

21 2e



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTUDIO COMPARATIVO:

INFORMACION SEXUAL, ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y CONDUCTA SEXUAL ENTRE ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA Y PSICOLOGIA DE LA U. N. A. M. DE LA GENERACION 1985 - 1989".

FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CATALINA CAMARILLO RANGEL
ALICIA RODRIGUEZ SALAZAR



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

1.	INTRODUCCION	1.
2.	ANTECEDENTES	
2.1.	ESTUDIOS DE COMPORTAMIENTO SEXUAL	4.
2.1.1.	PRIMER COITO Y COITO EXTRAMARITAL	9.
2.1.2.	COITO MARITAL	11.
2.1.3.	COITO EXTRAMARITAL	12.
2.1.4.	ORGASMO	13.
2.1.5.	HOMOSEXUALIDAD	15.
2.1.6.	MASTURBACION	17.
2.1.7.	CAUSAS DEL ORGASMO	18.
2.2.	SEXUALIDAD EN UNIVERSITARIOS MEXICANOS	20.
3.	TEORIAS DE LA SEXUALIDAD	
3.1.	SIGMUND FREUD	28.
3.2.	WILHELM REICH	34.
3.3.	KAREN HORNEY	37.
3.4.	HARRY SULLIVAN	39.
3.5.	ERICH FROMM	41.
3.6.	MASTERS Y JOHNSON	43.
3.7.	ROGELIO DIAZ GUERRERO	46.
3.8.	SANTIAGO RAMIREZ	50.
4.	¿QUE ES LA SEXUALIDAD?	56.
	UN ENFOQUE BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL	
5.	METODOLOGIA	
5.1.	FUNDAMENTACION	63.
5.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	66.

5.3.	HIPOTESIS	67.
5.4.	VARIABLES	69.
5.5.	SUJETOS	70.
5.6.	MUESTREO	70.
5.7.	TIPO DE ESTUDIO	70.
5.8.	DISEÑO	71.
5.9.	INSTRUMENTO	71.
5.10.	PROCEDIMIENTO	78.
6.	RESULTADOS	
	CUESTIONARIO DE INFORMACION SEXUAL	81.
	ESCALA DE ACTITUD	85.
	CUESTIONARIO DE CONDUCTA SEXUAL	90.
7.	DISCUSION	132.
8.	CONCLUSIONES	141.
9.	LIMITACIONES	145.
10.	SUGERENCIAS	147.
11.	ANEXOS	
	11.1. CUESTIONARIOS "PILOTO"	
	11.2. CUESTIONARIOS FINALES	
	11.3. PLANES DE ESTUDIO DE LA FACULTAD DE - MEDICINA	
	11.4. PLANES DE ESTUDIO DE LA FACULTAD DE - PSICOLOGIA	
12.	BIBLIOGRAFIA	181.

1. INTRODUCCION

1. INTRODUCCION.

La sexualidad siempre ha interesado y motivado a la humanidad, por su estrecha relación con dos de los elementos más fundamentales del hombre: la función reproductora y la necesidad de vivir experiencias placenteras. Sin embargo, sólo hasta muy recientes décadas ha sido tema de investigación y estudio científico, a través de los cuales se ha establecido que la conducta sexual de la persona individual es el resultado de la interacción de tres factores: BIOLÓGICOS (anatomía y fisiología) -- SOCIOCULTURALES (rol sexual, aprendizaje y desempeño) y PSICOLÓGICOS (identidad sexual, estructura y psicodinámica de la personalidad).

A pesar de estos avances en el área de la sexualidad, cuando en la actualidad surge en el seno de una sociedad o de un país, la cuestión de dar educación sexual, ésta invariablemente provoca encendidas y apasionadas polémicas generadas en esencia porque muchas personas la ven como una posible amenaza contra los cimientos morales y éticos que norman la vida de los individuos. Esto se debe tal vez a la mala reputación de que goza la educación sexual y que se origina fundamentalmente en el descubrimiento del manejo del sexo como un elemento publicitario de consumismo y mercadotecnia que hacen los prototipos de la sociedad capitalista de consumo. Aunado a esto se encuentra la carga emocional provocada por mitos y tabúes ancestrales de nuestras sociedades, que han determinado históricamente que la sexualidad se encuentre envuelta en rubros como "ética, pecado, moralidad". Esta a su vez genera conceptualizaciones falsas y distorsionadas, que afectan la mayoría de las veces la integración de la personalidad humana, principalmente en actitudes y conductas que requieren la ayuda de un profesional de la salud.

Resulta de suma importancia que este profesional de la salud - tenga una actitud adecuada ante la sexualidad propia y de otros, mediante un enfoque racional de su propia realidad sexual. De aquí la necesidad de que aquél conozca y acepta la amplia gama de expresiones de la conducta sexual, para lograr transmitir - esa actitud a las personas que buscan ayuda en ese ámbito.

En una encuesta sobre la formación que en materia de sexualidad humana se imparte en las escuelas y facultades de Medicina de la República Mexicana, publicada en julio de 1978, Brostein de Ranen y Armendares* encontraron que de 4.6 escuelas y facultades del país, sólo cuatro manifestaron tener cursos formales de sexualidad humana. En general, los resultados de este trabajo revelan que el estudio de esta disciplina, en estas instituciones educativas, se limita básicamente a los aspectos biológicos de la sexualidad, sin consideración de sus facetas psicológicas sociales.

Por eso, en el estudio que ahora presentamos se investigó la - información sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor humano, las actitudes hacia temas de sexualidad y la conducta sexual que tienen y/o presentan los alumnos del noveno - semestre de la Facultad de Psicología y los alumnos de cuarto año de la carrera de Medicina de la U.N.A.M. Elegimos esta población porque es la de quienes serán profesionales de la salud.

El objeto de esta investigación fue evidenciar las insuficiencias actuales en la formación teórica y práctica que reciben - los profesionales de la salud -en este caso médicos y psicólogos-, ya que la necesidad de una atención integral del ser humano, así como el aumento de la demanda y asistencia en materia de salud sexual, pone de relieve la necesidad de enseñanza y formación profesional en esta área.

2. ANTECEDENTES

2.1. ESTUDIOS DE COMPORTAMIENTO SEXUAL

Durante los siglos décimo octavo y décimonono, se separó el estudio del comportamiento sexual del hombre del de la moralidad. Este período se caracterizó por una extensa literatura utopista acerca del matrimonio, la moral y la educación sexual (1).

Las obras sobre comportamiento sexual publicadas en el siglo diecinueve se caracterizaban por una orientación histórico-cultural. Los principales puntos tratados eran los orígenes sociales de la sexualidad, la represión de la sexualidad, las ideas acerca de la sexualidad y las ideologías resultantes. Los escritores debatían los modos de ver contemporáneos y:

- a) Deseaban mejorar el statu quo sexual existente, haciéndolo más moral,
- b) suponían que el statu quo era el estado supremo del desarrollo humano, y
- c) sugerían utópicamente nuevas formas de conducta y nuevos principios éticos.

A partir de esta situación intelectual en que el comportamiento sexual se consideraba un sistema histórico cultural, estos libros, escritos por médicos, centraban su interés en los aspectos psicológicos del comportamiento sexual y utilizaron materiales (y puntos de vista) sociológicos y antropológicos para reforzar sus orientaciones psicológicas. Lo significativo del nuevo rumbo era que consideraban el comportamiento sexual desde un sistema concreto y clínico y por ello observaban de cerca lo que la gente en realidad hacía.

Las dos décadas de 1890 a 1910 fueron especialmente fructíferas. Se multiplicaron libros de médicos. Richar Krafft Ebbing, utili-

(1) Ellis, A., Enciclopedia de comportamiento sexual, Vols. I, II, México, Diana, 1973.

rando su práctica clínica como base de observación, publicó -- Psychopathia Sexualis (1902) y delimitó el campo de comportamiento sexual (patológico) con su etiología y pronóstico.

De máxima influencia fue la obra de Havelock Ellis, Studies in the Psychology of Sex (1897-1928). Ellis tomó su material de casos publicados en la literatura médica y psiquiátrica, y de la correspondencia que mantuvo con sus pacientes y con los que oyeron hablar de su obra y deseaban aportarle sus experiencias introspectivas y fenomenológicas. Con el fin de entender el comportamiento sexual dentro de la interacción psicológica, y ser al mismo tiempo fiel al sistema evolucionista, Ellis aplicó categorías biológicas de análisis a los fenómenos psicológicos. Así organizó su material y en este orden lo estudió: la evolución del pudor sexual, la inversión sexual, análisis del impulso sexual, selección sexual en el hombre, simbolismo erótico y, finalmente, del sexo y su relación con la sociedad.

August Forel, en La Cuestión Sexual (1906) no sólo detallaba la anatomía y la fisiología de la reproducción, sino que también describía la variedad de comportamiento sexual en que acumulaba evaluaciones morales. Al mismo tiempo trataba de persuadir a sus lectores de que aceptaran la educación sexual de la infancia y de la adolescencia porque, si no, la mala (o ninguna) educación en cuestiones sexuales podía conducir a patologías, perversiones y degeneración. En 1899 empezaba Magnus Hirschfeld la publicación de un Diario de los estados sexuales intermedios, se interesaba en la homosexualidad y fundaba un instituto para estudios sexuales.

Con el conductismo o psicología social (1920-1930) apareció una nueva dimensión de observación. Si bien se rechazaron los supuestos generales de la psicología sexual, el método (estudio de unidades específicas de comportamiento, relación entre ellas y consideración de éstas sin fines, valores ni normas éticas) -

si fue aceptado. Las formulaciones del operativismo en las ciencias naturales vinieron a sumarse a esto y se aplicaron a los fenómenos raciales y de la conducta; con el resultado se produjeron las modernas técnicas de observación, que son verificables por la repetición y comprobables por el análisis.

Dentro de este sistema aparecieron estudios de Exner (1915), Peck y Wells (1923, 1925), Hamilton (1929), Bromley y Britten (1935), Peterson (1938) y otros muchos. Esto produjo datos específicos basados en los hechos, pero también creó nuevos problemas.

Para ilustrar la clase de datos reunidos y los problemas que se presentaban, se da una tabla en que se enlistan los resultados de incidencia de coito premarital hallados en los estudios empíricos más importantes realizados entre 1915 y 1947.

Cifras de Incidencia de coito premarital de varones comunicadas de 1915 a 1947.

Investigador	Fecha	Tamaño y Clase de muestra	% de Incidencia
Exner	1915	518 Universitarios	36
Peck y Wells	1923	180 "	35
Peck y Wells	1925	230 "	37
Hamilton	1929	100 "	34
Bromley y Britten	1935	470 "	51
Peterson	1938	122 "	55
Terman	1938	760 Universitarios y Esc. Sup.	61
Porterfield y Sullis	1942	285 "	32
Finger	1947	111 "	45
Holman y Schaffner	1947	1,000 "	68

En los estudios anteriores los datos acusen una amplitud de incidencia coital de 32 a 68 por ciento, basadas en muestras que van de 100 a 1,000 personas. Examinando los estudios más de --

cerca, resulta evidente que si bien cada investigador especificó el comportamiento que estaba observando, la redacción de las preguntas y el contexto en que aparecían eran diferentes en cada estudio. Así es difícil comparar los resultados y enterarse precisamente de cuál es "en realidad" la incidencia del coito premarital.

Otro elemento que contribuye a los resultados contradictorios es el hecho de que no se tomaron en cuenta características como edad, sexo, estado socio-económico, actitudes respecto del sexo, religión, experiencias de la vida propia, relación con los padres, estudios realizados, ocupación, posición en el grupo o la institución de trabajo, etc.

Estas contradicciones, las vagas conceptualizaciones y el escaso control de las variables de los primeros estudios empíricos, indujeron a Kinsey a emprender su amplio estudio.

Alfred C. Kinsey (1938) empezó a considerar la posibilidad de realizar un estudio estadístico del comportamiento sexual humano. Para 1946, diez años después, fue publicado el primer informe Kinsey: El comportamiento sexual del varón. Cinco años después y sólo tres antes de su muerte, Kinsey publicó El comportamiento sexual de la mujer.

En ambos trabajos, Kinsey presentó los resultados de un estudio que abarcó 16,592 personas, de las cuales eran 7,789 mujeres y 8,603 hombres. Desde el punto de vista estadístico y de muestreo, su muestra tiene innumerables defectos, para la validez de muchos de sus datos y hallazgos persisten hasta la fecha.

Por un lado resultaba ser un estudio que, por primera vez en el seno de una sociedad puritana, lograba romper con barreras tradicionales y míticas, y mostraba una realidad que ya no era posible ocultar.

Por otro lado, resultaba ser una investigación que desnuda a la sociedad estadounidense de la época y que muestra claramente la existencia de un doble sistema de valores en el que se mantiene una estructura social externa, representada por supuestos comportamientos basados en un sistema ético y moral reforzado por una legislación, y una realidad que demuestra que la conducta sexual está extraordinariamente distante de las normas y declaraciones de los miembros de la sociedad.

En épocas ulteriores, otros investigadores buscaron datos similares en el contexto de sus propias sociedades. Así es como surgieron estudios como el de Pierre Simon, realizado en Francia en 1972, y un estudio complementario, comparativo con el de Kinsey, realizado por Morten Hunt.

En Inglaterra, Michel Schoffield, en 1965, realizó un estudio similar al de Kinsey pero enfocado a los adolescentes. En 1950, Asayama publica en Japón 1,140 cuestionarios (entre los que se cuentan solamente 17 de mujeres).

En lo que respecta a nuestro país, durante el cuarto trimestre de 1967 se realizó una encuesta en una muestra de 710 hogares - del área metropolitana de la Ciudad de México, la cual fue utilizada para un estudio nacional de fecundidad y salud (2) fueron entrevistados 1,610 adolescentes entre 16 y 24 años.

Más adelante en 1988, se realizó una encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (3), en la cual participaron 1,483 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad), que en su historia de la vida hubieran tenido la experiencia de haber estado alguna vez unidas establemente con un varón.

(2) Urbina F.M., Jóvenes reproductores en Nexos 139, México, - julio 1989. Págs. 45-46

(3) Rivera G., Algunas fronteras de la sexualidad, en Nexos 142, México, octubre 1989. Págs. 65-67.

Este estudio se llevó a cabo en tres regiones de la República Mexicana que presentan cierta heterogeneidad en cuanto a sus características socioeconómicas, demográficas y culturales.

Región I, Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora y Nayarit. Región VI, Bajío: Guanajuato, Hidalgo y Querétaro. Región VII, Sureste: Chiapas, Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán. Cabe hacer mención que la EDEPAN constituye un seguimiento de algunas mujeres entrevistadas para el ENFES, de las cuales se tenía información sobre algunas de sus características socio-económicas y demográficas.

2.1.1. PRIMER COITO Y COITO EXTRAMARITAL

El hombre y la mujer promedio se interesan más en el coito con un miembro del sexo contrario que en cualquier otro tipo de manifestación sexual. Ehrmann (1961) define al coito premarital como el que se da entre dos personas solteras, o el de una persona soltera, con una casada.

En lo que respecta al inicio de la actividad sexual, se encuentran datos significativos. En el estudio de Kinsey sólo 4% de las mujeres y 14% de los hombres refieren haber tenido relaciones sexuales a los 15 años o antes. La cifra contrasta con la de Inglaterra, en donde 32% de los hombres y 19% de las mujeres manifestaron haber tenido experiencia coital antes de los 16 años.

En Francia y Japón los porcentajes son notablemente más bajos. Sólo 2% de las mujeres francesas y japonesas afirmaron haber tenido experiencia coital antes de los 16 años; pero, entre los hombres, 8% en Francia y sólo el 1% en Japón respondieron de manera análoga.

Un estudio de Klausner, en Israel, en el que compara comportamiento entre israelíes nativos e iraquíes que viven en Israel y en Bagdad, muestra una diferencia interesante: sólo 5 a 6% de los hombres iraquíes en Bagdad han tenido coito a los 22 años; de los que viven en Israel, en cambio, a la edad de 22 años han tenido coito 30%. Por otro lado, 50% de los nativos de Israel al terminar la secundaria ya han tenido relaciones sexuales.

En cuanto a las mujeres, las diferencias son considerables. Ninguna mujer iraquí en Bagdad, acepta haber tenido relaciones sexuales; sólo una de las que vivía en Israel y, de las nativas israelíes a los 21 años, una cuarta parte ha tenido coito.

En Suecia el porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales aumentó de 72% en 1960 a 81% en 1965. El aumento entre las mujeres fue más pronunciado: de 40 a 65%. El estudio de Karlsson muestra este incremento, especialmente notable en las escuelas religiosas, en las que aumentó de 37 a 77%.

Según estos investigadores, parece existir una tendencia al decrecimiento de la edad de la primera relación sexual, más notable en las mujeres. Simon encuentra que la edad media de la primera relación sexual en Francia era de 22.5 años para las mujeres a principios de siglo y en su estudio baja a 21.2 años, una disminución de poco más de un año, mientras que en los hombres ha variado de 19.9 a 19.4 años; tan sólo 0.5 de decrecimiento.

En cuanto a la relación que guardan estos datos con otras variables, surgen algunos elementos interesantes de analizar. En relación con el nivel educativo, es mayor la incidencia de las relaciones sexuales premaritales, tanto en hombres como en mujeres, mientras menos sea la escolaridad. De las mujeres que sólo tienen estudios de primaria 38% las han tenido y sólo el

19% de las que tienen estudios universitarios. Para los hombres la diferencia es más marcada; las tiene el 85% de los que sólo han hecho estudios de primaria, en tanto que los universitarios las tienen en un 42%.

En Francia, Simon también encuentra esta correlación directa con la escolaridad, pero en su muestra resulta más acentuada en las mujeres. Los datos anteriores parecen demostrar que el grupo con menos escolaridad tiene una incidencia siete veces mayor de coito premarital que el de mayor escolaridad.

En México, en el Área Metropolitana, la edad promedio de inicio declarada por las mujeres fue a los 17 años y por los varones - 16 años. Cabe recordar que la muestra fue de 1,010 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, de los cuales el 41.9% declaró haber tenido relaciones sexuales al menos una vez, y el 22.9% de las mujeres contestó en la misma forma.

2.1.2. COITO MARITAL

El coito marital ha sido definido como la expresión sexual más o menos utilizada por los matrimonios (McCary, J. 1963).

El coito marital muestra una tendencia a aumentar en frecuencia semanal, según comparación de hallazgos de Kinsey y Hunt. En grupos de edades de 10 a 15 años en 1945, la media fue de - 2.45 coitos por semana y para el mismo grupo, en 1971, fue de 0.50 y en 1972 de 1.00.

En Francia de cada diez francesas y franceses de más de 20 años de edad, cinco tienen relaciones sexuales una vez al mes y el resto pocas veces en el año o nunca.

En Japón la frecuencia que predomina en el grupo de 20 a 39 años de edad es de 2 veces por semana y, como diferencia significativa, en el grupo de 50 años la frecuencia es de 0.25 por semana, es decir la mitad de promedio obtenido en Estados Unidos en 1948 y la cuarta parte del de 1972.

En México, el grado de importancia personal que la mujer le atribuye a las relaciones sexuales fue de "importantes", con el 67.34 y un 61.84 en el Norte y Sureste respectivamente.

Las respuestas matizadas en términos de importancia (más o menos, no mucho, poco importante) aparecen en un 22.44 en el Norte y en un 12.74 en el Sur. Un 16.34 de las mujeres del Norte y un 16.44 de las del Sureste declararon que para ellas carecían de importancia, lo cual indica la falta de apropiación del cuerpo y de la capacidad de goce, o bien la interiorización de esquemas moralizantes según los cuales la mujer no debe atribuir gran importancia a su vida sexual.

2.1.3. COITO EXTRAMARITAL

Murstein (1974), lo define como "cualquier forma de actividad sexual entre una persona casada y otra que no sea el cónyuge". Para McCary (1983), es el "coito entre un hombre y una mujer de los cuales uno en determinado momento está casado con otra persona".

En el estudio de Kinsey, a la edad de 40 años el 50% de los hombres y el 26% de las mujeres habían tenido experiencia coital extramarital. Esta práctica mostró ser diez veces más frecuente en la población con escolaridad primaria que en la universitaria, y 16 veces más frecuente en el grupo de obreros, comparado con el grupo profesional.

En el Japón, las relaciones sexuales extramaritales han sido practicadas por el 75% de los hombres y por el 7% de las mujeres. Los rígidos papeles sexuales de este país, posiblemente comparables con los de México, hacen que las relaciones extramaritales excedan en 20% a las estadounidenses y, por contraste, la frecuencia sea cinco veces más alta en las mujeres estadounidenses. Asayama postula en su estudio que la razón principal aducida por las mujeres japonesas para la infidelidad es una insatisfacción psíquica y emocional con el marido.

Considerando la fama que gozan los franceses, sorprende encontrar que sólo un 30% de los hombres y un 10% de las mujeres han tenido relaciones extramaritales.

En Suecia, en una encuesta nacional, a la pregunta de si la fidelidad era considerada necesaria para un matrimonio feliz, contestaron afirmativamente el 90% de los entrevistados.

Finalmente, entre los divorciados, los hombres concibieron las relaciones extramatrimoniales de su pareja como causa fundamental de divorcio en el 50% de los casos. Las mujeres, en cambio sólo la consideraron así en 27%.

2.1.4. ORGASMO

El orgasmo desde el punto de vista fisiológico es un episodio de liberación de una vasocongestión genital por medio de una respuesta mioclónica; psicológicamente se percibe como una experiencia subjetiva, placentera, explosiva que aparece como el punto máximo de la reacción al estímulo sexual. En el caso del hombre, Masters y Johnson (1966) consideran a la eyaculación como sinónimo de orgasmo; sin embargo, datos recientes muestran que esta sinonimia no resulta válida, puesto que en el hombre -

pueden darse eyaculaciones sin la sensación orgásmica subjetiva, así como también se dan orgasmos que no se acompañan de eyaculación.

Es una respuesta casi convulsionante, aliviadora de tensión, muy placentera que constituye la cima de la satisfacción emocional y física en la actividad sexual (McCary, J. 1983).

Tanto Kinsey como las investigaciones fisiológicas de la respuesta sexual humana realizadas por Master y Johnson, demuestran que la mujer que no logra el orgasmo después de la excitación, permanece en una prolongada congestión pélvica que le produce una sensación molesta y en ocasiones hasta dolorosa. Por tanto, consideramos válido utilizar el orgasmo en la mujer como una indicación de satisfacción sexual.

Kinsey encontró que 45% de las mujeres referían siempre tener orgasmo; esta tasa se incrementa a 55% en los resultados de Hunt y para la población francesa se encuentra en 44%. Por otro lado, el número de las mujeres que refieren nunca o casi nunca tener orgasmo en el coito disminuye de 12% en el estudio de Kinsey, a 7% en el realizado en los setentas. Contrastan estos porcentajes con 5% en Francia y notablemente 20% en Japón, que declararon negativamente.

Kinsey destaca que las mujeres logran el orgasmo en tanto mayor sea su nivel de escolaridad; asimismo, el factor que demostró mayor correlación con la frecuencia del orgasmo en el coito marital fue la existencia o falta de experiencia premarital, ya que de las que habían tenido experiencias orgásmicas previas, aun limitadas, sólo 19% no lograron el orgasmo.

En cuanto a la anorgasmia en el hombre, Hunt revela que 8% de los hombres de más de 45 años presentaban faltas de orgasmo, desde ocasionalmente hasta la mayor parte de sus experiencias sexuales; un 7% falla una cuarta parte de las veces, en el gru-

po de edad de 25 a 45 años de edad. En Francia, Simon encontró que un 21 de los hombres refirieron nunca lograr un orgasmo. Aclaramos que estos datos no se refieren a impotencia.

En México no se tienen cifras específicas respecto del orgasmo. Sin embargo, si hubo respuestas a la pregunta sobre la razón para valorar de cierta manera las relaciones sexuales que se hizo a una muestra femenina. Aquellas fueron de una enorme diversidad y complejidad.

Aunque no se interrogó sobre orgasmo, sino sobre relación sexual y bienestar, gran parte de las mujeres respondió que aquélla significa una forma de lograr o de preservar el bienestar de la vida en pareja; esta razón apareció en un 20% en el Norte y en un 12.8% en el Sureste.

La respuesta que valorita al coito como un gusto o satisfacción, en el Norte sólo alcanzó un 5%, en tanto que en el Sur llegó a 19%. La percepción de que las relaciones sexuales son una necesidad fisiológica presentó 10% en el Norte y 5.7% en el Sureste. Otros argumentos interesantes, más que por su frecuencia, por sus implicaciones en términos de sexualidad femenina, fueron los que describen el acto sexual como una obligación o cumplimiento de la mujer o esposa, y los que mencionan que el contacto sexual se debe realizar para complacer o satisfacer al esposo. Estas respuestas se observaron en un 8% en el Norte y 15% en el Sureste, lo que resulta más significativo si se suma con el 9% de la zona Sureste que concibió la actividad sexual como una molestia o algo insatisfactorio o no placentero.

2.1.5. HOMOSEXUALIDAD

Zimbrón, R. (1989) define la homosexualidad como la atracción -

sentimental y física hacia personas del mismo sexo". McCary (1983) dice que constituye una actividad sexual en la que participan miembros del mismo sexo.

De todas las conductas investigadas por Kinsey, la menos confiable en sus resultados es la incidencia de conducta homosexual. Sobre este tema resultan más de fiar los datos de Hunt. En ellos parece ser que la incidencia de individuos que se consideran básicamente homosexuales es de 21% para los hombres y de 11% para las mujeres. Por otro lado, el porcentaje de hombres que aceptaron haber tenido alguna experiencia homosexual en su vida es de 20 a 25%; y en el caso de las mujeres, de 9% de las casadas y el 15% de las solteras.

Simon, en Francia, refiere que aceptaron haber tenido algún en cuentro homosexual en su vida 61% de hombres y 31% de mujeres.

En México no contamos con cifras específicas; sin embargo Zimbrón, R. (4) nos habla sobre la problemática del homosexual en nuestra sociedad.

Ya desde la escuela, si el homosexual es obvio, comienza el su frimiento para él: el rechazo social. En la primaria empiezan los apodos, las burlas, las críticas y la segregación. En la secundaria, la agresividad, o el ser objeto de la diversión diaria, o a veces el ser deseado y solicitado sexualmente.

En cuanto a la familia, las reacciones no son las mismas, esto es, varían según las clases sociales y los casos. En el caso de que el hijo sea exteriormente afeminado, en la familia pobre existen diferentes actitudes: por parte del padre, casi siempre machista, suele ser el desprecio, la burla y, cuando está ebrio, los insultos. Por parte de la madre, suele adoptar esa actitud estoica con la que afronta toda clase de sufrimien

(4) Zimbrón, R., Nuevos enfoques sobre la homosexualidad. Edición privada promanuscrito. Mérida, Yuc. 1989.

tos y, por su parte, no hay rechazo hacia el hijo, pero tampoco una acogida plena ni menos gozosa; es una especie de resignación hacia lo inevitable. En cuanto a los hermanos y hermanas, como es natural, unos copian la actitud del padre y otros la de la madre.

En las familias de clase media alta, la reacción es distinta; hay más preocupación por la "imagen social" de la familia, y un hijo homosexual resulta para muchos algo vergonzoso. Así que hacen todos los intentos posibles por "curarlo". El hijo es llevado con el médico, con el sacerdote, con el psiquiatra, para que "se componga". Y, como dijimos, el móvil principal no suele ser el amor al hijo y la preocupación por el hijo, sino la afrenta social que implica tener un miembro homosexual en la familia.

2.1.6. MASTURBACION

Se aplica a cualquier tipo de estimulación que produce despertar erótico (Kinsey y Cols, 1948).

Por lo general se lleva a cabo frotando los genitales, sobándolos o acariciándolos u oprimiéndolos, pero también mediante la estimulación por uno mismo de otras partes del cuerpo, como los pechos, la parte interna de los muslos o el ano.

El término masturbación se refiere al acto de excitarse o estimularse uno mismo independientemente del resultado, o sea que la autoestimulación no precisa llegar al orgasmo para conceptuarse como masturbación (Masters, W. y Johnson, V. 1965)

Kinsey encontró que 92% de los hombres y 58% de las mujeres se han masturbado alguna vez; años después Hunt encontró 94% en los hombres y 63% en las mujeres.

tos y, por su parte, no hay rechazo hacia el hijo, pero tampoco una acogida plena ni menos posesiva; es una especie de resignación hacia lo inevitable. En cuanto a los hermanos y hermanas, como es natural, unos copian la actitud del padre y otros la de la madre.

En las familias de clase media alta, la reacción es distinta: hay más preocupación por la "imagen social" de la familia, y un hijo homosexual resulta para muchos algo vergonzoso. Así que hacen todos los intentos posibles por "curarlo". El hijo es llevado con el médico, con el sacerdote, con el psiquiatra, para que "se convierta". Y, como objetivo, el móvil principal no suele ser el amor al hijo y la preocupación por el hijo, sino la afrenta social que implica tener un miembro homosexual en la familia.

2.1.6. MASTURBACION

Se aplica a cualquier tipo de estimulación que produce despertar erótico (Kinsey y Cole, 1948).

Por lo general se lleva a cabo frotando los genitales, sobándolos o acariciándolos u oprimiéndolos, pero también mediante la estimulación por uno mismo de otras partes del cuerpo, como los pechos, la parte interna de los muslos o el ano.

El término masturbación se refiere al acto de excitarse o estimularse uno mismo independientemente del resultado, o sea que la autoestimulación no precisa llegar al orgasmo para conceptuar se como masturbación (Masters, W. y Johnson, V. 1966)

Kinsey encontró que 93% de los hombres y 54% de las mujeres se han masturbado alguna vez; años después Hunt encontró 94% en los hombres y 63% en las mujeres.

En Francia, las cifras son: 73% en hombres y 16% en las mujeres. En Japón, a los 21 años, el 81% en hombres y 12% en mujeres.

En Suecia la masturbación la realizan 63% de los varones y 36% de las mujeres. En aquellos que ya practicaron el coito, la masturbación sigue existiendo en 42% de los hombres y en 33% de las mujeres.

En el Medio Oriente 68% de los hombres iraquíes que viven en Bagdad, 38% de las mujeres iraquíes que viven en Israel y 75% de las nativas israelíes.

Llama la atención que la tasa es menor siempre en las mujeres, pero es notable la diferencia entre las mujeres estadounidenses (63%) y las francesas y japonesas (16 y 12%, respectivamente).

Asimismo, la masturbación tiene una prevalencia significativamente más elevada en los grupos con mayor escolaridad y en los niveles socioeconómicos altos.

En cuanto a la mujer casada, la incidencia de masturbación (con frecuencia de 10 veces por año) fue de 36% en el estudio de Kinsey y 68% en el estudio de Hunt.

2.1.7. CAUSAS DEL ORGASMO

Resulta útil analizar las tendencias por edades en las causas de orgasmo que sobre la estadística total presenta Kinsey. Se analizaron cinco conductas: masturbación, orgasmos nocturnos, caricias, coito, y experiencia homosexual.

Este enfoque permite observar cómo la masturbación es la causa predominante del orgasmo en el grupo de 15 años de edad y la fuente de más de 80% de los orgasmos; quedan en segundo lugar las caricias y el coito.

En el grupo de 16 a 20 años, la masturbación sólo es causal de 50% de los orgasmos y el coito aumenta como causa de éstos a más de 30%. A partir de 21 años y hasta los 35, el coito llega a su punto máximo a expensas de la disminución en la masturbación. Después de los 36 años, el coito como fuente de orgasmo disminuye gradualmente, pero se mantiene siempre por encima de 70% y la masturbación vuelve a incrementarse hasta mostrarse causal de poco más de 20% de los orgasmos en los sujetos de 51 a 55 años.

Los resultados antes expuestos muestran que, desde el punto de vista biológico puro, puede existir poca diferencia entre las características de la fisiología sexual de distintos grupos y pueblos. Para el enfoque sociológico, existen diferencias significativas en la conducta sexual y que, aparte de las imputables a grupos de edad, son principalmente socioculturales y no biológicas.

2.2. SEXUALIDAD EN UNIVERSITARIOS MEXICANOS

El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, - de la ciudad de Guadalajara, Jal. (5), realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y "diversas manifestaciones conductuales" en el área sexual de universitarios galiscentes. Fueron - 420 hombres y 183 mujeres de las escuelas de Arquitectura, Ciencias de la Comunicación, Ciencias Económico-administrativas, - Ingeniería y Psicología.

Se utilizó un cuestionario de 110 preguntas, dividido en cuatro secciones: en la primera se recabaron datos demográficos; en la segunda se evaluaron conocimientos de sexualidad humana; en la tercera se midieron actitudes hacia diversos objetos psicológicos: educación sexual, masturbación, aborto, relaciones premaritales y homosexualidad; la cuarta sección fueron preguntas sobre la ocurrencia y frecuencia de diversas conductas sexuales: masturbación, coito, distintas modalidades de estimulación erótica con creciente nivel de intimidad y contactos homosexuales. También se incluyeron cuestiones sobre el uso de métodos y control natal, aborto y prácticas religiosas habituales.

RESULTADOS.

En la autoevaluación de conocimientos sexuales, tanto hombres - como mujeres consideraron tener información "muy completa" o - "completa". Sin embargo, comparando la autoevaluación con el - promedio de respuestas correctas fue notoria la discrepancia en - tre lo que los sujetos creyeron saber y lo que verdaderamente - supieron.

(5) Enseñanza e investigación en Psicología, Vol. IX, Núm. 1 (17) México, 1983.

Sus respuestas denotaron mitos y falacias sexuales, por ejemplo: la mayoría de los varones y casi la mitad de las mujeres creyeron que una persona puede contagiarse de gonorrea al orinar en un baño público; la mayoría de los encuestados piensan que un hombre, después de la vasectomía, ya no eyacula; afirmaron que la masturbación puede causar daño físico y mental, y consideraron que para evitar el embarazo, el método del ritmo es tan eficiente como la píldora anticonceptiva.

Por otra parte, la mayoría de los sujetos manifestaron actitudes favorables hacia la educación sexual, en tanto que hacia la masturbación su actitud fue "moderada".*

En la práctica del sexo oral, más de la mitad de la población - sostuvo una actitud "liberal".** Con respecto a la virginidad, los hombres sostuvieron una actitud "moderada", en tanto que las mujeres manifestaron una actitud "permissiva".

Ante el coito premarital, tanto hombres como mujeres se clasifican como "moderados". En relación con el aborto se muestran "conservadores".

En el área de conducta sexual, se encontró que la edad de la primera masturbación es la misma en ambos sexos, pero tanto la frecuencia como la ocurrencia fue significativamente mayor en el hombre.

En cuanto a las diversas modalidades de estimulación erótica, la participación de los hombres fue mayor tanto en las prácticas - clasificadas como "activas" (acariciar los senos o genitales de la pareja, estimular hasta el orgasmo y practicar el sexo oral),

"Liberales" o "permissivos" se pronunciaron completa o ligeramente de acuerdo. "Conservadores" o "restrictivos" estuvieron completa o ligeramente en desacuerdo.

"Moderados" escogieron la opción de indeciso o bien no fueron consistentes - en sus respuestas.

como en las "pasivas" (ser acariciado en los genitales, ser estimulado hasta el orgasmo y recibir caricias buco-genitales).

En cuanto a coito premarital, los varones se iniciaron casi dos años antes que las mujeres. Casi tres cuartas partes de los varones, afirmaron haber practicado el coito, en comparación con sólo una tercera parte de las mujeres.

Con respecto al nivel de involucramiento emocional con quien se tuvo la primera relación sexual, la mayoría de los hombres reportaron haber tenido su primer coito dentro de un contexto de reducido involucramiento emocional, como con una prostituta, con una mujer apenas conocida o con una amiga. Por el contrario, para la mayoría de las mujeres la estabilidad de la relación y los lazos afectivos parecieron ser un requisito imprescindible, ya que tres cuartas partes adujeron haber practicado el primer coito con el novio.

Los métodos de control natal utilizados con mayor frecuencia entre las muchachas encuestadas sexualmente activas (102), en orden de importancia, fueron: la píldora, el ritmo, óvulos, ja leas y espumas espermaticidas.

Los varones encuestados sexualmente activos (304) reportaron predominantemente preservativo y coito interrumpido.

Sánchez Jaurena (6) realizó un estudio en la Ciudad de México, en el que investigó actitudes y conocimientos sexuales hacia el sexo con estudiantes de Medicina, Física y Psicología de la U.N.A.M., con el objeto de conocer si existían diferencias significativas en el aspecto de formación académica de estos profesionales y si poseen la suficiente capacidad para manejar con propiedad las actitudes hacia el sexo.

(6) Sánchez J., Correlación de actitudes y conocimientos frente al sexo de tres sectores universitarios. Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, 1981.

veno semestre que en los alumnos de primer semestre, con base en las cuatro escalas ya mencionadas, excepto que los alumnos de Psicología de primer y noveno semestre tienen las mismas actitudes hacia el aborto y masturbación.

En cuanto a los alumnos de primer semestre de Psicología y Medicina, los segundos son conservadores hacia los mitos sexuales, relaciones heterosexuales y aborto, en comparación con los primeros. Sin embargo, no hay diferencias significativas en sus actitudes hacia la masturbación.

En relación con los conocimientos, se observó que los alumnos de Psicología del primer semestre saben más que los de Medicina del mismo semestre. No obstante, los alumnos de Medicina del noveno semestre poseen mayores conocimientos que los de noveno semestre de Psicología.

Otra investigación fue la que realizó Serrano Barca (7) con estudiantes universitarios. Su estudio se enfocó a conocer actitudes hacia la igualdad sexual en una población femenina universitaria, tratando de detectar si existían diferencias entre alumnas de primer ingreso y aquellas que llevaban tres o más años en la carrera, así como también conocer si existían diferencias según la carrera que estudiaran.

La muestra con la que se trabajó fue de 100 estudiantes del sexo femenino, pertenecientes a cinco carreras: Psicología, Filosofía, Pedagogía, Geografía y Odontología. Veinte estudiantes por carrera, 10 del primer semestre y 10 del último.

Se utilizó una escala de actitudes tipo Lickert, treinta reactivos para medir igualdad sexual (actitud igualmente permisiva).

(7) Serrano B., Aspectos socio-culturales en las actitudes hacia la sexualidad femenina, tesis, Facultad de Psicología, UNAM, 1984.

va o restrictiva en cuanto a sexo), para ambos sexos y doble moral (actitud más permisiva en cuanto a sexo para el varón y más restrictiva para la mujer).

Estas dos áreas incluyeron aspectos de la sexualidad como masturbación, pornografía, promiscuidad, virginidad, matrimonio, relaciones sexuales (pre y extramatrimoniales).

Algunos de los resultados arrojados en esta investigación, son los siguientes:

En un enfoque global se observó, a partir de los puntajes obtenidos, una tendencia en las actitudes en pro de la igualdad sexual, mayor en alumnas de último semestre, en todas las carreras, que en las alumnas del primer semestre. Sin embargo, es conveniente mencionar que esta tendencia se vio más contrastada entre las alumnas de primer y último semestre de las carreras de Psicología y Odontología, las cuales en primer semestre mostraron tendencias en la actitud hacia la doble moral; en cambio, los puntajes obtenidos por las del último semestre expresan una tendencia en las actitudes en pro de la igualdad sexual mayor que la expresada por las alumnas del último semestre de las otras carreras. Estas últimas mostraron desde el primer semestre, aunque no en forma tan contrastada como sucedió con sus compañeras de Psicología y de Odontología, actitudes con una tendencia en pro de la igualdad sexual, que se acentuó un poco más en el último semestre.

3. TEORIAS DE LA SEXUALIDAD

Para esta investigación se revisaron cuatro puntos de vista sobre la sexualidad, diferentes pero complementarios.

El primero explora las vivencias personales de cada individuo, es decir, sus primeras relaciones con los padres y muy particularmente la relación madre e hijo, que en numerosos casos deja una huella indeleble, hasta el punto de condicionar nuestro ulterior comportamiento y dar a nuestra sexualidad su tonalidad específica. Aquí revisamos las teorías de Sigmund Freud -precursor de estos estudios- y de Wilhelm Reich.

El segundo es la teoría culturalista, para la cual los instintos agresivos y sexuales freudianos no tienen para la génesis de la angustia, la importancia que Freud les asigna. También sostienen que las creencias, costumbres y valores característicos de una sociedad se reflejan en la psicología y psicopatología individuales. Horney, Sullivan y Fromm son conocidos como los psicólogos culturalistas.

El tercer punto de vista se refiere al conocimiento objetivo de los fenómenos anatómicos, fisiológicos, endocrinos y de obstetricia que condicionan y regulan la relación sexual o derivan de ella. Las experiencias de Masters y Johnson constituyen la más reciente ilustración al respecto.

Finalmente, la cuarta parte, más que una teoría, está constituida por los estudios sociológicos de Santiago Ramírez y Rogelio Díaz-Guerrero que analizan la psicología del mexicano. Aquí se retoman sólo los componentes socioculturales que influyen en el desarrollo de la sexualidad.

3.1. SIGMUND FREUD

Los descubrimientos de Freud sobre la sexualidad provienen de tres fuentes:

- La observación de las enfermedades mentales (histerias y neurosis). Las primeras enfermedades que observa Freud lo llevan a considerar la importancia del factor sexual como causa - demasiado desconocida de grandes perturbaciones psíquicas.

- La exploración de su propio psiquismo. Otra fuente, única en su género, es la exploración solitaria de su propio inconsciente que Freud intentó y que ha sido llamada su "auto-análisis". Descubre en sí mismo la importancia de la sexualidad. Incluso a lo largo de este análisis, Freud nos hablará por primera vez del Edipo.

- La observación y el análisis de los niños. A este respecto hay que observar que Freud sólo tuvo conocimiento indirecto de aquéllos.

LA PULSION SEXUAL O LIBIDO.

Ahora bien, estas tres series de observaciones convergen en un mismo resultado: el descubrimiento de la importancia que para la vida psíquica de los hombres reviste esta fuerza, esta energía, esta pulsión sexual que Freud designa con su nombre latino: libido. Lejos de pensar que esta pulsión sólo se manifiesta en el acto sexual propiamente dicho, descubre que está presente y actúa desde la primera infancia, que sostiene de un modo subterráneo las imágenes del sueño, que sus bloqueos o conflictos son los que están en el origen de muchas enfermedades. Lo que -

es llamativo, es que la sexualidad, lejos de reducirse a lo genital propiamente dicho, al ejercicio adulto de la sexualidad, es más bien una fuerza pulsional presente a todo lo largo de la vida humana y tiene una importancia decisiva para la constitución de la personalidad y para la aptitud del hombre para la felicidad.

EL PRINCIPIO PLACER Y EL PRINCIPIO REALIDAD.

Dos grandes principios regulan el funcionamiento de la vida psíquica: el principio de placer-desagrado que trata de sosegar las tensiones que le sobrevienen al psiquismo realizando el deseo o evitando el dolor, y el principio-realidad, de la "dura" realidad que obliga a suspender el deseo inmediato y a tener en cuenta la realidad exterior.

Según Freud, es el principio-realidad el que debido (o gracias a) la "dura" realidad, hace al hombre. Pero el principio que domina sobre el psiquismo humano, el que nos rige sin que nos demos cuenta, el que regula nuestros pensamientos y nuestros deseos inconscientes es el principio-placer. Cuando desmovilizamos nuestra atención, cuando aflojamos el lazo que nos une a la realidad, como sucede cuando dormimos, por ejemplo, entonces es el principio-placer el que se entrega abiertamente al goce, especialmente en nuestros sueños que, de algún modo siempre son la realización de un deseo inconsciente.

LA SEXUALIDAD INFANTIL.

En su aspecto propiamente sexual, el principio-placer puede ser observado desde muy pronto en los niños. El niño sabe inmediatamente que puede adquirir placer de su propio cuerpo (auto-erotismo).

LOCALIZACIONES DEL PLACER EN EL NIÑO.

Ciertamente existe una forma de placer que va unida al cumplimiento satisfactorio de las grandes funciones fisiológicas: la alimentación, la respiración, etc. Pero el niño descubre enseguida que puede repetir el placer, independientemente de la necesidad y su satisfacción. Pero el placer buscado por sí mismo es, para Freud, la sexualidad, el fin hasta el que empuja la libido.

Ahora bien, está claro que esta busca de placer por sí mismo está presente en el niño: si falta el seno materno o el biberón, el niño lo reemplaza por un sucedáneo, por una parte de su propio cuerpo (el pulgar o el dedo gordo del pie en el bebé acróbata). El niño ha descubierto pues, que la excitación de la boca y de los labios en el acto de chupar constituye para él una fuente de placer, y es este placer el que trata de reproducir al meterse el pulgar en la boca. En cuanto que son capaces de producir placer, Freud llama a la boca y a los labios "zonas erógenas". Y ese tiempo durante el cual el niño encuentra su placer esencial gracias a la boca, lo denomina "fase oral": es la más antigua forma de organización de esa pulsión sexual o libido la que impulsa a buscar el placer, con independencia de las necesidades fisiológicas.

Durante la infancia, Freud distinguirá aún otras dos organizaciones de la sexualidad: la fase anal, caracterizada por el placer que el niño se procura reteniendo o eliminando las heces y la fase fálica, hacia los tres o cuatro años, en la que el niño siente ordinariamente las primeras excitaciones genitales y gusta de repetir las mediante la masturbación.

Después de observar que el niño es espontáneamente exhibicionista, que impulsado por la curiosidad sexual es naturalmente "mirón" (voyeur), que tiene pulsiones y comportamientos crue-

les (sádicos), Freud plantea que la sexualidad de los niños se presenta en forma infantil, como un catálogo de perversiones sexuales sucesivas, es decir, que en el niño están inscritas en forma de "pulsiones parciales" todas las posibilidades de desarrollo de la sexualidad.

La sexualidad, a partir de este dato común básico, puede seguir diferentes destinos.

Puede, en primer lugar, desarrollarse "normalmente" integrando durante la pubertad todas estas pulsiones parciales bajo el primado de la zona genital. Es el destino normal de la libido.

Pero puede darse, como consecuencia de un trauma cualquiera, la fijación en una pulsión parcial, lo cual va a hacer que fracase la integración. Es lo que desde hace tiempo se ha designado con el nombre de "perversiones sexuales".

Puede haber también, por último, un fracaso de la integración de las pulsiones sexuales en el inconsciente, lo cual es muchas veces origen de enfermedades mentales.

Es un principio "perversos", "normales" y "neurotizados" poseen las mismas pulsiones y los mismos comportamientos: es la diferente evolución de sus pulsiones sexuales, según su historia personal, la que va a distinguirlos. El "perverso" buscará en lo real la satisfacción de sus pulsiones parciales; el "neurotizado", rechazada tal o cual pulsión parcial, verá afectada toda su sexualidad; el "normal" ha logrado mejor que los demás la integración de los diferentes componentes de la sexualidad con vistas al acto sexual.

LOS PASOS OBLIGADOS DE LA SEXUALIDAD:

EL EDIPO Y LA CASTRACION.

El complejo de Edipo es la manera que tiene el niño de vivir, consciente e inconscientemente, sus primeras relaciones afectivas con sus padres y tiene las siguientes características:

- El primer objeto del amor: una elección imposible. El niño escoge como objeto de su deseo al progenitor del otro sexo. El otro progenitor es visto, entonces, como un rival a quien hay que desbancar. Pero esta primera elección es imposible: el niño descubrirá en seguida que el padre y la madre viven entre sí una relación amorosa de la que él está excluido.

- La identificación con el progenitor del mismo sexo. Podría decirse que el niño cambia entonces de táctica; alojando en el inconsciente su deseo amoroso, se identifica con el progenitor del mismo sexo: el niño quiere adquirir la virilidad que ha permitido al padre conquistar a la madre; la niña se hace coqueta para adquirir la femineidad que ha permitido a la madre seducir al padre.

- La importancia del comportamiento de los padres. Una de las claves para superar con éxito la prueba se encuentra en la actitud de los padres. Si la madre "cobiaja" a su niño y el padre a la niña, tales actitudes pueden tener consecuencias psicológicas graves para el niño y originar importantes perturbaciones sexuales.

En el complejo de castración, Freud descubre que, como los niños tienen un solo órgano genital, tienen que resolver el problema siguiente: ¿por qué el niño tiene un pene y la niña no lo tiene? Según Freud, los niños resuelven este problema mediante el fantasma (representación imaginaria) de castración. El niño piensa que, si la niña no tiene pene, es porque se lo han quitado y entonces empezará a temer que le pueda suceder lo mismo a él.

La niña experimenta la ausencia de pene como una carencia, como un perjuicio. Con frecuencia culpará a la madre de no haberse-lo querido dar. Esta situación desarrolla en la niña la envidia por el pene y acrecienta su apego al padre. Para la niña es el complejo de castración lo que está en la base del complejo de Edipo, mientras que para el niño es la angustia de castración lo que le hace abandonar su deseo hacia la madre y hacer que crezca su identificación con el padre.

Lo que se acaba de mencionar sucede en los cinco primeros años de vida del niño. Para Freud, uno se hace desde muy temprano capaz o incapaz de vivir una verdadera sexualidad.

3.2. WILHELM REICH

Reich difiere profundamente de Freud, en su teoría de la sexualidad. Para Reich, la sexualidad es la genitalidad, o mejor aún el poder orgásmico; el acto sexual es una simple función biológica que permite el máximo placer en la descarga completa de la energía sexual:

" Si yo hubiera restringido nuevamente el término sexualidad, - hasta el punto que significara exclusivamente sexualidad genital, habría vuelto al viejo y erróneo concepto de sexualidad anterior a Freud, según el cual (concepto), únicamente es sexual lo que es genital. En lugar de esto, después de haber ampliado el concepto de función genital mediante el de poder orgásmico, y después de haberlo definido en términos de energía, llevé más lejos las teorías psicoanalíticas de la sexualidad en su propia línea de desarrollo" (8)

Para penetrar el misterio de la naturaleza de la libido, Reich troca el psicoanálisis de los procesos psíquicos en pura biología, e incluso en pura energética. El delicado y complejo análisis de los procesos psíquicos ya no tiene ninguna importancia. El problema del terapeuta va a consistir únicamente en señalar y medir la tensión y la fuerza de la libido (Reich inventará unos aparatos registradores para tal efecto), descubrir en qué lugar del organismo se bloquea la libido (diseñará unos "mapas" para localizar las distintas corazas que bloquean la libido en el cuerpo humano), liberar de su prisión la libido mediante masajes apropiados, y orientarla hacia la actividad sexual genital natural.

Con Reich, el psicoanálisis se transforma en vegetoterapia (es -

(8) Simon, M., Comprender la sexualidad hoy, España: Sal Terrae, Colección Punto Libre. pág. 85.

decir, el análisis de la fuerza, la circulación y los puntos de detección de la libido en el organismo); posteriormente al descubrimiento de la Energía Cósmica Primordial (orgón), se convierte en orgonoterapia. De ahí en adelante el psiquismo humano queda totalmente reducido al terreno del amor y la sexualidad.

Para Reich, todos los desórdenes neuróticos o psicóticos provienen de la insatisfacción genital, de la impotencia orgástica, - de una inhibición o un bloqueo en la liberación de la energía sexual. La terapéutica depende, lógicamente, de esta concepción de las neurosis; no hay más que una solución: desbloquear la libido, reforzarla y restablecer la capacidad de satisfacción orgástica.

Esto es, no hay más que una tabla de salvación que consiste en establecer, o restablecer en su caso, la capacidad de satisfacción genital completa que inmediatamente proporcionará una vida sana, alegre, natural... Escribe Reich:

" El poder orgástico es la función biológica primaria y fundamental que el hombre posee en común con todos los organismos vivos. Todos los sentimientos se derivan de esta función o del deseo ardiente de reencontrarla" (9)

Reich argumenta: "Destrúyase la represión sexual y reencontraremos al hombre natural que es inmediata y espontáneamente social". La agresividad y la pulsión de muerte no son, según Reich, pulsiones primarias y constitutivas del hombre, sino efectos secundarios que se derivan de la represión social de la sexualidad. "Los asesinatos, las agresiones, las violaciones, la prostitución, la pornografía, el amor mórbido de las novelas policíacas (sic), la violencia, el erotismo de pacotilla", todo esto no es más que un efecto observable de las reprimidas pulsiones primarias: la represión sexual.

(9) Ibidem, pág. 87

Para comprobar lo anterior, Reich necesita un hombre natural, - un hombre al que la sociedad represiva, especialmente en el terreno de la sexualidad, no hubiera aún echado a perder. Y cree haberlo descubierto en las observaciones que hace el etnólogo inglés Bronislaw Malinowski acerca de los indígenas de las Islas Trobriand (en la Melanesia).

Los nativos de las Islas Trobriand poseen una organización familiar matri-lineal: la madre es el punto de partida y el centro del parentesco; el niño pertenece al clan de la madre, la herencia se transmite por línea materna y es el hermano de la madre (tío materno) quien dispone de autoridad social sobre el niño. Reich se entusiasma leyendo las descripciones de Malinowski: - bajo ese régimen matriarcal, al borde las lagunas de las Islas del Pacífico, "todo es calma, orden y placer"; nada de represión para los juegos sexuales de los niños que no ofenden a los adultos; nada de imposiciones ni prohibiciones para las relaciones sexuales entre adolescentes.

Animado por estas observaciones, establece:

- La sociedad matriarcal (en la que no hay autoridad del padre) engendra la ausencia de represión sexual, y engendra también ca racteres genitales, sociabilidad natural y alegría de vivir.

- La sociedad patriarcal autoritaria nos da represión sexual, - caracteres neñtorizados, la aparición de pulsiones secundarias perversas, agresivas y anti-sociales, el dolor de vivir y la - peste emocional. (10)

(10) Ibídem, pág. 89

3.3. KAREN HORNEY

Karen Horney rechaza las ideas de Freud con respecto a la estructura de la personalidad y también su concepto de las etapas de desarrollo. En su lugar subraya el papel de la ansiedad como concepto básico para comprender el concepto de personalidad. Horney cree que la ansiedad se desarrolla como resultado de las relaciones del niño con sus padres. (11)

Horney clasificó cinco actitudes como reacciones a la neurosis: una de éstas es la referente a la sexualidad, la cual sigue dos caminos: ya sea un deseo compulsivo por la actividad sexual, o una inhibición ante ésta. (12)

Debido a que la angustia y el miedo son reacciones emocionales, síntomas de algunas neurosis, establece diferencias entre ellas indicando que el miedo se da ante un peligro objetivo y evidente, en tanto que en la angustia el peligro no se puede observar directamente pues es subjetivo. Este factor se encuentra en los impulsos instintivos, cuya dinámica es la que despierta en el individuo los sentimientos de peligro latente y desamparo. Contrariamente a Freud, quien afirma que "la angustia se debe a las represiones de los impulsos sexuales" (13), Horney fundamenta que el origen de la angustia no se encuentra en los impulsos sexuales, sino en los impulsos hostiles que se relacionan con ella.

Horney afirma que un enfrentamiento entre lo instintivo y lo cultural no ocasiona necesariamente una neurosis, pero puede conducir fácilmente a la supresión de deseos y la neurosis surgiría si el conflicto despertara angustia.

(11) Whittaker, J., Psicología, México: Interamericana, 1977, pág. 470

(12) Mandolini, G.R. Historia general del psicoanálisis de Freud a Fromm, Buenos Aires: Ciordia, 1977. pág. 389.

(13) Ibidem, pág. 391

Horney también utiliza nuevas técnicas terapéuticas en las cuales el complejo de Edipo no tiene importancia; pone el énfasis en el factor cultural y entonces "el psicoanálisis deja de ser una forma de ayudar al paciente a controlar sus impulsos y se convierte en un medio para eliminar la angustia hasta el punto que aquél pueda prescindir de sus tendencias neuróticas; el concepto del líbido es remplazado por el de fuerzas emotivas" (14) Según Horney es importante reconocer las tendencias neuróticas y encontrar sus funciones y las consecuencias que encierran para la personalidad del paciente dentro del análisis.

(14) Ibidem, pág. 394.

3.4. HARRY SULLIVAN

Sullivan también se opone a la doctrina freudiana de los instintos. Para él "las relaciones humanas de la infancia, la niñez y la adolescencia son de sobresaliente importancia, y es de lo más elocuente y persuasivo cuando describe los nexos que existen entre el ser que proporciona cuidados maternos y el bebé. (Hall y Lindzey, 1970)

Asimismo, considera que "las fuerzas motrices del hombre radican en el afán de lograr satisfacción y el anhelo de seguridad, los cuales se encuentran estrechamente relacionados entre sí. El logro de la satisfacción corresponde a factores biológicos - como satisfacción del hambre, sed, sueño, soledad, etc. y el anhelo de seguridad basado en aspectos culturales"(15). Si el nivel cultural interviene en el logro de los satisfactores, surge en el individuo la ansiedad.

Sullivan, al igual que Freud, afirma que la angustia aparece cuando se hacen presentes en el interior del individuo amenazas de romper buenas relaciones con los demás. Además, indica que dichos impulsos son causados por exigencias culturales y le resta importancia a los instintos agresivos y sexuales subrayados por Freud.

Asimismo, Sullivan deja de lado la evolución de la libido de la teoría de Freud, y afirma que, es más importante la influencia de los padres o sustitutos sobre el niño para la formación del carácter de éste.

Sullivan destaca seis etapas del desarrollo de la personalidad: infancia, niñez, juventud, preadolescencia, adolescencia temprana y adolescencia postrera. En estas dos últimas el individuo

(15) Whittaker, J., Psicología, México: Interamericana, 1977
pág. 471.

empieza a sentir la dinámica de lo sexual, siendo la intimidad condición necesaria para su satisfacción; aquélla incluye un sentimiento de proximidad y ternura para el compañero sexual.

No acepta que el sexo sea el núcleo de la personalidad ni de sus desórdenes, pero dado que la sexualidad pertenece a las necesidades fisiológicas básicas, no puede separar completamente el sexo de la personalidad.

Cuando el establecimiento de las relaciones heterosexuales fracasa, entonces surge la homosexualidad. Las dificultades empiezan a manifestarse hacia el final de los doce años, cuando el aparato sexual empieza a madurar y las amistades se desvanecen debido al interés por el sexo opuesto. Si existe una maduración desigual, se da un desfase en la tarea adaptativa a las relaciones heterosexuales, y puede establecerse una intimidad preadolescente que a su vez puede complicarse por la sensualidad y producir la conducta homosexual. (16)

La homosexualidad y otros trastornos sexuales los explica como síntomas, más que como causas de trastornos de la personalidad.

El proceso terapéutico fue para Sullivan un proceso de aprendizaje en el que se produce una reestructuración de nuevos modelos. (17)

(16) Freedman, A., et al, Compendio de psiquiatría, España: -
Salvat, 1982, pág. 143

(17) Ibidem, 145.

3.5. ERICH FROMM

" Las más hermosas, lo mismo que las más feas inclinaciones del hombre no son parte de una índole humana biológicamente fija o dada, sino son el resultado de los procesos sociales que crean al hombre. En otras palabras, la sociedad no solamente tiene una función de supresión, a pesar de que también la tiene, sino que tiene una función creadora. La índole del hombre, sus pasiones y ansiedades, son un producto cultural; de hecho, el hombre mismo es la creación más importante y la conquista más grande - del esfuerzo humano continuo, el registro que llamamos historia" (Fromm, 1941)

Es así como Fromm sostiene que la motivación y la conducta están determinadas culturalmente. La sociedad origina nuevas necesidades y problemas que son imperativos como las exigencias - instintivas del hambre, sed y sexualidad. La sociedad y la adaptación social ocasionan la pérdida de libertad y espontaneidad naturales. (18)

Para que haya una adaptación sobre todo al medio ambiente que rodea al individuo, es necesario que éste trabaje y produzca. Algo importante en el hombre es la necesidad de sentirse acompañado y de relacionarse con sus semejantes, de evitar la soledad. Cuando el ser humano se siente aislado de los demás, surge en él la angustia y puede utilizar mecanismos psíquicos, para tratar de evadir tales sentimientos. Estos mecanismos pueden ser tanto neuróticos como normales.

Fromm relaciona el carácter con los procesos de adaptación y de secha la creencia de Freud, quien lo relacionaba con la libido. Asimismo, afirma que el carácter es una reacción del individuo ante acciones externas padecidas durante la infancia. Además -

(18) Freedman, A. et al, Compendio de psiquiatría, España: Salvat, 1982, pág. 471

añade que el carácter determina el pensamiento y el comportamiento, así como la vida emocional.

Al contrario que Freud, quien considera que el amor por uno mismo es recíprocamente excluyente del amor por los demás, Fromm opina que un amor está completamente unido al otro.

También interpreta de manera diferente el complejo de Edipo. En esta etapa el niño lucha en una sociedad patriarcal por obtener la libertad e independencia y para esto no es importante si el aspecto sexual se encuentra presente o no.(19)

Dentro de la terapia, Fromm indica que las situaciones traumáticas sexuales no son esenciales, en cambio si lo son las situaciones de soledad; pone de manifiesto los mecanismos de evasión que utiliza el paciente para relacionarse con el mundo exterior y con él mismo.(20)

Por encima de todo, Fromm se interesa por exigencias de una sociedad sana considerada como una matriz para la creación de un hombre productivo completamente humano. Idealmente, tendría que ser una sociedad humanística, comunitaria, en la que el hombre pudiera relacionarse con lo demás de manera creativa más bien que como un conformista. La terapia debe reforzar la capacidad de la persona para la autorresponsabilidad.(21)

Horney, Sullivan y Fromm pertenecen al grupo de psicoanalistas culturalistas, quienes le dan marcada importancia a la relación que se da entre el hombre y su medio ambiente, el cual se representa por la sociedad como productor de la neurosis, y restan o eliminan la importancia que Freud dio al valor biológico de la libido y los instintos.

(20) Freedman, A., et al, Compendio de Psiquiatría, España: - Salvat, 1982, pág. 464.

(21) *Ibidem*, pág. 146.

3.6. MASTERS Y JOHNSON

Estos investigadores observaron a hombres y mujeres de todas edades, masturbarse y realizar el acto sexual y lograron medir la amplia gama de procesos fisiológicos que acompañan a esos actos (frecuencia cardíaca, cambios en los órganos genitales, contracciones musculares, cambios en la respiración). En su libro Respuesta Sexual Humana (1966) describen la secuencia de respuestas sexuales fisiológicas y con base en ello dividen la respuesta sexual humana en cuatro fases: excitación, meseta, fase orgásmica y fase de resolución(22)

Las fases de excitación y resolución son las más importantes en términos de duración, mientras que las fases de meseta y orgásmica son intensas pero de menor duración. Estas cuatro fases son similares en ambos sexos, excepto que después del orgasmo los hombres entran en un período refractario (un estado de resistencia temporal a la estimulación sexual). Las mujeres por lo general no entran en dicho período y por lo común son capaces de retornar a fases anteriores del ciclo. Hay instrumentos específicos que ayudan a determinar la intensidad de la excitación sexual y de las respuestas orgásmicas en el hombre y en la mujer.

El ciclo de la respuesta sexual femenina sigue la siguiente secuencia: 1.- En la fase de excitación, los senos se alargan y los pezones entran en erección, aparece un enrojecimiento núclopapular sexual en muchas mujeres, los músculos corporales se tensan, aumenta la presión arterial y el ritmo cardíaco, el clitoris se alarga, el canal vaginal se lubrica, la vagina se extiende y se dilata, se obscurece; el útero aumenta de tamaño y empuja hacia arriba el bajo abdomen y se alargan los labios ma-

(22) Alvarez-Gayou J. L. La condición sexual del mexicano, - México: Grijalbo, 1957, pág. 37

yores y menores. 2.- En la fase de meseta, los senos alcanzan su grado máximo de respuesta, el rubor sexual es intenso, aumenta la tensión muscular y se producen espasmos corporales; siguen aumentando la presión arterial y el ritmo cardíaco, la respiración se vuelve pesada, el cuerpo del clítoris y su glándula empujan hacia atrás sobre el prepucio; se hace presente la plataforma orgásmica, el útero se eleva a su máxima intensidad y se intensifica la fibrilación uterina, y la coloración de los labios menores se hace más evidente. 3.- En la fase orgásmica pueden presentarse contracciones involuntarias del esfínter del recto; se siguen elevando presión y ritmo cardíaco; el ritmo respiratorio aumenta; se contrae la plataforma orgásmica y se inicia la contracción uterina. 4.- En la fase de resolución desaparece el rubor y la erección de los pezones disminuye la tensión muscular; el ritmo respiratorio, la presión y el ritmo cardíaco recuperan sus valores normales; puede haber transpiración; el clítoris recupera su tamaño normal; disminuye la coloración de los genitales; cesan las contracciones uterinas y dicho órgano regresa a su posición y tamaño normales; los labios menores y mayores recuperan su tamaño usual.

El ciclo de la respuesta sexual masculina se caracteriza por la siguiente secuencia: 1.- En la fase de excitación, 60% de los hombres presentan erección de los pezones y el 25% experimentan un rubor sexual sarampioniforme, aparece cierto grado de tensión muscular, los testículos se elevan hacia el perineo, aumentan el ritmo cardíaco y la presión arterial y el pene entra en erección. 2.- En la fase de meseta se hacen más evidentes las tensiones de los músculos voluntarios e involuntarios, aumenta el ritmo respiratorio; siguen aumentando el ritmo cardíaco y la presión arterial, la corona del glándula se edematiza y el glándula se oscurece, los testículos se acercan más al perineo y aumentan de tamaño y finalmente las glándulas de Cowper secretan unas cuantas gotas de flujo mucoso pre-eyaculatorio. 3.- En la fase orgásmica hay gran tensión muscular en todo el cuerpo, aumenta la frecuencia respiratoria, se incrementan el ritmo cardíaco y la

presión arterial, se distiende el bulbo uretral, se acumula el líquido seminal en los conductos eyaculatorios y en los órganos sexuales secundarios, la presión sistólica de la próstata impulsa el líquido seminal hacia la uretra y se producen contracciones de diversa intensidad, y el esfínter del recto se contrae.

4.- En la fase de resolución, el rubro sexual y la tensión muscular se disipan, la frecuencia respiratoria, el ritmo cardíaco y la presión arterial recuperan sus valores normales; puede haber una reacción transpiratoria, el pene se desentumece, la abertura de la uretra recupera su tamaño normal, el escroto se contrae de nuevo y los testículos disminuyen de tamaño".(23)

Masters y Jonhson también crearon un método de tratamiento para resolver problemas sexuales específicos. Lo original de los métodos es que participa en ellos la pareja -la mayor parte de estos programas sólo admite parejas de casados-, no sólo el integrante -hombre o mujer- que acusa las perturbaciones. Para ellos, la presencia y la colaboración activa del compañero son indispensables para vencer los temores, las vergüenzas y las recíprocas incomprensiones que obstaculizan la plenitud de la pareja.

El tratamiento es de corta duración y su orientación psicológica es conductista. Las parejas se someten a exámenes físicos, pruebas de laboratorio (estudios hormonales) y pruebas psicológicas antes de empezar la terapéutica. Cuando hay datos de psicopatología subyacente importante se aconseja una valoración -psiquiátrica más amplia y puede ser que se aplique la participación en el programa hasta que el paciente sea capaz de beneficiarse de él. (24)

(23) Mc Cary, J., Sexualidad Humana, México, Manual Moderno, - 1983, pág.

(24) Freedman, A. et al, Compendio de psiquiatría, España, - Salvat, 192. págs. 790-792

3.7. ROGELIO DIAZ-GUERRERO

Para Díaz Guerrero (1967) la estructura de la familia mexicana se fundamenta (25) en dos proposiciones básicas:

- a) Supremacía indiscutible del padre y
- b) el necesario y absoluto autosacrificio de la madre.

Estas proposiciones fundamentales de la familia mexicana parecen derivar de orientaciones valorativas "existenciales" implícitas en la cultura mexicana, que sostienen la superioridad indudable, biológica y natural del hombre sobre la mujer.

Antes de que nazca un niño, en el seno de la familia mexicana existen ya en forma activa una serie de anticipaciones específicas. Hay muchas sociedades donde la preferencia es por niños y no por niñas. En México es más grave al apremio.

El nacimiento de una niña -a menos que acontezca después de uno o de dos, pero de preferencia de tres niños-, tiene rasgos de tragedia emotiva. En el pasado con más seriedad y recientemente con más sentido del humor, la virilidad de un padre que da nacimiento a una niña queda en entredicho. El nacimiento de una niña significa:

- a) económicamente hablando: mal negocio
- b) desgaste físico y preocupación moral de la familia, que deberá compulsivamente cuidar su honor que es el de la familia misma
- c) aún la mejor solución del problema del honor a través del matrimonio, fuerza dentro de la familia a un intruso del sexo masculino;
- d) además, en caso de no casarse aquélla, se convertiría en una solterona.

(25) Díaz Guerrero, R. Psicología del mexicano, México, Trillas, 1985, pág.34

En vista de todo esto, el motivo para tener una niña sería para que sirva a sus hermanos, lo que además permite que la madre disponga de más tiempo para cuidar maternalmente a su esposo.

El niño, antes que nada, deberá desarrollarse de acuerdo con su digno papel de varón. Jugará con soldados, cascos, espadas; deberá gritar y provocar pánico a grupos de niñas. Los niños mayores discriminan a los menores sobre la base de que no son todavía lo suficientemente "hombres". Así los niños más pequeños anticipan con ansia el logro de una mayor virilidad.

La niña debe crecer hasta ser igual a su destino: femineidad su perlativa, el hogar, la maternidad. Muy temprano empieza a ayudar a su madre en las labores domésticas. Un área que es tabú para el varón.

Durante la adolescencia, el signo de virilidad en el macho es hablar o actuar en la esfera sexual. Quien posea información o experiencia sexual, es inevitablemente el líder del grupo. Las jovencitas, en vez de ser evitadas, son la codiciada meta de los jóvenes. Aquí se desarrolla un extraño fenómeno: la persecución de la hembra se desarrolla en dos aspectos. En uno el adolescente se lanza a la búsqueda de la mujer ideal, aquella a quién desearía convertir en su esposa. Esta debe poseer todos los atributos de la femineidad perfecta: casta, delicada, hogareña, dulce, maternal, soñadora, religiosa, angelical, virtuosa: el papel de la sexualidad es muy secundario. En el otro aspecto, el adolescente se lanza a la búsqueda de la hembra sexualizada y con el claro propósito de la relación sexual.

En este caso, la redondez de las líneas y su cantidad son el factor determinante: el ideal sexual del mexicano implica senos y caderas mucho más activas y grandes que lo que se consideraría propio en otras partes.

Al avanzar desde la adolescencia hacia la juventud y la adultez, la diferenciación extrema de objetivos femeninos pierde paulatinamente su momento. Y si bien la expresión entera de la sexualidad queda abierta sólo a amantes o prostitutas, también es cierto que el joven o el adulto que busca una mujer con intenciones matrimoniales pondrá un poco más de atención a la calidad y cantidad de las características sexuales secundarias de la mujer. Vale la pena reiterar, sin embargo, que aun en estos casos, la castidad y los otros factores de la femineidad continúan siendo importantes.

De la adolescencia en adelante, y a través de la existencia entera del varón, la virilidad será medida por la potencia sexual y sólo secundariamente en términos de fuerza física, valor o audacia. El acento recae sobre los órganos sexuales y su función. El tamaño del pene y de los testículos es importante, pero más importante que el tamaño físico es el "tamaño funcional". Se da por descontado que funcionan bien cuando:

- a) el individuo actúa eficientemente en el área sexual o se jacta en forma convincente de sus múltiples éxitos como seductor;
- b) cuando afirma o demuestra que no le tiene miedo a la muerte,
- c) cuando se distingue en los campos intelectuales, científicos, etc.

En cuanto a la mujer, hasta hace muy poco tiempo, después de terminada la primaria, retornaba al hogar. No era femenino obtener conocimientos superiores. Durante la adolescencia, las mujeres aprenden y/o sustituyen a la madre en el cuidado y atención a los varones. Los hermanos, en cambio, son fieles custodios de la castidad de la mujer. Las precauciones se llevan a tal extremo que, con frecuencia, ni los amigos del padre o los hermanos se admiten en la casa excepto en las fiestas, y es que en las fiestas se derrumba un gran número de premisas.

En todo caso, en esta forma la joven se prepara a dar mucho y a recibir poco o nada. Sin embargo, durante la adolescencia y la juventud, la mujer mexicana pasa por el período más feliz de su existencia. En efecto, tarde o temprano se convertirá en la mujer ideal: será entonces colocada delicadamente sobre un pedestal y será altamente sobrevalorada. Muchos años más tarde experimentará un éxtasis de la misma calidad cuando sus hijos la consideren el ser más querido que existe.

Poco después de concluir la luna de miel, el esposo pasa de esclavo a rey y la mujer entra en la prueba más dura de su vida. Para empeorar la situación, no se considera a la esposa como objeto sexual en un amplio sentido; los maridos repetidamente opinan que la sexualidad debe practicarse en una forma con la esposa y en otra con la amante. La explicación más común se refiere al temor de que la esposa pudiese llegar a interesarse demasiado en el sexo si él la introdujese en la sutileza del placer. En otras ocasiones, el temor se expresa en forma más clara al decirse que la esposa podría terminar en prostituta.

El papel de la esposa es "servirle al esposo a su entera satisfacción". Pero, como esto no es posible, el esposo a menudo es cruel y aun brutal con su esposa.

Así la esposa mexicana entra, mucho antes de la maternidad, en el camino real de la abnegación, la negación de todas sus necesidades y el deber absoluto de satisfacer las de todos los demás.

3.8. SANTIAGO RAMÍREZ

Santiago Ramírez (26) pone énfasis en la influencia que tiene - la atmósfera sociocultural en la personalidad sexuada. Tanto la persona en su evolución individual como el grupo social en su - historia conllevan una formación sexual regida por las normas, los conocimientos, las creencias, los valores vigentes, por las actitudes y pautas de comportamiento que se adecúan y responden al nivel cultural que les es propio.

En el caso de México, hay una atmósfera sociocultural alrededor de la imagen de la mujer. Esta atmósfera contrasta con lo que sucede en otras culturas en las cuales los abortos son múltiples, así como intensas las perturbaciones durante el embarazo y severas dificultades en la lactancia. La atmósfera sociocultural en unos casos facilita y en otros dificulta.

El mundo del mexicano tiene una doble moral sexual y características contrastadas en los papeles que recíprocamente juegan el hombre y la mujer. El varón es dueño de prerrogativas, usa sin restricciones el dinero, se permite placeres que se niegan a la mujer, gasta en ropa cantidades más significativas que su pareja. El mundo en México, desde el punto de vista de la atmósfera sociocultural de tipo sexual, es un mundo de hombres. Palabras tales como "viejas" o "vieja el último", adquieren características despectivas. En nuestro mundo "ser vieja el último" es equivalente de desprecio; también el ser "marica".

El hombre tiene el privilegio de ser servido por la mujer; a ésta no se le permite que indague la utilización que el hombre

(26) Ramírez, S. El Mexicano, psicología de sus motivaciones, México, Grijalbo, 1977

hace del dinero: el varón detenta poder y recursos. El padre es temido, frecuentemente ausente, tanto como presencia real, como en su carácter de compañía emocional.

Por otra parte, la mujer; cuando se acerca a la edad adulta, es con un miedo a la sexualidad que le han remarcado desde pequeña. Esto genera que acepte de manera pasiva que se le vede sexualmente y se le premie la procreación. Todas las instituciones culturales, desde antes de la conquista, aplauden y premian los aspectos maternales de la mujer y, por el contrario, censuran sus expresiones sexuales.

Los consejos que los antiguos mexicanos daban a la niña en edad crecedera le recomiendan discreción, recato y ausencia de coqueteo.

Para contraer matrimonio se buscan mujeres que se asemejen a la madre: mujeres que se embaracen mucho, que lacten bien, que cocinen mejor; a la vez, tan sólo un quince por ciento de ellas se acerca a sus maridos sexualmente. Las mujeres colaboran para que esta mancuerna subsista; a poco de embarazarse se descuidan, dejan de arreglarse y se privan de atractivos sexuales. La maternidad y la lactancia se llevan a cabo abiertamente y sin ningún pudor. El pecho se le brinda al niño en cualquier lugar público o privado. Pronto el hombre abandona a esta mujer para reanudar un nuevo enlace amoroso, cuyo destino tendrá iguales características. Ella se refugiará en el martirio masoquista de la "mujer abnegada". Las instituciones sociales aplauden la condición maternal y reabastecen este círculo enfermizo que hace que la familia del mexicano sea de carácter uterino, con una madre asexualizada y un padre ausente.

Las pautas de comportamiento se aprenden tempranamente; la mujer aprende su manera de ser desde niña. Los troqueles en los que la niña mexicana vive están brindándole precozmente la --

la aceptación del rol maternal: Observa una madre fecunda. - Tempranamente se le asignan funciones en el cuidado de sus hermanos menores. La niña se educa en el recato y en la evasión - de todos y cada uno de los tópicos sexuales. Desde pequeña se la aleja del compañero varón. La coeducación en México fue objeto de escándalo y de protesta: amenazaba la estructura familiar tan rígidamente acuartelada en la privación, represión y huida ante todo lo que connotase sexo en el mundo de la mujer. En el aspecto educativo también se refuerza la relación de la madre con el hijo. La mayor parte de las sociedades de padres de familia en la escuela primaria están constituidas fundamentalmente por madres. El padre casi no participa en los problemas pedagógicos, de crecimiento y de crianza de sus hijos. - Hasta hace poco tiempo, con muy poca frecuencia veíamos padres cargando a sus hijos.

Vivimos en una cultura en la que lo fundamental ha sido la relación con la madre. El padre ausente, por serlo, es anhelado. Una buena familia necesita ser triangular; debe descansar sobre la base de una adecuada relación sexual, de un juego recíproco en el encuentro genital. Una mujer adecuadamente satisfecha en sus aspectos genitales no brinda al niño el exceso - de sus cargas no satisfechas. Lo que caracteriza a la familia mexicana es el exceso de madre y la ausencia de padre. El hombre mexicano carente de un padre que le brinde estructura va a buscar en aspectos formales externos aquéllo que no ha incorporado en su interioridad. Por eso hará alarde externo de hombría, de una paternidad de la cual carece. Su dinero y recursos los empleará en objetos, cosas y diversiones que estereotípicamente han sido calificadas de masculinas. La pistola, el caballo, las espuelas, el sombrero de charro o el automóvil último modelo, en la actualidad son atuendos externos que le permiten calmar su inseguridad masculina. La convivencia con - hombres, la alusión de afectos tiernos, de llanto, de trato - cordial con la mujer le hacen alucinar que lleva dentro de sí mismo mucho hombre.

Una pequeña reseña del día de una familia de clase media nos mostraría a una mujer que se levanta temprano, le brinda el desayuno a un señor gruñón que le ha otorgado una sexualidad escasa y espaciada y que, saliendo al trabajo, bien arreglado a las nueve de la mañana, probablemente llegue a las dos de la madrugada. Esta mujer tan abandonada, tan frustrada, va a encontrar en la procreación el camino reparativo a las limitaciones de su calidad de compañera. Además el hombre espera que así lo haga; su expectación es encontrar a la mujer cocinando y cuidando a los niños. Ella a su vez es la víctima abnegada y asexual.

Podemos reiterar que los planteamientos tanto de Díaz-Guerrero como de Santiago Ramírez permiten afirmar que "la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones fundamentales:

- a) la supremacía incuestionable y absoluta del padre, y
- b) el necesario y absoluto, propio sacrificio de la madre"(27)

Asimismo, a partir de la conducta de los hombres con las mujeres de México, la afirmación "los hombres son superiores a las mujeres" bien podría ser una premisa sociocultural válida para la mayoría de los mexicanos.(28)

En estas circunstancias se ha formado la sexualidad del mexicano y, peor aún, la de la mexicana, ya que vive en una cultura que refuerza la idea de que el derecho de esperar satisfacción sexual, de escoger pareja, de iniciar o rechazar la actividad sexual, son prerrogativas ejercidas más frecuentemente por los hombres que por las mujeres. "La mujer es prole, no sexo" - (29)

(27) Díaz-Guerrero, R. Psicología del mexicano, México, Trillas 1985. pág. 147

(28) Ibidem

(29) Ramírez, S. El mexicano, psicología de sus motivaciones, México, Grijalbo, 1988. pág. 150

Mc Cary (1967) dice: "las culturas que aprueban que las mujeres tengan orgasmo, de hecho producen mujeres que los experimenten, mientras que las culturas que lo desaprueban, producen mujeres incapaces de sentirlo"(30)

Finalmente, añadamos que "la ignorancia del propio cuerpo, el desconocimiento de los órganos sexuales, la auto censura, los sentimientos de vergüenza y culpabilidad son también causas -en la mujer- de una vida sexual alterada, disminuída, mutilada".(31)

-
- (30) Whittaker, J. Psicología, México, Interamericana, 1980.
pág. 158
- (31) Horer, S. La sexualidad de las mujeres, España, GEDISA,
1981.

4. ¿ QUE ES LA SEXUALIDAD

4. ¿ QUE ES LA SEXUALIDAD ?

UN ENFOQUE BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL.

SEXO Y SEXUALIDAD.

Sexo y sexualidad tienen siempre una connotación coital. Sin embargo, cuando hablamos de sexo estamos refiriéndonos a los aspectos físicos, biológicos y hereditarios. El sexo es un hecho biológico que por lo común tiene una presencia imperativa entre los seres humanos, y una dicotomía que es mutuamente excluyente: una persona es macho o hembra.

Cuando se habla de sexo a menudo se le clasifica como sexo biológico, que se compone de los siguientes elementos:(32)

- 1) Sexo genético, revelado por el número de cromosomas (46 XX o 46 XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual (cuerpo de Barr).
- 2) Sexo hormonal: el equilibrio andrógeno-estrógeno.
- 3) Sexo gonádico: la presencia de testículos u ovarios.
- 4) Morfología de los órganos internos de reproducción.
- 5) Morfología de los genitales externos (Money, 1965).

Esta es la secuencia de la maduración normal, aunque en cualquier etapa del proceso pueden sobrevivir cuadros anormales: - la pauta normal de cromosomas puede presentarse anormal; el equilibrio hormonal puede invertirse; la estructura gonádica puede ser incoherente o mixta; los órganos sexuales internos o externos pueden ser contradictorios con el sexo genético; los cambios de la pubertad pueden no ocurrir en el período previsto (Federman, 1968).

(32) Katchadourian H., La sexualidad humana; un estudio comparativo de su evolución, México: Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 17.

Luria (1984) describe los elementos y/o situaciones involucrados en el proceso del desarrollo fetal sexualmente dimórfico: "Las diferentes etapas biológicas en la creación de un ser humano macho o hembra, empiezan con la determinación cromosómica: 46 XX como hembra y 46 XY como macho. Hasta la sexta semana de gestación, los fetos con XX aparecen idénticos a los fetos XY. Las instrucciones genéticas sobre Y dirigen luego el desarrollo testicular. El segundo paso en la diferenciación sexual es dirigido por los testículos, que producen hormonas fetales; estas hormonas dirigen la posterior masculinización morfológica de los fetos XY. La ausencia de hormonas testiculares deriva en la diferenciación femenina. El desarrollo ovárico en los fetos XX se manifiesta en la 12a. semana del desarrollo embrionario. Los ovarios, a diferencia de los testículos, no desempeñan ningún rol en la diferenciación temprana de las estructuras genitales internas y externas. La regla es la siguiente: en ausencia de hormonas testiculares, la diferenciación es hembra; en presencia de hormonas testiculares, la diferencia es macho.

Sin embargo, para que las hormonas testiculares sean efectivas los órganos deben ser capaces de reconocer y responder a estas hormonas para diferenciarse sexualmente. El gene que controla el desarrollo de los centros receptores de una de las hormonas testiculares se localiza en el cromosoma X. Normalmente, el gene se encuentra tanto en los machos como en las hembras. La presencia de andrógeno y de los centros receptores de andrógeno en las estructuras precursoras de los genitales externos e internos determina que estos genitales externos e internos serán de macho. Tanto la ausencia de andrógeno como la ausencia de los centros receptores feminizarán los genitales externos y no lograrán diferenciar completamente los genitales internos masculinos, incluso en el caso de un feto XY.

Como se observa, existen varias zonas de contacto biológico --

entre la producción cromosómica y la morfología sexual de los recién nacidos. Hay lugar para que la "cinta computadora" genética sea incorrectamente programada en diferentes lugares. También queda espacio para la variabilidad de la lectura, de manera que el mismo gene pueda tener una expresión variable. La duración de la lectura también introduce grandes variaciones; en tanto que las definiciones sencillas acerca de un niño como "bebé con pene, testículos y escroto", y de una niña como "bebé con clitoris y vagina" por lo general funcionan bien, ocultan sin embargo complejidad. Cada uno de los muchos pasos genéticos y bioquímicos supone una programación genética para una serie de fenotipos o resultados finales.

Lo que se llega a identificar como macho o hembra, son de hecho dos rangos genéticos sobrepuestos. Por tanto, no es raro que los rangos de comportamiento masculino y femenino también se muestren sobrepuestos. Más aún, no debe sorprendernos el hecho de que los rangos de comportamiento sean muy variados dentro de cada uno de los sexos. La superposición de los rangos del comportamiento ocurre incluso cuando las características reproductivas permanecen intactas y no se sobreponen los dos sexos.

Las anomalías -aunque escasas- tienen gran importancia para la comprensión del desarrollo sexual; sin embargo no nos ocuparemos de ellas por no ser motivo de nuestro estudio.

"Sexo es un concepto biológico que remite principalmente a la genética y a las particularidades en el aspecto de cada uno de los sexos".(34)

IDENTIDAD SEXUAL.

La identidad sexual, a menudo llamada identidad genérica es la

(34) Alvarez-Gayou J.L., La condición sexual del mexicano, Mexico: Grijalbo, 1987, pág. 21.

sensación muy propia, personal e íntima que tenemos todos de ser hombres o de ser mujeres. En este proceso son importantes dos componentes: la autocatalogación y la catalogación que los demás hacen de nosotros.

Ambos elementos son de particular importancia para la identidad genérica, puesto que entre los primeros marbetes que se aplican a una persona está el de su pertenencia a un sexo o a otro.

Para Sandra Bem (1986) el concepto de identidad sexual posee tres componentes básicos:

- 1) Preferencia sexual por miembros del sexo opuesto.
- 2) Identidad del papel sexual dividido como masculino o femenino, según el sexo de cada uno.
- 3) Identidad genérica, seguridad en la percepción del propio sexo como sexo masculino o femenino.

Richard Gree (1974) incluye tres componentes en la identidad sexual:

- 1) La convicción básica en el sentido de ser macho o hembra.
- 2) El comportamiento del individuo, que culturalmente aparece asociado con los hombres y las mujeres (masculinidad femineidad).
- 3) Las preferencias del individuo para hacer pareja con hombres o mujeres.

La concepción de Freud sobre la identidad sexual queda incluida dentro de su teoría global sobre la sexualidad. Aunque no se internó en el concepto de identidad genérica como tal, sus preocupaciones sobre los conceptos de masculinidad y femineidad han impregnado muchos de sus escritos.

El concepto de bisexualidad es fundamental para la visión gené

tica freudiana. El creía que la bisexualidad era parte de la "base" subyacente en las funciones psicológicas. Al comienzo de este siglo, la similitud básica de la ontogenia del sistema reproductor en ambos sexos ya se había establecido, y ya se esbozaban paralelos con la bisexualidad psíquica.

La identidad de género -o identidad sexual- es un concepto psicológico que se refiere a la sensación de pertenecer a uno u otro sexo.

IDENTIDAD DE ROL SEXUAL.

La expresión de identidad de rol sexual abarca todas aquellas actitudes y comportamientos que determinada sociedad establece como adecuadas y deben definir cada sexo. Así desde el nacimiento e incluso desde antes, las personas cercanas al nuevo individuo que va a nacer, adoptan una serie de actitudes hacia el nuevo ser que dependen en gran medida de si éste es de sexo femenino o masculino. Estas actitudes condicionan desde muy temprana edad procesos y situaciones diferenciales muy marcadas. En las sociedades occidentales latinoamericanas los colores rosa y azul designan el sexo del bebé.

Money concluyó que la tipología de los roles sexuales incluye "todo lo sexualmente dicotomizado, como los empleos, la vestimenta, la etiqueta y la recreación, sin tomar en cuenta el eroticismo o los mismos órganos sexuales como entidades autónomas". Implica además "todo aquello que una persona dice o hace para demostrarse a sí misma que posee status de hombre o de mujer, respectivamente. El rol sexual es valorado en función de los siguientes elementos: maneras generales, porte y conducta; preferencias lúdicas o intereses recreativos; temas casuales de conversación en reuniones espontáneas y comentarios al azar, contenido de los sueños, imaginaciones cotidianas y fantasías; respuestas a preguntas indirectas y a tests proyectivos; prue-

ba de prácticas eróticas y finalmente, las propias respuestas - personales a las preguntas directas". (Money, Hampson y Hampson, 1955). (35)

Existe otra distinción entre roles sexuales biológicos, que hacen referencia a "sentimientos, comportamientos e impulsos (dependen funcional e históricamente del estímulo gonádico y el re conocimiento social como persona sexualmente madura)", y los roles sexuales sociales que se refieren a las "funciones diferenciales, el status y los hechos de la personalidad que caracterizan a los dos sexos en un contexto cultural dado" (Ausubel, - 1958, p.447). (36)

El rol sexual es un concepto social que comprende las actitudes y los comportamientos que la sociedad exige en función del sexo al que se pertenece.

Del punto en donde se reúnen el sexo (biológico), la identidad de género (psicológico) y el rol sexual (social) surge el concepto básico de sexualidad. Esto es "sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos" (Alvarez Gayou, 1984).

(35) Katchadourian, H., La sexualidad Humana: un estudio comparativo de su evolución, México: Fondo de Cultura Económica, 1983, pág. 39.

(36) *Ibidem*, pág. 38

5. METODOLOGIA

5.1. FUNDAMENTACION.

Nuestras actitudes y comportamientos sexuales están influidos - considerablemente por nuestras creencias, pensamientos, costumbres, leyes, en la manera en que se relacionan y se tratan hombres y mujeres, en la forma y estructura que tiene la familia, en el modo como se concibe la vida sexual, en las pautas de fecundidad y en los problemas sociales que surgen en torno de aspectos sexuales (37).

Cuando nuestras actitudes y comportamientos sexuales se disparan, puede deberse a un proceso subyacente irracional o mal dirigido. En otro caso puede haber discrepancias entre nuestras actitudes y nuestros comportamientos debido a la existencia de una especie de retraso en nuestros cambios de actitud y creencias con respecto a nuestros cambios de comportamiento (Ellis y Harper, 1976; Maultsb, 1975; Castro, 1979).

Las demandas y requerimientos de una cultura en particular, al igual que las diferencias dentro de ésta, también producen una amplia gama de comportamientos sexuales y actitudes hacia temas sexuales. Esto también está influido por el momento histórico y por el lugar que ocupamos en el seno de una cultura.

De esta manera específica, las actitudes sexuales se van conformando primeramente por la influencia de la familia. Aquí se transmite el prototipo cultural del grupo o clase a que se pertenece. En la familia, las palabras tienen un poder considerable; pueden hacer que el mismo acto aparezca noble y maravilloso, o repugnante e infame, no solamente que aparezca así, sino que realmente lo sea. (38)

(37) Eerge, A., Educación sexual de la infancia, Barcelona: Paidós, 1973, pág. 46.

(38) Ibidem, pág. 48.

Sin la aquiescencia de los padres, toda información obtenida - por casualidad tendrá el sello de fraudulento e incluso generará vergüenza. Por lo tanto la información verbal familiar aporta en muchos casos un alivio y un apaciguamiento, incluso en ocasiones de comportamiento social. En algunos otros la información, aunque lleve las mejores intenciones, muchas veces tiene las limitaciones de una escasa información científica.

Sin embargo, la información verbal familiar es de suma importancia ya que refleja los conceptos morales e ideológicos que de alguna manera influyen en la estructura personal y moral del individuo.

Con respecto a las conductas sexuales, conviene hacer mención - que dentro de las pautas o modelos de comportamiento se distinguen tres tipos:

a) Las normas definidas como el "comportamiento debido", socialmente aprobado. Lo contrario a ellas es digno de sanción. Por ejemplo, en algunos sectores de México hay normas que prohíben las relaciones sexuales de las jóvenes antes del matrimonio (39).

b) Las costumbres que generalmente designan "lo que se hace", - lo que se espera de uno, lo que hay que hacer para no causar admiración, burla o comentarios desfavorables. Tienen carácter -- obligatorio menor que las normas, como sería que las mujeres no salgan solas de noche.

Con frecuencia, normas y costumbres son divergentes, ya que puede suceder que se establezca la unión libre, no obstante que la norma formal siga constituyendo el rito del matrimonio como inicio de la vida común.

(39) Rodríguez, A., Psicología social, México: Trillas, 1976.

c) Por último, están los que se llaman usos o convencionalismos que generalmente forman parte de las "buenas maneras" y son poco obligatorias en relación con la sexualidad: puede citarse entre otros muchos ejemplos, el no hablar el tema sexual en familia o cuando hay hombres.

Los planteamientos anteriores ponen de relieve que los individuos, a través de un condicionamiento socio-cultural -que se prevee desde antes de que nazcan-, estructuran un universo de expectativas, independientemente de que el individuo pueda o no pueda asumirlas en su totalidad y que al reproducirse conforman desde antes del nacimiento una influencia innegable que se reflejará tanto en sus actitudes y conductas como en sus actividades.

Como sea, el individuo crece y se desarrolla biológicamente bajo la presión social del grupo a que pertenece. La cultura y las demandas de todo tipo del conglomerado social son parte constitutiva en la formación de toda la gama de manifestaciones individuales que invisten de características "prefabricadas" a la sexualidad.

Sin embargo, el universo de expectativas no es una realidad del individuo, sino el conjunto de creaciones de aquéllos que lo preceden y que esperan que aquél asuma. A pesar de esto, así como ocurren desfases entre costumbres y normas, también pueden darse incongruencias, desajustes e incluso contradicciones entre valores, conocimientos, creencias y pautas de conducta como consecuencia del cambio sociocultural que se da en cualquier sociedad. A esto ayudan la educación y la información.

Por tanto, es obvio que los profesionales de la salud comparten las mismas creencias, mitos y prejuicios de sus sociedades y, al igual que los integrantes de éstas, pueden tener conflictos y problemas sexuales sin resolver.

En este caso, es importante que el profesional de la salud tenga una actitud adecuada frente a la sexualidad propia y de otros, mediante un enfoque racional de su propia realidad sexual y sea capaz de esta manera, de "proporcionar" -a sus pacientes- información, crear actitudes que permitan un manejo adecuado de diversas situaciones concernientes a la sexualidad"; también deberá "tener habilidades" para la evaluación, prevención y diagnóstico, manejo y referencia de disfunciones sexuales y problemas relacionados con el sexo (40).

Ahora bien: un psicólogo y/o un médico ¿conocen y aceptan la amplia gama de expresiones de la conducta sexual tanto propia como de los demás? La información teórica y práctica de estos profesionales, ¿les permite ser consejeros y/o terapeutas en problemas de índole sexual? ¿Quiénes están profesionalmente más capacitados: los psicólogos o los médicos?

Estos cuestionamientos nos llevaron al planteamiento de la siguiente pregunta:

5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Habrá diferencias en el nivel de información sexual, las actitudes y la conducta sexual que manifiestan los estudiantes del último semestre de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M. de la generación 1985-1989?

(40) Alvarez Gayou, J.L., Elementos de sexología, México: Interamericana, 1987, pág. 119.

5.3. HIPOTESIS.

A) HIPOTESIS CONCEPTUAL:

Los estudiantes egresados de la Facultad de Medicina poseen más conocimientos sobre sexo que los de Psicología, ya que en los - de Medicina no existe diferencia, en cuanto al nivel de información, entre los alumnos que ingresan y los que egresan.

Las actitudes hacia la sexualidad en alumnos de Psicología son más liberales que las actitudes de los alumnos de Medicina, que tienden a ser más conservadores, lo que permite a los primeros una mayor aceptación de su propia sexualidad (Sánchez, J., 1981).

Las formas más comunes de expresión sexual son: masturbación, - orgasmo nocturno, manoseo heterosexual, relaciones heterosexuales, contacto sexual con animales y coito heterosexual (Kinsey y Cols., 1948, 1953).

B) HIPOTESIS DE TRABAJO:

Existen diferencias en cuanto a información sexual, actitudes - hacia la sexualidad y conducta sexual entre los estudiantes de las carreras de Medicina y de Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

HIPOTESIS NULAS:

1.Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas - en información sexual entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M. de la generación 85-89.

2.Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la sexualidad entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

3.Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta sexual entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

HIPOTESIS ALTERNAS:

4.H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a información sexual entre estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

5.H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

6.H₁ Existen diferencias estadísticamente significativas en conducta sexual entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M., de la generación 85-89.

5.4. VARIABLES.

CARRERA UNIVERSITARIA. (Medicina y Psicología):

Alumnos que actualmente estén cursando el noveno semestre en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Alumnos de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. que estén cursando los ciclos clínicos finales -noveno y décimo- que correspondan al internado rotatorio de pregrado.

INFORMACION SEXUAL:

Puntaje obtenido en la prueba de información sexual sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino.

ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD:

Puntaje obtenido en la escala de actitud hacia la sexualidad en los siguientes aspectos: coito premarital, aborto, masturbación, sexo oral, coito anal, expresiones comportamentales de la sexualidad, homosexualismo, juegos previos al coito, virginidad.

CONDUCTA SEXUAL:

Respuestas dadas al cuestionario de conducta sexual en los siguientes aspectos: coito prematrimonial, sexo oral, juego previo, coito anal, orgasmo, masturbación, homosexualidad, expresiones comportamentales de la sexualidad, anticonceptivos, enfermedades venéreas, aborto, educación sexual.

5.5. SUJETOS.

Se realizó la investigación con 400 estudiantes; 200 alumnos - de la Facultad de Medicina, de los cuales 107 mujeres y 93 hom bres. De la Facultad de Psicología también fueron 200 alum-- nos: 153 mujeres y 47 hombres. Todos alumnos de la U.N.A.M.

5.6. MUESTREO.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico intencional por cuota, ya que los sujetos se eligieron de acuerdo con el interés de la investigación, y debieron cubrir los siguientes requisitos: ser estudiantes del - 9o. semestre en el caso de Psicología y alumnos internos de pre grado en Medicina -realizan su pregrado en el Hospital General de México-. Ambas Facultades dependientes de la U.N.A.M.

5.7. TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio fue comparativo de campo, ya que la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las aulas donde - los alumnos tomaban clase; también se compararon las respues-- tas dadas por los estudiantes de ambas Facultades.

5.8. DISEÑO.

Se utilizó un diseño de dos muestras independientes, en donde se compararon las respuestas dadas a los instrumentos.

5.9. INSTRUMENTOS.

Se utilizaron tres instrumentos que a continuación se describen:

- A) Se elaboró un cuestionario de tipo falso-verdadero para medir el grado de información que poseen los alumnos sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor humano. En su primera fase y para su validación se construyeron 42 reactivos, acerca de los siguientes temas:
- ANATOMIA DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS: localización y descripción de los órganos genitales del hombre.
 - ANATOMIA DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS: localización y descripción de los órganos genitales femeninos.
 - FISILOGIA DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS: función que realiza cada uno de los órganos genitales del hombre.
 - FISILOGIA DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS: función que realiza cada uno de los órganos genitales de la mujer.

El cuestionario quedó integrado por 10 reactivos del primer tema; 11 del 2o. tema; 10 del tercero y 11 del 4o. tema. Se ordenaron en forma aleatoria (ver Anexo 1).

La validación se hizo por 14 jueces profesores de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Primero se les pidió que relacionaran cada uno de los temas con los reactivos; una vez obtenido esto, se hizo la prueba de correlación la cual fue alta ($r = -1.00$, $p = .001$) lo que comprobó que el cuestionario medía la información que pretendía medir. Sin embargo al hacer el análisis reactivo por reactivo, sólo quedaron 27 que los jueces calificaron con el 80% de acuerdo y requerido para integrar el cuestionario.

Después de este procedimiento, quedaron 2 reactivos de fisiología masculina, lo que desbalanceaba el número de reactivos por tema, por lo que aumentamos a aquí y eliminamos uno de anatomía femenina, para que quedaran 8 reactivos por tema.

El cuestionario final fue de 32 reactivos, los cuales se ordenaron en forma aleatoria. (Anexo 4)

B) El segundo instrumento que se diseñó fue una escala de actitud tipo Lickert, cuyo contenido se elaboró a partir del "Sexual Knowledge and attitudes test" (S.K.A.T.) de Eyseck - Wilson (1976). De este instrumento sólo tomamos algunos reactivos, ya que otros quedaban fuera de contexto; los demás fueron elaborados por los realizadores de esta investigación.

La escala se integró con 42 reactivos de los cuales 21 tenían un sentido negativo y 21 sentido positivo, ordenados en forma aleatoria. Así se les presentó a los jueces. (Anexo 2).

Los temas que se abarcaron fueron los siguientes:

- 1) Enfermedad venérea: enfermedad contagiosa, transmitida principalmente por contacto sexual.
- 2) Virginidad: estado físico de un hombre o una mujer en donde no se ha realizado el coito (pene-vagina).
- 3) Masturbación: estimulación de los propios órganos sexuales, mediante el empleo de las manos, movimientos musculares, medios mecánicos, cualquier método o procedimiento para llegar al orgasmo, excluyen el coito.
- 4) Anticonceptivos: Cualquier método que impide que la relación sexual tenga como consecuencia el embarazo.
- 5) Sexo oral: Caricias con la boca y la lengua en los genitales.
- 6) Coito premarital: Unión de un hombre y una mujer, en donde hay introducción pene-vagina, siendo las dos personas solteras o sólo una de ellas.
- 7) Aborto: Expulsión del útero, prematura e -intencional, del producto de la -concepción.
- 8) Educación sexual: Manejo de información sobre órganos genitales, orgasmo, coito y, además conocimiento personal acerca de uno

mismo y del rol sexual propio.

9) Sexualidad: Todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos.

10) Expresiones comportamentales de la sexualidad: Diferentes forma de expresar nuestra sexualidad (masoquismo, zoofilia, fetichismo, exhibicionismo).

A los jueces se les entregó la escala, así como las definiciones de cada parámetro, pidiéndoles que relacionaran cada reactivo con su parámetro y además indicarán el sentido de la pregunta (+ 5 -).

Se obtuvo una correlación alta significativa ($r = -1$, $p = 0,000$). Al analizar reactivo por reactivo sólo quedaron aquellos que obtuvieron el 80% de acuerdo de los jueces. La escala quedó de la siguiente manera: 5 reactivos de coito premarital, 2 de aborto, 5 de masturbación, 3 de sexo oral, 1 de expresiones comportamentales de la sexualidad, 2 de anticonceptivos, 1 de virginidad, 4 de educación sexual. Se eliminó el tema de sexualidad.

En esta escala también quedó desproporcionado el número de reactivos por parámetro, por lo que se tuvo que aumentar: coito anal, homosexualidad y juego previo al coito, con el fin de tener la posibilidad de hacer comparaciones entre la escala de actitud y el cuestionario de conducta.

El cuestionario definitivo quedó integrado por 37 reactivos y los siguientes parámetros: coito premarital, aborto, masturbación, sexo oral, coito anal, expresiones comportamentales de la sexualidad, anticonceptivos, enfermedades venéreas, educación sexual, homosexualidad, juego previo al coito y virginidad (Anexo 5).

- C) El tercer instrumento fue un cuestionario de conducta sexual en donde cada pregunta tenía varias opciones para contestar. Aquí se retomaron algunos reactivos del cuestionario de conducta sexual, elaborado por el Instituto Mexicano de Sexología, A. C. y publicado en su revista "Perspectiva Psicológica" (Feb-Mar, 1985); otros reactivos fueron elaborados por los realizadores de esta investigación.

Dicho cuestionario se integró de 45 reactivos, con los siguientes parámetros y definiciones consideradas como las que se acercan más al propósito de la investigación:

PARAMETRO:	DEFINICION OPERACIONAL:
1) Coito premarital	Unión de un hombre y una mujer, en la cual el pene es insertado en la vagina, siendo solteras - las dos personas o una de ellas.
2) Frecuencia coital:	Espacio de tiempo para repetir la conducta coital.
3) Orgasmo:	Experiencia subjetiva placentera que aparece con el punto máximo de la reacción al estímulo sexual.
4) Disfunción sexual:	Alteración de una o varias fases de la respuesta sexual humana que molesta a la persona que la padece o a su pareja.
5) Preferencia sexual:	Gusto o preferencia que puede tener una persona para relacionar-

se afectiva (emocionalmente) y/o eróticamente (en busca de excitación y orgasmo sexual); puede ser con una persona del mismo sexo, o con personas tanto de otro sexo como del mismo.

- 6) Homosexualismo: Gusto o preferencia sexual que tienen algunas personas para relacionarse afectiva y eróticamente con personas del mismo sexo.
- 7) Sexo oral: Caricias con la boca y lengua en los genitales.
- 8) Masturbación: Estimulación de los propios órganos sexuales mediante el empleo de manos, movimientos musculares, medios mecánicos o cualquier método o procedimiento para llegar al orgasmo, excluyendo el coito.
- 9) Aborto: Expulsión prematura e intencional del útero, del producto de la concepción.
- 10) Coito anal: Penetración del pene en el ano.
- 11) Juego previo al coito: Caricias eróticas que culminan en la penetración pene-vagina.
- 12) Expresiones comportamentales de la sexualidad: Diferentes formas de expresar nuestra sexualidad (masoquismo, zoofilia, fetichismo, exhibicionismo, travestismo).

13) Educación sexual:

Manejo de información sobre los órganos genitales, el orgasmo, - el coito y, además, conocimiento personal acerca de uno mismo y - del rol sexual propio.

Para la presentación de los reactivos se tomó en cuenta los parámetros y se les dio un orden secuencial (Anexo 3).

En este cuestionario se les pidió a los jueces que relacionaran cada pregunta con su indicador. Posteriormente se procedió a validar la escala usando el método de correlación de Pearson, y se obtuvo un alto nivel de significancia ($r = -1$, $p = 0.0000$), lo que indicó que el instrumento midió lo que se pretendía.

Sin embargo, al hacer el análisis reactivo por reactivo, sólo quedaron 23, los que fueron clasificados con el 80% de acuerdo de los jueces.

Por eso hubo necesidad de aumentar reactivos, ya que al eliminar los que no alcanzaron el puntaje, también se eliminaron parámetros, lo que hizo perder la secuencia lógica de las preguntas. Se procedió entonces a aumentar reactivos que abarcaron los siguientes temas: coito prematrimonial, anticonceptivos y enfermedades venéreas. La idea fue poder comparar conducta y actitud.

El cuestionario final quedó integrado por 40 reactivos que midían 12 indicadores (Anexo 6).

5.10. PROCEDIMIENTO.

Una vez definida la población se procedió a realizar los trámites correspondientes para solicitar una carta de presentación de la Facultad de Psicología en la que se explicará el objetivo de la investigación (Anexo 7).

Cuando se obtuvo ésta, se acudió a visitar a los diferentes maestros que impartían a novenos semestres, tanto de horario matutino como vespertino en la misma Facultad, con el propósito de que se permitiera la aplicación del instrumento a la hora de su clase, explicándoles el motivo de la investigación y mostrándoles la carta de presentación. Hecho esto, los profesores fijaban la hora y la fecha.

En cuanto a los alumnos de Medicina, se visitó el Hospital General pues, según se investigó, ahí era donde estudiaban un número considerable de estudiantes de la U.N.A.M.

Se acudió, con la carta de presentación, al Médico responsable de los alumnos de pregrado de la U.N.A.M., en el Hospital, quien accedió y dio su autorización para la aplicación de los instrumentos, además de proporcionar la lista de los grupos y maestros responsables de ellos. Se visitó también a éstos y se les repitió lo mismo que a los maestros de Psicología, también fijaron hora y fecha para presentarnos a sus grupos y aplicar el instrumento.

Las instrucciones que se dieron a los alumnos de las dos carreras fueron las siguientes:

" Somos pasantes de la Facultad de Psicología, y estamos realizando una investigación con respecto a la Sexualidad con estu

diantes del último semestre de Psicología y Medicina, con el objeto de conocer su nivel de información en cuanto a Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Humano, sus Actitudes y Conducta Sexual. Les pedimos, dado que el instrumento es anónimo, que contesten todas las preguntas de la forma más sincera y espontánea que puedan".

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

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos recibieron tratamientos estadísticos diferentes:

Para obtener la validez de constructo del cuestionario de información y la escala de actitud, se empleó un Análisis Factorial PA2 Varimax. La consistencia interna de cada factor se calculó por medio del Alpha de Crombach (1961) y finalmente se aplicó un Análisis de Varianza de doble clasificación (por Facultad y por sexo), ya que se quería conocer qué efecto tenían estas variables.

El análisis de datos del cuestionario de conducta sexual fue descriptivo y para establecer si había diferencias o no las había con respecto a la ocurrencia de conductas sexuales, se empleó la prueba χ^2 .

6.1. CUESTIONARIO DE INFORMACION SEXUAL.

El análisis Factorial PA2 Varimax muestra que se formaron 13 factores con un valor propio mayor de uno y que explicaban el 61.0% de la varianza total acumulada (TABLA No. 1).

Sin embargo, después de la rotación se encontraron 2 factores que explicaban el 41.0% de la varianza total acumulada (TABLA No. 2).

Posteriormente se procedió a elegir aquellos reactivos que tu-

vieran un peso factorial de $\lambda = 0.30$. Se observó que el primer factor explicó el 28.8% de la varianza y agrupó 7 reactivos (uno de anatomía masculina, dos de anatomía femenina y 4 de fisiología femenina). El segundo factor explicó el 12.2% de la varianza y agrupó 3 reactivos (uno de anatomía masculina, uno de anatomía femenina y otro de fisiología femenina) (TABLA No. 3).

Asimismo, se obtuvo la consistencia interna de cada factor por medio del Alpha de Crombach (1961), siendo éste mayor de 0.47 - (TABLA No. 4).

Finalmente, se aplicó un análisis de varianza de doble clasificación (por Facultad y por sexo) para cada uno de los factores del cuestionario de información, ya que se quería conocer qué efecto tenía la segunda variable.

Se encontró que hubo diferencias significativas por sexo en el factor $F_{(1,396)} = 1.042$; $p=0.308$, siendo en este caso que las mujeres ($x=1.00$) tienen más conocimientos que los hombres - - ($x=0.83$).

También hubo diferencias por Facultad $F_{(1,396)} = 16.411$; -- $p=0.000$; se observó que los alumnos de Psicología ($x=1.11$) tienen más conocimientos en comparación con los de Medicina - - ($x=0.77$).

TABLA NO. 1 ANALISIS FACTORIAL PA2 VARIMAX

FACTOR	VALOR PROPIO	% DE VARIANZA	% ACUMULADO DE VARIANZA
1	3.87246	12.1	12.1
2	1.99845	6.2	18.3
3	1.56726	4.9	23.2
4	1.49001	4.7	27.9
5	1.46469	4.6	32.5
6	1.30193	4.1	36.5
7	1.25101	3.9	40.5
8	1.19551	3.7	44.2
9	1.16529	3.6	47.8
10	1.10310	3.4	51.3
11	1.06432	3.3	54.6
12	1.03977	3.2	57.9
13	1.00519	3.1	61.0

TABLA NO. 2 VARIANZA TOTAL ACUMULADA

FACTOR	VALOR PROPIO	% DE VARIANZA	% ACUMULADO DE VARIANZA
1	3.28297	28.8	28.8
2	1.38872	12.2	41.0

TABLA NO. 3 REACTIVOS CON PESO FACTORIAL = .30

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2
1. Los óvulos maduros son liberados en las trompas de Falopio	0.36624	0.14736
2. La función de la uretra femenina es la de transportar la orina a la vagina exterior	0.41593	0.04886
3. Los genitales internos femeninos son: labios mayores, labios menores y clítoris	0.31950	0.19433
4. El orificio vaginal se distingue del orificio uretral por su menor tamaño	0.39960	0.11897
5. La próstata rodea el sector inicial de la uretra a manera de sortija	0.33780	0.10693
6. Las hormonas sexuales femeninas producen andrógenos	0.62323	0.23933
7. El óvulo tiene movimiento propio	0.48449	0.23199
8. La fecundación del óvulo por el espermatozoide se hace en la cavidad uterina	0.26757	0.47761
9. La piel del escroto es muy gruesa y un poco más clara que la del resto del cuerpo	0.13589	0.58909
10. Dentro de las trompas de Falopio se encuentran los ovarios	0.37177	0.54697

TABLA NO. 4. CONSISTENCIA INTERNA POR FACTOR

No. Reactivos por c/factor	Confiabilidad Alpha de Cromback	Media	Rango Posible
7	0.47326	0.94	1, 0, 9
3	0.60176	0.94	1, 0, 9

6.2. ESCALA DE ACTITUD.

Con el Análisis Factorial PA2 Varimax se formaron 11 factores - con un valor propio mayor y que explicaban el 58.3% de la varianza total acumulada.

TABLA NO. 5

FACTOR	VALOR PROPIO	% DE VARIANZA	% ACUMULADO DE VARIANZA
1	6.63483	17.9	17.9
2	2.72042	7.4	25.3
3	2.09180	5.7	30.9
4	1.75462	4.7	35.7
5	1.48183	4.0	39.7
6	1.26748	3.4	43.1
7	1.24052	3.4	46.5
8	1.16184	3.1	49.6
9	1.11219	3.0	52.6
10	1.10237	3.0	55.6
11	1.01686	2.7	58.3

Sin embargo, después de la rotación se encontraron 4 factores - que explicaban el 72.2% de la varianza total acumulada.

TABLA NO. 6

FACTOR	VALOR PROPIO	% DE VARIANZA	% ACUMULADO DE VARIANZA
1	6.10611	40.1	40.1
2	2.15314	14.1	54.2
3	1.50810	9.9	64.1
4	1.22565	8.0	72.2

Posteriormente se procedió a elegir aquellos reactivos que tuvieran un peso factorial $\geq .30$ y se encontró que el primer factor explicó el 40.1% de la varianza y agrupó 6 reactivos que hablan de sexo oral y sexo anal, por lo que se le llamó "Comportamientos sexuales".

El segundo factor explicó el 14.1% de la varianza y agrupó 6 reactivos sobre anticonceptivos e información sexual y se le llamó "Educación sexual".

El tercer factor explicó el 9.9% de la varianza y reunió 3 reactivos que hablan de homosexualidad por lo que así se llamó el factor.

El cuarto factor explicó el 5.0% de la varianza y agrupó 5 reactivos que hablan de coito prematrimonial y virginidad, a lo que se le dió el nombre de "Relaciones prematrimoniales" (TABLA No. 7).

Finalmente, se obtuvo la consistencia interna de cada factor por medio del Alpha de Crombach (1961) siendo ésta mayor de 0.67 (TABLA No. 8).

TABLA NO. 7 REACTIVOS CON PESO FACTORIAL $\pm .10$

REACTIVO	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄
El contacto bacogenital es aceptado en forma amplia como escape erótico, sano y normal.	0.58805	0.08771	0.07265	0.14269
El Único método normal de tener relaciones sexuales es el contacto pene-vagina	0.55833	0.03128	0.07452	0.07487
El sexo bacogenital es pervertido	0.72116	0.06585	0.12752	0.12216
Las caricias bacogenitales son tan normales como los besos en la boca	0.71971	0.15734	0.13051	0.16840
El sexo anal es una variante de las relaciones sexuales	0.37460	0.04290	0.18106	0.06947
El sexo anal es pervertido	0.33614	0.05690	0.21943	0.05627
Hay que difundir el uso de anticonceptivos	0.06164	0.51616	0.24029	0.04932
Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad	0.07992	0.48088	0.16574	0.12971
Las caricias previas al acto sexual generan mayor comunicación entre la pareja	0.12829	0.72067	0.01642	0.03368
El comportamiento puede considerarse aceptable si no es dañino para ninguno de los participantes	0.14734	0.69472	0.07280	0.09338
Las prácticas, ética y comportamiento sexuales varían ampliamente de una cultura o -- otra	0.04905	0.39361	0.00015	0.05937
Los seres humanos deben aprender todos los aspectos de la sexualidad	0.05083	0.40455	0.03203	0.11347
La homosexualidad es repugnante	0.14593	0.03209	0.55083	0.12309
El homosexualismo es una posibilidad más de expresión sexual	0.05281	0.04199	0.62840	0.07647
Los actos homosexuales realizados en privado no son condenables	0.18541	0.12424	0.61924	0.17206
Las relaciones sexuales en la mujer la prostituyen	0.21964	0.13705	0.18794	0.52447
La virginidad constituye un factor importante en el éxito del matrimonio	0.18149	0.08979	0.13809	0.63314
Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a establecer relaciones sexuales fuera del matrimonio	0.19392	0.28078	0.16517	0.30939
La virginidad en mi futuro(a) esposo(a) carece de importancia	0.12691	0.09114	0.12356	0.61533
Es aceptable la pérdida de la virginidad	0.25765	0.30019	0.14040	0.42485

TABLA NO. 8. CONSISTENCIA INTERNA POR FACTOR, POR MEDIO -
DEL ALPHA DE CROMBACH (1961)

F A C T O R E S	N°REACTIVOS PARA C/FACTOR	CONFIABILIDAD ALPHA DE CROMBACH	MEDIA	RANGO POSIBLE
Comportamientos sexuales	6	0.78699	2.60	1 - 5
Educación sexual	6	0.70373	1.54	1 - 5
Homosexualismo	3	0.67841	3.47	1 - 5
Relaciones pre <u>m</u> a trimoniales	5	0.72261	1.96	1 - 5

También se aplicó un análisis de variancia de doble clasificación (por Facultad y por sexo) para cada uno de los factores de la escala de actitud.

Se encontró que hubo diferencias significativas por sexo en el factor de comportamientos sexuales $F_{(1,396)} = 4.853$; $p=0.03$. En este caso las mujeres ($x=2.63$) tienen una actitud más positiva hacia el sexo oral que los hombres ($x=2.54$).

También hay diferencias por Facultad $F_{(1,396)} = 13.481$; $p=0.000$; se observó que los alumnos de Psicología $x=2.42$ aceptan más el sexo oral en comparación con los alumnos de Medicina ($x=2.77$).

Con respecto al factor de educación sexual $F_{(1,396)} = 3.593$; $p=0.059$ se encontró que la Facultad de Medicina ($x=1.56$) tiene una actitud más positiva hacia los anticonceptivos y la educación sexual que la Facultad de Psicología ($x=1.47$). En este factor también se da una interacción $F_{(1,396)} = 3.758$; $p=0.053$, que nos muestra que las mujeres de Medicina ($x=1.62$) tienen una actitud más positiva hacia el tema de anticonceptivos y la educación sexual, en comparación con los hombres de Psicología ($x=1.57$). Por otro lado, los hombres de Medicina ($x=1.53$) tienen una actitud más positiva hacia estos temas que las mujeres de Psicología ($x=1.44$).

En el factor de homosexualidad $F_{(1,396)} = 14.091$; $p=0.000$, encontramos que los alumnos de Psicología ($x=3.60$) tienen una actitud favorable hacia este tema a diferencia de los alumnos de Medicina ($x=3.28$).

Por último, el factor de relaciones prematrimoniales $F_{(1,396)} = 19.232$; $p=0.000$, indica que la Facultad de Medicina ($x=2.14$) tiene una actitud más favorable hacia las relaciones prematrimoniales que la Facultad de Psicología ($x=1.79$).

6.3. CUESTIONARIO DE CONDUCTA SEXUAL.

Para el análisis de datos del cuestionario de conducta sexual, la información se procesó de dos formas:

- 1) Descripción de resultados, y
- 2) un análisis estadístico de diferencias entre grupos (Facultad y sexo), para saber qué efecto tenía esta segunda variable. Se empleó la prueba χ^2 con un nivel de significancia de 0.05, para establecer si había diferencia con respecto a la frecuencia de ocurrencia de las conductas sexuales, con cuatro combinaciones posibles:
 - a) entre facultades
 - b) entre hombres y mujeres
 - c) entre hombres de Psicología y hombres de Medicina
 - d) entre mujeres de Psicología y mujeres de Medicina

Cada combinación se puso en relación con los catorce temas medidos por el instrumento (coito prematrimonial, sexo oral, juego previo al coito, coito anal, orgasmo, masturbación, homosexualidad, expresiones comportamentales de la sexualidad, anti-concepción, enfermedades venéreas, aborto, información sexual y educación sexual.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTA SEXUAL.

TABLA NO. 1	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí lo ha tenido	93.6% (44)	64.7% (99)	67.7% (63)	22.4% (24)
No lo ha tenido	6.4% (3)	34.6% (53)	30.1% (28)	77.6% (83)
No contestó	-	.7% (1)	2.2% (2)	-
TOTAL	100% - 47	100% - 153	100% - 93	100% - 107

Las relaciones sexuales prematrimoniales, en el caso de la facultad de Psicología, han sido experimentadas por el 93.6% (44) de los hombres y el 64.7% (99) de las mujeres. En cambio, en Medicina son el 67.7% (63) de los hombres y sólo el 22.4% (24) de las mujeres (Tabla 1).

TABLA NO. 2	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Antes de los 15 años	4.5% (2)	1.0% (1)	15.3% (10)	-
Entre 15 y 17 años	45.5% (20)	17.1% (17)	43.0% (28)	4.1% (1)
Entre 18 y 20 años	34.0% (15)	30.0% (30)	36.9% (24)	70.3% (17)
Entre 21 y 25 años	15.6% (6)	49.4% (49)	1.4% (1)	25.0% (6)
Después de 25 años	2.2% (2)	2.2% (2)	-	-
No contestó	-	1.0% (1)	3.0% (2)	-
TOTAL	100% - 44	100% - 99	100% - 65	100% - 24

En Psicología, el 45.5% (20) de los hombres reportó que la edad en que tuvieron su primera relación sexual heterosexual fue entre 15 y los 17 años y el 49.4% (49) de las mujeres entre los 21 y 25. En Medicina, el 43.1% (28) de los hombres la tuvo entre los 15 y los 17 años y el 70.3% (17) de las mujeres entre 18 y 20 años (Tabla 2).

TABLA NO. 3	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Amigo (a)	38.6% (17)	5.0% (3)	36.9% (24)	12.5% (3)
Novio (a)	45.4% (20)	52.8% (82)	40.0% (26)	66.6% (16)
Esposo (a)	-	13.1% (13)	3.0% (2)	4.1% (1)
Sirviente (a)	4.5% (2)	-	-	-
Prostituta	4.5% (2)	-	3.0% (2)	-
Desconocido (a)	4.5% (2)	1.0% (1)	4.6% (3)	-
Familiar	2.2% (1)	-	6.1% (4)	-
No contestó	-	-	6.1% (4)	16.6% (4)
TOTAL	100% - 44	100% - 99	100% - 65	100% - 24

TABLA NO. 4	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Muy agradable	36.5% (17)	41.4% (41)	38.4% (25)	20.8% (5)
Agradable	40.9% (18)	40.4% (40)	47.6% (31)	54.1% (13)
Indiferente	4.5% (2)	8.0% (8)	4.6% (3)	12.5% (3)
Desagradable	13.6% (6)	8.0% (8)	6.1% (4)	4.1% (1)
Muy desagradable	2.2 (1)	2.0% (2)	-	8.5% (2)
No contestó	-	-	3.0% (2)	-
TOTAL	100% - 44	100% - 99	100% - 65	100% - 24

Para la mayoría, su primera experiencia sexual heterosexual fue con el novio(a) y ésta es agradable para el 40.9% (18) de los hombres de Psicología y para el 47.6% (31) de los hombres de Medicina. Las mujeres difieren en sus comentarios: para el 41.1% (41) de las de Psicología es muy agradable, mientras que para el 54.1% (13) de las de medicina es agradable (Tablas 3 y 4).

TABLA NO. 5	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Si lo ha tenido	93.1% (41)	91.9% (91)	76.9% (50)	75.0% (16)
No lo ha tenido	6.9% (3)	8.0% (8)	23.0% (15)	25.0% (6)
TOTAL	100% - 44	100% - 99	100% - 65	100% - 24

Las relaciones sexuales subsiguientes son más comunes en la facultad de Psicología: el 93.1% (41) de los hombres y el 91.9% (91) de las mujeres lo practican. En Medicina, lo hace el 76.9% (50) de los hombres y el 75.0% (16) de las mujeres. (Tabla 5).

TABLA NO. 6	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Amigo (a)	9.7% (4)	7.6% (7)	26.0% (13)	5.3% (1)
Novio (a)	51.7% (23)	63.7% (58)	56.0% (28)	63.3% (15)
Esposo (a)	5.7% (4)	21.9% (20)	2.0% (1)	5.5% (1)
Sirviente (a)	-	-	2.0% (1)	-
Prostituta	2.4% (1)	-	-	-
Desconocido (a)	2.4% (1)	-	-	-
Amigo(a) novio(a)	17.0% (7)	5.4% (5)	10.0% (5)	5.5% (1)
Esposo(a)amigo(a)	7.3% (3)	-	-	-
Novio(a)prostituta/desconocido(a) amigo(a)sirviente(a)	4.8% (2)	-	-	-
Amigo(a) prostituta	4.8% (2)	-	2.0% (1)	-
Amigo(a)novio(a) desconocido(a)	2.4% (1)	-	-	-
Amigo(a)desconocido(a)	2.4% (1)	-	-	-
Amigo(a)novio(a) prostituta	2.4% (1)	-	-	-
Amigo(a)novio(a) esposo(a)	2.4% (1)	1.0% (1)	2.0% (1)	-
No contestó	-	-	3.2% (3)	-
TOTAL	100% - 41	100% - 91	100% - 50	100% - 18

Las relaciones sexuales subsiguientes actuales, son en su mayoría con su novio (a) (Tabla 6).

TABLA NO. 7	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Diario	-	2.1% (2)		11.1% (2)
Una vez por semana	13.6% (6)	18.6% (17)	12.0% (6)	33.3% (6)
2 a 4 veces x semana	27.2% (12)	34.0% (31)	18.0% (9)	27.7% (5)
Dos veces al mes	20.4% (9)	15.3% (14)	14.0% (7)	11.1% (2)
Una vez al mes	13.6% (6)	13.1% (12)	54.0% (27)	16.6% (3)
Otra	15.9% (7)	12.8% (11)	-	-
No contestó	9.0% (4)	4.3% (4)	2.0% (1)	-
TOTAL	100% - 44	100% - 91	100% - 50	100% - 18

En Psicología, el 27.2% (12) de los hombres, así como también el 34% (31) de las mujeres, acostumbra tener relaciones sexuales de 2 a 4 veces por semana. En Medicina lo hace una vez al mes el 54% (27) de los hombres y una vez a la semana el 33.6% (6) de las mujeres (Tabla No. 7).

TABLA NO. 8	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	74.5% (35)	53.6% (82)	44.1% (41)	17.8% (19)
No	21.3% (10)	20.3% (31)	38.7% (36)	29.9% (32)
No contestó	4.3% (2)	26.1% (40)	17.2% (16)	51.4% (56)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -100

El sexo oral es más aceptado en la Facultad de Psicología: el 74.5% (35) de los hombres y el 53.6% (82) de las mujeres acepta acariciar con la boca los genitales de su pareja. En cambio, en la Facultad de Medicina el 44.1% de hombres y sólo el 17.8% (19) de las mujeres lo realiza (Tabla 8).

TABLA NO. 9	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	80.1% (40)	57.5% (88)	60.2% (56)	18.2% (20)
No	10.6% (5)	14.4% (22)	19.4% (18)	26.2% (28)
No contestó	4.3% (2)	28.1% (43)	20.4% (19)	54.2% (59)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

En la conducta de aceptar que la pareja acaricie con la boca los genitales de su pareja, el 80.1% (40) de los hombres y el 57.5% (88) de las mujeres de Psicología lo permite, a diferencia de los de la Facultad de Medicina en donde el 60.2% (56) de los hombres y el 18.2% (20) de las mujeres lo hace (Tabla 9).

TABLA NO. 10	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	93.6% (44)	64.1% (98)	73.1% (68)	26.2% (28)
No	-	2.6% (4)	5.4% (5)	15.0% (16)
No contestó	6.4% (3)	33.3% (51)	21.5% (20)	58.9% (63)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

El juego previo al coito se practica más en la Facultad de Psicología y los hombres de ambas Facultades lo acostumbran más que las mujeres. Esto es, en Psicología lo acostumbra el 93.6% (44) de los hombres y el 64.1% (98) de las mujeres, a comparación de los alumnos de Medicina en donde el 73.1% (68) de los hombres y el 26.2% (28) de las mujeres lo reporta (Tabla 10).

TABLA 11	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Siempre	83.7% (36)	75.5% (74)	88.2% (60)	67.8% (19)
Casi siempre	13.9% (6)	20.4% (20)	7.3% (5)	28.5% (8)
Algunas veces	2.3% (1)	2.0% (2)	4.4% (3)	-
Muy pocas veces	2.1% (1)	-	1.0% (1)	-
No contestó	-	-	-	3.5% (1)
TOTAL	100% - 44	100% - 98	100% - 68	100% - 28

Las caricias antes del coito las acostumbran siempre el 83.7% de los hombres (36) y el 75.5% (74) de las mujeres de Psicología, así como - el 88.2% (60) de los hombres y el 67.8% (19) de las mujeres de Medicina (Tabla 11)

TABLA 12	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hasta 5 minutos	9.0% (4)	5.1% (5)	5.8% (4)	-
Entre 5 y 15 mins	34.0% (15)	60.2% (59)	52.3% (22)	46.4% (13)
Entre 15 y 30 mins	45.4% (20)	25.5% (25)	51.4% (35)	32.1% (9)
Más de 30 minutos	11.3% (5)	8.1% (8)	10.2% (7)	17.8% (5)
No contestó	-	1.0% (1)	-	3.5% (1)
TOTAL	100% - 44	100% - 98	100% - 68	100% - 28

Los hombres de ambas Facultades reportan que se acarician con su pareja entre 15 y 30 minutos y son el 45.4% (20) de Psicología y el 51.4% (35) de Medicina. En cuanto a las mujeres, también de ambas Facultades, duran entre 5 y 15 minutos y son el 60.2% (59) de Psicología y el 46.4% (13) de Medicina (Tabla 12).

TABLA 13	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
SÍ	4.3% (2)	13.7% (21)	4.3% (4)	4.7% (5)
No	89.4% (42)	26.1% (92)	76.3% (71)	44.9% (48)
No contestó	6.4% (3)	26.1% (40)	19.4% (18)	50.5% (54)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% - 107

TABLA 14	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez	50.0% (1)	35.3% (7)	25.0% (1)	40.0% (2)
Entre 2 y 5 veces	-	61.9% (13)	50.0% (2)	40.0% (2)
Entre 6 y 10 veces	-	4.7% (1)	25.0% (1)	10.0% (1)
Más de 10 veces	50.0% (1)	-	-	-
TOTAL	100% - 2	100% - 21	100% - 4	100% - 5

La práctica del coito anal es alta en el caso de las mujeres de Psicología: Lo practica el 13.7% (21) de ellas y de éstas un 61.9% (13) lo ha hecho entre 2 y 5 veces. Las de Medicina sólo lo han practicado el 4.7% (5) (Tabla 13).

Con respecto a los hombres, el porcentaje es el mismo para las dos Facultades, aunque el número de casos es diferente: dos en Psicología y cuatro en Medicina (Tabla 14).

TABLA 15	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	95.5% (43)	71.2% (109)	89.2% (84)	41.5% (46)
No	2.1% (1)	8.5% (15)	5.4% (5)	24.3% (24)
No contestó	6.4% (3)	20.3% (31)	5.4% (4)	34.6% (37)
TOTAL	100% - 47	100% - 155	100% - 93	100% - 107

El orgasmo ha sido experimentado por el 95.5% (43) de los hombres y el 71.2% (109) de las mujeres de Psicología. En medicina, por el 89.2% (84) de los hombres y el 41.5% (46) de las mujeres (Tabla 15).

TABLA 16	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Caricias en los propios genitales	45.5% (20)	15.5% (17)	33.3% (28)	30.4% (14)
Durante el sueño	30.2% (15)	6.4% (7)	40.4% (34)	17.5% (8)
Caricias o relaciones sexuales con personas del mismo sexo	-	.9% (1)	1.1% (1)	4.3% (2)
Caricias o relaciones sexuales con personas del sexo contrario	20.9% (9)	76.1% (83)	25.0% (21)	47.8% (22)
Otra	2.3% (1)	.9% (1)	-	-
TOTAL	100% - 43	100% - 109	100% - 84	100% - 46

Para el 46.5% (20) de los hombres de Psicología su primera experiencia orgásmica ocurrió porque acariciaron sus propios genitales; en cambio, el 76.1% (83) de las mujeres la obtuvieron por caricias o relaciones sexuales con personas de sexo contrario. En Medicina, el 25% (21) de los hombres y el 47.8% (22) de las mujeres lo obtuvieron por caricias o relaciones sexuales con personas de sexo contrario (Tabla 16).

TABLA 17	PSICOLOGIA		MUJERES	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Caricias en los propios genitales	-	2.7% (3)	15.4% (13)	15.2% (7)
Durante el sueño	4.6% (2)	1.8% (2)	5.9% (5)	2.1% (1)
Caricias o relaciones sexuales con personas del mismo sexo	2.3% (1)	1.8% (2)	-	-
Caricias o relaciones sexuales con personas del sexo contrario	72.0% (51)	80.7% (88)	60.7% (51)	52.1% (24)
Caricias en los propios genitales y relaciones heterosexuales	11.6% (5)	2.7% (3)	3.51% (3)	4.3% (2)
Durante el sueño /caricias y Rel.Homosex.	2.3% (1)	2.7% (3)	-	-
Caricias en los propios genitales /durante el sueño	2.3% (1)	-	3.5% (3)	-
Caricias en los propios genitales /durante el sueño /relaciones heterosex.	2.3% (1)	.9% (1)	2.3% (2)	-
Otro	-	-	-	6.5% (3)
No contestó	2.3% (1)	6.4% (7)	8.3% (7)	19.5% (9)
TOTAL	100% -43	100% -109	100% - 84	100% - 46

En las dos Facultades, los orgasmos subsecuentes los obtuvieron en su mayoría por caricias o relaciones sexuales con personas de sexo contrario (Tabla 17).

TABLA 18	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una o más veces al día	4.6% (2)	2.7% (3)	2.3% (2)	6.5% (3)
2 ó 5 veces a la semana	39.5% (17)	26.6% (29)	19.0% (16)	10.8% (5)
Una vez a la semana	20.9% (9)	20.1% (22)	20.2% (17)	10.8% (5)
2 veces al mes	16.2% (7)	11.0% (12)	15.4% (13)	15.2% (7)
Una vez al mes	4.6% (2)	11.9% (13)	17.8% (15)	13.0% (6)
Rara vez	6.9% (3)	17.3% (19)	15.4% (13)	30.4% (14)
No contestó	6.9% (3)	10.0% (11)	9.5% (8)	13.0% (6)
TOTAL	100% -43	100% -109	100% - 84	100% - 46

En Psicología, la frecuencia para experimentar orgasmos es de 2 a 5 veces a la semana en el 39.5% (17) de los hombres y en el 26.6% (29) de las mujeres. En comparación con los alumnos de Medicina, en donde el 20.2% (17) de los hombres lo experimentan una vez a la semana y el 15% (16) de las mujeres lo sienten rara vez (Tabla 18).

TABLA 19	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menos de 3 veces al día	2.1% (1)	12.4% (19)	10.8% (10)	9.3% (10)
Entre 3 y 10 veces en mi vida	12.8% (6)	7.2% (11)	15.1% (14)	4.7% (5)
Entre 11 y 20 veces en mi vida	12.8% (6)	5.9% (9)	15.1% (14)	4.7% (5)
Más de 20 veces en mi vida	55.3% (26)	12.4% (19)	32.3% (30)	7.5% (8)
Nunca los he acariciado	-	14.4% (22)	7.5% (7)	15.0% (16)
He acariciado mis genitales sin lograr - orgasmo	4.3% (2)	22.2% (34)	5.3% (5)	10.3% (11)
No contestó	12.8% (6)	24.2% (39)	13.9% (13)	48.5% (52)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

TABLA 20	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Diario	2.2% (1)	-	1.3% (1)	2.5% (1)
1 ó 2 veces x semana	28.8% (13)	9.7% (9)	32.8% (24)	7.6% (3)
3 ó 4 veces x semana	-	1.0% (1)	2.7% (2)	2.5% (1)
Menos de 1 vez x semana	35.5% (16)	46.7% (43)	34.2% (25)	48.8% (19)
No en los últimos 6 meses	33.3% (15)	34.7% (32)	28.7% (21)	30.8% (12)
No contestó	-	7.6% (7)	-	99.8% (3)
TOTAL	100% - 45	100% - 92	100% - 72	100% - 39

La masturbación la practican más los hombres de ambas Facultades: el 55.3% (26) de Psicología y el 32.2% (30) de Medicina reportan haberlo hecho (hasta lograr el orgasmo) más de 20 veces en su vida. Con respecto a las mujeres, el 22.2% (34) de Psicología lo han hecho pero sin lograr el orgasmo, mientras que el 15% (16) de las de Medicina nunca ha acariciado sus genitales (Tabla 19)

En las dos Facultades la mayoría reporta que se masturba menos de una vez por semana (Tabla 20).

TABLA 21	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Si	6.4% (3)	2.6% (4)	4.3% (4)	0.9% (1)
No	89.4% (42)	85.6% (131)	84.9% (79)	83.2% (89)
No contestó	4.2% (2)	11.8% (18)	10.8% (10)	15.9% (17)
TOTAL	100% - 47	100% - 153	100% - 95	100% - 107

TABLA 22	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Antes de los 15 años	66.6% (2)	25.0% (1)	50.0% (2)	-
Entre 15 y 17 años	-	25.0% (1)	-	-
Entre 18 y 20 años	-	25.0% (1)	50.0% (2)	-
Entre 21 y 25 años	-	25.0% (1)	-	-
Después de 25 años	33.3% (1)	-	-	100% - 1
TOTAL	100% - 3	100% - 4	100% - 4	100% - 1

TABLA 23	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Amigo (a)	66.6% (2)	75.0% (3)	50.0% (2)	-
Desconocido (a)	33.3% (1)	-	50.0% (2)	-
Familiar	-	25.0% (1)	-	-
Sirviente (a)	-	-	-	100% - 1
TOTAL	100% - 3	100% - 4	100% - 4	100% - 1

El porcentaje de homosexualidad es bajo en ambas Facultades. En Psicología es en el 6.4% (3) de hombres y el 2.6% (4) de mujeres; en la Facultad de Medicina es el 4.3% (4) de hombres y el 0.9% (1) de mujeres (Tabla 21). Del total de casos de las dos Facultades, hay 5 que tuvieron su primera experiencia homosexual antes de los quince años y una después de los veinticinco (Tabla 22). La experiencia, en su mayoría, fue con un amigo (a) (Tabla 23).

TABLA 24	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Muy agradable	33.3% (1)	25.0% (1)	25.0% (1)	-
Agradable	33.3% (1)	20.0% (2)	-	-
Indiferente	33.3% (1)	25.0% (1)	75.0% (3)	-
Muy desagradable	-	-	-	100% -(1)
TOTAL	100% - 3	100% - 4	100% - 4	100% - 1

TABLA 25	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	33.3% (1)	25.0% (1)	-	-
No	66.6% (2)	75.0% (3)	100% (4)	100% -(1)
TOTAL	100% - 3	100% - 4	100% - 4	100% - 1

TABLA 26	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez a la semana	-	25.0% (1)	-	-
Una vez al mes	33.3% (1)	-	-	-
Rara vez	33.3% (1)	25.0% (1)	100% (4)	100% -(1)
No contestó	33.3% (1)	50.0% (2)	-	-
TOTAL	100% - 3	100% - 4	100% - 4	100% - 1

No hay un predominio en cómo fue esta experiencia. Para algunos fue muy agradable, para otros agradable o indiferente y en un caso muy desagradable (Tabla 24). Casi todos reportan que sus experiencias homosexuales se llevan a cabo rara vez (Tablas 25 y 26).

TABLA 27	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez	2.1% (1)	-	-	-
Más de una vez	-	.7% (1)	1.1% (1)	-
Nunca	72.3% (34)	69.3% (106)	81.7% (76)	69.2% (74)
No contestó	25.5% (12)	30.1% (46)	17.2% (16)	30.8% (33)
TOTAL	100% - 47	100% - 153	100% - 93	100% - 107

La búsqueda de placer sexual con animales es baja en las dos Facultades; en Psicología lo ha hecho una vez el 2.1% (1) de los hombres y más de una vez el 0.7% (1) de las mujeres. En medicina lo ha buscado una vez el 1.1% (1) de los hombres y las mujeres no lo han experimentado (Tabla 27).

TABLA 28	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez	4.3% (2)	2.0% (3)	5.4% (5)	-
Más de una vez	10.6% (5)	-	2.2% (2)	-
Nunca	66.0% (31)	68.6% (105)	75.3% (70)	61.7% (66)
No contestó	19.1% (9)	29.4% (45)	17.2% (16)	38.3% (41)
TOTAL	100% - 47	100% - 153	100% - 93	100% - 107

El sexo en grupo es del agrado del 10.6% (5) de los hombres de Psicología, quienes lo han experimentado más de una vez; el 2% (3) de las mujeres de Psicología y el 5.4% (5) de los hombres de Medicina lo han hecho una vez y las mujeres de Medicina no lo hacen (Tabla 28).

TABLA 29	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez	2.1% (1)	-	4.3% (4)	-
Más de una vez	10.6% (5)	-	1.1% (1)	-
Nunca	70.2% (33)	71.9% (110)	78.5% (73)	59.8% (64)
No contestó	17.0% (8)	28.1% (43)	16.1% (15)	40.2% (43)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

El intercambio de pareja sólo lo practican los hombres; en Psicología el 10.6% (5) y en Medicina el 4.3% (4) (Tabla 29).

TABLA 30	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	76.6% (36)	59.5% (91)	52.7% (50)	18.7% (20)
No	14.9% (7)	7.2% (11)	25.8% (24)	33.6% (36)
No contestó	8.5% (4)	33.3% (51)	21.5% (19)	46.7% (50)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

Con respecto al uso de anticonceptivos, los que más los usan son los hombres de Psicología con el 76.6% (36). Las que menos son las mujeres de Medicina, con el 18.7% (20) (Tabla 30).

TABLA 31	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Píldora	22.2% (8)	25.2% (23)	10.0% (5)	25.0% (5)
Dispositivo intrauterino	16.6% (6)	12.8% (11)	2.0% (1)	5.0% (1)
Diafragma	-	-	2.0% (1)	-
Condón	8.3% (3)	6.6% (6)	24.0% (12)	15.0% (3)
Espumas	-	1.0% (1)	-	-
Coito interrumpido	2.8% (1)	2.1% (2)	-	10.0% (2)
Ritmo	2.8% (1)	13.1% (12)	10.0% (5)	20.0% (4)
Otro (Inyecc./Billings vasectomía, etc.)	2.8% (1)	4.4% (4)	4.0% (2)	5.0% (1)
Condón/espuma/ritmo	5.5% (2)	4.4% (4)	-	-
Píldora/ritmo	8.3% (3)	3.3% (3)	-	-
Condón/ritmo/coito interrumpido	2.8% (1)	4.4% (4)	6.0% (4)	-
Condón/píldora/espuma	2.8% (1)	2.1% (2)	4.0% (2)	-
Espuma/ritmo	2.8% (1)	1.0% (1)	-	5.0% (1)
DIU/condón	2.8% (1)	3.3% (3)	-	-
Condón/ritmo	-	5.5% (5)	18.0% (9)	10.0% (2)
DIU/condón/ritmo	5.5% (2)	1.0% (1)	-	-
Condón/espuma	5.5% (2)	1.0% (1)	14.0% (7)	5.0% (1)
Condón/píldora/coito interrumpido	2.8% (1)	-	-	-
Píldora/condón	-	5.5% (5)	2.0% (1)	-
DIU/ritmo	-	1.0% (1)	-	-
Píldora/condón/ritmo	5.5% (2)	2.1% (2)	-	-
Condón/espuma/ritmo/ coito interrumpido	-	-	2.0% (1)	-
Coito interrumpido/ ritmo	-	-	-	5.0% (1)
TOTAL	100% - 36	100% - 91	100% - 50	100% - 20

La píldora es el método anticonceptivo más utilizado. La emplea el - 22.2% (8) de las parejas de los hombres de Psicología, el 25.2% (23) de las mujeres de Psicología y el 25% (5) de las mujeres de Medicina. El 24% (12) de los hombres de Medicina emplean el condón (Tabla-31).

TABLA 32	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	19.1% (9)	.7% (1)	6.4% (6)	0.9% (1)
No	70.2% (33)	90.8% (139)	84.0% (79)	88.8% (95)
No contestó	10.6% (5)	8.5% (13)	8.6% (8)	10.3% (11)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

TABLA 33	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Una vez	17.8% (8)	.7% (1)	4.3% (4)	0.9% (1)
Dos veces	2.1% (1)	-	2.2% (2)	-
TOTAL	100% - 3	100% - 1	100% - 6	100% - 1

En relación con las enfermedades venéreas, los hombres de Psicología las han padecido más que los de Medicina -19.1% (9) vs. 6.4% (6)- En las mujeres sólo hay un caso por Facultad (Tablas 32 y - 33).

TABLA 34	M U J E R E S	
	PSICOLOGIA	MEDICINA
Sí	11.8% (18)	1.8% (2)
No	82.4% (126)	95.3% (102)
No contestó	5.9% (9)	2.8% (3)
TOTAL	100% -153	100% -107

TABLA 35	M U J E R E S	
	PSICOLOGIA	MEDICINA
Una vez	8.5% (13)	50.0% (1)
Dos veces	3.3% (5)	50.0% (1)
TOTAL	100% - 18	100% - 2

Las alumnas de Psicología han tenido más abortos que las de Medicina -11.8% (18) vs. 1.8% (2)- De las de Psicología, el 8.5% (13) lo ha hecho una vez; en Medicina una lo hizo una vez y la otra - dos veces (Tabla 34 y 35).

TABLA 36		PSICOLOGIA					
		HOMBRES			MUJERES		
mención	1.	2.	3.	1.	2.	3.	
Médico	6.4%(3)	10.6%(5)	4.3%(2)	7.2%(11)	2.0%(3)	6.5%(10)	
Amigo(a)	38.3%(18)	8.5%(4)	12.8%(6)	15.7%(24)	20.3%(31)	9.8%(15)	
Padre	14.9%(7)	10.6%(5)	2.1%(1)	2.0%(3)	4.6%(7)	0.7%(1)	
Madre	2.1%(1)	4.3%(2)	2.1%(1)	28.1%(43)	9.2%(14)	7.2%(11)	
Maestro(a)	23.4%(11)	17.0%(8)	23.4%(11)	26.1%(40)	21.6%(33)	14.4%(22)	
Sacerdote	-	-	-	-	0.7%(1)	-	
Libros, - revistas	12.8%(6)	23.4%(11)	21.3%(10)	13.7%(21)	18.3%(28)	28.1%(43)	
Familiar	2.1%(1)	2.1%(1)	8.5%(4)	4.6%(7)	5.2%(8)	7.8%(12)	
Otro (T.V. enfermera novio, etc.	-	-	-	1.3%(2)	-	0.7%(1)	
No contestó	-	23.4%(11)	25.5%(12)	1.3%(2)	18.3%(28)	24.8%(38)	
TOTAL	100%-47	100%-47	100%-47	100%-153	100%-153	100%-153	

En otra área del cuestionario se indagó quién es la persona que les proporciona información sobre el tema de sexualidad.

El 38.3%(18) de los hombres de Psicología señalan que la reciben en primer lugar de un amigo; en segundo lugar, con el 23.4%(11), colocan los libros y las revistas y en tercer lugar, con el 23.4%(11), ponen al maestro.

De las mujeres de Psicología un 28.1% (43) recibe su primera información de la madre; en segundo lugar, con el 21.6%(33), del maestro y por último, con el 28.1% (43), de libros y revistas (Tabla 36).

TABLA 37	M E D I C I N A					
	H O M B R E S			M U J E R E S		
	mención	1.	2.	3.	1.	2.
Médico	6.5%(6)	3.2%(3)	11.8%(11)	7.5%(8)	1.9%(2)	16.8%(18)
Amigo(a)	16.1%(15)	6.5%(6)	9.7%(9)	12.1%(13)	9.3%(10)	8.4%(9)
Padre	21.5%(20)	10.8%(10)	5.4%(5)	4.7%(5)	5.6%(6)	1.9%(2)
Madre	5.4%(5)	10.8%(10)	5.4%(5)	32.7%(35)	16.8%(18)	10.3%(11)
Maestro(a)	30.1%(28)	18.3%(17)	9.3%(10)	26.2%(28)	27.1%(29)	15.9%(17)
Sacerdote	-	-	-	4.7%(5)	1.9%(2)	0.9%(1)
Libros, - revistas	10.8%(10)	18.3%(17)	15.0%(14)	8.4%(9)	6.5%(7)	11.2%(12)
Familiar	5.4%(5)	1.1%(1)	2.1%(2)	0.9%(1)	4.7%(5)	3.7%(4)
Otro (T.V. enfermera, novio, etc.	-	1.1%(1)	-	0.9%(1)	0.9%(1)	1.9%(2)
No contestó	4.3%(4)	28.0%(28)	58.7%(57)	1.9%(2)	25.4%(27)	28.0%(31)
TOTAL	100%-93	100%- 93	100%-93	100%-107	100%-107	100%-107

En la Facultad de Medicina un 30.1% (28) de los hombres la recibe - primero del maestro; en segundo lugar con el mismo porcentaje de - 18.3% (17) mencionan al maestro y los libros y/o revistas. De las mujeres de Medicina, el 32.7% (35) recibe su primera información de su madre; en segundo lugar, con el 27.1% (29), del maestro y por último el 16.8% (18) colocó al médico en tercer lugar (Tabla 37).

TABLA 38	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sí	31.9% (15)	35.5% (54)	34.4% (32)	29.0% (31)
No	68.1% (32)	63.4% (97)	60.2% (56)	70.1% (75)
No contestó	-	1.3% (2)	5.4% (5)	0.9% (1)
TOTAL	100% - 47	100% - 153	100% - 93	100% - 107

La asistencia a cursos de sexualidad es más o menos homogénea en las dos Facultades; en Psicología ha asistido el 31.9% (15) de los hombres y el 35.5% (54) de las mujeres. En Medicina lo han hecho el 34.4% (32) de los hombres y el 29% (31) de las mujeres (Tabla 38)

TABLA 39	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Uno	33.3% (5)	57.4% (31)	50.0% (16)	45.1% (14)
De 2 a 3	60.0% (9)	35.1% (19)	40.6% (13)	51.6% (16)
De 4 a 6	-	7.4% (4)	9.3% (3)	-
Más de 6	2.1% (1)	-	-	3.2% (1)
TOTAL	100% - 15	100% - 54	100% - 32	100% - 31

De las personas que han tomado los cursos sobre sexualidad, en Psicología el 60.0% (9) de los hombres ha asistido de 2 a 3 cursos; el 57.4% (31) de las mujeres sólo ha asistido a uno. En la Facultad de Medicina el 50% (16) de los hombres ha tomado un curso y el 51.6% (16) de las mujeres, de dos a tres (Tabla 39).

TABLA 40	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Excelente	5.5% (4)	0.7% (1)	10.8% (10)	6.5% (7)
Buena	40.4% (19)	26.1% (40)	54.8% (51)	51.4% (55)
Regular	31.9% (15)	41.8% (64)	19.4% (18)	24.3% (26)
Deficiente	10.6% (5)	25.5% (39)	5.4% (5)	13.1% (14)
Muy deficiente	4.3% (2)	4.6% (7)	3.2% (3)	1.9% (2)
No contestó	4.3% (2)	1.3% (2)	6.5% (6)	2.8% (3)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100%-107

Los alumnos de la Facultad de Medicina consideran tener una buena información sobre aspectos de la sexualidad. Así lo dice el 54.8% (51) de los hombres y el 51.4% (55) de las mujeres. En cambio, -- en Psicología el 40.4% (19) de los hombres cree tener buena información, mientras que el 41.8% (64) de las mujeres considera que sus conocimientos son regulares (Tabla 40).

TABLA 41	PSICOLOGIA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Médico	14.9% (7)	13.7% (21)	32.3% (30)	42.1% (45)
Amigo(a)	4.3% (2)	4.6% (7)	9.7% (9)	7.5% (8)
Padre	2.1% (1)	.7% (1)	7.5% (7)	1.9% (2)
Madre	-	2.0% (3)	2.2% (2)	8.4% (9)
Familiar	2.1% (1)	3.9% (6)	7.5% (7)	11.2% (12)
Maestro(a)	8.5% (4)	5.9% (9)	1.1% (1)	4.7% (5)
Sacerdote	-	.7% (1)	-	-
Libros, revistas	55.3% (26)	52.9% (81)	23.7% (22)	17.8% (19)
Inst. especializada	8.5% (4)	11.1% (17)	2.2% (2)	-
Otro (T.V., novio radio, enfermera, etc)	2.1% (1)	3.3% (5)	3.2% (3)	1.9% (2)
No contestó	2.1% (1)	1.3% (2)	8.6% (8)	2.8% (3)
TOTAL	100% - 47	100% -153	100% - 93	100% -107

Por último, la información que poseen actualmente sobre temas de sexualidad la obtuvieron, en Psicología, de los libros y revistas el 55.3% (26) de los hombres y el 52.9% (81) de mujeres. En la Facultad de Medicina la obtuvo de un médico el 32.3% (30) de los hombres y el 42.1% (45) de las mujeres (Tabla 41).

TABLA 42	PSICOLOGÍA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
SI	40.41 (104)	41.24 (83)	0.54 (6)	7.54 (18)
No	46.94 (113)	51.41 (79)	43.04 (74)	48.54 (95)
No contestó	11.65 (5)	7.34 (10)	51.74 (5)	51.74 (10)

TABLA 43	PSICOLOGÍA		MEDICINA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
MEDIAM	0.44 (1)	0.44 (1)	2.24 (2)	0.94 (1)
CONAPO	4.34 (10)	2.64 (4)	2.24 (2)	0.94 (1)
IMSS	2.04 (5)	0.74 (1)	2.24 (2)	0.94 (1)
ISSSTE	-	0.74 (1)	-	-
Centro de Estudios - de la Mujer -Psicología-	12.84 (16)	11.24 (17)	-	-
CONA	4.34 (10)	2.04 (3)	-	0.94 (1)
IMESSEX	4.34 (10)	2.34 (3)	-	0.94 (1)
OTRO	0.44 (1)	11.24 (17)	1.24 (1)	2.84 (3)

AGADIMOS LOS DATOS RELLEVANTES:

En la Facultad de Psicología, el 40.41 (104) de los hombres y el 41.24 (83) de las mujeres conocen una institución suya (área de atención es la orientación, investigación, enseñanza y/o terapia - sexual). En Medicina los porcentajes son más bajos: sólo el 0.54 (6) de los hombres y el 7.54 (18) de las mujeres lo sabe (Tabla 42).

Resulta importante mencionar que, en Psicología, sólo el 12.84 (16) de los hombres y el 11.24 (17) de las mujeres conoce el Centro de Estudios de la Mujer -Facultad de Psicología-. Aunque no lograron explicar sus funciones, ni quién lo dirige. Por otro lado, cinco personas mencionaron a "Selma" como conocedora del tema pero no dieron datos de nombre completo, cargo, en donde se le ocupa, a que se dedica, etc., por lo que no lo registramos (Tabla 43).

CHI CUADRADA

ENTRE FACULTADES.

En el área de coito prematrimonial se encontraron diferencias -- significativas en los siguientes reactivos: el establecimiento de las relaciones sexuales prematrimoniales ($X^2=30.61$; $p=0.0000$), edad de la primera relación sexual ($X^2=33.43$; $p=0.0000$), con quién fue la primera relación sexual ($X^2=19.67$; $p=0.0003$); experiencias sexuales subsiguientes ($X^2=15.68$; $p=0.0001$), y la frecuencia de éstas ($X^2=20.60$; $p=0.0010$).

En los reactivos donde no se encontraron diferencias significativas fue en cómo fue su primera relación sexual y con quién(es) han sido sus relaciones sexuales subsiguientes.

En sexo oral hay diferencia significativa en la conducta de acariciar con la boca los genitales de la pareja ($X^2=23.35$; $p=0.0000$) y en la aceptación de que la pareja acaricie con la boca los genitales del (o la) compañero (a) ($X^2=15.72$; $p=0.0004$).

Sólo hay diferencias significativas en cuanto a que si se acarician antes del coito ($X^2=13.79$; $p=0.0002$), pero no en la frecuencia ni el tiempo que duran haciéndolo.

No hay diferencias en los reactivos sobre experiencia en el coito anal.

En el tema de orgasmo se encuentran diferencias en los reactivos sobre si habían sentido un orgasmo ($X^2=7.56$; $p=0.0000$), causa del primer orgasmo ($X^2=27.35$; $p=0.0000$), y causa de los orgasmos posteriores ($X^2=34.01$; $p=0.0002$). No hay diferencias en cuanto a la frecuencia de experimentarlos.

Hay diferencias significativas en relación con el uso de anti-conceptivos ($\chi^2=37.32$; $p=0.0000$) y cuál es el método empleado ($\chi^2=37.32$; $p=0.0000$).

Hay diferencias significativas en cuanto a la experiencia de haber abortado ($\chi^2=11.41$; $p=0.0033$). Pero no hay en relación con las veces que lo han practicado.

Sobre la información sexual que obtuvieron hay diferencias en cuanto a la tercera fuente de información que tuvieron ($\chi^2=25.56$; $p=0.0012$), en tanto que no hay diferencias en la primera y la segunda fuente de información.

En el área de educación sexual hay diferencias significativas en la opinión que tienen de sus conocimientos sobre sexualidad ($\chi^2=42.87$; $p=0.0000$) y en la obtención de información sobre temas de sexualidad que poseen actualmente ($\chi^2=95.84$; $p=0.0000$); por otro lado, no hay diferencias en relación con su asistencia a cursos de sexualidad y, por tanto, con el número de cursos que han tomado.

Por último, en el análisis entre Facultades, no hay diferencias estadísticamente significativas en los siguientes temas: masturbación, homosexualidad, expresiones comportamentales de la sexualidad y enfermedades venéreas (TABLA "A").

TABLA "A"

DIFERENCIAS ENTRE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA Y LA FACULTAD DE MEDICINA CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE LA CONDUCTA SEXUAL.

C O N D U C T A	X ²	PROBABILIDAD
* ¿Has tenido relaciones sexuales heterosexuales	30.61093	0.0000
* ¿A qué edad tuviste tu primera relación heterosexual?	33.43347	0.0000
* ¿Con quién fue tu primera relación heterosexual?	19.67367	0.0063
¿Cómo fue tu primera relación heterosexual?	2.82660	0.5872
* ¿Has tenido relaciones sexuales posteriormente?	15.68183	0.0001
¿Con quién(es)?	16.79652	0.2672
* ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - heterosexuales?	20.60481	0.0010
* ¿Has acariciado con la boca los genitales de tu pareja?	23.35212	0.0000
* ¿Aceptas que tu pareja acaricie con la boca tus genitales?	15.72501	0.0004
* ¿Se acarician tú y tu pareja antes del coito?	13.79260	0.0002
¿Con qué frecuencia se acarician antes del coito?	1.86952	0.5999
¿Cuál es el tiempo aproximado que duran tú y tu pareja acariciándose antes del coito?	7.23730	0.0647
¿Alguna vez ha penetrado un pene en tu ano?	3.37720	0.0661
¿Cuántas veces te ha sucedido?	2.77737	0.4272
* ¿Alguna vez has sentido un orgasmo?	7.56048	0.0060
Tu primer orgasmo ocurrió porque...	27.35829	0.0000
* Tus orgasmos posteriores han ocurrido porque...	34.01603	0.0002
¿Con qué frecuencia experimentas un orgasmo?	10.56626	0.0607
¿Has acariciado tus genitales hasta tener un orgasmo?	10.08648	0.1211
¿Con qué frecuencia te masturbas?	5.99899	0.3063
¿Has tenido relaciones sexuales homosexuales?	0.29804	0.5851
¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?	2.26286	0.6875
¿Con quién fue tu primera relación homosexual?	3.37959	0.3367
Tu primera relación homosexual fue...	4.32000	0.2289
¿Tienes relaciones sexuales homosexuales frecuentes?	1.33333	0.5134
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - homosexuales?	1.20000	0.5488

En busca de placer ¿has experimentado contacto sexual con algún animal?	1.06959	0.5858
¿Has tenido relaciones sexuales al mismo tiempo con dos o más personas?	1.25471	0.5340
¿Has experimentado el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales?	4.42942	0.1092
* Tú o tu compañero(a) ¿usan algún método anticonceptivo?	37.32077	0.0000
* ¿Qué método anticonceptivo usas(n)?	50.56578	0.0005
¿Has padecido alguna enfermedad venérea?	0.55436	0.4565
¿Cuántas veces te has contagiado?		
* ¿Alguna vez has abortado?	11.41534	0.0033
¿Cuántas veces te ha sucedido?	0.00000	1.0000
La primera información sexual que obtuviste te fue dada por:		
1a. mención	16.62396	0.0343
2a. mención	17.61858	0.0243
3a. mención	25.56751	0.0012
¿Has tomado cursos de sexualidad?	0.15244	0.6962
¿Cuántos cursos de sexualidad has tomado?	0.54175	0.9096
* La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la consideras...	42.87925	0.0000
* La información que posees actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de ...	95.84195	0.0000

ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Hubo diferencias significativas en cuanto a la experiencia de tener relaciones sexuales prematrimoniales ($X^2=51.12843$; $p=0.0000$), en la edad ($X^2=60.36193$; $p=0.0000$), con quién fue su primera relación sexual ($X^2=71.43997$; $p=0.0000$), así como con quién(es) ha(n) sido sus relaciones sexuales posteriores ($X^2=41.36314$; $p=0.0002$) y la frecuencia de éstas ($X^2=16.65849$; $p=0.0051$). No hay diferencias en cómo fue su experiencia y si han tenido relaciones sexuales subsecuentemente.

Sí hay diferencias en sexo oral en la aceptación de que su pareja acaricie con la boca sus genitales ($X^2=6.06229$; $p=0.0483$). No la hay en la conducta de acariciar con la boca los genitales de su pareja.

En la conducta de juego previo al coito, hay diferencias en la costumbre de acariciarse antes ($X^2=4.43639$; $p=0.0352$), la frecuencia con que lo hacen ($X^2=5.62855$; $p=0.0347$) y en el tiempo de duración de la conducta ($X^2=16.35802$; $p=0.010$).

En coito anal hay diferencias en cuanto a haber tenido la experiencia o no haberla tenido ($X^2=6.51451$; $p=0.0090$), pero no la hay en las veces que se ha dado.

Hay diferencias en la experiencia de sentir un orgasmo ($X^2=14.96778$; $p=0.0001$), la causa del primer orgasmo ($X^2=60.65890$; $p=0.0000$) y en la frecuencia de éstos ($X^2=59748$; $p=0.04669$). No la hay en la causa de los orgasmos subsecuentes.

Sí hay diferencias en la conducta de masturbación ($X^2=66.00407$; $p=0.0000$) y la frecuencia con la que se practica ($X^2=52.34854$; $p=0.0000$).

En el área de expresiones comportamentales de la sexualidad se encontró diferencia en el mantenimiento de relaciones sexuales al mismo tiempo con dos o más personas ($X^2=15.20337$; $p=0.0005$) y en el intercambio de pareja ($X^2=17.00165$; $p=0.0002$). No así en la búsqueda de placer con animales.

En lo que se refiere a enfermedades venéreas, hay diferencia significativa ($X^2=18.12576$; $p=0.0000$).

También hay diferencias significativas cuanto mencionan de -- quién reciben su primera información sobre temas de sexualidad ($X^2=65.65265$; $p=0.0000$), así como la segunda fuente de información ($X^2=25.74578$; $p=0.0025$). Cuando reportan su tercera fuente de información no hay diferencias significativas.

En educación sexual sólo hay diferencias en la opinión que tienen de sí mismos sobre sus conocimientos de sexualidad - - ($X^2=29.69588$; $p=0.0000$). No hay diferencias en los reactivos - sobre asistencia a cursos, la cantidad de éstos y de dónde -- obtuvieron la información que poseen actualmente sobre sexualidad (TABLA "B").

No se encontraron diferencias significativas en los temas de - homosexualidad, anticoncepción y aborto.

TABLA "B"

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES DE LAS FACULTADES DE PSICOLOGIA Y DE MEDICINA CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE LA CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA	χ^2	PROBABILIDAD
* ¿Has tenido relaciones sexuales heterosexuales	32.12845	0.0000
* ¿A qué edad tuviste tu primera relación heterosexual?	60.36195	0.0000
* ¿Con quién fue tu primera relación heterosexual?	71.43997	0.0000
¿Cómo fue tu primera relación heterosexual?	3.34445	0.5019
* ¿Has tenido relaciones sexuales posteriormente?	0.03009	0.8623
¿Con quién(es)?	41.38314	0.0002
* ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - heterosexuales?	16.08849	0.0051
* ¿Has acariciado con la boca los genitales de tu pareja?	0.75693	0.6849
* ¿Aceptas que tu pareja acaricie con la boca tus genitales?	6.06229	0.0483
* ¿Se acarician tú y tu pareja antes del coito?	4.43639	0.0352
¿Con qué frecuencia se acarician antes del coito?	8.62855	0.0347
¿Cuál es el tiempo aproximado que duran tú y tu pareja acariciándose antes del coito?	16.35802	0.0010
¿Alguna vez ha penetrado un pene en tu ano?	6.81451	0.0090
¿Cuántas veces te ha sucedido?	5.29896	0.1512
* ¿Alguna vez has sentido un orgasmo?	14.96776	0.0001
Tu primer orgasmo ocurrió porque...	60.65890	0.0000
* Tus orgasmos posteriores han ocurrido porque...	17.21955	0.0696
¿Con qué frecuencia experimentas un orgasmo?	4.59748	0.4669
¿Has acariciado tus genitales hasta tener un orgasmo?	66.00407	0.0000
¿Con qué frecuencia te masturbas?	52.34884	0.0000
¿Has tenido relaciones sexuales homosexuales?	2.56048	0.1096
¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?	3.90857	0.4185
¿Con quién fue tu primera relación homosexual?	4.96694	0.1757
Tu primera relación homosexual fue...	3.22286	0.3585
¿Tienes relaciones sexuales homosexuales frecuentes?	1.47778	0.4776
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - homosexuales?	2.45333	0.2933

En busca de placer ¿has experimentado contacto sexual con algún animal?	1.74413	0.4181
¿Has tenido relaciones sexuales al mismo tiempo con dos o más personas?	15.20357	0.0005
¿Has experimentado el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales?	17.00165	0.0002
* Tú o tu compañero(a) ¿usan algún método anticonceptivo?	0.17004	0.6801
* ¿Qué método anticonceptivo usas(n)?	28.23747	0.1679
¿Has padecido alguna enfermedad venérea?	18.12576	0.0000
¿Cuántas veces te has contagiado?		
* ¿Alguna vez has abortado?	1.78304	0.4100
¿Cuántas veces te ha sucedido?	0.19700	0.6572
La primera información sexual que obtuviste te fue dada por:		
1a. mención	65.65265	0.0000
2a. mención	23.74578	0.0025
3a. mención	9.24692	0.3219
¿Has tomado cursos de sexualidad?	0.05480	0.8149
¿Cuántos cursos de sexualidad has tomado?	1.22066	0.7481
* La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la consideras...	29.69588	0.0000
* La información que posees actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de ...	19.92400	0.0685

HOMBRES DE MEDICINA Y HOMBRES DE PSICOLOGIA .

En el tener relaciones prematrimoniales, se encontró diferencia significativa ($X^2=9.22810$; $p=0.0024$) en las edades en que la tuvieron ($X^2=10.26485$; $p=0.0362$). Si hubo relaciones sexuales posteriores ($X^2=3.92078$; $p=0.0477$) y en la frecuencia de éstas ($X^2=12.05115$; $p=0.0170$). No hay diferencias con respecto a con quién y cómo fue su primera relación sexual, así como con quién han sido sus experiencias subsecuentes.

Si hay diferencias en la experiencia del sexo oral, específicamente en la conducta de acariciar con la boca los genitales de su pareja ($X^2=6.26959$; $p=0.0123$) y no se encuentran diferencias en la aceptación de que su pareja acaricie con la boca sus genitales.

En la masturbación sí hay diferencias en cuanto a la aceptación de esta actividad ($X^2=10.70186$; $p=0.563$) y no se reporta diferencia en la frecuencia.

Se reporta diferencia significativa en el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales ($X^2=7.38113$; $p=0.0250$). Y no hay distinción en la búsqueda de placer con animales, ni en el mantenimiento de relaciones sexuales al mismo tiempo con dos o más personas.

En los anticonceptivos hay diferencia significativa en el método que emplean ($X^2=41.59272$; $p=0.0021$) y no en su utilización.

Hay una diferencia significativa en el padecimiento de enfermedades venéreas ($X^2=5.51362$; $p=0.0212$).

En la educación sexual se reporta una diferencia en la fuente -

de información de donde obtienen la información sobre sexualidad que poseen actualmente ($\chi^2=29.01457$; $p=0.0023$). No la hay en asistencia a cursos, el número de éstos y en su opinión sobre la información que tienen actualmente acerca de la sexualidad.

No hay diferencias significativas en los temas de juego previo al coito, coito anal, orgasmo, homosexualidad e información sexual. El tema de aborto no se investigó en ellos (TABLA "C").

TABLA " C "

DIFERENCIAS ENTRE LOS HOMBRES DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y LOS HOMERES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE LA CONDUCTA SEXUAL

C O N D U C T A	X ²	PROBABILIDAD
* ¿Has tenido relaciones sexuales heterosexuales	9.22810	0.0024
* ¿A qué edad tuviste tu primera relación heterosexual?	10.26485	0.0362
* ¿Con quién fue tu primera relación heterosexual?	6.09694	0.5285
¿Cómo fue tu primera relación heterosexual?	3.3041	0.5084
* ¿Has tenido relaciones sexuales posteriormente?	3.92078	0.0477
¿Con quién(es)?	20.03168	0.0944
* ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - heterosexuales?	12.05115	0.0170
* ¿Has acariciado con la boca los genitales de tu pareja?	6.26959	0.0123
* ¿Aceptas que tu pareja acaricie con la boca tus genitales?	2.34322	0.1258
* ¿Se acarician tú y tu pareja antes del coito?	0.42837	0.5128
¿Con qué frecuencia se acarician antes del coito?	3.08994	0.3780
¿Cuál es el tiempo aproximado que duran tú y tu pareja acariciándose antes del coito?	0.63486	0.8884
¿Alguna vez ha penetrado un pene en tu ano?	0.00000	1.0000
¿Cuántas veces te ha sucedido?	3.75000	0.2898
* ¿Alguna vez has sentido un orgasmo?	0.19643	0.6576
Tu primer orgasmo ocurrió porque...	4.77507	0.3103
* Tus orgasmos posteriores han ocurrido porque...	14.50230	0.0696
¿Con qué frecuencia experimentas un orgasmo?	10.30292	0.0671
¿Has acariciado tus genitales hasta tener un orgasmo?	10.76156	0.0563
¿Con qué frecuencia te masturbas?	8.20514	0.1453
¿Has tenido relaciones sexuales homosexuales?	0.00101	0.9746
¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?	2.91667	0.2326
¿Con quién fue tu primera relación homosexual?	-	-
Tu primera relación homosexual fue...	1.89583	0.3875
¿Tienes relaciones sexuales homosexuales frecuentes?	-	-
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - homosexuales?	-	-

En busca de placer ¿has experimentado contacto sexual con algún animal?	2.66050	0.2644
¿Has tenido relaciones sexuales al <u>mismo tiempo</u> - con dos o más personas?	4.97717	0.0830
¿Has experimentado el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales?	7.38113	0.0250
* Tú o tu compañero(a) ¿usan algún método anticonceptivo?	3.00641	0.0629
* ¿Qué método anticonceptivo usas(n)?	41.39272	0.0021
¿Has padecido alguna enfermedad venérea?	5.31362	0.0212
¿Cuántas veces te has contagiado?	-	-
* ¿Alguna vez has abortado?	-	-
¿Cuántas veces te ha sucedido?	-	-
La primera información sexual que obtuviste te fue dada por:		
1a. mención	9.18056	0.1637
2a. mención	5.55713	0.5923
3a. mención	9.84729	0.1974
¿Has tomado cursos de sexualidad?	0.10711	0.7435
¿Cuántos cursos de sexualidad has tomado?	4.73490	0.1923
* La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la consideras...	5.11013	0.4026
* La información que posees actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de ...	29.01437	0.0023

MUJERES DE MEDICINA Y MUJERES DE PSICOLOGIA.

En la experiencia de coito prematrimonial, hay diferencias significativas ($X^2=44.22082$; $p=0.0000$) en la edad de su primera experiencia ($X^2=13.85622$; $p=0.0078$) y la práctica de las relaciones sexuales subsiguientes ($X^2=13.53764$; $p=0.0002$). No se encontraron diferencias en cómo y con quién fue su primera relación sexual, ni tampoco con quién(es) ha(n) sido sus relaciones sexuales subsiguientes o su frecuencia.

Con respecto al sexo oral hay diferencias significativas en la conducta de acariciar con la boca los genitales de su pareja - ($X^2=20.57325$; $p=0.0000$) y en aceptar que su pareja acaricie con la boca sus genitales ($X^2=24.77948$; $p=0.0000$).

Sí hay diferencia en la práctica de las caricias antes del coito ($X^2=24.69129$; $p=0.0000$) pero no en la frecuencia y en el tiempo que lo hacen.

En la sensación de sentir un orgasmo sí hay diferencias significativas ($X^2=17.67682$; $p=0.0000$), así como en la causa tanto del primer orgasmo ($X^2=13.80212$; $p=0.0080$) como de los subsiguientes ($X^2=24.58548$; $p=0.0016$). En donde no hay diferencias es en la frecuencia con que los experimentan.

En el uso de anticonceptivos sí hay diferencias ($X^2=46.99003$; $p=0.0000$), en tanto que en el método empleado no las hay.

Con respecto a si alguna vez habían abortado, se encontró diferencia significativa ($X^2=15.13774$; $p=0.0005$).

Hay diferencias significativas en la fuente de información que mencionan en segundo ($X^2=17.37595$; $p=0.0264$) y en tercer lugar -

($X^2=19.71274$; $p=0.115$), no así cuando mencionan la que ocupa el primero.

En lo que respecta a su educación sobre temas de sexualidad sí hay diferencias en su opinión sobre los conocimientos que tienen ($X^2=30.49932$; $p=0.0000$) y en la procedencia de la información que tienen actualmente acerca de la sexualidad ($X^2=69.22422$; $p=0.0000$). No hay diferencias en su asistencia a cursos y en el número de éstos.

No se encontraron diferencias en las siguientes áreas: coito anal, masturbación, homosexualismo, expresiones comportamentales de la sexualidad y en enfermedades venéreas (TABLA "D").

TABLA " D "

DIFERENCIAS ENTRE LAS MUJERES DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y LAS MUJERES DE PSICOLOGIA CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE LA CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA	χ^2	PROBABILIDAD
* ¿Has tenido relaciones sexuales heterosexuales	44.22052	0.0000
* ¿A qué edad tuviste tu primera relación heterosexual?	13.85622	0.0075
* ¿Con quién fue tu primera relación heterosexual?	5.20987	0.1571
¿Cómo fue tu primera relación heterosexual?	6.23067	0.1826
* ¿Has tenido relaciones sexuales posteriormente?	15.53764	0.0002
¿Con quién(es)?	1.07802	0.9560
* ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - heterosexuales?	5.62368	0.3446
* ¿Has acariciado con la boca los genitales de tu pareja?	20.57325	0.0000
* ¿Aceptas que tu pareja acaricie con la boca tus genitales?	24.77948	0.0000
* ¿Se acarician tú y tu pareja antes del coito?	24.69129	0.0000
¿Con qué frecuencia se acarician antes del coito?	1.40437	0.4955
¿Cuál es el tiempo aproximado que duran tú y tu pareja acariciándose antes del coito?	4.54158	0.2086
¿Alguna vez ha penetrado un pene en tu ano?	1.64649	0.1994
¿Cuántas veces te ha sucedido?	11.60677	0.4475
* ¿Alguna vez has sentido un orgasmo?	17.67682	0.0000
Tu primer orgasmo ocurrió porque...	15.80212	0.0050
* Tus orgasmos posteriores han ocurrido porque...	24.58548	0.0018
¿Con qué frecuencia experimentas un orgasmo?	9.61963	0.0868
¿Has acariciado tus genitales hasta tener un orgasmo?	4.13652	0.6582
¿Con qué frecuencia te masturbas?	7.84473	0.1650
¿Has tenido relaciones sexuales homosexuales?	1.28323	0.2573
¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?	5.00000	0.2873
¿Con quién fue tu primera relación homosexual?	5.00000	0.0821
Tu primera relación homosexual fue...	5.00000	0.1718
¿Tienes relaciones sexuales homosexuales frecuentes?	1.62500	0.2691
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales - homosexuales?	3.00000	0.2231

En busca de placer ¿has experimentado contacto sexual con algún animal?	0.00000	1.0000
¿Has tenido relaciones sexuales al <u>mismo tiempo</u> - con dos o más personas?	0.58629	0.4439
¿Has experimentado el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales?	-	-
* Tú o tu compañero(a) ¿usan algún método anticonceptivo?	46.99003	0.0000
* ¿Qué método anticonceptivo usas(n)?	18.44591	0.4929
¿Has padecido alguna enfermedad venérea?	0.00000	1.0000
¿Cuántas veces te has contagiado?	-	-
* ¿Alguna vez has abortado?	15.13774	0.0005
¿Cuántas veces te ha sucedido?	-	-
La primera información sexual que obtuviste te fue dada por:		
1a. mención	14.00191	0.0817
2a. mención	17.37595	0.0264
3a. mención	19.71274	0.0115
¿Has tomado cursos de sexualidad?	0.91848	0.3379
¿Cuántos cursos de sexualidad has tomado?	5.88686	0.1172
* La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la consideras...	30.49932	0.0000
* La información que posees actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de ...	69.22422	0.0000

7. DISCUSSION

7. DISCUSION.

Esta investigación tuvo como objetivo conocer si hay diferencias en cuanto a información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual, entre los estudiantes de las Carreras de Psicología y Medicina de la U.N.A.M., específicamente de la Generación 85-89.

Los resultados fueron los siguientes:

En lo que se refiere a Información (Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino y masculino), se encontró que los estudiantes de Psicología tuvieron más conocimientos que los de Medicina.

Este dato contradice la afirmación de que los estudiantes de Medicina -en comparación con los de Psicología- aprenden más de Anatomía y Fisiología del sistema reproductor (Alvarez Gayou y Mazin, 1977). Y pone en evidencia "la deficiencia educativa - en las escuelas de Medicina... que se ha agravado en los dos últimos años". (41)

En cuanto a la Actitud hacia la sexualidad, los alumnos de Psicología tienen una actitud más favorable en lo que se refiere a homosexualismo y sexo oral. Sin embargo, los de Medicina muestran una actitud más positiva hacia las relaciones prematrimoniales, anticoncepción y educación sexual.

Al respecto, Fromm considera que el hombre es el organismo que se adapta por su aprendizaje y la cultura, y Santiago Ramírez también hace énfasis en la influencia que tiene la atmósfera -

(41) No es apto para ejercer la Medicina gran porcentaje de los estudiantes, El Universal, 7 de abril, 1989.

socio-cultural en la personalidad sexuada. En ambos casos, dada la información de cada carrera, ésta es de una influencia primordial en la actitud hacia la sexualidad.

Con todo, en 1983, hombres y mujeres mexicanos (vistos a través de dos encuestas nacionales (42) desean una mujer limpia, hogareña, inteligente, femenina, trabajadora, honesta y sencilla; - en segundo término que sea discreta, religiosa, dulce, hermosa, atenta, casta y abnegada (en otras palabras tradicional); sólo después aguanta que sea lista, delicada, sensual, apasionada, - audaz o aventada; lo que sí ya entró en desuso es que sea aguantadora, sumisa y sufrida.

La mujer inteligente, femenina, discreta, elegante, sensual y - apasionada es más de ricos; los pobres las prefieren más hogareñas, abnegadas, limpias, hermosas y castas. A mayor ingreso y escolaridad, la mujer es más compañera e igual del hombre, sin dejar de ser el centro de la familia.

Cabe mencionar que para la mitad de los pobladores del país, - las relaciones sexuales prematrimoniales son naturales y para - la tercera parte restante inmorales y prohibidas. Ellos son más liberales que ellas. Tener relaciones sexuales antes del registro civil o el altar es tres veces más prohibido o inmoral entre los pobres que entre los ricos, mucho más natural para los jóvenes sin religión y educados que para los viejos, católicos e ignorantes.

En cuanto a Conducta Sexual, los resultados fueron: las relaciones sexuales prematrimoniales han sido experimentadas más por - los alumnos (hombres y mujeres) de Psicología, que por los de - Medicina.

Los hombres de ambas Facultades han tenido su primera experien-

(42) Alducín E. Los valores de los mexicanos, Fomento Cultural Banamex, A.C. México 1986; Hernández A. Narro L., Cómo somos los mexicanos, CCE/CREA, México, 1987.

cia sexual entre los 15 y 17 años, no así la mujer, en la cual se encuentra entre los 18 y los 25 años.

Al respecto, Ramírez comenta que la mujer, cuando se acerca a la edad adulta, es con el miedo a la sexualidad que le han re- marcado desde pequeña, pues los consejos que desde la edad anti- gua se han dado a la niña en edad crecedera le recomiendan dis- creción, recato y ausencia de coqueteo.

Este hecho se refuerza con los siguientes datos: en una muestra de 1987 de jóvenes entre 19 y 23 años de la U.N.A.M. (43), nue- ve de cada diez hombres y sólo la cuarta parte de las mujeres - habían tenido relaciones sexuales; la edad promedio de la prime- ra vez: hombres 16 años y mujeres 19 años. Algunas de estas ci- fras son muy similares a las de otro grupo de universitarios de entre 19 y 25 años de Guadalajara (44), obtenidas en 1981; cer- ca de tres cuartas partes de los hombres y un tercio de las mu- jeres habían tenido relaciones sexuales. La edad promedio de la primera vez: hombres 16.9 años; mujeres 18.7 años.

La mayoría de los estudiantes de ambas Facultades tuvieron su - primera experiencia sexual con el novio(a) y les pareció agrada- ble, lo que hace notar la importancia que tiene el involucramien- to emocional en la satisfacción sexual. Reich reduce el Psiquis- mo humano al terreno del amor y la sexualidad y Fromm menciona - que algo importante en el hombre es la necesidad de sentirse -- acompañado y relacionarse con sus semejantes, evitando de esta - manera la soledad, ya que el temor a ella origina la neurosis. - Asimismo Ehrman (1959) señaló "que la experiencia sexual femeni- na está profundamente ligada al enamoramiento y el noviazgo".

Los estudiantes de Psicología acostumbran tener relaciones sexua-

(43) "Doble Jornada", La jornada, México, 2 enero, 1989.

(44) Cuevas J. Biersack E. "Conocimiento sexual, actividades ha- cia la sexualidad y conducta sexual entre estudiantes uni- versitarios" Enseñanza e investigación en Psicología, Vol. - IX, No. 1, enero-junio 1983; tomado de Lasso GP, "Las expe- riencias sexuales de los universitarios: gozos y lágrimas", Renglones Año 3, No. 8, Guadalajara, agosto 1987.

les más frecuentemente que los de Medicina, y aceptan más acariciar con la boca los genitales de su pareja y ser acariciados en sus genitales por la misma. Freud llama a la boca y a los labios "zonas erógenas". Y ese tiempo durante el cual el niño encuentra su placer esencial gracias a la boca, lo denomina "fase oral" y también distingue otra organización -la "fase anal"- caracterizada por el placer que el niño se procura reteniendo o eliminando las heces. La sexualidad a partir de este dato común básico, puede seguir diferentes destinos y desarrollarse normalmente e integrarse a los diferentes componentes de la sexualidad con vistas al acto sexual. Aquí es importante señalar que las mujeres de Psicología practican más y con mayor frecuencia el sexo anal que las chicas de Medicina.

El orgasmo es experimentado con mayor frecuencia por la población de Psicología que por la de Medicina y en las dos Facultades mencionan que actualmente sus orgasmos los obtienen en su mayoría por caricias o relaciones sexuales con personas del sexo contrario.

Aquí Sullivan precisa que las fuerzas motrices del hombre radican en el afán de lograr satisfacción (factores biológicos) y el anhelo de seguridades (aspectos culturales). Si el nivel cultural interviene en el logro de los satisfactores surge en el individuo ansiedad. Para Reich, todos los Desórdenes neuróticos y psicóticos provienen de la insatisfacción genital, de la importancia orgásmica, de una inhibición o bloqueo en la liberación de la energía sexual; expresa asimismo que una vez satisfecha la capacidad de satisfacción genital completa, proporcionará una vida sana, alegre y natural. Sin embargo esto último no es siempre posible.

Un estudio realizado en Costa Rica (1989) pone en evidencia una situación que se repite en las sociedades machistas, como la nuestra: "Las parejas mantienen como promedio 1.9 relaciones -

amorosas por semana y únicamente el 27% de las mujeres tiene una actividad sexual satisfactoria y sólo la mitad conoce el orgasmo..." Sin embargo, las mujeres no responsabilizan al hombre de esta situación, por el contrario se señalan ellas mismas como culpables -me siento defraudada por que soy muy fría", "él dice que soy frígida"- . Para Leda Badilla (1989) "la mujer percibe - su mundo según el aprendizaje que ha tenido y por eso, en su vida reafirma los estereotipos que la sociedad le atribuye a ella, como ser desvalida, asumir un papel pasivo y necesitar de la protección de un varón"(45).

La masturbación es más practicada por los hombres que por las mujeres en las dos Facultades. Ahora bien, la ocurrencia encontrada en los hombres se aproxima al índice hallado en Suecia (83%). En las mujeres el valor encontrado en la Facultad de Medicina -- (32%) se acerca al reportado por Kinsey (1953), en tanto que en la Facultad de Psicología el valor es semejante al 68% citado - por Alzate (1979) en su muestra de mujeres colombianas.

La tasa es siempre menor en las mujeres y es notable la diferencia entre las mujeres de Psicología y las de Medicina.

A pesar de estos datos, ha habido un cambio en las actitudes hacia la sexualidad. Antes, cuando no se tenía con quién tener relaciones sexuales se vivía entre el alivio y el placer sexual y la culpa de la masturbación; hoy, buena parte de los universitarios jaliscienses (la tercera parte de los cuales no tienen pareja estable) le han quitado drama y crisis a la masturbación. La mitad de ellos la aprueban, no le dan importancia o ni siquiera tienen opinión formada al respecto. Sólo un tercio la desapueba (de éstos, dos terceras partes por desinformación y una tercera parte por razones de moralidad)(46).

(45) "50% de las mujeres en C.Rica ignora lo que significa la satisfacción sexual". Universal, México, 9 de julio, 1989.

(46) Lasso G.O., Mejía A.R., "Sexualidad Universitaria: Una satisfacción que trae problemas" Renglonés, Año 3, No. 7, Guadajajara, Abril 1988.

En lo que se refiere a anticoncepción, la píldora es más utilizada en la mayoría de la población y el mayor número de abortos se ha dado en la población de mujeres de Psicología.

Aquí vale la pena mencionar los datos que se encontraron en los estudiantes universitarios de Guadalajara; una tercera parte de los hombres y dos terceras partes de las mujeres activas no usan ningún método anticonceptivo. Sólo uno de cada diez hombres o mujeres por igual, emplearon condón y 2 de cada 10 embarazaron a su pareja o se embarazaron; 7 a 8 de cada 10 de estos embarazos resultaron en aborto (47).

Por otro lado, en opinión de los pobres y los menos escolarizados del país, el aborto debe ser prohibido o castigado en primer término o practicado bajo control legal. Sólo uno de cada 10 piensa que debe ser legalizado. Para los más ricos y más educados, debe ser practicado bajo control médico. Por edades, los viejos están porque se prohíba y castigue, los jóvenes por que se haga bajo control médico. Las estadísticas nos ilustran este dato: "mexicanas que se estima mueren al año por abortos mal -- practicados: 50,000" (doce de cada 10,000 mexicanas por año); - porcentaje de mexicanas que se estima han abortado: 25 a 50% (de 10 a 20 millones de mexicanas) (48).

En lo que se refiere a quién es la persona que les proporcionó la primera información sobre el tema de sexualidad, ésta fue dada por: un amigo (hombres de Psicología), la madre (mujeres de Psicología y Medicina) y un maestro (hombres de Medicina). En cuanto a la información que poseen actualmente, su fuente de información última: libros y revistas (Psicología) y un médico (Medicina).

Por último, en cuanto a la información que poseen actualmente, -

(47) "Doble Jornada", La Jornada, México, 2 enero, 1989.

(48) González Rodríguez, "Numeralia", Nexos 137, mayo, 1989.

sobre temas de sexualidad la mayoría de la población la calificaba como "buena", salvo las mujeres de Psicología quienes consideraron sus conocimientos "regulares".

Resulta claro observar, en la población estudiada, la vigencia del "doble estándar" por el que al varón le es permitido que - fomenta la pericia, la experiencia sexual -incluso generalmente los hombres son los que deciden cuándo tener relaciones sexuales con su pareja-. En contraste este comportamiento en la mujer - se reprueba y se estigmatiza, acentuando el papel pasivo que le otorga -y premia- la sociedad.

Al margen de los datos formales, es importante mencionar datos anecdóticos que resultan ilustradores:

- En ambas Facultades no faltó quien preguntara "¿Qué significa heterosexual?".
- En Medicina, una alumna preguntó "¿Qué es un orgasmo?"
- En Psicología hubo mayor resistencia para responder a los cuestionarios: se salían del salón -había necesidad de que estuviera presente el maestro-; se negaban a contestarlo; cuestionaban las áreas investigadas: "¿Porqué no pusieron más preguntas?" "¿Les movió el tema de homosexualidad?" - "Las preguntas están mal redactadas", etc. En cambio, en Medicina el clima era de cooperación, contestaban en silencio, rápido.
- Cuando los estudiantes de Medicina no habían tenido experiencias sexuales, no se limitaban a contestar no sino que añadían de puño y letra NUNCA y en algunos casos dejaron en blanco el cuestionario de conducta sexual. En Psicología no se dio esta situación.

Como vemos, los médicos y psicólogos comparten las mismas creencias, mitos y prejuicios de sus sociedades y al igual que los integrantes de las mismas pueden tener -o tienen- conflictos y problemas sexuales sin resolver. Esto es importante, ya que en México la problemática sexual de hace treinta años es muy semejante a la actual. Lo que cambia es el contexto social y la aceptación de esa problemática, pero los problemas sexuales no han disminuido. Por otro lado, no ha habido formación teórica y práctica que permita a los profesionales de la salud -en este caso médico y psicólogo- tener una actitud adecuada ante la sexualidad propia y de otros.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES.

Los resultados encontrados nos permiten aceptar las siguientes hipótesis:

- H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a información sexual entre estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M. generación 1985-1989.

Esto es, los alumnos de Psicología tienen más conocimientos de Anatomía y Fisiología del aparato reproductor humano, a diferencia de los alumnos de Medicina. Sin embargo, este dato no es generalizable porque la validez del instrumento no fue alta.

- H₂. Existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad entre los estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M. generación 1985-1989.

Los estudiantes de Medicina tienen actitudes más positivas hacia los anticonceptivos, relaciones prematrimoniales y la educación sexual, en tanto que las actitudes de los de Psicología son positivas hacia el homosexualismo y el sexo oral.

- H₃. Existen diferencias estadísticamente significativas en conducta sexual entre estudiantes de las carreras de Medicina y Psicología de la U.N.A.M. generación 1985-1989.

Aquí -en términos generales- puede decirse que los alumnos de Psicología no sólo tienen experiencias sexuales, sino -

su frecuencia es mayor que en los de Medicina, que en muchos casos dijeron no tenerlas.

Por supuesto este dato tiene otra faceta: es más frecuente el uso de anticonceptivos -la píldora- en estudiantes de Psicología, pero también tienen un mayor índice de enfermedades venéreas y abortos.

En términos generales podemos decir que los alumnos de Medicina tienen un mejor manejo de conceptos referentes a la sexualidad que les permite intelectualizar este tema y por tanto tener actitudes positivas; sin embargo cuando se trata de hablar de sus experiencias y/o conductas sexuales, se resisten a expresarlas (no contestan; dicen no tener relaciones sexuales; niegan practicar el sexo oral o masturbarse).

En cambio, los de Psicología muestran desacuerdo hacia estos mismos temas pero no se angustian al hablar de sus experiencias sexuales.

Es notable el "doble estándar" que se maneja en ambas Facultades. En Medicina se dicen de acuerdo con la sexualidad pero no tienen experiencias sexuales, en tanto que los de Psicología dicen no estar de acuerdo pero tienen prácticas sexuales regulares que equivalen a hacer lo que no aprueban.

Las consideraciones anteriores nos llevan a hacer las siguientes reflexiones:

- El aprendizaje del rol sexual constituye una parte fundamental en la educación sexual del individuo, que no sólo incluye el aprendizaje de las conductas y actitudes, sino también el valor y el significado que se otorga a tales conductas. Es indispensable, para enfrentar este hecho, -que es una demanda de la

sociedad- "que los profesionales de la salud tengan información para crear actitudes que permitan un manejo adecuado de situaciones concernientes a la sexualidad y tengan la posibilidad de enseñar habilidades necesarias para la evaluación, prevención, diagnóstico; manejo y referencia de disfunciones sexuales y problemas relacionados con el sexo"(49).

Esto nos lleva a la necesidad de un curso de sexualidad humana - (50) que permita a los alumnos de Medicina y Psicología:

- a) Caracterizar los aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales de la sexualidad humana.
- b) Desensibilizar a los estudiantes ante los estímulos sexuales y resensibilizarlos para que adquieran una actitud libre de miedos y prejuicios, humanística y no valorativa, con sus pacientes.
- c) Enseñar modelos y tácticas para la realización de una exploración mínima de la sexualidad.
- d) En el caso de la facultad de Psicología, informar al alumnado de la existencia del Centro de Estudios de la Mujer, qué funciones y/o áreas de atención tiene.
- e) Establecer un Curso de Sexualidad Humana como materia obligatoria (por lo menos de dos semestres de duración).
- f) Evaluar el papel del profesional de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatra, trabajador social, enfermeras, etc.) como educador, consejero, terapeuta sexual.
- g) Organizar seminarios de estadística -o buscar maestros- que apoyen las investigaciones de tesis.

(49) (50) Alvarez Gayou, J.L., Elementos de sexología, México: Interamericana, 1987, pág. 119.

9. LIMITACIONES

9. LIMITACIONES.

La investigación se realizó en un tiempo muy largo, por tres razones:

- 1) La validación de los cuestionarios se hizo por jueces-maestros de la facultad de Psicología. Esto llevó tres meses (algunos maestros se negaron a contestarlo pretextando "mucho trabajo"; otros lo perdieron; otras veces nos lo entregaron después de un mes). De 40 cuestionarios que repartimos sólo pudimos rescatar 14.
- 2) La aplicación de los cuestionarios se hizo en dos meses y medio, porque: en Psicología:
 - a) Hubo maestros que se negaron a cedernos su hora para la aplicación de los mismos.
 - b) Hay áreas en donde los grupos son muy pequeños (8 alumnos)en Medicina:

Primero se hizo el trámite en la Dirección de Enseñanza del Hospital General de México, después consultamos al tutor de grupo y finalmente hubo que localizar un maestro que nos cediera su hora de clase.
- 3) El análisis estadístico, lo hicimos en tres meses.
 - a) La muestra fue muy grande
 - b) Los conocimientos estadísticos que tenemos no fueron suficientes, por lo que recurrimos a la Maestra Mirta Flores Galaz quien -a pesar del poco tiempo libre que disponiblemente nos asesoró.

10. SUGERENCIAS

10. SUGERENCIAS.

- a) Elaboración y estandarización de tests que permitan conocer la sexualidad de los mexicanos.
- b) Un estudio comparativo de información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual entre alumnos de primer y noveno semestre de Psicología.
- c) Investigar información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en maestros de la facultad de Psicología.
- d) Evaluación psicológica en alumnos de Medicina.*
- e) Por último, consideramos que los estudios de sexualidad en universitarios cobran importancia por el hecho de "que 32 alumnos de la U.N.A.M. están contagiados por el virus de SIDA; tres ya murieron". Esto nos lleva a preguntarnos ¿qué pasa en la comunidad universitaria?. Incluso el rector de la U.N.A.M. Dr. José Sarukhán ha afirmado que se impulsará "un programa de prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)... que permita una mayor educación de los jóvenes y universitarios en general para prevenir una mayor propagación del mal"

* En el Hospital General no se hace examen psicológico a los candidatos a la residencia médica "y es aquí en donde aparecen problemas psicológicos que no les permiten ejercer la medicina (depresiones, neurosis y en algún caso drogadicción -sobre todo en anestesistas-)..." "y no sólo hay que darlos de baja, sino también rehabilitarlos" (Dr. Carlos Nuñez Pérez Redondo, Jefe del Departamento de Neumología del Hospital General).

(51) 32 universitarios están contagiados de SIDA; tres ya murieron, México, Universal, 29 de julio de 1989.

11. ANEXOS

CUESTIONARIO DE INFORMACION, que se validó por el método de jueces

1. Los genitales internos femeninos son: labios mayores, labios menores y clítoris.
2. El clítoris se encuentra en el punto de unión de los pliegues interiores de la vulva.
3. La fecundación del óvulo por el espermatozoide se hace en la cavidad uterina.
4. La uretra masculina se divide en tres porciones: Prostática, membranosa y esponjosa.
5. La función de la uretra femenina es la de transportar la orina a la vejiga exterior.
6. Las hormonas sexuales femeninas producen andrógenos.
7. Gracias a los huesos y músculos en el interior del pene humano, éste logra su erección.
8. El útero "succiona" el líquido seminal eyaculado dentro de la vagina.
9. Los espermatozoides conservan su poder fecundizante 4 ó 5 días.
10. Los conductos eyaculadores atraviesan la próstata.
11. El epidídimo constituye la parte terminal de las vías excretoras.
12. El orificio vaginal se distingue del orificio uretral por su menor tamaño.
13. Las hormonas sexuales masculinas son los estrógenos y la progesterona.
14. Los conductos deferentes van desde cada uno de los ovarios al útero.
15. El epidídimo pasa por detrás de la vejiga uniéndose al conducto de la vesícula seminal.
16. Al igual que el pene el clítoris consiste en dos cuerpos: cavernoso y uno esponjoso.
17. Las vesículas seminales son dos estructuras en forma de chicharo que flanquean la uretra esponjosa.
18. En el conducto deferente se almacenan los espermatozoides antes de la eyaculación.
19. Las gónadas son las glándulas sexuales masculinas.
20. Los órganos sexuales externos masculinos son: el pene y el escroto.
21. Llamamos vulva al conjunto de órganos internos femeninos.
22. La piel del escroto es muy gruesa y un poco más clara que la del resto del cuerpo.
23. Los óvulos maduros son liberados por las trompas de Falopio.
24. El óvulo tiene movimiento propio.
25. El esfínter vesical impide la salida de la orina.
26. El útero es el sitio donde se desarrolla el embrión.

27. El endometrio es un tejido que recubre la vagina.
28. El escroto contiene a los testículos.
29. El canal que se extiende desde los órganos sexuales externos de la mujer hasta el cuello del útero es la vagina.
30. La próstata rodea al sector inicial de la uretra a manera de sortija.
31. Dentro las trompas de Falopio se encuentran los ovarios.
32. El punto de Granffenberg (Punto G) es una zona donde se perciben sensaciones muy intensas y especiales, parecidas a la sensación de orinar.
33. La finalidad de la menstruación es liberar el cuerpo de un óvulo no fertilizado.
34. A los lados y arriba del útero se abren las trompas de Falopio.
35. El pene se divide en raíz, cuerpo y glánde.
36. El semen se compone de plasma seminal y espermatozoides.
37. La testosterona se produce en los testículos.
38. Las trompas de Falopio son conductos que se abren hacia el interior y hacia el exterior.
39. Eyacuación y orgasmo en el hombre es el mismo fenómeno.
40. En cada ciclo menstrual se desarrolla un óvulo que madura y crece en la pared del ovario.
41. La membrana que forma una bolsa cerrada de fluido en el cual el feto está inmerso se le llama amnios.
42. El glánde es la parte más sensible del pene.

ESCALA DE ACTITUD, que se validó por el método de jueces.

1. La virginidad constituye un factor importante en el matrimonio.
2. Los anticonceptivos sólo son para personas casadas.
3. Sólo los hombres tienen derecho a tener relaciones sexuales antes de casarse.
4. El aborto es reprochable bajo cualquier circunstancia.
5. El comportamiento sexual puede ser considerado anormal dependiendo de la elección de la pareja u objeto sexual.
6. Una forma de control de la natalidad es el aborto.
7. Sólo los individuos inmaduros se masturban.
8. Las caricias bucogenitales son tan normales como los besos en la boca.
9. Las relaciones sexuales prematrimoniales en la mujer la prostituyen.
10. Las prácticas, ética y comportamiento sexuales varían ampliamente de una cultura a otra.
11. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a establecer relaciones sexuales antes de casarse.
12. El aborto es justificable por lo que hay que promulgar una ley a su favor.
13. La pérdida de la virginidad es aceptable.
14. Existe una serie de expresiones comportamentales de la sexualidad (coofilia, homosexualidad, fetichismo, exhibicionismo, travestismo) que son repulsivas y enfermas.
15. Todas las leyes contra el aborto hay que abolirlas.
16. Hay que difundir el uso de anticonceptivos.
17. Las personas que padecen alguna enfermedad venérea son sucias y promiscuas.
18. La masturbación es malsana.
19. Las enfermedades venéreas se adquieren casi siempre por contacto sexual directo.
20. Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad.
21. La información sobre enfermedades venéreas puede ayudar a contener la diseminación de éstas.
22. El contacto bucogenital es aceptado en forma amplia como un escape erótico, sano y normal.
23. La masturbación constituye un acto perfectamente sano y normal en hombres y mujeres.

24. Las personas que tienen un fuerte impulso sexual son las propensas a contraer una infección venérea.
25. La virginidad en mi futura (o) esposa (o) carece de importancia.
26. Es aceptable la relación sexual antes del matrimonio.
27. Las caricias bucogenitales indican un deseo excesivo de placer físico.
28. La masturbación la practican comúnmente la mayoría de los hombres y las mujeres solteras y casadas.
29. Las exigencias y expectativas culturales ayudan a moldear nuestra actitud con respecto a la sexualidad.
30. Para el entendimiento de la sexualidad no es necesario el conocimiento del funcionamiento del sexo.
31. Es preferible que el hombre no sea virgen al llegar al matrimonio.
32. El sexo bucogenital es pervertido.
33. La masturbación enriquece la vida sexual del individuo.
34. La educación sexual conduce a la promiscuidad.
35. Los jóvenes en la actualidad se desenfrenan sexualmente.
36. El tener información sobre medidas anticonceptivas con frecuencia invita a la promiscuidad.
37. Los seres humanos deben aprender los tres aspectos básicos de la sexualidad: emocional, fisiológica y psicológica.
38. El educador sexual es una persona sin escrúpulos.
39. El comportamiento sexual puede considerarse aceptable si no es dañino para alguno de los participantes.
40. El profesional de la salud es una persona bien entrenada y equipada emocionalmente para atender a sus pacientes con problemas sexuales.
41. Uno de los objetos de crecer en sociedad es aprender a expresar adecuadamente nuestra sexualidad.
42. La excesiva masturbación en la adolescencia puede ocasionar problemas de impotencia en la edad adulta.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SEXUAL.

1. El primer coito heterosexual que decidiste tener fue a la edad de:
- Antes de los 15 años Entre 21 y 25 años
 Entre 15 y 17 años Después de los 25 años
 Entre 18 y 20 años Nunca he tenido un coito heterosexual
2. El primer coito heterosexual fue:
- Muy agradable Indiferente Muy desagradable
 Agradable Desagradable Nunca lo he tenido
3. Tu primer coito heterosexual fue:
- Amigo(a) Sirviente (a) Familiar, específica:
 Esposo (a) Prostituta
 Novio (a) Desconocida - Otro, específica:
 Nunca lo he tenido (no prostituta)
4. Para realizar el coito heterosexual prefieres a una persona:
- Con mucha experiencia sexual Sin ninguna experiencia sexual
 Con algo de experiencia sexual Indiferente
5. Para casarte prefieres que tu pareja sea alguien:
- Con mucha experiencia sexual Sin ninguna experiencia sexual
 Con algo de experiencia sexual Indiferente
6. ¿Realizas el coito o tienes relaciones sexuales?
- Diario Dos veces al mes Nunca lo he realizado
 1 vez a la semana Una vez al mes
 2 a 4 veces x semana Menos de una vez al mes
7. ¿Has acariciado alguna vez los genitales de tu pareja?
- Sólo con la mano Con la mano y con la boca
 Sólo con la boca No, nunca
8. ¿Acaricias con la boca los genitales de tu pareja?
- Sí No

9. ¿Aceptas que tu(s) pareja(s) sexual(es) acaricie(n) tus genitales con la boca?
- () Sí () No
10. El tiempo que duran tú y tu pareja acariciándose antes del coito:
- () Hasta 5 minutos () Más de 30 minutos
 () Entre 5 y 15 minutos () No lo hacemos
 () Entre 15 y 20 minutos () Nos acariciamos pero no tenemos coito
11. ¿Si alguna vez ha penetrado un pene en tu ano, ha sucedido?
- () Nunca me ha sucedido () Entre 6 y 10 veces
 () Una vez () Más de 10 veces
 () Entre 2 y 5 veces
12. ¿Has acariciado tus propios genitales (masturbado) hasta el orgasmo?
- () Menos de 3 veces en mi vida () Nunca he acariciado mis genitales
 () Entre 3 y 10 veces en mi vida () He acariciado mis genitales sin -
 () Entre 11 y 18 veces en mi vida lograr el orgasmo.
 () Más de 20 veces en mi vida
13. ¿Te han acariciado tus genitales?
- () Sólo con la mano () Con la mano y con la boca
 () Sólo con la boca () No, nunca
 () Otras, especifique _____
14. ¿Con qué frecuencia te masturbas?
- () Nunca me he masturbado () Diario o casi diario
 () Ninguna en los últimos 6 meses () Una o dos veces por semana
 () Menos de una vez por semana () 3 ó 4 veces por semana
15. ¿Alguna vez has utilizado aparatos con el fin de incrementar el placer sexual?
- () Sí, una vez () Frecuentemente
 () Entre 2 y 5 veces () La mayor parte de las veces
 () Entre 6 y 10 veces () No, nunca
16. ¿Has experimentado alguna vez contactos en busca de placer sexual con algún animal?
- () Una vez () Más de una vez () Nunca
17. ¿Alguna vez has tenido una experiencia en la que intercambiaste tu pareja con la de otra persona para tener relaciones sexuales?
- () Una vez () Más de 5 veces
 () entre 2 y 5 veces () No, nunca lo he hecho

26. ¿Has tenido relaciones sexuales (con o sin orgasmo) con una persona de tu mismo sexo?
 Sí No
27. Si tu respuesta es sí, cuantas veces
 Una vez Entre 2 y 5 veces
 Más de 10 veces Entre 5 y 10 veces
28. ¿Has tenido relaciones homosexuales?
 Sí No
29. Si tu respuesta fue sí a la anterior, con quién fue tu primera relación homosexual:
 Amigo (a) Familiar, especifique _____
 Prostituta Sirviente (a)
 Desconocido (a) Otro, especifique _____
30. Tu primera relación homosexual fue:
 Muy agradable Desagradable Nunca la he tenido
 Agradable Indiferente Muy desagradable
31. ¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?
 Antes de los 15 años Entre 21 y 25 años
 Entre los 15 y 17 años Entre 26 y 30 años
 Entre 18 y 20 años Nunca la he tenido
32. ¿Has utilizado alguna vez un espejo con el fin de conocer mejor tus genitales y poder ver las zonas no accesibles a simple vista?
 Sí No
33. La primera información que tuviste sobre temas sexuales te fue dada por:
 Médico Madre Maestro (s)
 Amigo (a) Padre Libros o revistas
 Sacerdote o religioso (a) Hermano(a) o familiar
 Otros, especifique _____
34. ¿Has tomado cursos de sexualidad?
 Sí No
35. En caso afirmativo, cuantos cursos has tomado?
 Uno De 2 a 3 De 4 a 6 Más de 6
36. La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de: (Enumera del 1 al 3 por orden de importancia)
 Médico Amigo(a) Padre Madre Maestro(a)
 Sacerdote, religioso, (a) Libros y revistas
 Cursos, especifica _____ Otros, especifica: _____

37. En general, cómo calificarías tus conocimientos con respecto a sexualidad:

- Excelentes Buenos Regulares Deficientes
 Muy deficientes

38. ¿Tú o tu compañera(o) usan algún método anticonceptivo?

- Sí No

39. En caso afirmativo, qué método anticonceptivo usas (an)?

- Píldora Espumas, jaleas, cremas espermaticidas
 Diafragma Coito interrumpido (o retirada)
 Condón Dispositivo intrauterino
 Ritmo Otro, especifica _____

N O T A : SOLO PARA HOMBRES

40. ¿Alguna vez has introducido tu pene en el ano de una mujer?, en caso afirmativo, esto ha sucedido:

- Una vez Entre 6 y 10 veces Más de 10 veces
 Entre 2 y 5 veces Nunca me ha sucedido

41. ¿Tu(s) compañera(s) se ha(n) practicado alguna vez un aborto?

- Una vez Entre 2 y 5 veces
 Más de 3 veces Nunca

42. Tus relaciones sexuales (coitales), lo que con más frecuencia te ocurre es:

- Eyaculo antes de penetrar
 Eyaculo inmediatamente antes de penetrar
 Después de penetrar, tardo aproximadamente 5 minutos en eyacular
 Después de penetrar, tardo aproximadamente 10 minutos en eyacular
 Después de penetrar, tardo aproximadamente entre 10 y 20 minutos en eyacular
 Eyaculo sin importar el tiempo
 No logro eyacular

N O T A : SOLO PARA MUJERES

43. ¿Alguna vez te has suspendido el embarazo (Te has hecho un aborto)?

- Una vez Entre 2 y 5 veces Más de 5 veces
 Nunca Nunca he estado embarazada

44. Si has tenido orgasmos, te ha sucedido que durante éstos expulses líquido (como si te saliera orina).

- Una vez Más de una vez Casi siempre Nunca

45. ¿Alguna vez has sentido contacto o tocamiento del interior de la vagina, una intensa sensación y como que deseas orinar?

- Una vez Más de una vez Casi siempre Nunca

MARCA CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA EN CADA ASEVERACION

	V	F
1. Los espermatozoides no tienen movimiento propio	()	()
2. La testosterona se produce en los testículos	()	()
3. Los óvulos maduros son liberados en las trompas de Falopio	()	()
4. La función de la uretra femenina es la de transportar la orina a la vejiga exterior	()	()
5. El clítoris se encuentra en el punto de unión de los pliegues interiores de la vulva	()	()
6. La uretra masculina se divide en tres porciones: prostática, membranosa y esponjosa	()	()
7. Al igual que el pene, el clítoris consiste en dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso	()	()
8. Llamamos vulva al conjunto de órganos femeninos	()	()
9. El glándulo es una zona altamente sensitiva	()	()
10. Los genitales internos femeninos son: labios mayores, labios menores y clítoris	()	()
11. Las vesículas seminales son dos estructuras en forma de chícharo que flanquean la uretra esponjosa	()	()
12. El pene se divide en: raíz, cuerpo y glándulo	()	()
13. Los espermatozoides conservan su poder fecundizante de 4 a 5 días	()	()
14. En la mujer la espermatogénesis es una función importante	()	()
15. La fecundación del óvulo por el espermatozoide se hace en la cavidad uterina	()	()
16. Los órganos sexuales externos masculinos son el pene y el escroto.	()	()
17. El orificio vaginal se distingue del orificio uretral por su menor tamaño	()	()
18. El útero "succiona" el líquido seminal eyaculado dentro de la vagina	()	()
19. La finalidad de la menstruación es liberar el cuerpo de un óvulo no fertilizado	()	()
20. El epidídimo pasa por detrás de la vejiga y se une al conducto de la vesícula seminal	()	()
21. El canal que se extiende desde los órganos sexuales externos de la mujer hasta el cuello del útero es la vagina	()	()
22. Eyacuación y orgasmo en el hombre constituyen el mismo fenómeno	()	()
23. Los conductos eyaculadores atraviesan la próstata	()	()

	<u>V</u>	<u>F</u>
24. A los lados y arriba del Útero se abren las trompas de Falopio	()	()
25. La próstata rodea el sector inicial de la uretra a manera de sortija	()	()
26. En la uretra masculina se mezclan los componentes que integran el semen	()	()
27. Las hormonas sexuales femeninas producen andrógenos	()	()
28. La función de la uretra masculina es dar paso al mismo tiempo a la orina y al semen	()	()
29. La piel del escroto es muy gruesa y un poco más clara que la del resto del cuerpo	()	()
30. Dentro de las trompas de Falopio se encuentran los ovarios	()	()
31. En cada ciclo menstrual se desarrolla un óvulo que madura y crece en la pared del ovario.	()	()
32. El óvulo tiene movimiento propio.	()	()

TU CONTRIBUCION ES MUY VALIOSA PARA ESTA INVESTIGACION, POR -
LO QUE TE ROGAMOS CONTESTES LOS SIGUIENTES CUESTIONARIOS CON
LA MAYOR SINCERIDAD Y HONESTIDAD POSIBLE.

LOS DATOS SERAN MANEJADOS DE MANERA CONFIDENCIAL

1. EDAD: _____
2. SEXO: Masculino _____ Femenino _____
3. NACIONALIDAD: _____
4. ESTADO CIVIL ACTUAL:
 Soltero
 Divorciado(a)
 Casado
 Unión libre
 Viudo (a)
5. RELIGION: _____
6. FACULTAD A LA QUE ASISTES _____
7. SEMESTRE: _____
8. ¿ CONOCES ALGUNA INSTITUCION QUE SU AREA DE ATENCION SEA -
LA ORIENTACION, INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y/O LA TERAPIA --
SEXUAL? _____ EN CASO AFIRMATIVO ¿CUAL ES?: _____

¿QUIEN LA DIRIGE?: _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN CINCO ALTERNATIVAS PARA RESPONDER, ELIGE LA QUE TU CONSIDERES CONVENIENTE.

COMPLETAMENTE DE ACUERDO _____
 DE ACUERDO _____
 INDECISO _____
 EN DESACUERDO _____
 TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

1. Las relaciones sexuales prenupciales en la mujer - () () () () ()
la prostituyen.
2. La masturbación constituye un acto perfectamente sano () () () () ()
y normal.
3. El orgasmo simultáneo es signo de madurez en la pareja () () () () ()
4. El educador sexual es una persona sin escrúpulos. () () () () ()
5. El aborto es una forma de control natal. () () () () ()
6. Son innecesarias las caricias y los besos antes del - () () () () ()
acto sexual.
7. La homosexualidad es repugnante. () () () () ()
8. Hay que difundir el uso de anticonceptivos. () () () () ()
9. El contacto bucogenital es aceptado en forma amplia co () () () () ()
mo escape erótico, sano y normal.
10. La virginidad constituye un factor importante en el - () () () () ()
éxito del matrimonio.
11. Para que una mujer sea una "auténtica mujer" necesita () () () () ()
experimentar orgasmos.
12. El único método normal de tener relaciones sexuales es () () () () ()
el contacto pene-vagina.
13. El sexo bucogenital es pervertido. () () () () ()
14. El homosexualismo es una posibilidad más de expresión () () () () ()
sexual.
15. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a es () () () () ()
tablecer relaciones sexuales antes de casarse.
16. El aborto es justificable, por lo que hay que promul- () () () () ()
gar leyes a su favor.
17. Los actos homosexuales realizados en privado no son - () () () () ()
condenables.
18. Sólo los individuos inmaduros se masturban () () () () ()
19. La virginidad de mi futura(o) esposa(o) carece de impor- () () () () ()
tancia.

20. La educación sexual conduce a la promiscuidad. () () () () ()
21. Las caricias bucogenitales son tan normales como los besos en la boca. () () () () ()
22. Las enfermedades venéreas se adquieren casi siempre - por contacto sexual directo. () () () () ()
23. Los anticonceptivos permiten a la mujer vivir más plenamente su sexualidad. () () () () ()
24. Las caricias previas al acto sexual generan mayor comunicación entre la pareja. () () () () ()
25. El comportamiento sexual puede considerarse aceptable si no es dañino para ninguno de los participantes. () () () () ()
26. Es aceptable la pérdida de la virginidad () () () () ()
27. Las personas que tienen un fuerte impulso sexual son las propensas a contraer una enfermedad sexual. () () () () ()
28. Las prácticas, ética y comportamiento sexuales varían ampliamente de una cultura a otra. () () () () ()
29. La masturbación la practican comúnmente la mayoría de hombres y mujeres, tanto solteros como casados. () () () () ()
30. La zoofilia, el fetichismo, exhibicionismo, el travestismo, son repulsivos y enfermos. () () () () ()
31. Los anticonceptivos sólo son para personas casadas. () () () () ()
32. El sexo oral es una variante en las relaciones sexuales. () () () () ()
33. Los seres humanos deben aprender todos los aspectos de la sexualidad. () () () () ()
34. El aborto es reprochable bajo cualquier circunstancia. () () () () ()
35. Las personas que padecen alguna enfermedad venérea son sucias y promiscuas. () () () () ()
36. El sexo anal es pervertido. () () () () ()
37. Sólo los hombres tienen derecho a tener relaciones sexuales antes de casarse. () () () () ()

12. ¿Cuál es el tiempo aproximado que duran tú y tu pareja acariciándose, - antes del coito?
- () Hasta 5 minutos () Entre 15 y 20 minutos
 () Entre 5 y 15 minutos () Más de 30 minutos
13. ¿Alguna vez han penetrado un pene en tu ano?
- () Sí () No
14. ¿Cuántas veces te ha sucedido?
- () Una vez () Entre 6 y 10 veces
 () Entre 2 y 5 veces () Más de 10 veces
15. ¿Alguna vez has sentido un orgasmo?
- () Sí () No
16. ¿Tu primer orgasmo ocurrió porque:
- () Acariciaste tus propios genitales
 () Fue durante el sueño
 () Por caricias o relaciones sexuales con personas de sexo contrario
 () Por caricias o relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo
 () Otra, especifique _____
17. ¿Has acariciado tus genitales hasta tener un orgasmo?
- () Menos de 3 veces en mi vida () Más de 20 veces en mi vida
 () Entre 3 y 10 veces en mi vida () Nunca los he acariciado
 () Entre 11 y 20 veces en mi vida () He acariciado mis genitales sin lograr el orgasmo
18. Tus orgasmos posteriores han ocurrido porque:
- () Acaricias tus propios genitales
 () Fue durante el sueño
 () Por caricias o relaciones sexuales con personas del sexo contrario
 () Por caricias o relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo
 () Otra, específica _____
19. ¿Con qué frecuencia experimentas un orgasmo?
- () 1 ó más veces al día () 2 veces al mes
 () 2 ó 5 veces a la semana () 1 vez al mes
 () 1 vez a la semana () Rara vez
20. ¿Con qué frecuencia te masturbas?
- () Nunca me he masturbado () Diario o casi diario
 () No, en los últimos 6 meses () 1 ó 2 veces por semana
 () Menos de 1 vez por mes () 3 ó 4 veces por semana
21. ¿Has tenido relaciones sexuales homosexuales?
- () Sí () No
22. ¿A qué edad tuviste tu primera relación homosexual?
- () Antes de los 15 años () Entre 21 y 25 años
 () Entre 15 y 17 años () Después de los 25 años
 () Entre 18 y 20 años

23. ¿Con quién fu tu primera relación homosexual?
- () Amigo(a) () Desconocido(a) (no prostituta)
 () Prostituta () Familiar, especifica: _____
 () Sirviente(a) () Otro, especifica: _____
24. Tu primera relación homosexual fue:
- () Muy agradable () Agradable () Indiferente
 () Desagradable () Muy desagradable
25. ¿Tienes relaciones sexuales homosexuales frecuentemente?
- () Sí () No
26. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales homosexuales?
- () Diario () Dos veces al mes
 () 1 vez a la semana () 1 vez al mes
 () 2 a 4 veces por semana () Rara vez
27. ¿En busca de placer has experimentado contacto sexual con algún animal?
- () Una vez () Más de una vez () Nunca
28. ¿Has tenido relaciones sexuales al mismo tiempo con dos o más personas?
- () Una vez () Más de una vez () Nunca
29. ¿Has experimentado el intercambio de pareja para tener relaciones sexuales?
- () Una vez () Más de una vez () Nunca
30. ¿Tú o tu compañera(o) usan algún método anticonceptivo?
- () Sí () No
31. ¿Qué métodos anticonceptivos usas(n)?
- () Píldora () Espumas, jaleas, cremas espermaticidas
 () Diafragma () Coito interrumpido
 () Condón () Dispositivo intrauterino
 () Ritmo () Otro, especifica _____
32. ¿Has padecido alguna enfermedad venérea?
- () Sí () No
33. En caso afirmativo ¿Cuántas veces te has contagiado?
- () Una vez () Entre 2 y 5 veces
 () Entre 6 y 10 veces () Más de 10 veces
- SOLO PARA MUJERES**
34. ¿Alguna vez has abortado?
- () Sí () No

35. ¿Cuántas veces te ha sucedido?

- Una vez Dos veces Más de tres veces

PARA AMBOS SEXOS

36. La primera información sexual que obtuviste te fue dada por:
(enumera del 1 al 3 en orden de importancia)

- Médico Madre Libros o revistas
 Amigo(a) Maestro(a) Familiar, especifica _____
 Padre Sacerdote Otros, especifica _____

37. ¿Has tomado cursos de sexualidad?

- Sí No

38. ¿Cuántos cursos de sexualidad has tomado?

- Uno De 4 a 6
 De 2 a 3 Más de 6

39. La información que tienes actualmente sobre temas de sexualidad la consideras:

- Excelente Buena
 Regular Deficiente
 Muy deficiente

40. La información que posees actualmente sobre temas de sexualidad la obtuviste de:

- Médico Madre Libros o revistas
 Amigo(a) Maestro(a) Institución especializada
 Padre Sacerdote Otro, especifica _____

· GRACIAS.

REVISION DE PLANES DE ESTUDIO.

Para este estudio se eligieron estudiantes de las carreras de - Medicina y de Psicología, ya que el objetivo principal de estas disciplinas consiste en curar y prevenir enfermedades o en su defecto rehabilitar conductas inadecuadas.

Se considera que el funcionamiento sexual se encuentra de tal - manera involucrado en el estado de salud física, mental y social que descuidar este aspecto es negar que la función sexual es - parte del funcionamiento integral del individuo.

Ahora bien, con objeto de verificar si los programas de estudio son acordes con estos objetivos y con el entrenamiento que reciben estos profesionales de la salud durante su formación académica, se revisaron los planes y programas de estudio de ambas - carreras.

MEDICINA.

El Médico Cirujano es el profesional que, basado en el conoci- - miento científico y tecnológico, se dedica a preservar la salud del hombre, en especial de aquellos que no necesitan hospitali- - zación, para lo cual tendrá que prevenir todo tipo de enfermeda - des mediante un diagnóstico y tratamiento adecuado, a fin de - evitar las complicaciones y la muerte y, finalmente, a través - de la rehabilitación, tratará de reincorporar al individuo a - una vida diferente auxiliándolo en la adaptación de su nueva - identidad.

Para el logro de estos objetivos, la carrera de Médico Cirujano ha sido clasificada en 10 ciclos.

Los dos primeros corresponden a los ciclos iniciales, en los que se cursan las siguientes materias que se relacionan con la sexualidad:

- Anatomía y fisiología humanas
- Psicología médica I (medicina humanística)
- Histología y embriología humana
- Bioquímica
- Medicina preventiva
- Psicología médica II

Durante los ciclos intermedios, tercero y cuarto se imparten:

- Farmacología
- Patología
- Nosología básica integral
- Introducción a la Clínica

Del quinto al octavo, son los ciclos clínicos en los que se cursan asignaturas por especialidades:

- Clínicas de Psiquiatría
- Infectología
- Nutrición y Endocrinología
- Gineco-Obstetricia
- Urología

Los ciclos clínicos finales son el noveno y décimo que corresponden al internado rotatorio del pregrado, en donde el alumno integra los conocimientos que ha obtenido en ciclos anteriores.

A continuación se detallan los contenidos de las materias antes mencionadas:

ANATOMIA HUMANA: Su objetivo es describir, identificar y explicar la estructura normal y anormal del sistema urinario-genital masculino y femenino, del aparato reproductor y demás funciones del aparato genital.

FISIOLOGIA HUMANA: El alumno queda capacitado para reconocer, describir e interpretar las desviaciones de la salud, como resultado de los factores normales y para valorar el sentido y la magnitud del cambio del aparato urinario, genital femenino y masculino.

En especial, el contenido de este curso brinda al alumno un enfoque del funcionamiento de las gónadas: a) las gónadas femeninas (los ciclos sexuales de la mujer; ovulación; las hormonas ováricas (progesterona y estrógenos, acciones fisiológicas sobre el aparato genital, como la menstruación y otros sistemas, regulación de la vida ovárica); las hormonas placentarias y gestación; b) Gónadas masculinas (la espermatogénesis; hormonas testiculares (acciones fisiológicas sobre caracteres sexuales y la conducta sexual, regulación de la actividad testicular).

PSICOLOGIA MEDICA I: (Medicina humanística). En este curso se establece la relación entre la Psicología y la Medicina, por lo que hace énfasis en el enfoque humanista de la Medicina y percibe al hombre como la "unidad" bio-psico-social asexuada del organismo humano. También revisa los conceptos psico y sociogénicos de la enfermedad.

HISTOLOGIA HUMANA: Esta materia permite establecer e interpretar el análisis morfológico -mediante el microscopio- de todos los órganos del sistema urinario, genital femenino y masculino.

EMBRIOLOGIA HUMANA: Aquí se describen las estructuras y fenómenos característicos de las etapas de integración y desarrollo prenatal, desde la formación de la gónada y de las gametas, in-

cluyendo aspectos clínicos, estudio de la división celular y alteraciones cromosómicas y genéticas; ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, hasta el ciclo sexual y fecundación. Se imparten además, conocimiento del desarrollo del aparato urogenital en el hombre y la mujer, que incluye desde teorías sobre la formación de la uretra, vagina, hasta desviaciones fisiológicas.

MEDICINA PREVENTIVA: En esta materia se imparten conocimientos para orientar y educar a la comunidad o a un paciente mediante consulta individual, para evitar que contraiga alguna enfermedad, ya sea transmisible o no transmisible para prevenir su génesis y evolución, así como las medidas generales aplicables a fin de impedir el progreso desfavorable de la enfermedad.

PSICOLOGIA MEDICA II: Durante el desarrollo del curso se pretende que el alumno perciba, comprenda y estudie al hombre como un "todo", es decir, que incorpore en forma conjunta los aspectos psico-sociales a los biológicos, ya que sería imposible comprender la salud o enfermedad del ser humano, tomando en consideración cada uno de estos puntos en forma separada. Se analizan los temas del ciclo vital, que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte, además incluye el estudio de la sexualidad, en donde se analiza la diferencia entre conducta sexual animal y humana, la identidad y papeles sexuales, fisiología de la respuesta sexual, homosexualidad y disfunciones, factores psicológicos y sociales del control natal y el aborto inducido.

FARMACOLOGIA: El contenido del curso contempla las medidas generales de prevención y tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas, alteraciones e irregularidades del aparato genital femenino y masculino.

BIOQUIMICA: Mediante este curso se propone que el alumno ad-

quiera el conocimiento de los elementos químicos por los que es tá formado el organismo humano, así como su funcionamiento, análisis e interpretación.

En el cuarto ciclo se cursan las materias de Nosología Básica - Integral, Patología General e Introducción a la Clínica, las - cuales se integran para permitir al alumno una visión total de la enfermedad, una correlación de los conceptos y la aplicación inmediata de los conocimientos adquiridos. Asimismo se imparten temas como antecedentes gineco-obstétricos, interacción del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas sobre los - diferentes aparatos y sistemas; consejo genético, semiología de los aparatos genital femenino y masculino; exploración del aparato genitourinario, palpación y percusión del abdomen, laboratorio y gabinete de los aparatos genitourinarios femenino y masculino.

Del quinto al octavo ciclo se cursan asignaturas por especialidades; aquí sólo mencionaremos las relacionadas con nuestro tema.

MEDICINA SOCIAL: Esta materia permite que el alumno conozca - que la sociedad puede actuar como un factor causal en la génesis y evolución natural de alguna enfermedad directa o indirectamente, como sería el caso de las enfermedades venéreas producidas por la prostitución. El médico también está capacitado, mediante este curso, para transmitir educación para la salud de tal forma que prevenga o en su defecto evite el progreso de su enfermedad.

CLINICA DE PSIQUIATRIA: Proporciona al estudiante el conocimiento para identificar síntomas y síndromes de las desviaciones sexuales más frecuentes, aplicar medidas dirigidas a la - prevención, así como las medidas terapéuticas farmacológicas - y/o psicológicas adecuadas para cada caso. También se analizan los conceptos de neurosis y de la depresión, su tratamiento terapéutico, ya sea farmacológico o psicológico, a nivel -

primario, así como la distinción de un síntoma de tipo afectivo o neurológico.

CLINICA DE INFECTOLOGIA: El objetivo principal es conocer la génesis y evolución de las enfermedades infecto-contagiosas más comunes, considerando su frecuencia y gravedad. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades venéreas (gonorrea, sífilis, uretritis inespecíficas), para lo cual se apoyará en los cultivos (exudados cérvico-vaginales, uretra, lesiones de genitales y biopsias de tejidos).

CLINICA DE ENDOCRINOLOGIA: Permite conocer la patología de algunos síndromes; hipogonadismo, masculinización, trisomía X,XXY, precocidad sexual, feminización, testículo feminizante, disgenesia gonadal, ovarios poliquísticos; su prevención, diagnóstico y tratamiento. Al igual que el reconocimiento de otros signos y síntomas de las alteraciones del aparato genital femenino y masculino (amenorrea, litiasis urinaria).

CLINICA DE GINECO-OBSTETRICIA: En este curso se analizan y reconocen signos y síntomas de los padecimientos congénitos, degenerativos, traumáticos e infecciosos más frecuentes del aparato genital femenino. Asimismo, los procesos de fertilidad, embarazo, puerperio y lactancia, al igual que la técnica obstétrica. La parte práctica está dedicada a capacitar al alumno para diagnosticar y cuidar durante el embarazo, a la madre y al producto, así como también la atención de un parto.

CLINICA DE UROLOGIA: Dentro de este curso se estudia desde el funcionamiento normal del aparato reproductor masculino así como sus alteraciones. Su objetivo terminal es que el alumno pueda prevenir, diagnosticar, curar y rehabilitar a nivel primario las alteraciones de aquél.

En los ciclos nueve y diez, el alumno es asignado a un centro -

Hospitalario como parte del personal médico, con sus respectivos derechos y obligaciones, tales como la asistencia a todos los servicios, la docencia y la investigación, siéndole esta última, además del estudio, las metas de primer orden.

Como conclusión a la información y análisis expuestos, se estima que el alumno que ha cursado hasta el ciclo 10 posee desde un manejo adecuado de lenguaje técnico, conocimientos acerca del funcionamiento, estructura, morfología y patología de los aparatos urinario, genital femenino y masculino, así como del sistema endocrino, hasta habilidades para integrar síndromes: su diagnóstico, tratamiento, prevención y, en la medida de lo posible, su rehabilitación mediante técnicas terapéuticas, ya sean farmacológicas o psicológicas.

PSICOLOGIA.

El psicólogo es el profesional de la salud que está capacitado para el estudio, medición, diagnóstico y modificación de la conducta, tanto en el contexto individual como social.

Hace de la personalidad mal ajustada su campo de estudio y mediante el uso adecuado de procedimientos terapéuticos, intenta cambiar el ambiente, reeducar al individuo o ambas cosas, de manera que se restablezca la armonía. Orienta individualmente y grupalmente sobre problemas específicos.

Un amplio criterio es requerido por el psicólogo para estudiar y ejercer esta profesión con éxito, debido a que ha de tratar problemas y cuestiones de índole diversa en donde aplicará sus conocimientos al margen de todo prejuicio.

Para alcanzar estos objetivos existe la siguiente estructura:

Los planes de estudio de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

constan de seis semestres con materias básicas y tres más compuestas de materias optativas, que se clasifican dentro de seis áreas y que son: clínica, educativa, general experimental, del trabajo y psicofisiología y social.

Del primero al sexto semestre de la carrera las materias básicas que se imparten son comunes y obligatorias para todos los alumnos; mencionaremos sólo las que se relacionan con nuestro trabajo: Bases biológicas de la conducta, Anatomía y Fisiología del sistema nervioso, Neurofisiología, Psicopatología, Teorías de la personalidad I y II, Desarrollo psicológico I y II.

Cada una de estas materias tiene sus objetivos específicos. Los principales son la capacitación del alumno para realizar proyectos y evaluar nuevos campos que le permitan explicar la actividad humana, con base en sus posibilidades creadoras. En seguida se detallan cada una de ellas.

BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA: Explica y describe la etiología del desequilibrio psicobiológico, analizando los procesos de adaptación; identificando y describiendo el origen de las unidades genéticas, las relaciones psicogenéticas anormales, el funcionamiento de las hormonas sexuales y su acción sobre la conducta sexual y asexual.

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO: Trata de que el alumno sea capaz de proponer posibilidades y detectar las limitaciones que hay para la presentación de las respuestas que componen el comportamiento humano. Por ejemplo, indicar la forma como el hipotálamo interviene en la conducta sexual humoralmente y a través de reflejos autónomos.

PSICOPATOLOGIA: Es una materia teórico-práctica en donde se adquiere el conocimiento básico de conceptos, tales como: anormalidad, normalidad, síntoma, signo y síndrome, así como el cono-

cimiento de cuadros nosológicos, como: trastornos de la personalidad, neurosis y psicosis.

NEUROFISIOLOGIA: En esta materia se estudian los mecanismos de preservación del individuo, analizando los de la conducta sexual, además de otros; de esta manera tendrá la posibilidad de señalar los procesos que determinan los estados disposicionales de la conducta sexual, a describir los sistemas hormonales e identificar la fisiología de la reproducción y el control de las respuestas sexuales.

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD I: Es la materia teórica que permite conocer los factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad, tales como la influencia genética, importancia de la infancia y la adolescencia en el desarrollo de la personalidad. Enuncia las teorías de Freud (de los impulsos). De Sullivan (etapas de desarrollo) y de Erickson (progenitalidad y genitalidad).

DESARROLLO PSICOLOGICO I y II: Permiten hacer una integración de los procesos que están involucrados en la evolución, crecimiento y desarrollo de un individuo.

PSICOLOGIA FISIOLOGICA: Dentro del área clínica permite la orientación del diagnóstico, mediante la evaluación de procesos orgánicos, asimismo da bases para establecer modelos terapéuticos adecuados, indicar las actividades periféricas que caracterizan la conducta emocional; identificar la relación neuroendócrina de la conducta; relacionar cambios conductuales con cambios de los niveles hormonales (el sistema gonadal, ciclo menstrual, fases del ciclo menstrual), embarazo y conducta, su relación con los cambios hormonales.

A partir de aquí se cursa el área que se desea. Por razones prácticas sólo mencionaremos las áreas de clínica y psicofisiología que son las que más tratan aspectos sexuales.

Quien cursa el área clínica es capaz de detectar, reconocer y diferenciar síntomas, síndromes y cuadros nosológicos con base en la clasificación de psicopatología de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, puede dar orientación y consejo matrimonial, aplicar técnicas de psicodinámica de grupo, realizar investigaciones en el campo de la salud mental; aplicar, interpretar e integrar estudios psicológicos.

MODIFICACION DE CONDUCTA: Tiene como fin primordial, que el estudiante pueda aplicar las técnicas de modificación conductual en el área clínica. Además, explicar y analizar los elementos básicos de la terapia psico-social, como son: el acercamiento según Masters y Johnson; tratamiento de la impotencia, eyaculación precoz, frigidez, anorgasmia.

PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD: Se dan las bases teóricas y dinámicas de la personalidad; permite aplicar, calificar e interpretar pruebas de personalidad de tipo proyectivo; realizar la integración de baterías con pruebas estructurales y proyectivas, mediante las cuales es posible detectar ciertas alteraciones sexuales subyacentes.

PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA I: Es básica para la formación del estudiante del área clínica, ya que le permite adquirir el conocimiento de las diferentes técnicas psicoterapéuticas de apoyo y de insight con metas reeducativas.

PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOTERAPIA II: Además de ver las técnicas mencionadas, se adquieren conocimientos para identificar y manejar mecanismos de defensa para realizar la interpretación en el proceso psicoterapéutico.

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD II: Se tocan aspectos importantes de los siguientes autores: Freud, Sullivan, Erickson y otros. Se relaciona la personalidad con los componentes básicos de la

unidad biopsicosocial.

En el área de psicofisiología se realizan trabajos de investigación, docencia, evaluación de daño cerebral, participación en programas de rehabilitación de funciones perdidas por daño cerebral y problemas de lenguaje.

De todas las materias que comprende esta área, sólo una proporciona conocimientos sobre sexualidad y es:

CONDICIONAMIENTO DE RESPUESTAS AUTONOMAS: En ésta se proporciona información acerca de la aplicación de los procedimientos de condicionamiento y de los resultados en la investigación básica y aplicada de condicionamiento; el empleo de dichos sistemas como terapia para el tratamiento de alteraciones psicósomáticas.

Se adquieren conocimientos básicos sobre Anatomía y Fisiología, así como de técnicas de medida de respuestas gastrointestinales y urogenitales, tratando entre otros los trastornos de impotencia psicogénica y problemas de conducta sexual. También se estudia la sexualidad y agresión humanas desde una perspectiva etiológica.

Como se había mencionado, sólo se hizo referencia a las áreas de Clínica y Psicofisiología, por ser las que tratan más los aspectos sexuales. Sin embargo, existen cuatro áreas en Psicología que son: la Educativa, la de Trabajo, la Social y la General Experimental.

Y la idea de esta investigación no fue sólo trabajar con los dos áreas de Clínica y Psicofisiología, sino con la generación 85-89, de la Facultad de Psicología, ya que resulta obvio que cuando la gente se acerca a un psicólogo, no se detiene a pensar si es educativo, social o clínico. El profesional tiene, por tanto, la responsabilidad de dar una respuesta a las dudas

o problemas que las personas manifiesten en el plano sexual.

Como conclusión, se estima que en el proceso de formación el psicólogo recibe información desde un punto de vista bio-psico social en forma directa e indirecta, que se aborda en las diferentes materias que forman los programas y planes de estudio.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

Facultad de Psicología
Secretaría General
Of. No. 422/SG/259/88

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio me permito presentar a las Pasantes de Psicología: Catalina Camarillo Rangel, con No. de cuenta 7928864-6, y Alicia Rodríguez Salazar, con No. de cuenta 7919768-3, quienes se encuentran elaborando una investigación para realizar su Tesis de Licenciatura Intitulada "Información Sexual, Actitudes hacia la Sexualidad y Conducta Sexual en Estudiantes de la Generación 85-89 de las Carreras de Psicología y Medicina de la UNAM". Como es evidente esta investigación requerirá la aplicación de cuestionarios y otros instrumentos a los alumnos que cursaron dichas carreras. Por lo que mucho agradeceré la ayuda que se sirvan prestarles a las mencionadas pasantes; ya que consideramos que los resultados que se obtengan en su investigación podrán ser de interés para la Universidad.

La profesora responsable de supervisar dicha tesis es la Lic. Blanca E. Mancilla, Prof. del Departamento de Psicología Clínica de nuestra Dependencia.

Sin más por el momento, agradezco su atención al presente y quedo de usted.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, octubre 31 de 1988
El Secretario General

Jorge J. Jorge Peralta Alvarez

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
Secretaría General

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION CIENTIFICA

Vg. Bo
B.E. ORANDE
7-5-89
JJPA/yrf'

12. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

ALVAREZ GAYOU, J.L.

ELEMENTOS DE SEXOLOGIA, México, Interamericana, 1987.

LA CONDICION SEXUAL DEL MEXICANO, México: Grijalbo, 1987.

AUSTIN, C.R.,

SEXUALIDAD HUMANA, México: La Prensa Médica Mexicana, 1987.

BERGE, A.,

EDUCACION SEXUAL DE LA INFANCIA, Barcelona: Paideia, 1975.

COHEN, J.,

ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL; DE LA FISIOLOGIA A LA PSICOLOGIA, Vol. Adultos, España: Argos Vergara, 1980.

COLEMAN, J.,

PSICOLOGIA CONTEMPORANEA Y CONDUCTA EFICAZ, México: El Manual Moderno, 1977.

CORONA, R.,

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA EN DOS GRUPOS DE ALUMNOS DE PRIMER INGRESO - DE NIVEL MEDIO SUPERIOR EN EL D.F. Y OAXACA, Tesis UNAM, 1987

CUEVAS, B.J.,

CONOCIMIENTO SEXUAL, ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y CONDUCTA SEXUAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, México: Enseñanza e investigación en psicología, Vol. IX No. 1, 1985.

DIAZ GUERRERO, R.,

PSICOLOGIA DEL MEXICANO, México: Trillas, 1985.

ELLIS, A.,

ENCICLOPEDIA DE COMPORTAMIENTO SEXUAL, Vols. I, II, México: Diana, 1973.

ETCHEGOYEN, R.H.,

ESTUDIO DE CLINICA PSICOANALITICA SOBRE LA SEXUALIDAD, Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.

FREEDMAN, A.,

COMPENDIO DE PSIQUIATRIA, España: Salvat, 1982.

- FREUD, S.,
TRES ENSAYOS SOBRE TEORIA SEXUAL, Barcelona: Ordis, 1984.
- GARCIA, W.,
LA EDUCACION SEXUAL EN LA ESCUELA, Barcelona: Paideia, 1979.
- GINDIN, R.L.,
LA NUEVA SEXUALIDAD DEL VARON, México, Paidós, 1987.
- HITE, S.,
EL INFORME HITE. ESTUDIO SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA, España,
Plaza & Janes, 1978.
- HORER, S.,
LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES, España: GEDISA, 1981.
- INFORMACION BASICA SOBRE LAS MATERIAS DE LOS ULTIMOS SEMESTRES
DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, Facultad de Psicología, UNAM
División de Estudios Profesionales, Coordinación de Servicios
Profesionales y Sociales, agosto de 1980.
- KATCHADOURIAN, H.,
BASES DE LA SEXUALIDAD HUMANA, México: Continental, 1979.
LA SEXUALIDAD HUMANA; UN ESTUDIO COMPARATIVO DE SU EVOLUCION,
México: Fondo de Cultura Económica, 1983.
- LAPLACE, J.,
LA SEXUALIDAD, Buenos Aires: Nueva Visión, 1985.
- LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD HUMANA en Sociedad y Sexualidad
Vols., I, II, III, IV, México: CONAPO, 1977.
- LEVIN, J.,
FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN INVESTIGACION SOCIAL, México: --
Harla, 1977.
- LIVER, B.O.,
CURSO DE PRACTICAS DE TERCER NIVEL, Coordinación de Laborato--
rios, Facultad de Psicología, UNAM, 1982.
- MANDOLINI, G.R.,
HISTORIA GENERAL DE PSICOANALISIS: DE FREUD A FROMM, Buenos -
Aires: Ciordia, 1977.
- MC CARY, J.,
SEXUALIDAD HUMANA, México: Manual Moderno, 1983.

- MCGUIGAN, F.G.,
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL, México, Trillas, 1976.
- MANN, L.,
ELEMENTOS DE PSICOLOGIA SOCIAL, México: Limusa, 1972.
- MASTERS, W. ET AL
LA SEXUALIDAD HUMANA, Vols. 1,2,3,: Barcelona: Grijalbo,1987.
- MONTOYA, L.,
ACTITUDES Y CONDUCTA SEXUAL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE PREPARATORIAS OFICIALES, Tesis, UNAM, 1985.
- MORTON, H.,
LA EXPERIENCIA DEL DIVORCIO, Bogotá: Sudamericana, 1981.
- MORRISON, E.C.,
NUESTRA SEXUALIDAD: TECNICAS DE GRUPO PARA REVISAR ACTITUDES - Y CONDUCTA, México: Pax-México, 1974.
- REICH, W.,
LA REVOLUCION SEXUAL, México: Roca, S. A., 1988.
- RODRIGUEZ, A.,
PSICOLOGIA SOCIAL, México: Trillas, 1976.
- RAMIREZ, S.,
EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES, México: Grijalbo, 1977.
- RATTNER, J.,
PSICOLOGIA Y PSCOPATOLOGIA DE LA VIDA AMOROSA, México: Siglo - XXI, 1957.
- SALAZAR, J.M.,
PSICOLOGIA SOCIAL, México, Trillas, 1980.
- SERRANO, S.I.,
ACTITUDES HACIA EL PAPEL DE LA MUJER EN MEXICO, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1976.
- SHERMAN, J.A.,
REVISION DE ESTUDIOS EMPIRICOS, España
- SIEGEL, S.,
ESTADISTICA NO PARAMETRICA APLICADA A LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA, México: Trillas, 1975.

SIMON, M.,

COMPRENDER LA SEXUALIDAD HOY, España: Sal Terrae, Colección - Punto límite.

SPIEGEL, M.R.

TEORIA Y PROBLEMAS DE ESTADISTICA

WHITTAKER, J.O.,

PSICOLOGIA, México: Interamericana, 1977.

ZIMBRON, L.R.,

ENFOQUES SOBRE LA SEXUALIDAD, Mérida, Yuc.,: Ed. Privada Pro manuscrito, 1989.

PERIODICOS.

NO ES APTO PARA EJERCER LA MEDICINA GRAN PORCENTAJE DE LOS ESTUDIANTES, El Universal, 7 de abril, 1989.

DOBLE JORNADA, La Jornada, México, 2 de enero de 1989.

50% DE LAS MUJERES EN COSTA RICA IGNORA LO QUE SIGNIFICA LA SATISFACCION SEXUAL, El Universal, México, 9 de julio de 1989.

32 UNIVERSITARIOS ESTAN CONTAGIADOS DE SIDA; tres ya murieron, El Universal, México, 29 de julio de 1989.

REVISTAS.

NEXOS 157, NUMERALIA, González Rodríguez, México, mayo de 1989.

NEXOS 139, México, julio de 1989.

NEXOS 142, México, octubre de 1989.

PERSPECTIVA SEXOLOGICA, México, Epoca IV Núm.2 Febrero-marzo, 1988.