

# EL GINECOLOGO DE 1971 FRENTE A LOS PROBLEMAS SEXOLOGICOS Y LA EDUCACION SEXUAL

Dr. CARLOS D. GUERRERO  
MEXICO

## INTRODUCCION

Está aceptado en la actualidad que los problemas sexológicos del individuo, sea mujer o varón, y con mayor razón de la pareja, ejercen una gran influencia no sólo sobre el comportamiento personal, sino además sobre la estabilidad conyugal y la conducta social en general. Este concepto ha fundamentado toda una escuela psicoanalítica y explica la gran mayoría de la patología psicósomática.

Es de creerse que en la historia de la civilización, la conducta y normas sexológicas seguidas por un pueblo y una comunidad determinada, han sido capaces de modelar una cultura y conducir al desarrollo y progreso de un pueblo o en otros casos a su decadencia.

Observando la época contemporánea y la educación e idiosincrasia de nuestros países indoespañoles, encuentro que la información, educación y enseñanza en aspectos de sexología es muy limitada y aún absolutamente nula, deficiencia más acentuada entre las jóvenes mujeres que entre los varones. Es por ello que me he permitido ofrecer a los organizadores de este certamen, la presente conferencia que anhelo sea una contribución que despierte interés y que no tiene más pretensión que sembrar una inquietud y el único mérito de ser sincera y fundada en experiencia clínica de 40 años.

Durante este largo lapso de ejercicio profesional, he podido observar a mujeres de diversos estratos sociales y correspondiendo a cuatro diversas décadas, pudiendo comprobar radicales cambios de actitud de las pacientes, familiares, maridos, grupos sociales y educacionales frente a los problemas sexuales, tanto en el reconocimiento del problema, como por su enfoque, manejo médico y aún profilaxis.

Estos cambios de conducta se resumen en los siguientes párrafos:

En la década de los "30", la mujer consultaba al ginecólogo únicamente cuando sufría de alguna molestia o proceso, casi siempre de tipo orgánico y que por lo común se corregía preferentemente en forma quirúrgica más o menos mutiladora. En aquella época los médicos casi no interrogábamos sobre problemas sexológicos y mucho menos la mujer "se atrevía" a solicitar ayuda, aceptando como natural y común la existencia de una frigidez, limitándose a sufrir o fingir ante el marido, siguiendo el consejo de la madre, la hermana mayor o alguna amiga.

Después de los "40", probablemente con el cambio social que representó la última guerra mundial en que la mujer fue solicitada para desempeñar trabajos varios que antaño eran privativos de los varones, hizo que ellas adquirieran más independencia del ambiente familiar y mayor camaradería con los varones, conduciendo así a la no rara relación sexual con quienes podrían llegar a ser los maridos futuros; por supuesto el entendimiento mutuo fue mayor, y con ello la mujer adquirió confianza de manifestar sus problemas cuando existían y el compañero sexual se preocupó de corregirlos. La consulta médica fue más y más frecuente.

Para los años "50", ya en la post-guerra, cuando las enfermedades venéreas han sido controladas, las actitudes sociales y conyugales se liberalizan; las relaciones sexuales prematrimoniales principalmente en nivel universitario, tienden a generalizarse, pero todavía se respetan ciertas normas clásicas de conducta sexual y de actitud social y se conservan vigentes los conceptos de matrimonio, fidelidad, dignidad; se teme una indeseada gestación y si no se rechaza, al menos se medita y considera

la idea de un aborto criminal. Pero no obstante, los médicos observamos que los problemas sexológicos van acentuándose y se nos consulta al respecto para sorpresa y a despecho de quienes a priori, pudieron suponer y defender que la libertad y facilidad sexual produciría una fácil adaptación sexológica. Para entonces los grupos sociales económicamente más capacitados, empiezan a consultarse por los muy contados psicoanalistas existentes en esta ciudad. En las sociedades y grupos médicos, los temas sexológicos pueden empezar a ser tratados (1, 2, 3) aunque no siempre fueran bien comentados (4) en forma más o menos excepcional, en nivel universitario, se organiza conferencias de orientación para la juventud.

En los últimos 10 años, el cinematógrafo aborda insistentemente los diversos temas sexuales, casi siempre en forma cruda y no siempre con correcta orientación médica y psicológica; surgen los cine-clubs, aparece la "píldora" y la "protesta" juvenil, el concepto familiar se desmembra, los conocidos problemas mundiales de guerra fría, tensión y falta de seguridad, la toxicomanía, la aparición de comunidades con promiscuidad sexual, los festivales de rock, etc. Todo lo anterior ha acarreado una morbosa curiosidad de la juventud por la actividad sexual facilitada con los siguientes hechos: la supresión o reducción de la religiosidad, la desaparición de "tabús" o temores a la infección venérea, la reciente legalización del aborto "al otro lado de la casa", el concepto de algunos jóvenes de que "hacen el ridículo" si se es virgen o ignorante de aspectos sexuales. La mujer de los 30 sufría problemas sexológicos por ignorancia, la de los 40 los sufría menos, pero la homosexualidad se acentuó, la de los 50 fue libre pero llena de temores, y la de los 60 con libertad y libertinaje, con estímulos y facilidades, también tiene problemas sexológicos.

Hasta aquí me he estado refiriendo a las

mujeres, pero es el caso que también en los varones se han presentado cambios, y si hace 20, 30 ó 40 años no era excepcional llegar al matrimonio ignorante e inexperto, lo común fue el tener un rudimentario aprendizaje adquirido con una sirvienta o poco menos elemental con una prostituta, llegando hasta la época contemporánea de la habitual experiencia con amigas, compañeras o aún con la escogida como futura esposa, aduciendo el falaz argumento de buscar una adaptación o aún con la idea de llegar a la moderna actitud de varones con facilidades, entrenamiento, información amplia que, sin embargo, llegan a preferir, reglamentar y legalizar la homosexualidad masculina. Sería posible resumir la actitud del varón y la mujer, pertenecientes a las últimas 3 ó 4 generaciones, con el siguiente esquema:

---

**PATRON SEXUAL DE PAREJAS DE 3 GENERACIONES**

---

	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
Antes de 1930	Impone	Se somete
De 1930 a 1945	Exige	Acepta
De 1946 a 1960	Toma	Concede
Desde 1961	Recoge	Tira
Actitud ideal:	Solicitar y obtener	Solicitar y obtener

---

Obviamente que en esta última década, al médico se nos habla con naturalidad y ya casi no se le pide consejo o ayuda, sino se nos exige orientación o actuación.

La clase médica mexicana empieza a preocuparse por el estudio y difusión de aspectos sexuales, y se organiza reuniones especiales (5 y 6); algunas obras clásicas norteamericanas son habitualmente leídas (7, 8, 9, 10), y un autor mexicano reciente, edita una magnífica obra (11). Los

artículos en la prensa médica son ahora frecuentes (12, 13) y finalmente se funda una Sociedad Mexicana de Sexología. Además en la prensa popular cada vez se trata más estos temas, aunque desgraciadamente no siempre con un buen criterio (14).

La evolución de actitudes de la clase médica y de las parejas frente a su actividad sexual, no fue prioridad de los pueblos latinoamericanos. A principios del siglo, en Norteamérica se critica duramente y se expulsa a un catedrático por atreverse a tratar estos temas ante la Asociación Médica Americana (14). En la tercera década, los países escandinavos y después otros países "desarrollados", entre ellos Estados Unidos, establecen programas de Educación Sexual (10).

En los países Socialistas tienen también inquietud por el problema y aún existe en Praga un Instituto de Sexología (15).

Tuve el privilegio de haberme formado con maestros que en su respectiva época se distinguieron por tener inquietudes no solamente organicistas o quirúrgicas, sino también buscaron las explicaciones fisiológicas, fisiopatológicas y psicológicas. Fue por ello que aprendí la necesidad y utilidad del interrogatorio sexológico que he practicado rutinariamente.

### 1.—Trascendencia clínica y frecuencia de la alteración sexológica femenina.

En nuestro medio fue costumbre que la consulta ginecológica era solicitada casi exclusivamente por la mujer casada y sólo cuando tenía algún problema médico obvio; pero en los últimos 3 ó 4 lustros, no es extraño que algunas señoritas en edad escolar, así como muchas jóvenes casadas, nos consultan en relación a problemas varios, algunos con génesis psicossomática, como trastornos menstruales, dismenorreas, secreción vaginal, tensión premenstrual, congestión pélvica y, en las casadas, por esterilidad o infertilidad.

En este tipo de enfermas jóvenes, solteras o casadas, si el ginecólogo ahonda su interrogatorio sin limitación de tiempo, podrá descubrir muchos problemas sexológicos femeninos como excitaciones sexuales, masturbación, contactos heterosexuales incompletos en las solteras o en las casadas y a través de ellas mismas descubrir conductas sexuales masculinas más o menos irregulares, como masturbación, vicios sexuales, eyaculación precoz, impotencia. Para investigar la frecuencia de estos trastornos, en 1969 (5), hice una revisión de 100 historias clínicas de mi consulta privada, enfocándose este análisis en dos aspectos básicos: por un lado la incidencia de frigidez y ausencia de orgasmo y por otro lado, los otros diversos síntomas imputables a actividad sexual.

Todas las mujeres tuvieron los siguientes factores clínicos y sociales que contribuyeron a unificar el grupo:

- En edades de 20 a 30 años y de entre 2 a 5 años de matrimonio, con lo que se supone tener buena madurez psíquica y un matrimonio social y sexualmente estabilizado.
- Perteneciendo a un medio social acomodado y con un buen nivel cultural o sea con educación secundaria mínima y muchas universitarias; factores que hacen inferir una inteligencia y desenvoltura para la investigación sexológica.
- Consultando por esterilidad o infertilidad, condición que ayuda mucho para que el médico obtenga datos fidedignos de la paciente en cuanto a actitudes psicológicas y sexológicas, lográndose igualmente satisfactoria información y/o cooperación acerca de la conducta sexual del cónyuge.

— Sin ninguna patología ginecológica que explicara la esterilidad.

Las respuestas encontradas fueron las siguientes:

**PERCEPCION DEL ORGASMO: 72%**

Con perfecta armonía sexual, deseo y orgasmo a través del coito fisiológico. . . . . 38

Falta de deseo, pero hay respuesta orgástica . . . . . 14

Hay deseo, pero el orgasmo se logra sólo con manipulación del varón. . . . . 22

(Manipulaciones desde noviazgo: 8)

**AUSENCIA DE ORGASMO COITAL: 38%**

Hay deseo sexual, pero imposibilidad orgástica. . . . . 20

(Rehusan manipulación del varón: 8)

Fingen el orgasmo (con o sin deseo). . . . . 18

Masturbación. . . . . 10  
(Desde señoritas: 6)

Ausencia imputable al marido: 14

Los hallazgos anteriores permiten afirmar que el 38% de mujeres casadas, padeciendo esterilidad conyugal, perteneciente a un medio social acomodado y con buen nivel cultural, acusan ausencia de orgasmo con el coito y sufren muchas otras alteraciones sexuales.

**2.—Importancia de la falta de Educación Sexual.**

En el centenar de casos de esta serie, se interrogó acerca de la preparación pre-matrimonial y sobre el nivel de conocimientos en cuanto al funcionamiento de los órganos sexuales femeninos y masculinos, confirmando un 28% de las parejas tiene suficiente y correcta información.

En el 72% restante, que corresponde en su mayoría a mujeres con problemas sexológicos, existió siempre una información incompleta o errónea, igual de la mujer como del varón. Los conocimientos de fisiología sexual habían sido adquiridos casi siempre en el medio de los amigos o compañeros escolares. En la familia no se había recibido ninguna información, salvo muy contadas excepciones y fue casi general la circunstancia de que en el medio escolar, igual varones que mujeres, ya sea en primaria, secundaria o aún universidad (en carreras ajenas a ciencias biológicas) las clases o conferencias sobre estos tópicos no habían existido.

Algunos ejemplos de ignorancia en fisiología sexual pueden ser: confundir la capacidad coital con capacidad fecundante, no aceptar la posibilidad de embarazo en mujer con himen íntegro, desconocer las peculiaridades de la menstruación, relación entre menstruación y ovulación, creer que el orgasmo de la pareja deba ser simultáneo, falta de cooperación del varón en el juego erótico, trascendencia de las infecciones genitales y muchos otros ejemplos que sería prolijo enumerar, llegando hasta el colmo de algún caso en que el varón suponía que la fecundación debería efectuarse a través del recto.

La presencia de alguna alteración ginecológica en ausencia de toda alteración orgánica, hace suponer una respuesta psicossomática y tales síntomas, juntamente con la información sexual previa de las pacientes, permitió formar la siguiente tabla:

**ALGUNA "PATOLOGIA" GINECOLOGICA ENCONTRADA  
EN 100 ESTERILES**

Tipo de alteración	Calidad de información sexual.	Calidad de información sexual.		
		Buena	Dudosa	Pobre
Congestión pélvica en:	12%	2	4	6
Trastornos menstruales	15%	6	2	7
Anovulación	16%	3	3	10
Flujo inespecífico	22%	12	5	5
Dismenorrea	8%	1	2	5
Dispareunia	14%	4	4	7
Vaginismo severo	2%	—	1	1
<b>Correlación General:</b>	<b>89%</b>	<b>27</b>	<b>21 + 41 = 62</b>	

Con base en esta tabla podemos inferir que en estas 100 pacientes se han presentado hasta 89 alteraciones ginecológicas (en algunas enfermas, 2 ó más coincidiendo) sin ninguna patología orgánica que las explique y de dichas alteraciones en 62 ocasiones (69% de los 89) se había tratado de mujeres con dudosa o pobre información sexual previa.

### 3.—Educación sexual del adolescente.

Como ya se dijo, en Norteamérica y los países europeos altamente industrializados, se establecieron normas de educación sexual a la niñez y al adolescente (10) pero hasta donde yo sé, tales normas no se han implantado en Latinoamérica. No pretendo defender la conducta de los pueblos "desarrollados"; muy por el contrario, ya que estamos actualmente contemplando el desquiciamiento social planteado por la promiscuidad sexológica, la experiencia sexual prematrimonial, la homosexualidad, la toxicomanía y el desmem-

bramiento o inestabilidad de los matrimonios.

Sostengo el criterio que es el hogar, dentro de la familia, con el ejemplo, así como en el medio ambiente, en el que se convive, donde la niñez debe ir obteniendo lo que se podría llamar "educación sexual elemental".

En cambio, es la escuela de cualquier nivel en donde el individuo va a aprender algo nuevo.

Congruente con el enunciado anterior, lo que se ha dado en llamar "educación sexual" deberá ser algo más amplio de enseñanza y no exclusivamente de aspectos sexológicos, sino de los aspectos anatómicos, fisiológicos y aún la patología de todo lo que converge para alcanzar una función reproductora a través de la actividad sexual.

Es durante la época de la adolescencia cuando el individuo recibe los impactos hormonales que acompañan a los cambios físicos bien conocidos y que en ocasiones son psíquicamente traumatizantes para el adolescente no preparado. Entonces, una primera recomendación es la necesidad de enseñar al adolescente acerca de estos cambios, durante su paso en el fin de la escuela primaria (entre los 11 y los 13 años) y complementariamente solicitar la cooperación de los padres para educar y ampliar la enseñanza en el medio familiar y pedirles la asistencia a conferencias para padres e hijos, impartida en el local escolar, con concurrencia de adolescentes y padres de ambos sexos. Estas conferencias no mencionarán todavía muchas peculiaridades de la actividad sexual y se limitarán a las modificaciones anatómo-fisiológicas de la adolescencia y un bosquejo de la gestación y parto.

Dos o tres años más tarde, en nivel de escuela secundaria, época durante la cual los jóvenes en su mayoría dejaron de ser adolescentes y tienen en cambio las grandes inquietudes de la sexología, cuando la edu-

cación en la escuela debe abordar los temas relacionados con maduración sexual del varón y la mujer, mecanismo del coito y fecundación, el orgasmo y su significado, los vicios o perversiones sexuales, la patología ginecológica y andrológica, la esterilidad y la patología psicósomática relacionada con todo lo anterior.

No soy partidario de incluir en el temario de estas pláticas, en forma específica, lo relacionado con prevención de la gestación, por considerar que con este tipo de enseñanza, algunos jóvenes, particularmente mujeres pueden caer fácilmente en la libertad sexual prematura que a su vez puede acarrear muchos inconvenientes de orden médico, psíquico, cultural y social. Un punto discutible es si este tipo de conferencias debe impartirse a un auditorio mixto o independiente a cada sexo. Mi experiencia es que existe mayor interés del auditorio, mayor libertad en las preguntas, se previene sentimientos de vergüenza o malas interpretaciones, cuando se tiene un auditorio de un solo sexo.

Y como en nuestro medio el enunciado "Educación Sexual" todavía puede ser recibido con cierto escándalo, reserva o rechazo, he encontrado muy buena aceptación cuando mis conferencias a jóvenes se han titulado "Funciones de los órganos propios de la mujer", si me dirijo a la adolescente femenina; y a los varones se les anuncia que se refiere a "Funciones de los órganos genitales masculinos y femeninos".

He tenido la costumbre de preparar un pequeño cuestionario que se reparte al auditorio, solicitando opinión, confesiones y sugerencias pertinentes que verbalmente no siempre se atreven a hacer, e invariablemente la respuesta ha sido que se considera la conferencia de utilidad, porque siempre han aprendido algo y porque se han percatado de muchos errores.

En una edad mayor, en nivel universitario en cuanto a escuela, o en grupos de prepa-

ración matrimonial, se deberá complementar la enseñanza sexual abordando temas tales como atracción sexual, mecanismo de coito, orgasmo, gestación, esterilidad, alteraciones, conducta sexual y planeación familiar.

Considero que este programa pueda ser considerado utópico en el momento actual, pero en cambio no ofrece dificultades insuperables y podría ir implantándose paulatinamente, primero preparando al niño en su hogar a través de los padres, luego al adolescente por conducto de los maestros y finalmente al adulto, quizá poco antes del matrimonio debiendo entonces ser los médicos los encargados de esta enseñanza.

#### **4.—La responsabilidad del ginecólogo en la actualidad.**

Ha sido demostrada la existencia del trastorno sexológico y su agudización por ignorancia o conocimiento erróneo. Se ha planteado la prevención a través de una correcta educación sexual. Pero cuando el problema ya existe, es cuando el médico tiene la responsabilidad de intentar la curación.

Estoy de acuerdo con los psicólogos, psicoterapeutas, psicoanalistas y psiquiatras, que una alteración sexual es causada generalmente por una perturbación psicológica y lo contrario también es válido, o sea que el problema sexual complica o causa una psicopatía. Con este concepto deberían ser tales especialistas quienes deberían encargarse de curar dichos casos, pero en la práctica ello es imposible por las siguientes razones: a) no hay suficiente número de psicoterapéuticos para hacerse cargo del gran número de pacientes, b) no todas las enfermas desean y aceptan la psicoterapia y c) aún queriendo o aceptando, no todas las personas pueden pagar el alto costo, por tiempo indefinido, de esta terapéutica.

Frente a esta incapacidad, debe ser el ginecólogo en primer lugar y el andrólogo a su lado, quienes se aboquen al problema; de estos dos, el ginecólogo está en gran ventaja por las obvias razones de que es la mujer quien con más frecuencia sufre el trastorno, es ella quien recibe mayores perjuicios del problema; por otro lado, el número de ginecólogos es mucho mayor que el de los andrólogos, sin olvidar que entre los urólogos son escasos quienes conciben el concepto de andrólogo, o sea el especialista que atiende no solo el tracto urinario, sino al varón desde el punto de vista orgánico, endocrino y psicológico.

Y precisamente el ginecólogo actual debe saber atender a la mujer en dolencias orgánicas, endocrina y psíquicas, tanto antes como después del matrimonio y en o fuera de la gestación.

De acuerdo con lo que he vivido y observado, el ginecólogo moderno está muy capacitado en tantas cosas que hace pocos años se ignoraba, sabe anatomía patológica, de genética, de dosificaciones hormonales, de histoquímica, detección de cáncer, sensibilidad a antibióticos, anticoncepción, iatrogenia fetal, virsisis, sufrimiento fetal subclínico, de inducto conducción, contractilidad uterina, peritoneoscopia, radioisótopos; detecta y clasifica las disgenesias gonadales; hace magnífica cirugía, sobre todo ampliamente mutiladora, y tiene a su disposición gran cantidad de nuevos fármacos y hormonas. Pero me pregunto y les pregunto: Estos ginecólogos jóvenes, magníficamente preparados, ¿han sido capacitados también en problemas sexológicos? Debemos reconocer que este aspecto se ha omitido en los programas de formación y más adelante, ya en la práctica profesional, acontece que el ejercicio diario, la prisa, la consulta excesiva, el reloj marcador, la cita académica o aún el golf, impiden atender problemas tan inobjetivos como los sexológicos.

Aceptemos que en estas condiciones el ginecólogo de antes fue mil veces más capaz que el actual que atendía y sabía de acuerdo con los conocimientos de entonces, pero solía preocuparse y no desatender los problemas psíquicos sin referir el caso a sus ayudantes, alumnos o asociados y vigilando a las enfermas personalmente, o sea como en la actualidad lo hacen únicamente los psicoanalistas.

Quedando asentado que el ginecólogo actual DEBERIA atender problemas psicósomáticos y sexológicos de sus pacientes, el propósito de esta charla es invitar a ustedes, a quienes no lo hacen, que se aboquen al problema; para ello de acuerdo con mi experiencia, puede seguirse una pauta al alcance de cualquier médico y que se resume en estos tres puntos: 1) Conocer el problema; 2) Educar a la pareja y 3) Aconsejar.

Para CONOCER, se requiere que el médico esté orientado en los problemas psíquicos y luego buscarlos en las parejas, estudiando sus alteraciones psíquicas, psicósomáticas, sociales, descartar problemas de otra causa y finalmente evaluar la alteración; por último trata de suprimir los errores de interpretación surgidos de las alteraciones propias que vive el médico. EDUCAR a la pareja significa demostrarle el problema, suprimiendo de paso tantos errores y mitos como los que menciona recientemente el ginecólogo venezolano Díaz Bruzual (16) o el psicoanalista norteamericano Reuben (17) en su reciente éxito editorial como son: el necesario sangrado de la desfloración, el tamaño de los genitales masculinos y capacidad sexual, el desarrollo mastal, el orgasmo clitoridiano y el vaginal, que si la frigidez significa poca feminidad o disendocrinia, el supuesto decaimiento sexual de la menopausia, la rara simultaneidad de la pareja, los temidos daños de la masturbación, las comunes manifestaciones homosexuales masculinas y femeninas, la no re-

lación esterilidad con orgasmo, el miedo a perder el atractivo físico, el repudio del varón a la histerectomizada o mutilada y a su vez el temor de la mujer a este repudio, las consecuencias de la anticoncepción y la ligadura tubaria, la excepcional presencia de la pseudo eyaculación de la mujer, la calificación de "normal" a determinada frecuencia o posición coital y de "anormal" a todo lo que no sigue cierta norma, etc. etc. Cabe también mencionar el error de que el amor debe ser necesariamente retribuido con placer sexual o bien el otro extremo, que el acto sexual es sólo función animal compulsiva y no espiritual como el amor.

Por último, ACONSEJAR significará la necesidad de hablar con la pareja, primero separados, luego juntos, explicarles el problema, la responsabilidad de cada uno de ellos para seleccionar y recomendar el tratamiento que de acuerdo con nuestro juicio sea el apropiado; y que podrá ser simple educación, psicoterapia menor, una psicoterapia armada, como corregir patología vaginal, una ducha deodorante, una pequeña operación, alguna dilatación; recomendar una adaptación, modificando algunas costumbres, hábitos, ambiente familiar, ritmo de trabajo, viajes, medio ambiente. Referir al varón con el andrólogo, porque ese varón suele sentirse mejor y es más sincero con otro médico que no sea quien atiende a su esposa. Finalmente, detectar los casos que definitivamente deban ser tratados por el psicoterapeuta especializado.

Reitero mi convicción que lo que estoy sugiriendo no es ninguna cosa difícil de practicar, exige del médico en lo general y del ginecólogo en particular, únicamente estar atento a la existencia del problema sexológico.

## CONCLUSIONES

A manera de conclusiones de esta plática, invito al auditorio a meditar y considerar

la aceptabilidad de las siguientes afirmaciones:

- A) Que los problemas sexuales existen, han existido y existirán, no obstante vivir ahora una época con mayor cultura, educación, libertad y liberalidad.
- B) Siguen existiendo parejas cuya actitud sexual es similar a la que observamos hace 40, 30, 20 ó 10 años atrás.
- C) La gran mayoría de los problemas obedecen básicamente a ignorancia, desorientación o conocimiento incompleto en relación con la anatomía, la fisiología, la psicología y psicopatología, tanto de la actividad sexual, como de la reproducción, la respuesta sexológica y la vida conyugal.
- D) Creo, con base a lo anterior, que toda pareja antes de llegar al establecimiento "legítimo" de un matrimonio, debe tener una información sexual mínima, resumida en el siguiente decálogo:

## INFORMACION MINIMA PARA UN MATRIMONIO

- 1.—Anatomía de los órganos genitales masculinos y femeninos.
- 2.—Fisiología de dichos órganos.
- 3.—Alteraciones anatómicas congénitas más comunes.
- 4.—Mecanismo del coito y la fecundación.
- 5.—Esterilidad e infertilidad.
- 6.—Atracción, excitación sexual. Orgasmo masculino y femenino.
- 7.—Gestación y parto. Aborto.



- 8.—Psicología y psicopatología de la atracción, excitación y satisfacción sexual.
- 9.—Principales alteraciones de la conducta sexual.
- 10.—Planeación familiar.

Corresponde a las autoridades escolares abocarse a la integración de programas de enseñanza sexual, pero mientras esto no acontece, el más indicado es el médico, todo médico cualquiera que sea su especialidad, con la única condición que él a su vez esté orientado e informado; pero sobre todo el ginecólogo, por ser él quien disfruta el privilegio de tener acceso a la confesión de los problemas y quien debe por ello mismo estar capacitado para hacer una profilaxis o un tratamiento temprano.

Con esta plática, anhelo dejar al ginecólogo joven la preocupación de ampliar sus conocimientos teóricos, abordar los problemas en su clientela, para así poder dar la orientación y consejo más certero.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Guerrero, Carlos D. y Millán, Alfonso.— Patología psicosomática en Ginecología. Ponencia ante la Primera Reunión Nacional de Ginecología. Monterrey, Méx. 1,9
- 2.—Datchkowski, Jasha.— Frecuencia de frigidez en la prostituta. Tesis recepcional. México, 1955.
- 3.—Colmeiro-Laforet, Carlos.— La falta de orgasmo como causa de esterilidad. Estudios sobre Esterilidad. Vol. III: pág. 57, Abril, 1952.
- 4.—Rosenzwei G., Maximiliano.— "Los problemas sexuales de la mujer estéril". No autorizada para publicación por ser tema discutible. Presentado en la Asociación Mexicana para Estudios de Esterilidad, México 1954. Citado por BERNARDEZ, José, en referencia N° 3.
- 5.—Guerrero, Carlos D.— Educación sexual en nivel adolescente. Simposium sobre Educación Sexual. XII Congreso Internacional de Pediatría. México 1-7 Dic. de 1968.
- 6.—Guerrero, Carlos D.— Bases para la Educación Sexual. Jornada de Sexología, durante la XX Asamblea Nacional de Cirujanos. México, Nov. 29, 1970.
- 7.—Kinsey, Alfred y Cols.— Sexual Behavior in the Human Female. Saunders, 1953.
- 8.—Stone, A. y Stone, H.— A marriage Manual. Simon & Schuster, New York, 1952.
- 9.—Levine, Lena y Loth, David.— La esposa frígida. Traducción de "The Frigid Wife". Edit. DIANA, S. A., México, 1963.
- 10.—Semmens, J.P. y Cefalo, R. C.— "Sex Education is a Profesional Responsibility". Publicación oficial del Comité de Salud Maternal del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Edit. por EATON Labs., 1963.
- 11.—Güemez Troncoso, José.— Relación e Interdependencia de Psicología, Sexo y Sociedad. Bases para la Educación Sexual. Edit. Guemsher, S. A., México, 1968.
- 12.—Saldaña, Roberto.— Problemas de Sexualidad. Rev. Med. Hosp. General (México) Vol. 32. 739, octubre 1969 (Tomado de una Sesión de la Soc. Médica del Hosp. General de México, efectuada el 22 de enero de 1970).
- 13.—Icaza, Alfonso.— Algunos problemas sexuales en el matrimonio. Semana Médica, México, Pág. 528, 1971.
- 14.—Lewis, Denslow.— The Gynecologic consideration of Sexual Act. American Medical Assoc. 1899 meeting, comentario por KELLY, Howard y SIMS, Marion. Citado por HOLLANDER, Marc H., en Am. J. Obstet. & Gynec., 108: 139, Sept. 1970.
- 15.—Hynie, Josef y Nedoma, Karel.— Simposium Sexuologicum Pragense. A collection of lectures delivered at the International Congress, Praga, Checoeslovaquia. Junio, 1968. Edit. Univerita Karlova, Prague, 1969.
- 16.—Díaz Bruzual, A.— Importancia de la educación sexual en práctica gineco-obstétrica. Rev. de Obst. y Ginec. de Venezuela. Vol. XXX: 463-71. Sept., 1970.
- 17.—Reuben, David.— "Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el sexo". Edit. Diana, México, 1971.
- 18.—Robinovich, Jorge.— Esquemas norteamericanos modificados de los contenidos de la educación sexual en las diferentes edades. Rev. Chilena Obst. y Ginec. Vol. XXXIV: 309, 1969.