.)
- 22.- TENER RELACIONES SEXUALES EN BUSCA DE PLACER CON COMPANEROS DE QUIENES NO SE TIENE UN CONOCIMIENTO PROFUNDO.
- 23.- LA VIRGINIDAD ES UN VALOR.
- 24.- LA DESNUDEZ EN PUBLICO.
- 25.- UTILIZAR OBJETOS Y/O PRENDAS ESPECIFICAS (FETICHES) COMO UNA VIA PARA LA EXCITACION Y SATISFACCION SEXUAL.
- 26.- EL USO DE EXCREMENTOS PARA LA EXCITACION Y SATISFACCION SEXUAL (COPROFILIA).
- 27.- TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO (PROPIO O DE LA COMPAÑERA).
- 28.- REQUERIR DAÑO FISICO Y/O DOLOR PROPIO COMO UNA VIA PARA LA EXCITACION Y EL PLACER SEXUAL (MASOQUISMO).
- 29.- RECIBIR DINERO DE UNA PERSONA A CAMBIO DE TENER RELACIONES SEXUALES.
- 30.- RECIBIR EDUCACION SEXUAL SIN IMPORTAR LA EDAD O SEXO EN FORMA OBJETIVA Y SIN QUE SE IMPONGAN VALORES PARTICULARES.
- 31.- LA PRACTICA DEL ABORTO EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA.
- 32.- PRACTICAR RELACIONES SEXUALES EN GRUPO.
- 33.- TENER RELACIONES SEXUALES FUERA DE LA PAREJA.
- 34.- LA PRACTICA DE RELACIONES SEXUALES EN PUBLICO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS.
- 35.- EL OBTENER PLACER DE TIPO SEXUAL O NO SEXUAL AL VESTIR O USAR IMPLEMENTOS Y/O ADORNOS CONSIDERADOS DEL OTRO SEXO.
- 36.- EL USO DE ORINA PARA LA EXCITACION Y SATISFACCION SEXUAL (UROFILIA).
- 37.- TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MESTREACION (PROPIA O DE LA COMPAÑERA).
- 38.- EL LIBRE ACCESO A LAS REPRESENTACIONES GRAFICAS DE LA SEXUALIDAD (PORNOGRAFIA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 39.- TENER CONTACTO CON ANIMALES PARA OBTENER EXCITACION Y PLACER SEXUAL.
- 40.- EL QUE EXISTAN MADRES SOLTERAS EN NUESTRA SOCIEDAD.
- 41.- RELACIONARSE SEXUALMENTE CON COMPANEROS DEL OTRO SEXO.
- 42.- TENER RELACIONES SEXUALES ENTRE PARIENTES CERCANOS EN BUSCA DE PLACER.
- 43.- RELACIONARSE SEXUALMENTE CON MAS DE UN COMPANERO (POLIGAMIA).
- 44.- LA MASTURBACION COMO UN MEDIO PARA LA CONSECUION DE SATISFACCION SEXUAL.
- 45.- VER LOS GENITALES Y/O LAS RELACIONES SEXUALES DE OTRO (S) PARA OBTENER PLACER SEXUAL (FSCOPTOFILIA).
- 46.- PRACTICAR LA RELACION BOCA- VULVA.. (CUNNILINGUS).
- 47.- TENER RELACIONES SEXUALES ANALES, YA SEA PENETRACION, CARICIAS Y/O CONTACTO BUCAL.
- 48.- UTILIZAR DROGAS O MEDICAMENTOS PARA INCREMENTAR EL PLACER DURANTE LA RELACION SEXUAL.
- 49.- TENER CONTACTO SEXUAL CON UN CADAVER PARA OBTENER EXCITACION Y PLACER SEXUAL.
- 50.- LAS ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRASMISIBLES (ENFERMEDADES VENEREAS) SE CONSIDERAN COMO CUALQUIER OTRA INFECCION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.-

Se estudio una población de Médicos residentes de la -- especialidad de Medicina Familiar adscritos al Valle de México que comprendieron a 220 individuos que representaban el -- 73.57% del total de 299 residentes de la especialidad.

La población del estudio comprendió: 139 individuos del primer grado de la especialidad y 81 del segundo, correspondientes al 81.28% y 63.28% respectivamente.

Se analizaron cuatro variables principalmente:

I SEXO:

	<u>Individuos</u>	<u>%</u>
Masculino	139	63.18%
Femenino	81	36.81%

II ESTADO CIVIL:

Casados	109	49.54%
Solteros	103	46.81%
Otros	8	3.63%

III GRADO DE RESIDENCIA

RI	139	63.18%
RII	81	36.81%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV EDAD:

Años	<u>Individuos</u>	<u>%</u>
23-26	104	47.27%
27-30	97	44.09%
31-34	19	8.63%

Los instrumentos implementados para la recolección de datos fueron tres cuestionarios (anteriormente descritos y analizados) mismos cuya resolución se llevó a cabo en un tiempo promedio de 1 hora con 23 minutos. Se calendarizaron previamente las fechas y solamente en tres grupos no fué posible aplicarlos el día estimado por circunstancias ajenas al estudio, y que fueron resueltos en fechas subsecuentes. El lapso de ejecución comprendió entre el 15 de Julio y el 8 de Septiembre de 1981. Los cuestionarios se recogían una vez terminados de resolver; se calificaron de acuerdo a los siguientes parámetros:

- a) Cuestionario socioeconómico: solo se tomaron en cuenta las variables mencionadas cuantitativamente.
- b) Cuestionario de conocimientos: equivaliendo los 54 reactivos acertados al 100%.
- c) Cuestionario de actitudes: tomándose en cuenta por el grado de aceptación hacia la sexualidad propia y de los demás en porcentajes. Para dar un 100% en calificación, se tomó como válida en todas las preguntas la respuesta: sí para mí y sí para otros, excepto en las preguntas 3, 8, 14 y 20 en que se aceptó como válido la respuesta no para mí y no para otros.

Se tomaron para análisis del presente estudio:

- a) Población de residentes del Valle de México.
- b) Una muestra escogida aleatoriamente.
- c) Un grupo control a quien se aplicó un curso de educación sexual (no formativo).

En todos los casos se dió el mismo tratamiento estadístico. Una vez recopilados los datos se sometieron a procesamiento para computación por medio del sistema FORTRAM, el cual nos proporcionó:

- a) Promedios aritméticos de conocimientos.
- b) Promedios porcentuales de conocimientos.
- c) Promedios porcentuales de actitudes.
- d) Coeficiente de correlación. (de Pearson).

Presentación de resultados:

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos haciendo la aclaración de que el símbolo (Φ), representa la variable actitudes de aceptación de la sexualidad propia y (Ω) representa actitudes de aceptación de la sexualidad de los demás.

I. PROMEDIOS GENERALES DE CALIFICACION EN LA
POBLACION EN GENERAL.

CALIFICACION

n = 220

	Calificación Conocimientos	Calificación Actitudes
\bar{X}		
24.9 = 46.11%	φ	Ω
	28.57%	44.57%

$$\begin{aligned}
 (*) \quad r_{\varphi} &= 0.3631 & r_{\Omega} &= 0.1601 \\
 t_{\varphi} &= 5.75 & t_{\Omega} &= 2.39 \\
 r &\neq 0 & r &\neq 0
 \end{aligned}$$

- (*) n = muestra
 r = coeficiente de correlación (Pearson)
 t = razón para comprobar la significancia estadística de r.

(el nivel de t es de 1.960 para un nivel de confianza de 0.05, con ∞ grados de libertad).

II. PROMEDIOS GLOBALES DE CALIFICACION DE LA
MUESTRA ALEATORIA

n = 25

	Calificación Conocimientos	calificación Actitudes
	φ	Ω
\bar{X} 25.84 = 46.74%	27.84%	42.48%

$$\begin{array}{ll}
 r_{\varphi} = 0.4559 & r_{\Omega} = 0.2592 \\
 t_{\varphi} = 2.4566 & t_{\Omega} = 1.2870 \\
 r \neq 0 & r \neq 0
 \end{array}$$

(el valor de t es 2.069 al nivel de confianza de 0.05 con 23 grados de libertad).

III. PROMEDIOS GLOBALES DE CALIFICACION POR SEXO

HOMBRES
n = 139

	Calificación Conocimientos	Calificación Actitudes
	\bar{X}	\bar{X}
	25.38 = 47%	31.26% 45.15%

$$\begin{aligned} r_{\psi} &= 0.3002 \\ t_{\psi} &= 3.68 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{\Omega} &= 0.1158 \\ t_{\Omega} &= 1.364 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

(el valor de t es de 1.960 para un nivel de confianza de 0.05 con grados de libertad).

IV. PROMEDIOS GLOBALES DE CALIFICACION POR GRADO DE RESIDENCIA.

RESIDENTES DE 1er. AÑO n = 139	Calificación Conocimientos	Calificación Actitudes
	\bar{X} 24.0 = 44.44%	φ 26.31%

$$\begin{aligned} r_{\varphi} &= 0.3022 \\ t_{\varphi} &= 3.710 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{\Omega} &= 0.0653 \\ t_{\Omega} &= 0.7659 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

RESIDENTES DE 2do. AÑO n = 81	\bar{X} 26.50 = 49.07%	φ 36.71%	Ω 47.06%
-------------------------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------

$$\begin{aligned} r_{\varphi} &= 0.2895 \\ t_{\varphi} &= 2.68 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{\Omega} &= 0.8722 \\ t_{\Omega} &= 15.85 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

(el valor de t es de 1.960 para el nivel de confianza de 0.05 con grados de libertad, t = 1.960).

V. PROMEDIOS DE CALIFICACIONES GENERALES EN EL GRUPO CONTROL QUE RECIBIO UN CURSO INFORMATIVO DE SEXUALIDAD HUMANA.

PREVIOS AL
CURSO
n = 23

Calificación Conocimientos	Calificación Actitudes	
	φ	Ω
\bar{X} 27 = 50.0%	18.13%	28.95%

$$\begin{aligned} r_{\varphi} &= 0.1841 \\ t_{\varphi} &= 0.8582 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{\Omega} &= 0.3785 \\ t_{\Omega} &= 1.8739 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

POSTERIORES AL
CURSO
n = 23

\bar{X}	φ	Ω
	35.08 = 64.96%	20.43%

$$\begin{aligned} r_{\varphi} &= -0.3844 \\ t_{\varphi} &= -1.79 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{\Omega} &= 0.2524 \\ t_{\Omega} &= 1.1953 \\ r &\neq 0 \end{aligned}$$

(el valor de t es de 2.080 para un nivel de confianza de 0.05 con 21 grados de libertad).

(Nota: hubo un incremento en actitudes "para mi" 2.3% post curso y de 6.44% en actitudes "para otros").

VI. PROMEDIOS DE CALIFICACIONES DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES SEGUN EL ESTADO CIVIL.

	Calificación Conocimientos	Calificación Actitudes
CASADOS n = 109	\bar{X} 25.33 = 46.90%	φ Ω 29.60% 45.37%
SOLTEROS n = 103	\bar{X} 24.38 = 45.05%	27.48% 43.98%

VII. PROMEDIO DE CALIFICACIONES DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

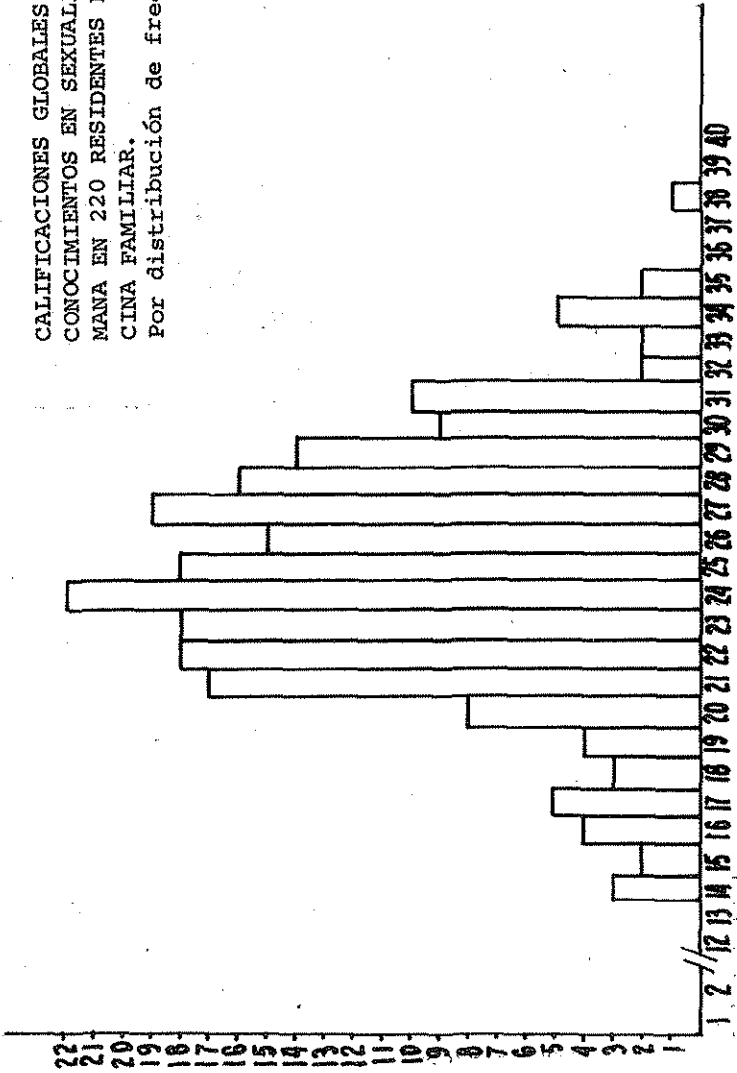
GRUPO DE MUJERES

Edad	Calificación Conocimientos \bar{X}	Calificación Actitudes	
		φ	Ω
23-26	23.40 = 43.33%	22.71%	45.15%
27-30	24.93 = 46.16%	25.30%	39.93%
31-34	25.32 = 46.88%	22.40%	34.00%

GRUPO DE HOMBRES

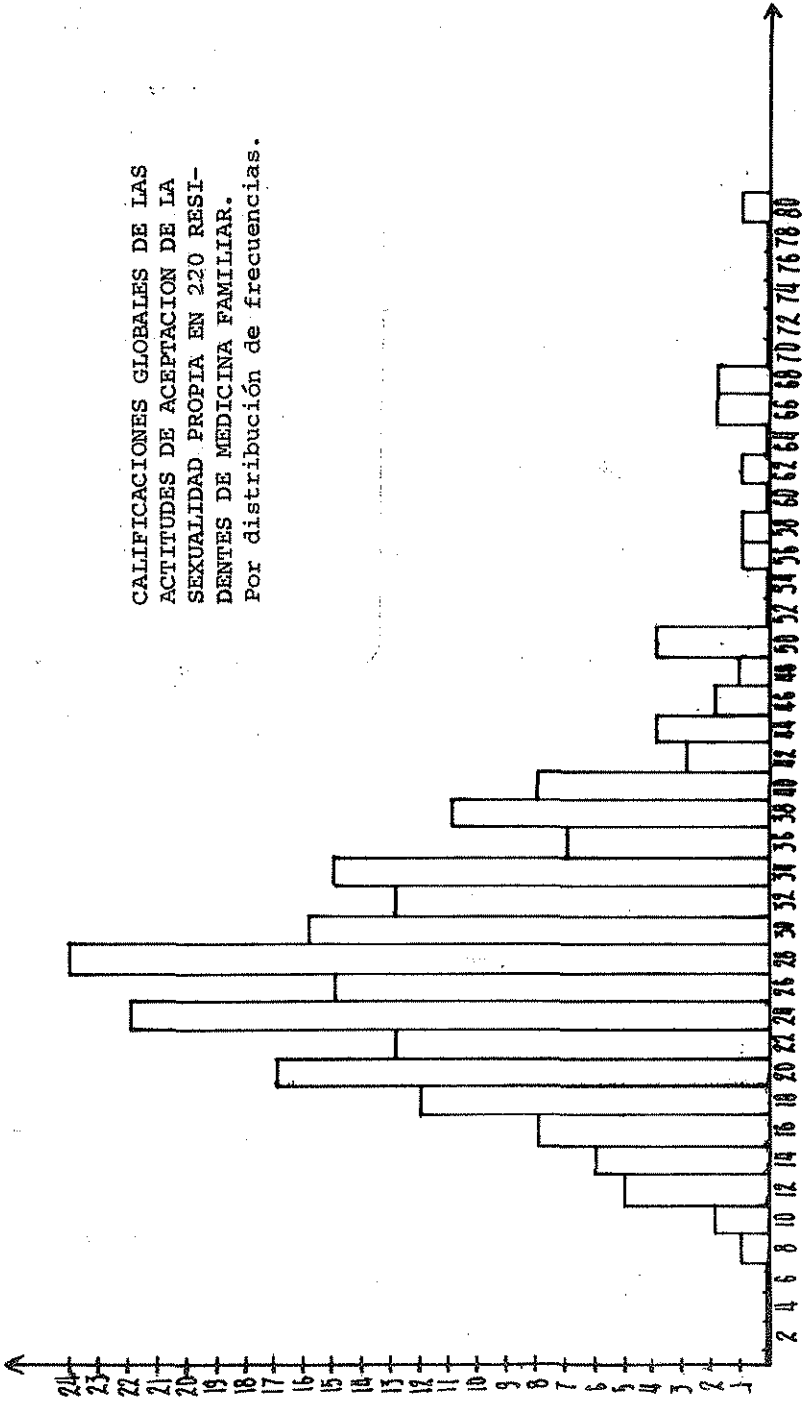
23-26	25.37 = 46.98%	31.22%	47.84%
27-30	25.50 = 47.22%	30.98%	45.87%
31-34	24.92 = 46.14%	35.46%	40.00%

CALIFICACIONES GLOBALES DE
 CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD HU-
 MANA EN 220 RESIDENTES DE MEDI-
 CINA FAMILIAR.
 Por distribución de frecuencias.



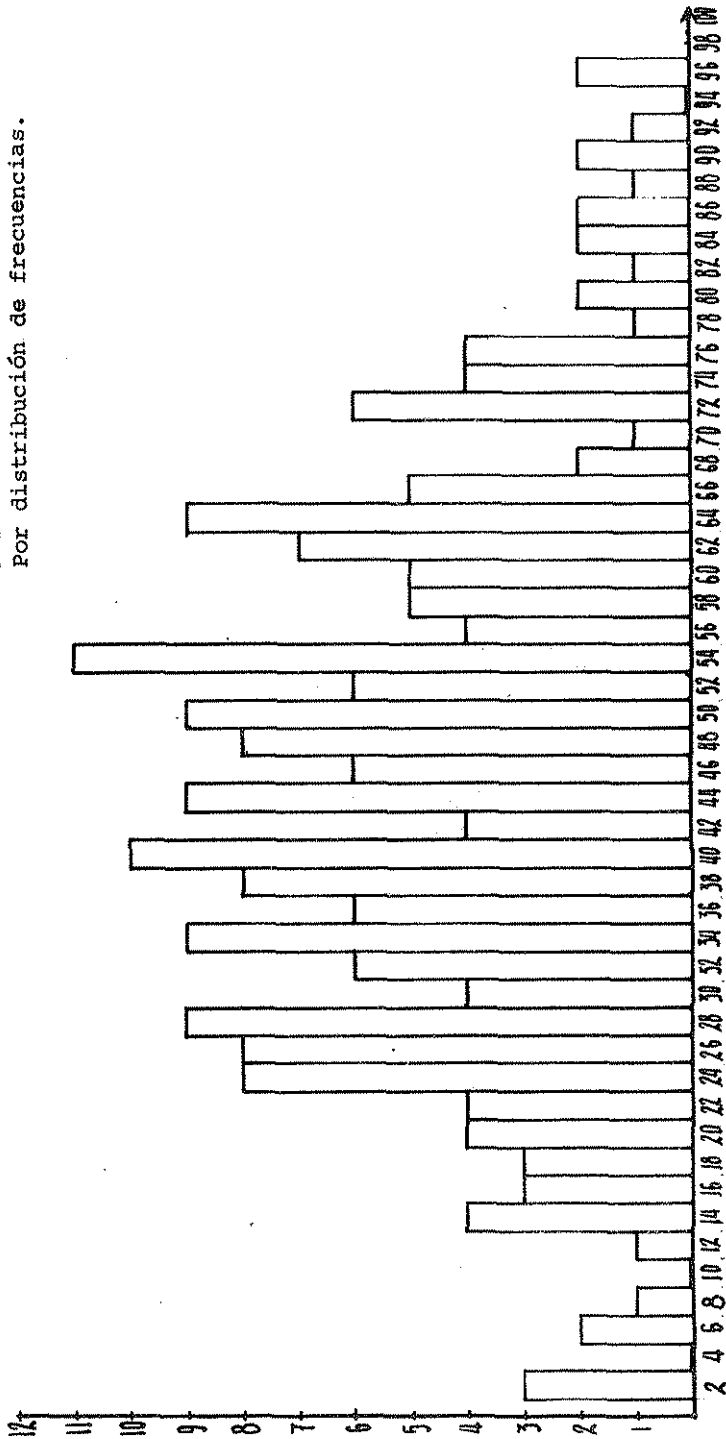
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CALIFICACIONES GLOBALES DE LAS
 ACTITUDES DE ACEPTACION DE LA
 SEXUALIDAD PROPIA EN 220 RESI-
 DENTES DE MEDICINA FAMILIAR.
 Por distribución de frecuencias.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CALIFICACIONES GLOBALES DE LAS
 ACTITUDES DE ACEPTACION DE LA
 SEXUALIDAD DE LOS DEMAS EN 220
 RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.
 Por distribución de frecuencias.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DISCUSION Y COMENTARIOS.-

En la hipótesis inicial se postula que los conocimientos guardan una correlación con las actitudes. Para llegar a esta conclusión, primero debemos hacer algunas observaciones y análisis de las desviaciones detectadas durante el desarrollo.

Se plantea la hipótesis en base a observaciones realizadas por el Instituto Mexicano de Sexología, teniendo como parámetros los cambios de actitudes que se producen después de una serie de cursos formales de educación sexual.

La relación directa que se hace en base de las inferencias de la observación en un cambio de actitud, se fundamentan principalmente en el hecho que: el individuo, después de habersele aplicado un proceso de desmitificación y reestructuración conceptual de conocimientos que reúnen las características científicas, ve modificado su patrón conductual, reflejo de un cambio de actitudes. En este sentido lo más sobresaliente en estos sujetos es su modificación de actitudes en base a la aceptación de la sexualidad de los demás.

En este sentido, tratar de comprobar esta relación en una población médica de postgrado en periodo de adiestramiento es una tarea fundamental.

Se han analizado los factores que influyen directamente en la formación del individuo como ser social, es decir la formación de su personalidad social; también, se han

analizado los errores en la socialización. Sabemos concretamente la falta de educación sexual objetiva desde el seno de la familia. El médico es un ser social, y como todos es producto de una sociedad a través de la familia.

Por otro lado, se analizan teóricamente los elementos que componen a una actitud: El nivel afectivo o emocional, - el nivel cognoscitivo y el de tendencia a la acción. La actitud solo puede medirse en sus tres dimensiones y para ello requiere de un proceso de observación directa. La actitud -- puede inferirse de la conducta. Se utilizó para el presente estudio un cuestionario que explora las opiniones ante la sexualidad. En él se registran aspectos emocionales y cognoscitivos (indirectos) de una persona sin embargo ello nos da - cierta reserva para inferir globalmente la actitud. La conclusión al respecto debemos orientarla hacia la parcialidad de los resultados: la población estudiada guarda gran reserva en cuanto a expresar por este medio sus opiniones respecto a su propia sexualidad.

Por lo que se refiere a los resultados, en general, los datos obtenidos a través de la evaluación de conocimientos demuestran la poca información que el médico tiene en el as pecto sexual. En general en la mayoría de los individuos es tudiados existe un desconocimiento mayor del 50 por ciento al respecto. En toda la muestra hay mayor aceptación de las expresiones sexuales de los demás que las de uno mismo, sin importar sexo, grado de la residencia, edad o estado civil, persistiendo las mismas observaciones, en el grupo al que se le implementó el curso.

Por lo que respecta a los sexos, hay una mayor cepta ción en general a la sexualidad propia y a la ajena en el grupo de varones, sin diferencia en cuanto al grado de con cimientos.

Refiriéndonos al estado civil no hay diferencias signi ficativas en el grado de conocimientos entre casados y sole teros; existe una tendencia discretamente mayor de cepta ción a la sexualidad en general en el grupo de casados.

Sin diferencia en el grado de conocimientos respecto - al promedio, el grupo de residentes de segundo año, mostró mayor inclinación a la aceptación de actitudes a la sexua lidad en general.

Hablando de edades los datos parecen apoyar el hecho - de que existe una correlación que establece que a mayor edad, menor aceptación para actitudes en general; sin embar go por el rango total de las edades de los integrantes de - la muestra, no es suficiente para ser significativo.

En cuanto a la muestra obtenida aleatoriamente, los resultados confirman fuertemente la hipótesis de que el grado de conocimientos en sexualidad guarda relación con el de actitudes hacia la misma (vease índice de correlación en promedios generales de la muestra aleatoria). El tratamiento dado para comprobar la significancia estadística del coeficiente de Pearson, reafirma este hecho.

Para los residentes de segundo año que recibieron un curso formativo de sexualidad, se encontró: que si bien aumentaron sus conocimientos hacia la misma, el grado de cambio de actitudes fué más acentuado para los demás que para ellos mismos. Sin embargo no existe una correlación entre los conocimientos y las actitudes después del curso. Esto puede deberse a las propias características del mismo (formativo; no con la intención de cambiar actitudes).

Lo observado anteriormente y la correlación vista por el coeficiente de Pearson, nos puede permitir hacer las siguientes inferencias:

Primera. El cambio de actitudes puede o no deberse al aumento de los conocimientos (evidenciado por la correlación negativa, ver tabla V en resultados).

Segunda. Los conocimientos modifican las actitudes.

Tercera. Tanto las actitudes, como los conocimientos no tienen relación entre sí, y las actitudes pueden cambiarse o modificarse por otros factores.

Por lo tanto, a pesar de probarse la hipótesis, cabe considerar que quizá, el coeficiente de correlación, su sig

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nificado, pudo deberse a la casualidad, y esto se explicaría en teoría, por la heterogeneidad de la población, y muy posiblemente al bajo control sobre otras variables.

Se palpa la necesidad de estudios metodológicos bien estructurados, para determinar aspectos de sexualidad humana - en nuestro medio.

Existen muy pocos profesionales capacitados en el área de la investigación sexual. Ello dificulta la asesoría en este campo.

Por su ámbito prejuicioso, mitificado y valorativo, realizar investigación sexual en nuestro medio encuentra serias dificultades, como actitudes de evitación y rechazo, falta de interés, falta de conocimientos objetivos o miedo a "descubrir" aspectos de la propia sexualidad y de la de los demás y provocar conflicto emocional, culpa o vergüenza.

Es difícil encontrar antecedentes concretos que sirvan de referencia para abordar aspectos de la sexualidad, y todos ellos ofrecen una gran amplitud en su campo de estudio, al estar regidos por innumerables variables, tanto externas (del ambiente) como internas (de la conducta).

Tratándose de Educación sexual, la mayoría de los autores opinan y en nuestro caso se reafirma el hecho de que ésta se da de manera implícita en el seno de la familia de manera informal, como parte de socialización de un individuo, cargada de toda una "cultura sexual".

En la formación académica del Médico general, se incluyen tan solo aspectos biológicos de la sexualidad humana. Ello traduce una deficiencia en la adquisición de conocimientos -- desde el punto de vista social y psicológico. Aunada éste a -- una carencia de educación sexual desde la propia socialización; el Médico carga una doble "culpa" de esta carencia. Ello traducirá una incompetencia para resolver cuestiones de sexualidad en su práctica diaria.

El Médico no es ajeno a su contexto social. Participa y sobrevive de él. Es partícipe de la transmisión de la cultura; pero también, potencialmente, es un elemento de cambio en su sociedad.

Las actitudes de no aceptación traducen una limitación -- y NO permisibilidad para las expresiones conductuales y comportamentales en el área de la sexualidad, que potencialmente todo ser humano posee.

Se considera crítica y analíticamente las características que posee una actitud para ser medible. Por esta razón, se -- reconoce en el presente estudio, la limitante para no poder -- designarse como una "actitud" (en su rigor científico), y esta en el sentido de que los individuos NO fueron objeto de ob-servación directa para evaluar el nivel de tendencia a la ac-ción. La ACTITUD se infiere del nivel emocional y cognoscitivo.

El nivel de conocimientos fue evaluado en forma global. Por el gran número de variables que afectan el proceso, por -- la premura del tiempo y la gran cantidad de información que -- se maneja, no se cuantificaron éstos cualitativamente.

Se guarda una correlación entre conocimientos y actitudes. Aunque no existen antecedentes científicos que corroboren lo postulado, y existan trabajos donde se manejen variables muy concretas, v.g., cursos de educación sexual formales, grado de religiosidad y actitud ante la masturbación, - estos sufren de grandes limitaciones: muestra seleccionada y sistemas de evaluación. De ninguna manera trascienden como promotores para generalizar su metodología.

En los casos en que existe una correlación o esta es poco significativa, más que errores metodológicos o de apreciación, el tratamiento estadístico utilizado plantea la alternativa de que el fenómeno puede deberse a características propias de la población estudiada.

Se han analizado las condicionantes y las determinantes, las limitantes y factores de causalidad que han influido en esta investigación.

Ello puede dar pauta a considerar el aspecto metodológico. Y de ello el sistema de evaluación.

Dos señalamientos que no escapan a la vista del observador:

1. La sofisticación que caracteriza al estudio.
2. La trascendencia conceptual para el campo de la investigación sexual.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.-

Se investigó la relación que guardan los conocimientos que sobre sexualidad humana tienen los Residentes de Medicina Familiar respecto a sus actitudes, postulando que un déficit de conocimientos determina actitudes de poca aceptación para la sexualidad propia y la de los demás; Lo observado por el Instituto Mexicano de Sexología, y discutido en párrafos anteriores dá pie para pensar que cursos de sexología de carácter formativo pueden modificar actitudes.

Para el logro de nuestros objetivos, se diseñaron los cuestionarios a aplicar, confrontando áreas de conocimientos con actitudes, intentando satisfacer los criterios de objetividad necesaria (de por sí difícil) para poder medir una actitud; se intentó hacer observaciones más confiables aplicando un curso informativo de sexualidad a determinado grupo de residentes, para apreciar los cambios en cuanto a las actitudes propias y hacia los demás.

Se aplicó el método estadístico para tratar de validar los datos.

Como conclusiones finales se obtuvo:

- I Existe una correlación entre conocimientos y actitudes.
- II Se demostró la carencia de conocimientos en el área de sexualidad, en médicos egresados y titulados, y que se encuentran cursando estudios de postgrado.
- III El médico posee una serie de actitudes hacia la pro-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pia sexualidad y hacia la de los demás de no aceptación.

- IV Es necesario e imprescindible el establecimiento de cursos formales de educación sexual, durante el proceso académico del médico general y de médicos en cursos de postgrado.

BIBLIOGRAFIA.

1. ACKERMAN, N: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Ediciones Horme, Paidós, Buenos Aires, 1978.
2. ALVAREZ GAYOU; MAZIN, R.: Educación sexual en facultades y escuelas de medicina en México. - Revista de Salud Pública en México, Vol. 19 No 3; pags 443-446 Mayo-Junio 1977.
3. ALVAREZ GAYOU; MAZIN, R.: Elementos de sexología - Ed. Interamericana, 1979 México.
4. AZCARRAGA, J.: Sexología Básica. La Prensa Médica Mexicana, México, 1976.
5. BERZON; LEIGHTON: Positively Gay. Ed Celestial Arts, New York, 1980.
6. BURNAP, D.W.; GOLDEN, J.S.: Sexual Problems in Medical practice. J. Med. Educ. Vol. 42: pag 673, 1967.
7. BROSTEIN DE RANEN; ARMENDAREZ: Encuesta sobre el adiestramiento que en materia de sexualidad humana se imparte en las escuelas y facultades de medicina en la República Mexicana. Gaceta Médica de México Vol.114: pag 7, México, 1978.
8. CAMPBELL, I.N.: Testicular pain sensation in Diabetic autonomic neuropathy. Br Med. J. Vol. 2: pag 638-639, 1974.
9. CHURCHILL, W: Do Drugs increase sex drive?. Sexology pag 164-167, Octubre 1968.
10. COLE, T: Sexualidad y los lesionados de la medula espinal. Sexualidad humana GREEN. Cap 19: pags 228-247, 1981.
11. DE CROUCHY; TURLEAN, C: Atlas de enfermedades cromosómicas. Ed Maria, Barcelona, 1978.
12. ELLEMBERG, M: Sexual aspects of the female diabetic. Mt. Sinai J. Med. Vol 44: pag 495-500, -- New York, 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. ENGELS, F: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado 3ra. Ed. Editores mexicanos unidos, Londres 1980.
14. FAERMAN, I; GLOCER: Histological studies of the - autonomic nervous fiber of the corpora cavernosa in impotent diabetic males - diabetes. En: Impotence and diabetes . Vol 23; pags 971-976, 1974.
15. FORD; BEACH: Patterns of sexual behavior. Ed. Harper brothers, New York, 1957.
16. FROMM, E.: El arte de amar. Ed. Paidós, Barcelona España, 1980.
17. FURLOW, W.L.: Surgical management of impotence, using the inflatable penile prosthesis. Mayo -- clinic Proc. Vol. 51: pag. 325-28, 1976.
18. GAGNON, J.: Sexualidad y cultura. Ed. Pax México. New York, 1981.
19. GAGNON, J.: Sexualidad y sociedad. Ed. Pax México New York, 1981.
20. GARCIA RODRIGUEZ, P.: Nivel de información sexual en estudiantes de medicina. Mundo Médico, -- Vol. 3: pag. 44-49, Marzo 1976 México.
21. GARDNER, E; GRAY, D.J.: Anatómia, segunda Ed., Salvat editores, 1972.
22. GREEN, R.: Sexualidad humana. 2da. ed, Ed. Interamericana, 1981.
23. HARMON, V.; ALIAPOULIUS, MA: Gynecomastia in marijuana users. N. England J. Med. pag 287, 1972.
24. HAUTON, K.E. A human sexuality course for Oxford University medical students. Med. Educ. Vol 13; pags 428-431, 1979.
25. HIDALGO, M: La vida amorosa en el México antiguo, Ed Diana, México 1979.
26. HOCH; KUBAT, E: Background and sexual experience of Israeli medical students. Arch. Sex. Behav. Vol 7: pag 429-441, 1978.

27. HOOKER, E.: The adjustment of the male homosexual. J. pro. Tech. Vol 21: pags 18-31, 1957.
28. HOOKER, E.: The problem of homosexuality in modern society. Ruitenbeek, Hendrik M. Dutton. 1963.
29. HOUILLON, C.: Sexualidad, Ed. Omega Colèc, Métodos Barcelona España, 1978.
30. KAPLAN, H.S.: La nueva terapia sexual.Ed. Alianza Madrid España, 1978.
31. KAPLAN, H.S.: Manual ilustrado de terapia sexual. Ed. Grijalbo, México, 1980.
32. KATCHADOURIAN, H.S; LUNDE, D.: Las bases de la sexualidad humana. Ed. Cecsca, México, 1978.
33. KINSEY, A.: Sexual behavior in the human male. Saunders company, Filadelfia, 1948.
34. KOLODNY, R, C.: Sexual disfunction in diabetic females. Diabetes Vol 20: pags 557-559, 1971.
35. LACAN: Estudio sobre la institución familiar.Ed 904, Buenos Aires.
36. LANGMAN, J.: Embriología médica. 2da. edición, Ed. Interamericana, México, 1969.
37. LAUB, D.R.; GANDY: Eds Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome. Stanford University School of medicine.
38. LEIF, H,I: KALEN: Sex education in medicine. Spectrum publications, New York, 1976.
39. LEÑERO,O,L.: La familia. Asoc. Nal. de Univ. e inst. de ens. sup. Edicol, México, 1976.
40. LEÑERO,O,L.: Realidades familiares y la crisis del modelo nuclear conyugal en los países latino Americanos. Bol. Inst. Mex. de Est. Soc. México, 1981.

41. LORD, D.J: Human sexuality: A survey of the sexual Experience of medical students, University of Otago. N. Z. Med. J. Vol. 23: pags. 303-305, Abril 1980.
42. LLOYD, J.A: Survey and analysis of educational efforts in reproductive biology and human sexuality in american schools. J. Reproduct Med. Vol 24: pags 17-21, Enero 1980.
43. Manual de la familia. Consejo Nacional de población, México, 1980.
44. MARQUEZ LOZORNIO, J: Concepto de normal. En auxiliar didáctico, asoc. Mex. de educ. sex. México, 1979.
45. MASTERS; JOHNSON: Respuesta Sexual Humana. Ed. Inter-médica, Buenos Aires Argentina, 1976.
46. MASTERS; JOHNSON: Incompatibilidad Sexual Humana. Ed. Intermédica, Buenos Aires Argentina, 1976.
47. MAZIN, R: Conferencia dictada sobre diferenciación y determinación sexual. En el IV taller básico del IMESEX. Agosto 1979.
48. Mc CARY, J. L: Sexualidad Humana, 3ra. edición, Ed. El manual moderno, México, 1980.
49. México Demográfico, Consejo Nacional de - población, 1979.
50. MINUCHIN, S: Familias y terapia familiar. 2da. edición, GEDISA, Barcelona España, 1979.
51. NOLASCO, M: La familia mexicana. Rev Fem, Vol 2 No. 7: Pags 14-19, México, 1978.
52. OKAWARA, H; DE BARROS, S.R: La sexualidad a través de los tiempos, cap.3 En Col. amar. Ed. Novaro, México 1981, pags 37-41.
53. OKAWARA, H; DE BARROS, S.R: Familia y Sexualidad cap. 22 En Col. amar, Ed. Novaro, México 1981, pags 337-348.

54. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Introducción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. OMS, Ginebra Suiza, 1975.
55. QUIROZ, R: Tratado de anatomía humana. Ed. Porrúa tomo 3, México.
56. ROJAS SORIANO, R.: Guía para la investigación social. Ed. Anies, México, 1976.
57. ROUEN, M.: Guía de información sexual. Ed Diana, México, 1978.
58. RUBIN, E; LIEBER, C.S; ALTMAN, K: Prolongued ethanol consumption increases testosterone metabolism in the liver. Science. Vol 191: pags 563-564, 1976.
59. RUBIN, I: Sex after forty and after seventy. En Analysis of human sexual response. Ed. Brecher and Brecher, New York, 1968.
60. RUSSELL, B: Matrimonio y moral. Ed. Siglo XX, 1979.
61. SANCHEZ AZCONA: Familia y sociedad. Ed. Cuadernos - Joaquín Moritz, 1976.
62. SCHIAVI, R.C: Sexualidad y enfermedad general Referencia específica a la diabetes sacarina. En Sexualidad humana Green, cap. 16, 1981, pags 191-199.
63. SCOTT, F.B; BRADLEY, W.E.; TIMM G.W.: Management of erectile impotence. Urology. Vol. 11: pags 80-82, 1973.
64. SOUSTELLE, J: La vida cotidiana de los aztecas en visperas de la conquista. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1977.
65. SPIEGEL, M.R: Teoría y problemas de estadística. Serie de compendios Schaum, Mc Craw Hill, - 1979.

66. STEVENCHEVER, M.A: Cómo orientar en conducta sexual. Ed. Pax, México, 1973.
67. STORY, M.D.A: Longitudinal study of the effects of a university human sexuality course on sexual attitudes. J.Sex. Res. Vol. 15 pags 184-204, 1979.
68. SUMMERS, G.F: Medición de actitudes. Ed Trillas. Méx. Septiembre 1978.
69. VALDIOSERA, R.B: Balúm el maya. Editores asociados SA, México, 1975.
70. WABRECK; WABRECK: Orientación matrimonial y sexual después de mastectomía. En Sexualidad - humana Green. Ed. Interamericana, 1981, pags 200-210.
71. WAGNER, N; SEIBERLER, E: Actividad sexual y el paciente cardiaco. En Sexualidad Humana Green. Ed. Interamericana, 1981, pags 182-189.
72. WALLECHINSKY; WALLECE: WALLECE: The book of lists. Bantam books, New York, 1978.
73. WEIS, H.D: Physiology of penic ersion. Ann Intern med. Vol. 76: pags 793-799, 1972.
74. YOUNG, M: Attitudes and behavior of college students relative to oral sexuality. Arch sex Bettav Vol. 9: pags 61-67, 1980.
75. YOUNG, R.K; VELDMAN, D.J: Introducción a la estadística aplicada a las ciencia de la conducta. 2da. edición, Ed. Trillas, México, 1979.
76. LEAL, L.M: El problema del aborto en México. Ed. Miguel Angel Porrúa, México, 1980.
77. OKAWARA, H; DE BARROS,,S.R: Variantes de la conducta Sexual. cap. 33 En Col. amar Ed. Novaro, México 1981, pags 373.