

Doctor/información profesional

Dr

diciembre 1972

**conducta sexual:
antropología y clínica**



de **Dr** a doctor

se abre el diálogo

En enero de 1973 se clausuran las Primeras Jornadas de la Dirección General de Sanidad y la industria farmacéutica. Ello merece unos comentarios, ya que el hecho tiene una trascendencia que sobrepasa la simple nota de prensa.

¿Porqué? Por muchas razones. Primero, por ser una de las pocas veces en que se ha establecido un diálogo abierto, constructivo entre Administración y administrados. Segundo, porque a través de un largo período de tiempo, exactamente desde junio de 1972 al 18 de enero de 1973, se han celebrado numerosos seminarios y reuniones de trabajo, en las que se han reunido más de cien representantes de toda España, tanto de la Administración como de la industria, y se han redactado unas ponencias provisionales que conjuntamente con las comunicaciones, que presentarán algunos de los mil inscritos en las Jornadas de Clausura, podrán elevarse a definitivas.

Las ponencias, los temas, resumizados hablan de por sí tanto de su trascendencia general como del interés directo que tienen para nosotros médicos.

Primera ponencia: "Investigación farmacéutica", desde un punto de vista de investigación básica y de investigación aplicada, estudio de nuevos preparados antes de pasar a la fase clínica humana. Segunda ponencia: "Producción, control de calidad". En ésta se analizan estructura y organización de las industrias,

locales, producción, almacenaje, precauciones contra la contaminación de medicamentos. Control de calidad, referido a la verificación de materias primas, proceso de fabricación y estudio del factor humano.

Tercera: "Promoción de las especialidades farmacéuticas", con un estudio pormenorizado de la visita médica, folletos, literatura, revistas médicas, etcétera.

Cuarta ponencia: "Aspectos socio-económicos del medicamento". Derecho a la salud, recursos financieros y decisiones políticas. Consumo de medicamentos como acto médico y como problemática socio-económica.

Quinta ponencia: "Supervisión y deontología", referida sobre todo a la inspección farmacéutica, a estupefacientes y a supervisión de la titularidad. Sexta y última ponencia: "Unificación de los requerimientos oficiales para el registro de productos farmacéuticos, con el fin de lograr un reconocimiento europeo e internacional de los mismos."

La clausura de estas Jornadas de tan gran trascendencia tendrá lugar en Madrid entre el 14 y el 18 del próximo mes de enero. Esperamos que este tipo de diálogos se establezcan con alguna frecuencia en otros asuntos que también nos afectan mucho a nosotros los médicos, léase Ministerio de Sanidad, Ley general y regionalización hospitalaria, etcétera.

Director ejecutivo: Manuel Herrero
Asesor médico: Dr. Enrique Bosch
Asesores editoriales: Antonio de Quadras · Pedro Cuesta Hernández
Arte: Héctor Cotelo
Portada: H. Cotelo Tilbe
Auxiliar producción: Helena Oliveras
Doctor · Información profesional y administrativa
230 74 42. Provenza, 88. Barcelona-15. España
Editado por Publicaciones Especializadas Internacionales, S. A.
Impreso E.M.S.A. Diputación, 116-118 Barcelona
Depósito Legal: B. 24.923-1971
Fotos: Archivo · Usis · Servicio de Prensa de la Embajada Británica · Consulado Alemán · Europa Press · A. Lorente · Zardoya · Pepín Alonso
Publicidad: Pedro González · Herminio Hernández · Antonio Zamora
Representación en Inglaterra: Thomson Overseas Journals
Elm House
10-16 Elm Street
London Wcix Obp
Tel: 01-837 1234
Telex: 21746
Representación en Francia: Gustav Elm;
41 Avenue Montaigne - París 8
Director: Jesús Ruiz Manent

Reporteros:

Barcelona: Juan Rendé / Gabriel Morenas / Alejandro Vinagti / Madrid: Fermín Cebolla / Zaragoza: José Hernández Polo / San Sebastián: María Pilar Martínez de Ledo / Bilbao: Ofa Bezunartea / Santander: Julio Poo San Román / Oviedo y Gijón: Luis José de Avila / Sevilla: Fausto Botello.

Consejo Consultivo:

Dr. Antonio Aznar Reig, catedrático de patología médica de la Facultad de Medicina de Sevilla / Dr. Esteban Amigó Palés, del departamento de pediatría del Hospital Clínico de Barcelona / Dr. Felipe Martín Lomillos, director del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y jefe del Servicio de Higiene Mental de Segovia / Dr. Francisco Morer Fargas, graduado en la Universidad de Hamburgo, Alemania, médico auxiliar del servicio de endocrinología del Hospital de San Pablo de Barcelona / Dr. Francisco J. Quintero

director del Instituto de Psicopediatría de Madrid / Dr. Gregorio Toledo, representante de los médicos en ejercicio libre de la junta directiva del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas de Gran Canaria / Dr. Joaquín Rovira Rosell, de la Sociedad Española de Urología / Dr. José Luis Martí Tusquets, director del Instituto Frenopático de Barcelona / Dr. Jesús López Alonso, médico del Cuerpo de Sanidad Militar de Madrid.

Corresponsales:

Brasil: Dr. Bernardo Blay / Colombia: Dr. Ernesto Reyes / Cuba: Dr. Hilda Díaz / Honduras: Dr. José Gómez Márquez / Portugal: Dr. Víctor Hugo R. Damasceno / Venezuela: Dr. Antonio Roberto D' Lacoste Parra.

La revista Doctor se envía gratuitamente a todos los médicos colegiados españoles.

Suscripción para el extranjero: 1.200 pesetas al año.

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación, sin autorización previa.

EL INFORME SIMON

Primera encuesta científica sobre el comportamiento sexual de los franceses

Sociólogos, matemáticos, médicos y encuestadores han unido sus esfuerzos y sus conocimientos profesionales, durante más de tres años, para redactar lo que ha terminado por apellidarse el «Informe Simon», el cual está llamado a tener una resonancia y un eco tan grandes como el del conocido «Informe Kinsey».

Austero, pero ambicioso, el «informe sobre el comportamiento sexual de los franceses» presenta, por primera vez, un cuadro sistémico y una tabla cifrada de los comportamientos y de las actitudes que comportan la vida de un pueblo. Una vida que, en Francia al menos, se guarda en secreto en nombre de una moral construida sobre prohibiciones y tabúes, a menos de que no se la haga objeto de descripciones dudosas en publicaciones eróticas comerciales.

Ginecólogo, uno de los fundadores del Planing familiar, Pierre Simon es, a los 47 años, uno de los especialistas más inquietos en problemas de contracepción. Antiguo gran maître de la Gran Logia de Francia, a este francmasón apasionado de la política y de la sociología le ha sido confiada la más grande encuesta jamás realizada. A título indicativo, se puede añadir que la encuesta ha costado más de cincuenta millones de francos viejos.

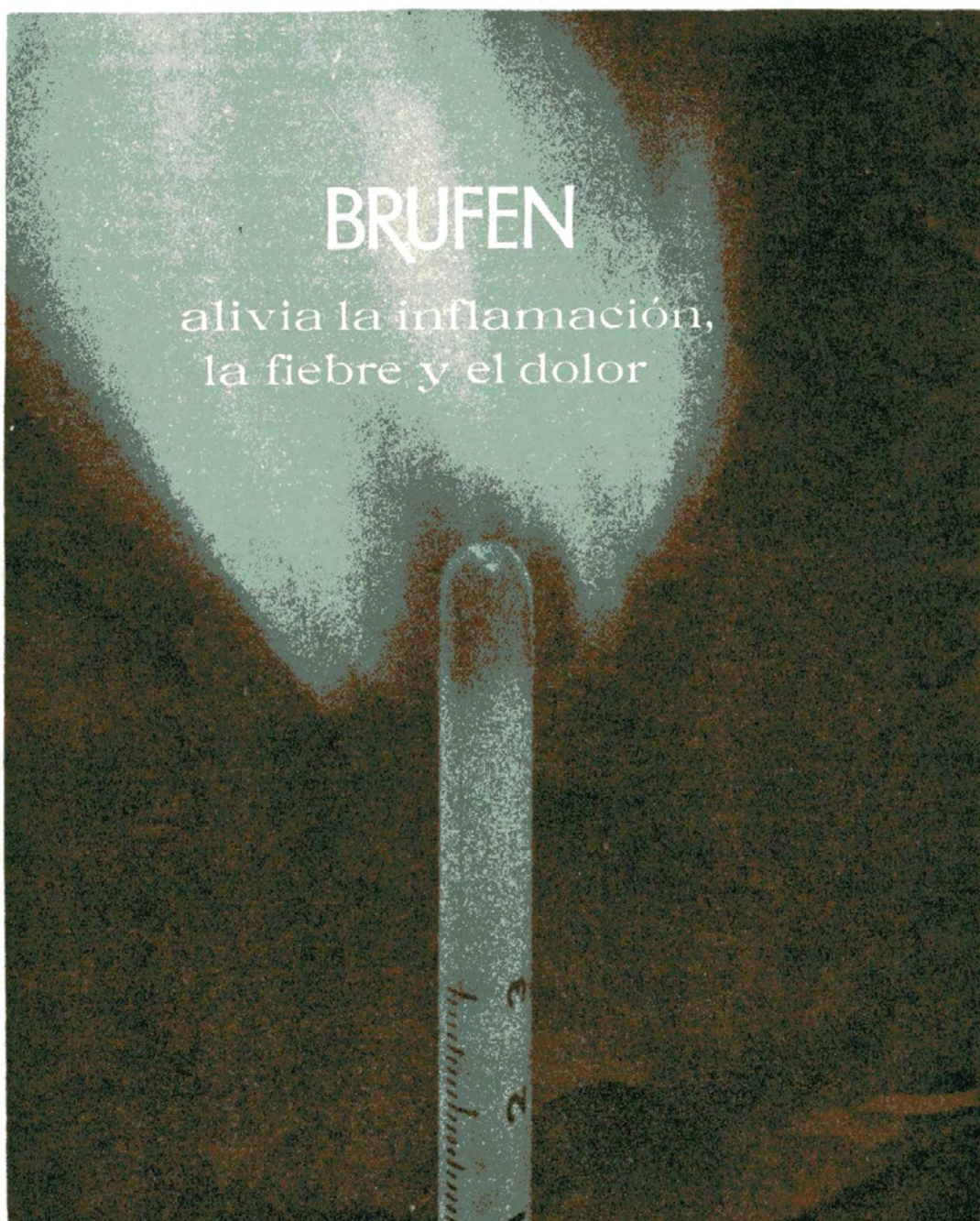
Como había hecho Kinsey

en los Estados Unidos, hace más de 20 años, el doctor Simon, con los medios de información e investigación puestos a su disposición, pretende instrumentar un auténtico vehículo para el conocimiento sexológico, sociológico e, incluso, político.

La primera vez

El hombre a los 19,2; la mujer a los 21,5 años. Esta es la edad media del «primer informe sexual completo», para el conjunto de la población estudiada. Una media de edad que, sin duda, tiene tendencia a re-

bajarse, pero débilmente: si las mujeres «comienzan» un año más pronto que al principio de siglo, la edad media de iniciación no ha variado, para los hombres, en 70 años. Las cifras citadas más arriba son las medias. El análisis por edades muestra



una evolución muy clara en el caso de las jóvenes: el 59 por ciento de las mujeres mayores hoy de 20-29 años no serían en absoluto vírgenes en su mayoría contra el 36 por ciento solamente en la generación anterior, la de su madre (50 años o más).

Conviene anotar: la experiencia de la primera relación tiene lugar más pronto en aquellas mujeres que no han cursado más que estudios primarios. Otro signo de «liberalización»: las mujeres de las jóvenes generaciones tienden a hacer el amor por

primera vez con partenaires de su misma edad, mientras que sus abuelas eran iniciadas —generalmente al casarse— por hombres de más edad (solamente el siete por ciento de las mujeres que hoy cuentan con más de 50 años han tenido su primer

encuentro sexual con hombres de menos de 21 años), el 20 por ciento de las mujeres de 2029 años han tenido como iniciador a un hombre de menos de 21 años. Sin embargo, la mayoría —hombres y mujeres— de las personas interrogadas declaran que su primer encuentro ha tenido lugar con un partenaire de más edad (tres años por término medio).

La virginidad del otro es cada día menos considerada como un obstáculo: el 41 por ciento de los hombres de 20-29 años han tenido su primera relación con una mujer virgen, siendo así que la proporción en el caso de los mayores de 50 años no es más que del 31 por ciento. En el caso de las mujeres, la evolución es todavía más clara: el 10 por ciento de más de 50 años han sido iniciadas por un joven virgen, frente al 31 por ciento en el caso de las de 20-29 años.

Conviene anotar: Hacer el amor por primera vez parece ser, en la gran mayoría de los casos, fruto de una decisión: sólo el 14 por ciento de los hombres y el 16 por ciento de las mujeres han sido sorprendidos sin haberlo buscado. Las respuestas de los de más de 30 años son bastante vagas sobre este punto: las circunstancias se muestran muy confusas en su memoria...

En cantidad de civilizaciones próximas a la nuestra, la «primera vez» era una verdadera ceremonia iniciativa. Se puede ver que las cosas han evolucionado en este punto, examinando el lugar de los hechos.

¿Dónde ocurrió? Si el 24 por ciento de las mujeres de más de cincuenta años responden: «en el lecho conyugal», el 23 por ciento de los hombres, todos los grupos de edad mezcla

eficaz antiinflamatorio

- **sólo, en casos de enfermedad inflamatoria**
- **asociado con antibióticos en infecciones**
- **en procesos reumáticos**

BRUFEN

(ibuprofen)

2 grageas tres veces al día

Puede ser empleada la dosis terapéutica completa porque Brufen es extremadamente bien tolerado en el trato gastrointestinal.



THE BOOTS COMPANY LTD. NOTTINGHAM ENGLAND

Concesionarios para ESPAÑA

G. D. SEARLE & CO.

Don Ramón de la Cruz, 15 MADRID - 1

Dr

dos, indican que ellos han perdido su virginidad «al aire libre» y las mujeres de 20-29 años mencionan un gran número de lugares diferentes. Citando estas últimas en un orden creciente: en casa de un camarada, el tres por ciento; en la tienda de campaña, el tres por ciento; en casa de los padres de él, el seis por ciento; en su casa, el ocho por ciento; en casa de él, el ocho por ciento; en un hotel, el diez por ciento; en el campo, el diez por ciento; en el coche, el 11 por ciento; en un apartamento común, el 12 por ciento.

El ante último porcentaje es, sin duda, el más significativo de una época: el rol del coche en las relaciones sexuales y, singularmente, para la iniciación, si bien no era de gran importancia en el caso de la encuesta de los Estados Unidos, ha aumentado de forma sorprendente. Siendo así que ninguna mujer de más de 50 años ha realizado allí su primer coito, sí lo ha hecho el dos por ciento de las de 30-49 años y, repitámoslo, el 11 por ciento de las de 20-29.

Conviene anotar: No se hace el amor por primera vez sin saber con quién. La mayoría de las jóvenes alternan con el muchacho más de un año antes de «ceder». Dos muchachos de cada cincuenta han esperado también largo tiempo. El baile es el principal sitio para empezar (el 17 por ciento del total), ya que son reducidas las posibilidades de dar con el primer amante en la barriada o entre las amistades de la familia. Pero, como normalmente se dice, el amor puede nacer en cualquier momento: lo mismo en el metro que en el autobús. Dos veces más mujeres que hombres sitúan en los transportes públicos su primer encuentro.

Flirtear antes del primer encuentro amoroso no es la regla general. Una vez de ocho, se pasa directamente al coito. Generalmente se flirtea en forma de «escalada» y se llega al orgasmo por medio de caricias. Sobre este punto hay divergencias entre los hombres y las mujeres. Entre los jóvenes, el 27 por ciento de los muchachos afirman que su partenaire «ha llegado al placer flirteando», mientras que solamente el 18 por ciento de las mujeres piensan que han llegado al orgasmo. ¿Dónde se ha quedado ese nueve por ciento de diferencia? Seguramente en un considerable malentendido...

Se hace el amor, no importa cuándo. Para el 80 por ciento de los franceses es la noche, antes de dormir «son sus costumbres». La mañana, el 11 por ciento; después de comer, solamente el siete por ciento. Y por lo tanto, solamente el 50 por ciento sienten preferencia por la tarde: pero el trabajo, los niños, no les dejan realmente elegir. Por otra parte, los días de la semana no tienen preferencias especiales: el lunes, lo prefiere el uno por ciento; el martes, el dos por ciento. El sábado y el domingo, son catorce veces más preferidos que el martes.

Las estaciones son más o menos propicias. Entre los que son sensibles a esta circunstancia, el uno por ciento solamente lo son en el otoño, pero entre éstos son 20 veces más numerosos los que se sienten en plena forma durante las vacaciones.

¿Quién toma la iniciativa? La mujer en el tres por ciento de los casos, y el hombre en el 56 por ciento. Los comentaristas del informe precisan: «Este porcentaje varía poco si se

tiene en cuenta la edad de los interrogados». Muchos (27 por ciento) declaran que la iniciativa ha sido tomada tantas veces por el uno como por el otro y esta tendencia se generaliza entre los jóvenes. Para algunos (cinco por ciento), nadie ha de tomar la decisión: esto ha sido con venido de antemano según las costumbres.

El encuentro sexual tiene lugar generalmente por la noche. El 78 por ciento de las mujeres prefieren la oscuridad o la semi-oscuridad. Solamente el tres por ciento se encuentra bien a plena luz. Los hombres se esfuerzan menos para esconderse: ellos, como dicen los autores, están más expuestos al «voyeurismo», desviación caracterizada por refinamiento visual, pero, tratándo

se de la luz, los dos sexos están más o menos de acuerdo.

Apagada la luz, pues, comienzan «los preludios». Para el 16 por ciento estos preludios son breves o no existen. El 27 por ciento se acaricia cinco o nueve minutos antes del acto en sí; el 21 por ciento entre 10 y 14 minutos; y el 23 por ciento de un cuarto de hora a tres cuartos de hora. Los hombres y mujeres están en general satisfechos con el tiempo que dedican a esta parte de la operación. El 56 por ciento declara que el tiempo que dedican a los preludios es ni más ni menos que el que ellos desearían. Una fuerte minoría (31 por ciento), compuesto sobre todo por hombres, prefieren que los preludios duren largo tiempo.

FONDO DE INVESTIGACION BRISTOL

Aun en el caso de que la casualidad ayude y un nuevo fármaco aparezca en el tubo de ensayo, queda un trecho muy importante por recorrer hasta que ese producto llega al enfermo.

Las diferentes etapas por las que un fármaco debe pasar necesariamente, desde su descubrimiento hasta su aprobación final, tardan entre cinco años como mínimo y nueve años como máximo normal. La inversión requerida para completar este proceso oscila entre los 70 y los 450 millones de pesetas. Es curioso ver cómo estas cifras responden a la realidad. Laboratorios Bristol, por ejemplo, con una in

versión anual en investigación de unos 2.600 millones de pesetas, estudia anualmente entre 4.000 y 5.000 nuevas sustancias, de las que sólo unas pocas llegan a una etapa más avanzada.

Bristol es una antigua Compañía, fundada en 1887, y que ha dedicado grandes esfuerzos al campo de la investigación. En 1969 se calcula que invirtió una suma equivalente al siete por ciento del total dedicado, en los Estados Unidos, por toda la industria farmacéutica (40 millones de dólares sobre 560). En colaboración con otras tres casas, el año 1956 descubrió la tetraciclina, diez años más tarde fue la ampicilina, y hace unos meses la cefapirina, de la que se espera una contribución decisiva en el tratamiento de las infecciones. Pero la vida de los antibióticos se ha demostrado ser relativamente breve, por lo que se impone una investigación incesante. La

Conviene anotar: La duración de las caricias preliminares va disminuyendo con la edad.

Se pide a continuación a las 2.652 personas interrogadas: «¿Sin tener en cuenta los preliminares, aproximadamente cuánto tiempo duran por término medio vuestros abrazos sexuales en sí mismos; es decir, el tiempo que estáis unidos?». Respuesta: de un minuto (dos por ciento) a más de 45 minutos (dos por ciento); de 5 a 15 minutos: 39 por ciento; de 15 a 30 minutos: el 19 por ciento.

Durante este tiempo, generalmente, las mujeres callan (60 por ciento) y los hombres «dicen palabras de amor» (53 por ciento). El 64 por ciento de los hombres cree que su partenaire habla «durante». La

mayor parte, como se ve, están engañados.

¿Cómo se abrazan? La posición «du missionnaire» (la mujer está tendida sobre su espalda y el hombre se echa sobre ella), la practica el 98 por ciento de los franceses. El 55 por ciento adapta frecuentemente la posición inversa (la mujer sobre el hombre). El hombre tendido sobre la espalda de la mujer: el 20 por ciento. El hombre y la mujer de pie: el 13 por ciento. El hombre y la mujer sentados: el 11 por ciento. La posición llamada «à la paresseuse» no es objeto de la pregunta. En cuanto a la «missionnaire» (o de cara a cara) tiene, según los autores del Informe, una «significación de intercambio personal».

«Las caricias recíprocas» son practicadas para ayu-

dar al placer (59 por ciento). El 35 por ciento lo han hecho después de menos de un año. Poco más o menos otro tanto (58 por ciento) «se acarician mutuamente los órganos sexuales con la boca, pero sólo el 26 por ciento lo hacen «frecuentemente o bastante frecuentemente». El ocho por ciento de los hombres y el siete por ciento de las mujeres que intercambian este tipo de caricias llegan al placer «frecuentemente» por la boca de su partenaire.

Pregunta: «Sucede que el hombre se une a la mujer por el recto (ano). ¿Usted ha llegado a tener un encuentro sexual de esta manera con una mujer (un hombre)». El 13 por ciento de personas interrogadas, no contestan. Entre es rarísimo. El 99 por cien-

to de los hombres y el 14 por ciento de las mujeres han declarado «haber tenido intercambios anales». El uno por ciento solamente los practican «frecuentemente».

Las mujeres hacen el amor más frecuentemente que los hombres. El record lo establecen las de 20-29 años: el 31 por ciento de entre ellas tienen relaciones sexuales más de 15 veces por mes. En la misma clase de edad solamente el 25 por ciento de los hombres atestiguan esta frecuencia.

De 100 franceses interrogados, 57 han hecho el amor a lo largo de un mes: el 17 por ciento, de una a cuatro veces; el 20 por ciento, de cinco a 14 veces; el 10 por ciento de 15 a 25 veces o más.

tetraciclina comenzó a declinar a los diez años de su aparición. La ampicilina, que se puso a disposición del cuerpo médico a partir de 1962, se ha mantenido otros diez años. Se espera que ésta sea la vida de la cefapirina.

Con la creación del Fondo de Investigación, Bristol intenta disponer al término de este ciclo de nuevos preparados, igualmente eficaces. Ahora España es incorporada para participar activamente en el desarrollo de nuevos fármacos.

Los dos millones del Fondo de Investigación Bristol 1973 se distribuirán en una Primera Bolsa de Investigación, de un millón de pesetas; una Segunda Bolsa, de medio millón de pesetas; y diez terceras Bolsas de Investigación, de cincuenta mil pesetas cada una. El acto de entrega se realizará públicamente el 15 de marzo de 1974. Podrán optar todos los médicos y farmacéuticos es-



pañoles e hispanoamericanos que residan en España durante el año 1973. Para ello deberán presentar una memoria o trabajo con el tema «Investigación clínica con las nuevas cefalosporinas semisintéticas, en cualquier tipo de infecciones». Se hará en original y tres copias y deberán entregarse o enviarse por correo certificado a las oficinas del Departamento Científico de Bristol Myers, S. A. E., calle Islas Molucas, número 2 / Ma-

drid-34, apartado de Correos 50.989. El plazo de admisión finalizará el 31 de diciembre de 1973.

Todas las memorias o trabajos serán examinados por un tribunal selector constituido por dos representantes de las autoridades sanitarias, nombrados por la Dirección General de Sanidad, y dos representantes del Departamento Científico de Bristol Myers, S. A. E., que presentará a un jurado califi-

cador los 20 trabajos que considere más importantes. Bristol-Myers, S. A. E., tendrá derecho a publicar aquellos trabajos presentados que, a juicio del Departamento Científico, tengan interés general.

Los nombres de los miembros del Jurado calificador se harán públicos una vez terminado el plazo de admisión y en fecha no superior al 15 de enero de 1974. En el Jurado estarán representados:

- Dirección General de Sanidad.
- Reales Academias de Medicina y Farmacia.
- Facultades de Medicina y Farmacia.
- Corporaciones médicas y farmacéuticas.
- Personalidades representantes del mundo médico y farmacéutico.

El Jurado calificador se reunirá en sesión privada antes del 15 de febrero de 1974 y emitirá su fallo, designando cuáles son los 12 ganadores entre los 20 trabajos preseleccionados.

personal

el internista ante pacientes con traumas sexuales

Una encuesta, en la que diez médicos, en su mayoría internistas, hablan de sus experiencias frente a unas sintomatologías que apuntan a una causación sexual.

Trauma y conducta anómala

El doctor Santiago Dexeus de Bes, ginecólogo, Presidente de la Sociedad española de Citología y Jefe del Centro de Lucha contra el Cáncer de la Maternidad de Barcelona, se plantea el problema en los siguientes términos:

—Existe una patología orgánica o funcional que tiene su origen en traumas sexuales o alteraciones de la conducta sexual.

El entrevistado amplía esta su primera formulación.

—En este sentido, hay que distinguir dos situaciones. Una es el trauma sexual y la otra una conducta sexual anómala. En el primer caso se trata de un hecho más drástico, con un contenido más evidente. Por ello puede abstraerse de la personalidad del individuo a través de un interrogatorio no excesivamente profundo.

Otro asunto es el que, mediante un correcto tratamiento psiquiátrico, dicho individuo resuelva totalmente su problema. En principio, hay que esperar así. Pero, como es lógico, a par-

tir del trauma inicial, se ha ido estructurando una personalidad anómala (al menos en esta faceta de su vida) y precisamente estos hechos fenomenológicos externos pueden dificultar el tratamiento del trauma primitivo. En cuanto a la conducta sexual anómala el doctor Dexeus explica:

—En mi práctica diaria es frecuente la afirmación, por parte de la paciente, de que presenta una función orgasmática que ella considera anormal. Cuando la problemática se la plantea la propia paciente tras varios años de conducta sexual anómala, podríamos decir —utilizando un término muy orgánico— que es tal la cronicidad del proceso que prácticamente el organismo se ha adaptado al mismo.

A partir de esta valoración, el entrevistado determina los mecanismos ambientales capaces de producir tales síntomas.

—El caso más difícil es aquel en que la mujer expone con una cierta indiferencia su problema; indiferencia a veces motivada por sus propios mecani-



No puede hablarse de "traumas sexuales" como de algo más.

mos defensivos ambientales y sociales, que no aceptan la existencia de un fallo en su propia vida.

En otro nivel social, la sexualidad es mucho más primitiva —llamémosle instintiva— y probablemente si existiera una frustración condicionada por el acto sexual, aquélla sería difícilmente reconocida por el enfermo, y por lo tanto motivadora de una órgano-neurosis. El doctor Dexeus se refiere a la masificación de los problemas.

—Es indiscutible que, con el acceso progresivo de todas las clases sociales a unos medios de consumo y de vida, antes privativo de ciertas minorías, el problema social se homogeneiza y generaliza.

Tabúes y progreso

De todo lo expuesto, puede llegar la motivación fundamental, raíz del problema.

—Existen unos tabúes tradicionales, culturales e informativos, que dan lugar muy fácilmente a que la práctica del amor sea realizada en una forma totalmente en discordancia con la erotización progresiva y masiva que la sociedad de consumo actual exige del individuo.

Cualquier mujer con alteraciones en la conducta sexual, se frustra e inicia lo que llamamos organoneurosis. Quiere ver, por ejemplo, en un dolor o varios, muy concretos, una enfermedad que ella desearía que el ginecólogo organizara, con una brillante terapéutica o un eficazísimo acto quirúrgico, resolviendo en toda su complejísima problemática. Todo ello, a juicio del entrevistado, requiere una terapéutica apropiada.

—Para el ginecólogo, lo más importante es saber rechazar la propeleutíca que la enferma quiere condicionarle. Resulta fácil, en ciertos casos, ceder e iniciar un sinnúmero de tratamientos inútiles. Cosa que debe evitarse en forma absoluta. Cuando se recibe una enferma de este tipo, pluritratada, nos asombra ver en cuántas ocasiones, con cuánta frecuencia, la circunspectancia de que nunca habían sido sometidas a una amnesis profunda. Y desde luego el hecho de que no se les había preguntado por su función sexual.

Toda esta sintomatología álgida, imprecisa, los cambios de carácter en la edad en que la juventud declina, las depresiones que tienen su origen en los ovarios, son muestras de un trastorno de la conducta sexual.

—¡Qué pocas mujeres saben lo que es la libido y el orgasmo! ¡Y qué pocas parejas se preocupan, una vez institucionalizada su unión, mantener el fuego sagrado del interés sexual, léase o digamos: la pasión y la ilusión! !

El ginecólogo debe entonces apurar los medios diagnósticos, asegurarse de que realmente no existe un trastorno orgánico, y utilizar su influencia para indicar a la paciente que quien debe ocuparse del caso es el sexólogo. Y aunque se vea muy claro que el ginecólogo puede aportar una cierta psicoterapia de apoyo, no está preparado ni dispone de tiempo necesario para hacerse cargo totalmente del caso. El doctor Dexeus no niega la existencia de dificultades.

—La terapéutica sexológica puede chocar con dificultades difíciles de vencer, debido al «entourage» legal, moral y económico en que desarrolla su vida la pareja.



Patología y hormonas

En el doctor Eduardo Henríquez de Castañondo, internista en el Hospital Clínico de Barcelona, se dan las siguientes coincidencias: pertenecer a una promoción reciente y un interés profundo por todos los campos de la Medicina. Abre la conversación con estas palabras:

—Es necesario un reajuste en todos los conceptos que tocan una visión más amplia de todo caso patológico, ya que toda patología es hormonal. Refiriéndose a los problemas que acarrea un paciente cuya patología pueda tener raíces de índole sexual, puntualiza:

—No es frecuente que se den pacientes de este tipo. Al menos, en lo que a mi práctica se refiere. Ahora bien, teniendo en cuenta que un médico, de por sí, debe estar abierto a toda mani-

festación vinculada con su profesión, tengo que reconocer que este tipo de patología existe, y que es necesario poner mucha atención en su tratamiento, a fin de lograr crear en el paciente las condiciones adecuadas para una eficaz curación.

El médico debe estar preparado para afrontar una enfermedad de este tipo; es decir que el aspecto psicológico —frecuentemente descuidado en el ejercicio de la medicina— debe y tiene que preocupar al profesional responsable de su misión. El entrevistado insiste en sus puntos de vista.

—Es necesario, cuando se presentan casos del tipo al cual nos referimos, poder valorar a fondo el grado de traumatismo y ver hasta dónde se puede llegar. Lo correcto es derivarlo hacia el especialista indicado. De lo contrario puede llevarse a cabo una valoración errónea de la enfermedad, lo cual redundaría en contra del paciente.

Durante los estudios, nada

Es decir que hay que hacer todo el esfuerzo posible para ver hasta dónde el internista puede llegar; hacer todo lo posible desde su punto de vista (o sea dentro del terreno clínico si cabe la palabra), antes de encauzarlo en la vida específica que le corresponde. Porque hay que tener en cuenta que a un caso patológico sexual no se lo puede tratar como a cualquier otro, motivado por causas enteramente fisiológicas, no sexuales. En cuanto a ejemplificar casos típicos, el entrevistado afirma:

—Es muy difícil poder dar con el quid de la cuestión en forma rápida. Este tipo de trauma está localizado de manera muy profunda en el paciente. Y cuesta llegar a la raíz, determinar cuál fue el origen de los síntomas que presenta el paciente. Tomemos un caso —típico por otra parte— que hace poco me tocó resolver. Se trataba de una señora cuya edad era de 51 años. Se presentó acusando síntomas de una posible cardiopatía coronaria. Se efectuaron los correspondientes exámenes de enzimología y electrocardiopatía. Resultado negativo. En ese sentido, estaba perfectamente normal. La señora en cuestión presentaba los síntomas clásicos de la menopausia: ausencia

Ese aparente trauma, cuando no se trata de una enfermedad específica, tiene una raíz profunda: el medio ambiente donde se educó el paciente y su absoluta falta de conocimiento del problema sexual.

de regla ya hacía cuatro meses. Luego de un esforzado interrogatorio, la paciente «confesó», si es que cabe el término, que tal problema repercutía sensiblemente en la relación sexual con su marido. Pude comprobar entonces que estaba claro el problema de «inhibición». Pero el diagnóstico, una vez averiguada la causa, llevó a eliminar de su vida la visita permanente a diversas clínicas tratando de curar su supuesta «cardiopatía coronaria».

Explicando en detalle cuál es el principal factor con que choca el médico frente a este tipo de enfermos, el doctor Gastañondo aclara:

—La cuestión principal en cuanto a los pocos medios con que se cuenta en nuestra profesión para hacer frente a este tipo de patología, radica principalmente en la falta de información o estudios al respecto durante la carrera. Creo que el médico debe abarcar, profesión aparte, todas las disciplinas humanas que puedan estar conectadas con su profesión. Y como nuestra profesión es tratar al ser humano, creo que el factor psicológico debe estar presente en muchos aspectos de nuestra formación. En ese sentido, es poco lo que se hace al respecto dentro de las disciplinas estudiadas. Toda patología interesa al médico.

Todo hombre o mujer debe encontrar en el médico la ayuda, el consejo y la guía necesaria para resolver sus problemas. Cuando estos problemas son del tipo como los presentados aquí, no cabe otra salida que realizar el mayor esfuerzo posible por adentrarse en los mismos y de esa forma atacarlo en su núcleo. El entrevistado concluye:

—Eso forma parte, sin duda, del sacerdocio que implica la medicina en general.



Hay síntomas

Para el doctor Segura, internista en el Hospital Clínico de Barcelona, el principal escollo que se encuentra en este tipo de diagnóstico, es la inhibición

prácticamente total que se encuentra en el paciente. Al respecto, afirma:

—Los médicos internistas chocamos (podría afirmar que en el cien por cien de los casos), con el problema del paciente que no habla de su trauma (cuando éste existe), o no explica con claridad sus inhibiciones (si las hay), sexuales.

Pero hay que aclarar, en todos los casos, que este tipo de patología ori-



ginada en conflictos de tipo sexual, pueden tener también un origen hormonal. Tal el caso de la menopausia. Se hace difícil el hablar con el paciente, y por lo tanto se debe recurrir siempre al especialista. Las manifestaciones que esos traumas o conductas sexuales anormales suelen producir en el paciente, son varias. El doctor Segura puntualiza:

—Las manifestaciones en ese sentido son varias: nerviosismo, acefaleas, insomnio, impotencia, taquicardia, etcétera. Es decir, que no es fácil, frente a estos síntomas, poder diagnosticar rápidamente si el origen de los mismos se encuentra en un aspecto sexual. En la práctica hacemos lo que está a nuestro alcance. Pero el inconveniente que se presente frecuente

mente es muy grande.

Al respecto, el entrevistado aclara:

—La raíz de cómo atacar este mal, por así decirlo, estriba en la inhibición o vergüenza del paciente para hablar de estos temas. Y esa es la cuestión: el problema del origen de esta sintomatología. Y sobre todo que a veces no se trata de una patología específicamente sexual, sino hormonal. Con lo cual el tópico se extiende a un orden más extenso.

En cuanto al tratamiento o terapéutica, el doctor Segura aclara:

—El internista debe apoyarse, en todos los casos, en un especialista. Averiguar, si es posible, cuál ha sido el origen del trauma, luego derivar al paciente hacia el sexólogo, analista o psiquiatra que convenga en su caso. Eso lleva tiempo, paciencia y una terapia profunda de apoyo. Un porcentaje muy grande de este tipo de patología se presenta en las mujeres con la llegada de la menopausia.

Esto repercute sobre el organismo de las pacientes, y entran a jugar factores hormonales y psicológicos. Todo esto, como puede verse, implica un vasto campo donde entran a jugar factores ambientales y de educación mental. Sobre ese terreno es donde hay que actuar. El entrevistado concluye reafirmando las ideas anteriores.

—Como internista, puedo averiguar superficialmente. Y si en esa averiguación encuentro el trauma o shock sexual causante de la supuesta enfermedad, la derivación hacia otro tipo de terapia debe ser inmediata.



...en cambio los jóvenes

El doctor Roberto Marcen, internista en el Hospital de la Cruz Roja, de Barcelona, comienza diciendo:

—Sí. Sobre todo en consultorio de neurología y medicina interna. Frecuentes en cuanto a que los pacientes dicen que les «duele el cerebro», tienen mareos, insomnio, angustias, taquicardias, puntadas, etcétera. Las cefaleas son las más frecuentes, seguidas por los estados depresivos y con mayor frecuencia, y es lógico, la ansiedad.



Normalmente es difícil averiguar el origen de estas patologías. Es algo que cuesta trabajo, dado los condicionamientos culturales previos del enfermo. Es un problema del que no se quiere hablar. Lo sorprendente es que los médicos acusan con frecuencia este mismo tabú frente a tales casos. La terapéutica es muy simple, según el doctor Marcen:

—Cuando se sospecha que el problema que presenta el paciente está originado en un problema sexual, lo primero que hay que hacer es ganarse la confianza del mismo. Y acto seguido hacerle la pregunta directa. Viene la parte difícil. La tercera cuestión es hacerle entender al individuo (o a la mujer) que el origen de su enfermedad radica en una inadaptación sexual. Es frecuente que no acepte este criterio. Más en los hombres, donde su concepto de virilidad está arraigado con lazos muy fuertes a una concepción particular del problema. Normalmente puede consultarse a un psicólogo. ¿Pero será suficiente?

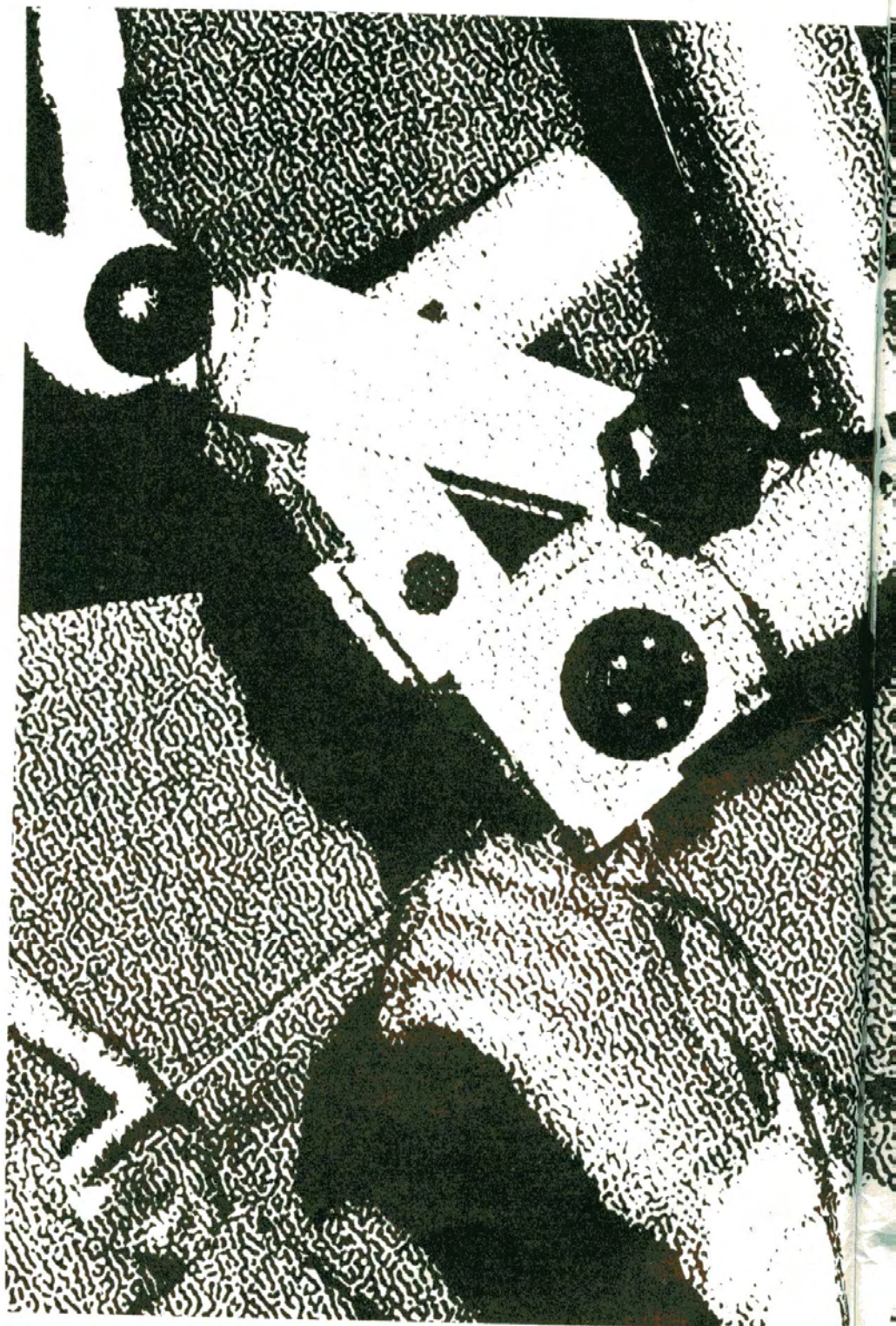
Curar a un enfermo de este tipo su pondría tratar de curar a toda una sociedad enferma. ¡Vaya tarea ésta! El médico, desde su puesto, advierte que este tipo de consultas aumenta, y si piensa que solamente llegan hasta él cuando el asunto es muy gordo! El doctor Marcen concluye:

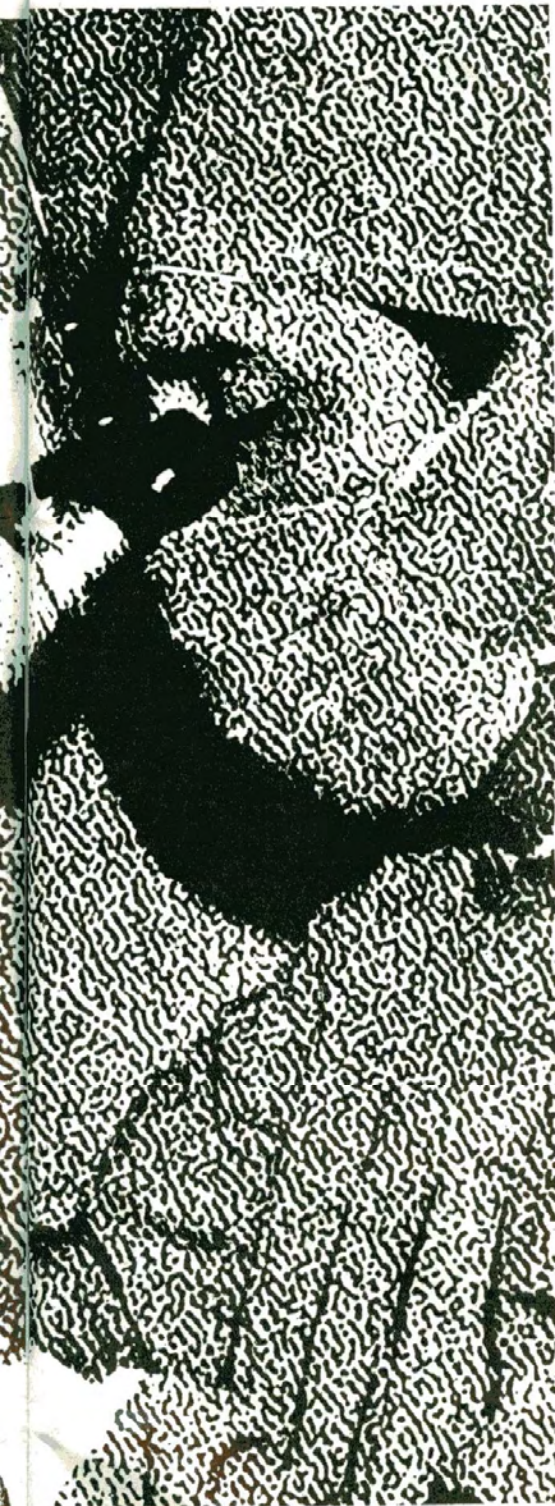
—Pensemos en los que no llegan y tendremos una idea al comprobar que el 30-45 por ciento de las consultas son referidas a estos casos. La juventud, por ejemplo, tiene este problema muy delante suyo. Preconceptos, sumado a una información diaria y a un avance del sexo en todos los órdenes de la vida, crean situaciones muy serias. Podemos tratar al enfermo. ¿Podemos tratar la sociedad?



Patología social

El doctor Guijarro, Internista en el Hospital de la Cruz Roja, de Barcelona, es muy claro en sus apreciaciones.





nes. La cuestión debe encararse desde de dos puntos de vista. En ese sentido, aclara:

—En lo que se refiere a posibles traumas originados por conflictos sexuales, hay que distinguir, específicamente, dos tipos de enfermos. El que se presenta con síntomas determinados por una ansiedad de origen sexual y el que presenta una definida psicopatía sexual. En el primero de los casos debe hablarse de «patología social» más que «sexual». En el segundo de los casos —aquellos pacientes que presentan, como he dicho, una específica psicopatía sexual— cabe derivarlos a un especialista en **sexología**. Los porcentajes de pacientes son altos, y muchos de ellos con problemas de definida raíz originada por «ansiedad» que motiva un conflicto sexual. El entrevistado se refiere a su propia experiencia en este campo:

—Este tipo de sintomatología ocupa, probablemente —y no tengo estadísticas sobre el problema— el 40 por ciento de las consultas. En estos casos, y quede bien claro que me refiero al primer tipo de pacientes, es muy poco lo que podemos hacer. Desde el punto de vista médico la única salida es tratarlo para que —mediante la medicación necesaria— podamos quitarle su molestia física (dolor de cabeza, insomnio, etcétera). El problema es más profundo.

Su mal radica, evidentemente, en una motivación provocada por el medio ambiente donde se ha desarrollado y adquirido experiencia. Y para solucionar este tipo de «enfermedades» habría que cambiar ese medio. Lo cual supone, sin duda, un cambio básico de estructuras socio-económicas frente al cual poco se puede hacer. Ejemplificando su respuesta, se refiere concretamente a un caso:

—Tomemos, por ejemplo, el caso de una mujer que presenta síntomas de «coitus interruptus» debido a su miedo de quedar embarazada. Podemos, en ese caso, quitarle el miedo mediante consejos de anticoncepción. ¿Pero hemos extirpado realmente su problema? No. Ni mucho menos. Hemos realizado una cura «superficial». La raíz

de ese problema subyace en el fondo de su subconsciente, y está estrechamente vinculado al contexto social donde se mueve. El doctor Guijarro añade a modo de conclusión:

—Y esa, realmente, es la cuestión. No podemos hablar, entonces, de atacar este tipo de enfermedades si no hablamos de cómo se producen y tratamos el mal allí. Eso, tal cual se presenta el cuadro, por ahora es prácticamente imposible.



La educación sexual

La opinión del doctor Antonio Ribas, internista del Hospital de la Cruz Roja, de Barcelona, es consecuente con la de sus colegas. Sin embargo, en cada uno puede apreciarse un matiz particular. Comienza diciendo:

—Creo que el problema sexual que afecta a este tipo de pacientes, por no decir que afecta a la totalidad del medio ambiente actual, es precisamente eso: un problema que afecta a la sociedad en general. La deficiente educación sexual que se recibe durante la niñez y adolescencia (y ni qué decir durante la adultez) tiene como resultado un deplorable panorama en cuanto a un conocimiento por parte de la población de este tema.

Difícil, complicado problema, con soluciones muy oscuras.

En su posición de médico internista, la situación es muy clara:

—El médico internista es poco lo que puede hacer en estos casos. Es más, naturalmente, no creo que un psicólogo, también él se encontrará con problemas difíciles de resolver en este tipo de pacientes. Todos los antecedentes que hacen al presupuesto cultural del enfermo, tienden a dificultar la labor. Prejuicios, tabúes, etcétera. Yo, personalmente, no creo que un psicólogo, por más que se esfuerce, pueda en un hombre de 30 años sacarle un trauma que viene de su infancia. Modificará en parte la situación, pero no podrá cambiarle absolutamente los conocimientos, deformados por supuesto, que

en ese sentido haya recibido durante la niñez.

El doctor Antonio Ribas habla de la probable terapéutica a seguir en estos casos.

—La labor del médico, a grandes rasgos, se reduce a lo siguiente: Descubrir la raíz del problema. Eso es lo más difícil, lo que hace casi imposible poder actuar en ese sentido. Es decir, tratar de descubrir cuál es la causa de una acefalea, por ejemplo. Averiguar si puede provenir de una somatización de cierto y determinado problema psicológico, el sexual en este caso. Pero aquí es donde se presentan las trabas. El paciente no quiere hablar, tiene miedo, vergüenza. Dificulta la labor. Y es más, si de pronto damos con el problema, viene la parte delicada. ¿Cómo decírselo? Porque ahí también atentamos contra su orden moral. Como puede apreciarse, la raíz del asunto no es simple. Hay que buscar en el trasfondo social.



Sexo integrado

El doctor Gastón Fernández, internista en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, es explícito y directo en sus apreciaciones. Su visión del problema, muy clara, implica una clara y definida actitud frente al mismo. En tal sentido, explica:

—En este terreno las cosas hay que definir las clara y precisamente. No puede hablarse de «traumas sexuales», o «existencia de patología originada por un conflicto sexual», de una forma vaga. Existe ese problema, pero hay que analizar las causas que lo han provocado, cómo ha sido posible que aparezca y cuál es la parte que nos toca a nosotros desde el punto de vista médico.

Lo primero a destacar —que frecuentemente se olvida— es que el paciente no suele tener conciencia que su origen es sexual. Es decir, se presenta alguien que sufre de insomnios, ce-faleas, taquicardias, etcétera. Y así es donde comienza la labor más dura. Averiguar, mediante un hábil interro-



gatorio de exploración, cuál puede ser la causa. El entrevistado continúa:

—Bien, supongamos por un instante que damos con la causa. ¿Qué ocurre? Si lo explicamos clínicamente, podemos decir que las causas son orgánicas, y medicamos en ese sentido. Pero si lo exploramos psicológicamente, veamos que se trata, claramente, de un problema de inadaptación sexual. Distingamos. No hablo de sexualidad como de algo genital. La cama sola mente no es lo sexual. Lo sexual es la vida total integrada en una pareja. El modo de convivir. Sexual es la forma en que se tocan ciertos temas en la convivencia, sexual es el acto de abrazar a la persona amada, servirlo, ayudarlo. No se comprende cómo no se aclara —cuando se toca el tema— que la sexualidad es algo integral, armónico, donde todas las fibras del ser humano deben vibrar sólo con invocar el término. El doctor Gastón Fernández busca apoyo ideológico a sus afirmaciones.

—Sí, es una postura filosófica, pero en este terreno no cabe otra salida. Bien, qué hacer nos preguntábamos. Aquí tenemos que referirnos al contexto de la población española en general. En España, precisamente debido a los presupuestos culturales de la población, la sexualidad no ha sido integrada a la vida del individuo. Pesan tabúes, pesan fallas de educación, pesan problemas económicos, sociales y ambientales.

La pareja

Y la principal causa de esta situación alienante, la tiene el modus vivendi de la pareja. El entrevistado concluye su exposición del problema con estas palabras:

—Me pregunto, ¿puede una persona que tiene un pluriempleo, que llega a su casa apurado, que sale apurado, que tiene dos o tres trabajos como digo, o que el que tiene lo alcanza, poder ocuparse del problema sexual? No. Evidentemente, esa es la causa en nuestro país al menos, y es allí donde debe sanearse la situación.

Pero hay otro protagonista, el médico; sobre este aspecto el doctor Gastón Fernández puntualiza:

—Aquí hay que sumar otro impedimento. Nuestro propio presupuesto cultural. Somos médicos y somos seres humanos. En muchos casos, el mismo médico se siente inhibido de tocar el problema. Y además debemos pensar que muchas veces la psicoterapia empleada atenta contra la moral del paciente, y, por qué no decirlo, contra nuestra propia moral en ciertos casos. ¿Quién es el mayor culpable? Resulta claro que es el sistema dentro del cual nacieron nuestros presupuestos culturales, deformados por principios que desembocaron en esta situación alienante. Sin ir más lejos hace a nuestra idiosincrasia y forma de ser.

Veamos el caso dentro de la población española. En primer lugar, el muero es quien plantea con mayor facilidad este problema. Es decir, es más clara que el hombre al conceptualizar sus angustias y deseos. Bien. Podemos saber —más rápidamente que en el hombre, sometido a su machismo, por que aquí todos querían ser ese es trambótico personaje de cine llamado Trinidad— que el origen de su angustia o lo que sea, es sexual. El entrevistado es pesimista al respecto.

—Sin embargo, no iremos muy lejos. Tenemos que modificar su estructura mental básica para curarla. Y no crea que el psicólogo vaya muy lejos tampoco. La raíz es muy fuerte. Viene desde el origen de su vida.

Las grandes urbes, la soledad «incivada del hombre» en las sociedades multitudinarias, es causa de polarizar la angustia existencial hacia el sexo. El doctor Gastón aclara nuevamente: —La vida moderna, el ritmo precipitado dentro del cual funciona el orden social, sumado a las especiales características de España en cuanto a educación sexual, convierten a este problema en un asunto que tiene su origen, por un lado, en la situación laboral-económica (alienación ante la angustia de sobrevivir económicamente) y salida por el lado del sexo.

Entonces, el problema del sexo se convierte en algo genital. Es decir, no alcanza a integrarse en la vida del individuo. Y como la salida genital es momentánea, es decir, Eros no participa, la angustia sexual es mayor. Resulta do: insomnios, dolores de cabeza y

¡Nuevo!

Tratamiento "a medida" de la hipertensión

Bendigón®

Hipotensor de efecto
Seguro Suave Sostenido

- normaliza la tensión arterial
- reduce los niveles séricos elevados de colesterol
- mejora la irrigación periférica
- es extraordinariamente bien tolerado

Dosificación mínima al aprovechar el sinergismo de los principios activos: casi siempre basta con 1 cápsula diaria.

Indicaciones: tratamiento de ataque y de mantenimiento de todos los tipos de hipertensión arterial.

Cada cápsula contiene: reserpina 0,15 mg.; hexanicotinato de meso-inositol 150 mg.; Baycaron® 15 mg.

Presentación: Frasco con 60 cápsulas. P.V.P. 330,- Ptas.

Contraindicaciones: Insuficiencia renal grave; valores de N-residual superiores a 100/mg%; hipopotasemia aguda; coma hepático.

© 1980 marca registrada



Dr

Pueden lograrse resultados superficiales. Pero quitar un dolor de cabeza originado en una incompatibilidad sexual, no es, ni mucho menos, extirpar el problema.

mil cosas más. El entrevistado señala las consecuencias.

—Por eso en este país el sexo está en el aire. Y no llegan a comprender que el sexo es una actividad superior en el contexto humano, porque, como ya dije, no es genital, sino una actitud espiritual integrada a una suma de conductas humanas, o conducta humana. La sexualidad debería enriquecer. Pero encarada como se la encara hoy en España, es un conflicto más.

Hombre y mujer

Acentuando la diferencia del problema entre el hombre y la mujer, el doctor Gastón opina:

—El hombre, aparentemente, libera más fácilmente su problema sexual. Entendamos que llamo sexual no a lo genital. Decía que el hombre, generalmente, trabaja fuera, gasta energías, consume su líbido si cabe la palabra. Y la mujer —aun en el medio social español— no realiza actividades fuera de casa a nivel del marido. Resultado: el 90 por ciento del dolor de cabeza que se presenta por desavenencia sexual, lo padecen las mujeres.

El médico puede quitarle su dolor de cabeza... momentáneamente. ¿Quién le quitará la raíz que yace en el fondo de su conciencia? Como se ve, el problema del paciente con pretendidos traumas sexuales hay que verlo desde otro punto de vista: una sociedad, en forma de ese problema llamado sexual, genital. El doctor Gastón concluye:

—Cuando se exagera la soledad, comienza la angustia sexual. Y hoy las ciudades crecen. Y la crisis es mayor. El sexo está en el aire. Digamos entonces una pregunta: ¿Quién lo puso allí? Partiendo de esta base, podremos obrar. De otra forma, sería un planteo falso. Y no se arribaría a ninguna conclusión.

Sin ser su especialidad, el doctor Carlos Díaz Díaz, anestesista en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, tiene una visión del problema que resulta a todas luces interesante por ser la suya una visión «desde fuera del cuadro general». Su punto de vista es el siguiente:

—Creo que este tipo de enfermedad, o síntoma, que en el paciente puede sobrevenir por un conflicto sexual, debe tratarse con mucha cautela. No es precisamente una medicación momentánea, para quitarle un dolor de terminado, la que habrá de poner fin a su necesidad. La situación es otra: el medio en el cual se ha creado y la forma en que ha obtenido sus conocimientos de educación sexual.

—Sabendo dónde están las causas, puede atacarse el problema. Se supone que hablo de pacientes que acusan síntomas motivados por una ansiedad sexual no satisfecha, y no de pacientes con ya definidos problemas sexuales, que tiene como respuesta un sexólogo. Diferenciando uno del otro, puede llegarse a una solución momentánea. Lo que no veo tenga solución es la raíz psíquica del asunto.



Personalidades rotas

El doctor Bent Nomdedeu, que ejerce como médico internista en Barcelona, empieza exponiendo su actitud personal como médico ante los diversos tipos de enfermos con tal problemática:

—Normalmente, mi actitud delante de un enfermo que plantea una problemática de índole sexual, depende de la magnitud del problema. En ocasiones, la simple información, la desmitificación de cuestiones que han sido hipertrofiadas mentalmente a causa de una educación insuficiente o incorrecta al respecto, puede ser bastante.

El entrevistado hace referencia, a continuación, a casos en los que la problemática sexual del enfermo ha alcanzado mayores grados de importancia:

—Hay veces en que se puede ver afectada la personalidad por situaciones semejantes mantenidas por tiempo. lo que dificulta la resolución de la problemática y obliga a la participación de la psicoterapia a cargo de un especialista.

El doctor Nomdedeu habla ahora de aquellos casos en los que la problemática sexual del enfermo aparece velada tras una apariencia de patología orgánica, inexistente en realidad.

—En otras ocasiones, puede haber simtomatología a otros niveles de la economía como manifestación de una conflictiva sexual, que se hará evidente al profundizar en el interrogatorio ante la ausencia de una base orgánica. Ejemplos de tal situación serían las actitudes de rechazo, angustia o somatización.



En nuestro medio, la situación es francamente deplorable. No hay una educación sexual del niño y tampoco del adulto. Esto trae como consecuencia un desfase con la realidad. Por un lado se le ametralla con sexo desde la televisión, revistas y diarios. Y por otro sus prejuicios, malos preconceptos del tema, le causan un tremendo conflicto. Concluye:

—Así que las causas deben buscarse en el orden social, en la política se guía con respecto a la salud sexual de la población; mientras no se enfoca ese punto de vista, poco es lo que puede hacer el médico en este aspecto. Deberíamos comenzar por tratar el mal en su núcleo, y luego abordar los otros aspectos.

La situación que se presenta es global y no puede separarse el factor sociológico-psicológico del médico-clínico. El problema lo debe tratar el sexólogo, opina el doctor Díaz.

La sexualidad no es genital, sino integral. De ahí surge el conflicto.

tización ante cuestiones que el propio individuo considera anormales socialmente, como por ejemplo las relaciones prematrimoniales. En la mayoría de los casos, mi actitud ante tales situaciones es poner al enfermo en manos de quien compete: psicoterapeuta o sexólogo.

Manifestaciones históricas

Refiriéndose ya a problemas concretos, el entrevistado expone:

—Los problemas de impotencia coeundi, frigidez, vaginismo, expresan así mismo generalmente dudas o temores de índole claramente neurótica, por lo que cabe también el dirigirlos al psicoterapeuta, una vez descartada del todo una base orgánica.

Y en el mismo sentido añade el doctor Nomdedeu:

—Una consulta no excesivamente infrecuente es la del individuo con tendencias homosexuales que realiza un juicio crítico de su propia situación, con el consiguiente trauma y manifestaciones de somatización. La insatisfacción sexual puede ser indicio de un rechazo del cónyuge o de sí mismo, y es casi constantemente expresión de problemática psíquica.

Resumiendo su posición general frente a todo ese tipo de problemática, el entrevistado concreta:

—La consulta en la que el paciente en concreto expresa al médico sus dudas sobre este campo, de una clara base educacional, se prestan a, como he dicho más arriba, realizar una explicación clara y concisa, desmitificadora, del fisiologismo sexual, lo que en la mayoría de los casos resolverá los problemas, y, de no hacerlo, hay que dirigir al enfermo al sexólogo.

Respecto a los casos en los que este tipo de enfermo no es consciente del origen de su problemática, el entrevistado añade:

—Cuando el que acude al médico es el enfermo angustiado, neurotizado, sin expresar directamente la problemática porque probablemente él mismo se la ha hecho inconsciente, mi ac-

titud particular es dirigirlo al psicólogo

Y, para terminar, el doctor Nomdedeu expone uno de los casos extremos entre la diversa sintomatología de este tipo:

—En ocasiones no raras es manifiesta una personalidad neurótica importante, con manifestaciones histéricas, que pueden llegar a la originación de pseudoparálisis de miembros o a gran riqueza de sintomatología sin base orgánica alguna.



Tipología

El doctor César Díaz López ejerce en Barcelona su especialidad de médico internista, con una preocupación específica precisamente por el problema objeto de esta encuesta. Empieza su exposición con una clasificación básica de los enfermos y enfermedades a partir de la cual poder esclarecer mejor el sentido de estas dolencias:

—Podemos hacer una clasificación de los diversos tipos de pacientes que vemos para un posterior estudio de su

conducta sexual; con la salvedad que la nosología es axiología, y que distorsiona la realidad:

1/ Enfermos orgánicos y enfermedades somatopsíquicas.

2/ Enfermedades psicógenas, que corresponden del 50 al 70 por ciento de la consulta médica. De ellas, por orden de frecuencia, tenemos: a/ las de presiones, ya sean reactivas, involutivas o de otros tipos que nos vienen somatizadas; b/ psiconeurosis: reacciones de conversión, angustia, derrenata o iatrogenias, y más raras las disociativas, fóbicas y obsesivo-compulsivas; c/ «psicosomáticas» o disfunción lesión somática evolutiva en general con correlación estadística muy significativa de trastorno psíquico previo, y que afloran con difícil y variada clínica: gastrointestinal, genitourinaria, respiratoria y de otros tipos; d/ psicóticos, que apenas vemos (preesquizofrenia); e/ alteraciones de la personalidad: marginados sociales y otros, que tampoco solemos ver.

En cuanto a la investigación y descubrimiento de las alteraciones en la conducta sexual de estos enfermos, el entrevistado dice:

—En primer lugar hay que hacer la historia clínica, buena relación médico-enfermo, con tiempo suficiente y repetidas visitas sin ser inquisitivos, captando insinuaciones al paso con preguntas abiertas, y estudiando además holísticamente al paciente desde un punto de vista social, religioso, familiar, primeros años de vida, investigando sus expectativas culturales y posibilidades reales del sexo. En segundo lugar, con la exploración, teniendo en cuenta que, aparte de la ya hecha para descartar organicidad, la exploración desde el punto de vista sexual es poco relevante y poco frecuentes las alteraciones hormonales y otros datos de laboratorio. Y por último será necesaria una biografía rígida, información sobre el ambiente en familia, entre la pareja y en otros aspectos, y test psicométrico.

Difícil terapia

Ya en la cuestión de cómo enfrentar este tipo de problemática, el doctor

En primer lugar, debe cambiarse la estructura social que actualmente presenta un déficit absoluto de educación sexual.

Díaz puntualiza:

—Con una psicoterapia superficial, buena relación médico enfermo, con comprensión, restando importancia a actos que otros consideran desviaciones, con espíritu de ayuda y explicando de manera clara la importancia que la conducta sexual pueda tener sobre lo somático y sobre toda la vida del paciente, hablando con sinceridad acerca de las fases del acto sexual, buscando siempre relajación. En casos, en que vemos que es necesario, se busca el apoyo del psicólogo para realizar en enseñanza de relajación, psicoterapia de grupo con educadores y consejeros sexuales, psicoterapia del marido o cónyuge, psicoanálisis.

Y añade el doctor Díaz:

—Esta que acabamos de exponer, en líneas muy generales, sería la sistemática a emplear, en estos casos, en la relación profesional médico-enfer-

mo, pero la realidad es que pocas veces podemos llevarla a cabo de una forma absoluta. Tiene interés el destacar que con el esfuerzo por el estudio y, sobre todo, la valoración y ayuda de estos enfermos que se nos presentan con clínica somática, cuadros de angustia-ansiedad y aspecto diverso de sintomatología, no resulta difícil la solución de su problema.

A continuación el entrevistado insiste en la diferenciación de grados de enfermedad para guía de la forma de intervención del internista:

—Todo lo que acabamos de decir está referido a psicósomáticos y neuróticos, ya que al enfermo orgánico y de presivo basta con decirle que ello se arreglará una vez curada su depresión y que su afectación sexual no es más que un síntoma dentro del complejo problemático. En caso de que el acto sexual sea el desencadenante de su

cuadro depresivo se deberá estudiar como en los casos del apartado anterior.

El doctor César Díaz termina su exposición con el planteamiento de una sistemática general para abordar eficazmente toda esa problemática:

—Ante todo, debiéramos preocuparnos más de este aspecto tan aminorado e incluso despreciado por muchos médicos, probablemente a causa de la falta de capítulos sobre educación sexual de la que adolecemos durante toda la carrera. Por otra parte, quizá sería conveniente constituir grupos Balint con la asistencia conjunta de especialistas, con la finalidad primordial de aprender algo más sobre esta materia, ya que en la actualidad apenas hemos comenzado. Por último, sería de un gran interés comenzar ya en edades pediátricas la educación sexual del niño.



tres historias clínicas

De su archivo el doctor César Díaz ha entresacado estos tres casos para ofrecerlos como muestra a los lectores de «Doctor».

1/ Paciente más visto: paciente hembra de 38 años que consulta por cefaleas, dolores precordiales, disneas suspirosos con crisis de ansiedad, astenia, estreñimiento y diarreas alternantes, dispepsias a diversos alimentos y que en la exploración y estudio de Laboratorio es negativa. En la búsqueda de factores psicógenos encontramos antecedentes neuróticos, madre dominante, dificultades familiares y en cuanto a su problema sexual buscado intencionalmente, nunca ha llegado al orgasmo, los coitos son pausados y a los dos años de casada se niega por picores y dolores vaginales que su marido acepta y que provoca que éste se masturbe con frecuencia y busque relaciones extraconjugales. Nunca habían hablado sobre sus relaciones sexuales, no conocían sino la práctica del coitus interruptus, ni las fases del acto sexual así como negaba importancia a este hecho. La paciente tenía antecedentes de crisis histéricas y por ello es enviada al psicólogo, después de haber charlado con los dos en sucesivas entrevistas y con

vencerles de la importancia de esto.

2/ Joven, soltero, de 23 años, que consulta con la gran crisis de angustia y síndrome depresivo, y estado social muy derado-alto, que es traído por sus compañeros y del que después de una historia, biografía, podemos descubrir que su principal problema era que luego de tres años de coitus interruptus había llegado a presentar erección de varias horas con sus consiguientes síntomas sin eyaculación. Ello le había llevado a creerse estéril y vivía angustiado presentando el cuadro que hemos dicho. Después de varias visitas y hablando sobre la normalidad del acto sexual, sus fases, y lo importante de la relajación, se consigue que luego de un tratamiento tranquilizante, con varias sesiones de relajación sin coito consigue posteriormente el acto sexual normal.

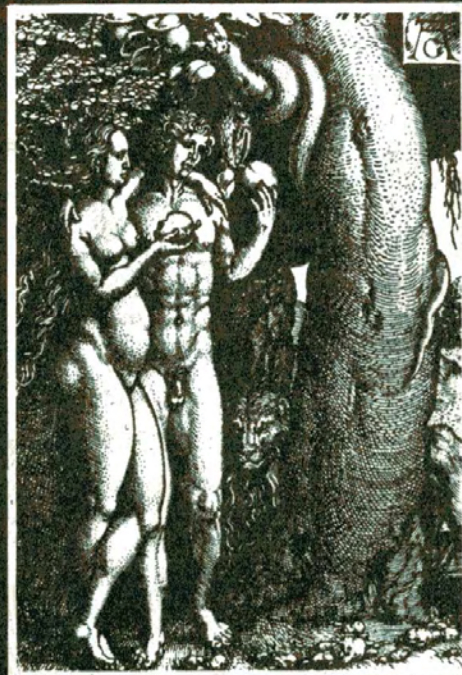
3/ Paciente de 48 años, casada, que viene a consulta para un chequeo, descubrimos en ella tan sólo un cuadro de presivo y al preguntar abiertamente se descubre que hay una íntima relación de infidelidad de su cónyuge. Una vez aclarado esto y con tratamiento de psicofármacos se resuelve el problema.



organización



historia de la reproducción humana



Trabajo, muerte
Trabajo, sexo

Tenemos vestigios muy antiguos de lo que hacía el hombre frente a la muerte. Sin embargo, ahora algo empieza a intuirse —de tiempos prehistóricos— en lo referente al sexo. Ya en el Paleolítico Medio se encuentran sepulturas; pero «testimonios de actividad sexual» no van más allá del Paleolítico Superior. También el arte aparece con el Homo sapiens, sin que existan trazas de él en la época del Hombre de Neanderthal (éste conocía las pinturas pero nada dejó hecho).

Y todo, en fin, ¿para qué?

A pesar de las imágenes de sí mismo dejadas por el primero, bastante raras («itifálicas»), sabemos que la vida sexual interesó al hombre primitivo. Se trata de imágenes que hablan de una libertad relativa, a pesar de lo cual no se prueba de que, los que la realizaron, gozaran de un desenfreno sin límites. Todo lo que puede decirse es que —en oposición al trabajo— la libertad sexual era «violencia». Y así fueron las cosas. Si vemos el museo pornográfico formado por pequeñas estatuillas de barro en el Perú, comprobaremos que unos 2.000 años antes de Cristo (cultura Paracas),

la imaginación sexual no tenía límite y era exceso de imaginación. Todo esto contribuyó a que tres milenios después, los Incas (casta superior), impusieron ciertos «ritos sexuales» definidos. Es decir, más trabajo y menos sexo.

Las pequeñas figuras muestran el cambio de actitud. De aquellas remotas tribus que imaginaron situaciones amorosas complicadas, pasaron lentamente a una forma organizada. Menos «posturas acrobáticas y más cultivo». Para ello, hubo que someter al instinto. Es decir, sexo y violencia vienen juntos desde la noche de los tiempos. Pero antes, mucho antes, cuando la Tierra era la Alborada del Hombre, el primitivo fabricó instrumentos, trabajó, mató, cavó sepulturas. Y así llegó a descubrir —junto al trabajo—, lo horrible y sorprendente —léase lo maravilloso— es decir, la muerte. Trabajo, muerte. Trabajo, sexo. Resultado: no es de ahora lo de sexo y violencia.

T

odo indica que eso ya figuraba en un ser muy antiguo: aquel viejo, querido, enigmático, antiguo y remoto Hombre de Neanderthal.

Pudendas son las partes

«No matarás. No fornicarás.» Estos son los dos mandamientos fundamentales contenidos en la Biblia. En el fondo, es lo que no dejamos de observar. Así, pues,

el hombre es un animal que permanece «prohibido» ante la muerte y la unión sexual. Y aunque lo sea en mayor o menor grado, en ambos casos su reacción difiere de las de los otros animales.

Según Georges Bataille en su obra «El erotismo», las restricciones varían considerablemente según la época y los lugares en que se establecen, ya que, si bien todos los pueblos no sienten por igual la necesidad de ocultar los órganos sexuales, casi todos ocultan el órgano masculino en erección y, en principio, sus hombres y sus mujeres buscan la soledad en el momento de la cópula. En las civilizaciones occidentales, la desnudez ha sido objeto de una general y fuerte prohibición.

Sin embargo, en la actualidad parece dudarse de lo que hasta el momento había sido un fundamento.

¿Qué ha variado y por qué el hombre aseguró tabúes sexuales y despertó otros que se mantenían escondidos?

La prohibición del incesto —la más terrible— y otras como las «prohibiciones de la sangre menstrual y de la sangre del parto», entran en la categoría de «violencia interna».

«La historia del hombre es la historia de su represión» —asevera Herbert Marcuse en «Eros y Civilización»—.

Y no hay duda. La civilización comienza cuando la humanidad renuncia a la satisfacción inmediata de sus necesidades, cuando el principio del placer es sustituido por el principio de la realidad.

Y bajo el principio de la realidad el ser humano se desarrolló en función de la razón, que coincide con la organización de su YO.

Todo comenzó con Eros. Siguió con Freud, Marcuse, Brown y el «abrazo genital» de Wilhelm Reich.



Un sexo zoológico

¿Es Eros francés? ¿No es más que un mito de libertad sexual? Ya dijo Krishnamurti: «Amor, esa palabra que debe ser desinfectada».

Quizá de todas las expresiones que se vertieron acerca de este personaje de la mitología griega, ninguna más acertada que aquella de Rollo May en su obra «Love and Will» cuando dice: «En nuestra época, Eros ha sido tomado como sinónimo de erotismo» o estimulación sexual.

Eros fue, en Estados Unidos, por ejemplo, el nombre dado a un periódico de secretos sexuales, que contenía «Recetas Afrodisíacas» y presentaba artículos de preguntas y respuestas de tanto peso como:

«P: ¿Cómo lo hacen los puercoespines?».

«R: Cuidadosamente». Uno se pregunta si todos hemos olvidado el hecho de que Eros, conforme con la autoridad de nada menos que San Agustín, es el poder que empuja a los hombres hacia Dios. Tan crasas equivocaciones tenderían a hacer la muerte de Eros inevitable, debido a que en esta edad de sobreestimulación no tenemos necesidad de excitaciones placenteras; ya no se excita. Es esencial, por lo tanto, que aclaremos el significado de ese término crucial.

E

ros creó la vida en la Tierra, según la primitiva mitología

griega. Cuando el mundo era estéril y sin vida, fue Eros quien «tomó sus flechas vivificantes y atravesó el seno

helado de la Tierra», e «inmediatamente la parda superficie se cubrió con una lujuriosa vegetación». Este es un cuadro simbólico que concita nuestra aprobación de cómo Eros incorporó el sexo —esas flechas fálicas que atraviesan— como instrumento con el cual crea vida. Luego, Eros lanzó su aliento dentro de las ventanas de la nariz de las formas en arcilla del hombre y la mujer, dándoles «espíritu de vida». Desde entonces, Eros ha sido distinguido con la función de otorgar el espíritu de vida, en contraste con la función del sexo, como alivio de tensión. Eros fue entonces uno de los cuatro dioses originales, siendo los otros Cao, Gea (la madre tierra) y Tártaro (el pozo oscuro de Hades bajo la Tierra). Eros, dice Joseph Cambell, siempre es, sin tener en cuenta su máscara, el «progenitor», el creador original de quien proviene la vida. Y es así que el sexo puede ser definido bastante adecuadamente en términos fisiológicos «como consistente en la formación de tensiones corporales y su alivio». Eros, en contraste, es la «experimentación de las intenciones personales y sentido del acto». Mientras el sexo es un ritmo de estímulos y respuestas, Eros es un estado de ser.

De griegos y romanos

Los romanos y los griegos —según May— tenían dos palabras diferentes para amor y sexo, como nosotros. Pero lo curioso es cuán raramente hablan los romanos de «sexus». El sexo para ellos no era problema. El amor es lo que les preocupaba. Del mismo modo, todos conocen la palabra griega eros, pero prácticamente nadie ha oído hablar del término que empleaban para «sexo». Es «philia», la palabra de la que hemos derivado el término zoológico «phylon», tribu o raza. Esta es una raíz enteramente diferente de la palabra griega



Dr

«philia», que significa amor en el sentido de la amistad.

El sexo es, entonces, y por ende la relación sexual, un término zoológico y está correctamente aplicado a todos los animales igual que a los seres humanos. Kinsey fue un zoólogo, y de acuerdo con su profesión estudió el comportamiento sexual humano desde un punto de vista zoológico. Masters es un ginecólogo y estudia el sexo desde un punto de vista de los órganos genitales y cómo se tratan y manipulan. El sexo es, entonces, una muestra de funciones neurofisiológicas y el problema sexual a través de los tiempos consiste en lo que se hace con los órganos.

¿Cómo hacerlo?
Esa es la cuestión

Es una experiencia común defendida por el «folklore» así como por el testimonio de Freud y otros, que después del alivio sexual tendemos a dormirnos, o como señala la chanza: vestirse, volver a casa y entonces ir a dormir. Pero en Eros se desea justamente lo contrario: quedarse despierto pensando en el amado, recordando, saboreando, descubriendo siempre facetas nuevas del prisma de lo que los chinos llaman la «experiencia de los nuevos esplendores».

Pero los antiguos hicieron de Eros un «dios» o más específicamente un «demonio». Este es un método simbólico de comunicar una verdad básica de la experiencia humana, de que Eros siempre nos lleva a trascendernos a nosotros mismos. Cuando Goethe escribió: «La mujer nos arrastra hacia arriba», esta línea debió leerse con más cuidado: «Eros, en relación con la mujer, nos arrastra más o hacia arriba». Tal verdad es al mismo tiempo íntima, personal y subjetiva, por una parte, y externa, social y objetiva por otra; es decir, es una verdad que obtenemos en nuestras relaciones con el mundo objetivo. Los antiguos, dando por descontado el sexo simplemente, como una función corporal natural, no vieron ninguna necesidad de convertirlo en un dios. Antonio, presumiblemente, satisfacía todas sus necesidades sexuales con las concubinas que acompañaban al ejército romano. Recién cuando conoció a Cleopatra, Eros entró en escena, y entonces se sintió transportado a un mundo totalmente nuevo, extático y destructivo al mismo tiempo.



Romeo sin Julieta

Los artistas han conocido, siempre, la diferencia entre Sexo y Eros. En la obra de Shakespeare el amigo de Romeo, Mercurio, lo fastidia acerca de su anterior amante, describiéndola en un buen estilo anatómico moderno:

«Te conjuro por los brillantes ojos de Rosalinda,
Por su frente alta y sus labios escarlatas,
Por su pie admirable, pierna recta y muslo tembloroso,
Y las partes que en sus adyacencias yacen.»
(Acto II, Escena I.)

Parece una novela realista esta descripción de la heroína que termina en el esperado muslo tembloroso y alusiones a las «partes adyacentes». Porque Mercurio «no está enamorado». Desde su punto de vista exterior el fenómeno aparece como sexo y para ser usado como cualquier viril joven veronés usaría la doncella o virginidad femenina. ¿Acaso usa Romeo el mismo lenguaje? ¡Pregunta absurda! Está en estado de Eros con Julieta:

«¡Oh, ella enseña a las antorchas brillar!
Parece que colgara de la mejilla de la noche
Como una hermosa joya en la oreja de un etiope;
¡Hermosura demasiado rica para usar, para la tierra
[demasiado preciosa!
(Acto I, Escena V.)

Es interesante recordar que Romeo y Julieta eran miembros de familias rivales. Eros salta la barrera entre enemigos. Realmente, a menudo, puede llegar a pensarse si el Eros que está en nosotros no se siente excitado y desafiado «especialmente» por el enemigo. Eros se siente extrañamente fascinado por el extranjero, la persona perteneciente a la clase prohibida, el color o la raza extraña. Shakespeare acierta en cuanto al significado de Eros cuando hace que el amor de Romeo y Julieta, trágico como fue, ligara juntos a los enemigos de antes, Capuletos y Montescos, y uniera la totalidad de la ciudad de Verona.

«¿De dónde te viene esto?,
alma de hombre»

Con este título, Louis Pawels, célebre autor del «Retorno de las Brujas», se interroga acerca del Amor, la pareja, el sexo y la procreación. Dice al respecto:

«Creo recordar que Barrès escribió: "No valdría la pena de haber leído tantas novelas de dos francos cincuenta para luego amar como todo el mundo"». Y es que en toda moraleja moderna se encuentra la idea de que el amor complicación, el amor entre hombre y mujer, que mezcle el corazón, la cabeza, el alma y el sexo es una invención perniciosa de la literatura. Una verdad natural, simple y casi mediocre, es sustituida por una verdad soñada, de exaltaciones y confusiones. ¡Muchas personas no amarían si no se hubiesen enterado de que eso se hace y es noble! De Barrès a Montherlant, como se sabe, no hay más que un paso. El éxito constantemente renovado de un libro como «Las muchachas» es significativo. El autor censura ese amor inventado. Ve en él una relación de «modistilla» con el que todos nos conformamos de algún modo, influidos por los novelistas y los cantantes. Una parte notable de la obra de Montherlant protesta contra el rebajamiento del hombre ante la mujer. El guerrero abandona su armadura y casco brillantes y se convierte, a causa de esos cabellos largos, de ese trasudor, de esos muslos pálidos y de esa alma blanda, en un perro lírico. Así se trata de crear una contranovela del amor, a la vez en nombre del ideal antiguo y de un cristianismo puro y duro. Exaltemos la virilidad, como los romanos. Guardémonos de la hembra, como los Padres de la Iglesia. Esta rebelión, en la que, por otra parte, no deja de intervenir la homosexualidad, es uno de los aspectos del nuevo enjuiciamiento del sentimiento amoroso en nuestro mundo actual.

E

n su obra ya clásica «El amor y el Occidente», Denis de Rougemont dice: «Que toda la poesía europea salió de los trovadores del siglo XII es hoy evidente». De ella surgió una concepción lírica de la unión entre los sexos. ¿De qué se trata? —pregunta Pawels—. Y responde: «Bruscamente aparece una noción exaltada del amor». El mundo antiguo no concibe un compromiso sentimental y moral sino en la amistad viril. Para el mundo

medieval la carne femenina era el reposo del guerrero. Ahora bien, el llamado amor cortés de pronto evoca y ensalza una pasión perpetuamente insatisfecha: humildad del hombre, transposición de la sexualidad, adulterio idealizado, religión del amor. El varón era hasta entonces el conquistador, violento o astuto. Y todo el asunto se resumía en una sensualidad alegre o una comodidad doméstica. Bien; ahora he aquí que el hombre se encuentra sumiso ante la mujer y ella se transforma en ideal nostálgico.

C. S. Lewis explica:

«Los temas revolucionarios de la poesía cortés han alimentado la literatura europea durante ochocientos años. Los poetas franceses del siglo XI y XII inventaron, o fueron los primeros en expresar un sentimiento y emociones que tratan todavía de la mayoría de nuestros novelistas. El cambio que operaron no ha dejado intacto el menor rincón de nuestra moral, de nuestra vida cotidiana. Levantaron una muralla entre nosotros y el Oriente de hoy. Comparativamente, el Renacimiento no fue más que una olita en la superficie de la literatura.» Y es así como una cultura específica invade Occidente: La felicidad está condicionada a la realización del amor. La nobleza y la grandeza están concedidas a la pasión. ¿Cómo se hizo todo esto? No es obra de algunos moralistas geniales. Es la canción, durante veinte años, de cuatrocientos trovadores de clase modesta.

¿Cómo se amaba allá lejos y hace tiempo?

Como nuestras maneras de ser y pensar y sentir han invadido poco a poco el mundo, las creemos universales y eternas. No se nos ocurre estudiar su origen. Nos parece natural, citando siempre a Lewis, que «el amor» sea el tema principal de la literatura, cuando una mirada a la Antigüedad, a la Alta Edad Media y a las culturas extraeuropeas muestra que se trata de un estado de cosas muy original, que tendrá probablemente un final... puesto que tuvo comienzo. Para nosotros es evidente que —o al menos parece serlo— el amor es una pasión noble y enternecedora. Pero ¿pensaban lo mismo Aristóteles, Platón y Virgilio?



Dr

Y llegamos al punto de interrogarnos brevemente cómo se amaba antes del «amor cortés», propuesto por los trovadores y ahora por Charles Aznavour.

Dice el autor del «Retorno de los Brujos»:

«Catulo y Propertio tararean, tralala, que el amor es una cosa excitante, y hasta a veces dolorosa». Confiesan que los obsesiona, pero no por ello pretenden tener un alma magnífica. En cuanto al amor, según Platón, es una sabiduría esotérica, que toma como pretexto el atractivo humano para conducir la mente hacia una locura divina, que es la razón suprema y en la que el deseo se aniquila en la contemplación del todo.

¿Qué es el amor?, pregunta Sócrates. Y cita una respuesta de Diotima, célebre maestra del amor: «No es mortal ni inmortal, sino un punto medio entre dos... es un gran espíritu y como todos los espíritus es un intermediario entre lo divino y lo moral... es el mediador que hace de puente sobre el abismo que separa a los hombres de los dioses, y por lo tanto a él todo está unido».

D

ice Rollo May:

«Frente al argumento de que Platón estaba hablando, cuando hablaba de amor, de pederastia, del amor de los hombres por los jóvenes y de que los griegos valoraban más la homosexualidad que la heterosexualidad, respondo que Eros tiene las mismas características sin considerar el tipo de amor sobre el que se habla. No creo que esto sea menospreciar las ideas de Platón Sobre el amor. Sin embargo, "se tiene la evidencia de que Sócrates no practicaba la pederastia", asevera el profesor Morgan, y "ninguna convincente de que Platón lo hiciera". Si Platón viviera en nuestros días, su lenguaje reflejaría evidentemente nuestras diferentes costumbres sociales, pero no requiere ninguna revisión fundamental a este respecto... En cualquier instante cultural, el hombre que se consume en apetitos puramente carnales y se gratifica en forma puramente carnal es

apropiadamente y de idéntico modo condenado como bestial, tonto, infantil e infrahumano: la introducción al amor en Platón puede permanecer tan sólida hoy como siempre lo fue.» (Douglas N. Morgan, «Love: Plato, the Bible and Freud-Englewood Cliffs», N. J. Prentice Hall, 1964, páginas 44-45.)

Finalmente, Ovidio. Cierta tesis alemana lo proclama inspirador del amor cortés. Pero el «Arte de Amar» fue escrito por un personaje burlón, que se divirtió empadronando las diligencias de la seducción en el tono jovial y un poco bromista que habría empleado también para redactar un «Arte de la Bebida».

El gran salto

Pierre Lombard declara que, según la opinión general, el mal está en el deseo, y que una pasión carnal del hombre por su esposa es adulterio. Pero Tomás de Aquino el mal no está en el acto sexual, sino en el oscurecimiento de la facultad racional que lo acompaña. Y por fin las teorías medievales condenan firmemente la pasión, aunque conceden una indulgencia al apetito sexual, limitándolo a un gesto procreador.

En estas condiciones, el amor lírico sólo se daba fuera del matrimonio. Y los trovadores sustituyen las enseñanzas de la religión por una religión del amor. Y más tarde la Iglesia Romana comenzará a recomendar el matrimonio de inclinación y a admirar el amor en el matrimonio, tratando de ahogar la revolución de Languedoc.

Y en el siglo XI la moral cristiana es reciente. Pero el convertido tiene algo de pagano en el fondo. Eros no ha muerto. Y el trovador trae mística. Por eso la mujer es anhelada, y la convierte en «casta superior». Y llegamos a un siglo donde la mujer se encuentra elevada por encima del hombre. Se ha inventado el amor con pasión pura. Y este amor no tiene relación con el matrimonio y con la procreación. Al menos, aún sigue siendo este modo de pensar privativo de gran parte de la sociedad moderna. Es decir, sobrevive el «amor cortés» hasta nuestros abuelos, subrayando que el matrimonio es incompatible con la pasión.



Dr

Ved la novela y el teatro —euforiza Pawels—, ahora los matrimonios son de amor y de amores jóvenes. Eso anula la vieja contradicción... pero despierta otras. La libertad sexual atenúa los arquetipos trágicos de la infidelidad. René Nelli dice magníficamente:
 «Pero el principio de la moral amorosa es hoy otra vez como en la época de los trovadores (Ah! Love Story!), la fidelidad amistosa: el mínimo estricto que se debe exigir a los cónyuges.»

El abrazo genital

El 24 de marzo de 1987, nació en Dobrozcynica, parte alta de Galitzia, que pertenecía al imperio austro-húngaro, el autor de ese inmenso foco de polémicas que hasta hoy ha desatado su obra —«La revolución Sexual»— y cuyo nombre fue Wilhelm Reich. Procesado por la aplicación a pacientes del «Acumulador de Energía Orgánica», considerado fraudulento, Reich murió en prisión el 3 de noviembre de 1957.

H

asta qué punto

su obra condicionó toda una época y la condiciona más que nunca en la actualidad? Su biógrafa y mujer —Ilse Ollendorf— escribe: «Reich (por los años 1918-1930) estaba obsesionado por la teoría de la libido de Freud y buscó los fundamentos biológicos de esa concepción teórica de los impulsos sexuales.»

¿Cuál fue el resultado de esa búsqueda? Podemos averiguarlo en propias palabras de Reich:

- La salud psíquica depende de la potencia orgástica, o sea de la capacidad de entrega en el acmé de la excitación sexual durante el acto sexual natural.
- La enfermedad mental es el resultado de las perturbaciones de la capacidad natural de amar.
- En el caso de impotencia orgástica, de la cual sufre una enorme mayoría de los seres humanos, la energía biológica está bloqueada y se convierte así en fuente

de las manifestaciones más diversas de la conducta irracional.

- La cura de los trastornos psíquicos requiere en primer término el restablecimiento de la capacidad natural de amar. Ello depende de las condiciones sociales como de las condiciones psíquicas.
- Las perturbaciones psíquicas son el resultado del caos sexual originado por la naturaleza de nuestra sociedad.
- Durante miles de años, ese caos ha tenido como función el sometimiento de las personas a las condiciones (sociales) existentes, en otras palabras, internalizar la mecanización externa de la vida.
- La conducta antisocial surge de pulsaciones secundarias, que deben su existencia a la supresión de la sexualidad natural.

● El individuo educado en una atmósfera de negación de la vida y del sexo contrae angustia de placer (miedo a la excitación placentera) que se manifiesta fisiológicamente en espasmos musculares crónicos.

● La estructura caracterológica del hombre actual —que está perpetuando una cultura patriarcal y autoritaria de hace más de 4.000 años atrás— se caracteriza por un acorazamiento contra la naturaleza dentro de sí mismo y contra la miseria social que lo rodea. Este acorazamiento del carácter es la base de la soledad, del insaciable deseo de autoridad, del miedo a la responsabilidad, de la angustia mística, de la miseria sexual, de la rebelión impotente, así como de una resignación artificial y patológica.

¿Significa esto que se ha extinguido el amor y la pareja? Sobre estas reflexiones de Reich, caen las palabras del sociólogo Gabriel Véraldi cuando explica: «La Humanidad es una especie viviente, la más evolucionada según nuestro conocimiento. La primera necesidad de la vida es durar. Muy por encima de nuestra historia, de nuestras querellas, y de nuestros razonamientos, la fuerza probablemente cósmica que es la vida, sigue su camino. Es preciso reproducirse o desaparecer. Este imperativo domina todas las soluciones provisionales que inventa para justificar su existencia y organizarla.»

Con, o sin razón.



anticoncepción en **ESPAÑA**

El doctor F. Morer Fargas, del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo de Barcelona, estudia los efectos de los contraceptivos hormonales sobre el control neuroendocrino de la ovulación.

Introducción

Los criterios clínicos fundamentales, en los que se basa la contracepción, son:

- 1/ Eficacia contraceptiva
- 2/ Aceptabilidad

La aceptabilidad viene determinada por los factores siguientes:

- a/ buena tolerancia
- b/ incidencia baja de efectos secundarios
- c/ respeto del fisiologismo genital.

La contracepción hormonal se rige asimismo por estas normas clínicas básicas.

Desde la década de los cincuenta, en que Pincus y su grupo de colaboradores iniciaron el fecundo período científico y terapéutico de la contracepción hormonal, el número de mujeres que toman anovulatorios ha ido aumentando constantemente, con algunos vaivenes según los países.

En la tabla 1, procedente de Tribuna Médica, se puede observar esta evolución en varios países de Europa, incluida España.

EVOLUCION DEL MERCADO DE ANOVULATORIOS EN ALGUNOS PAISES EUROPEOS

	1967		1968		1969		1970		1971	
	Unidades	± %	Unidades	± %	Unidades	± %	Unidades	± %	Unidades	± %
ALEMANIA	4.018.000	—	7.055.000	+ 76	9.502.000	+ 35	10.921.000	+ 15	15.073.000	+ 38
FRANCIA	2.816.800	+ 104	3.836.400	+ 36	3.888.100	+ 1	3.761.600	— 3	4.965.600	+ 32
ITALIA	692.600	—	1.080.600	+ 56	1.413.800	+ 31	1.611.000	+ 14	2.194.900	+ 36
ESPAÑA	1.119.000	+ 105	1.555.800	+ 39	1.592.300	+ 2	1.669.000	+ 5	1.979.600	+ 19
INGLATERRA	8.517.000	+ 27	9.998.200	+ 17	10.560.000	+ 6	9.049.200	— 12	10.925.200	+ 21

Fuente: TRIBUNA MEDICA

Partiendo de una «eficacia contraceptiva» estadísticamente demostrada, que en compuestos de los métodos combinado y/o secuencial roza el 100 por cien y por lo tanto, cumplido el primer requisito clínico fundamental, el factor que ha condicionado los indicados vaivenes en el mercado de los anovulatorios, ha sido la «aceptabilidad» de las usuarias. Otro factor, menos significativo, ha sido la tendencia en ir introduciendo nuevos métodos de contracepción hormonal con menos efectos secundarios en el plano teórico.

La mayor incidencia de complicaciones graves con el incremento del número de mujeres que practica la contracepción hormonal, aspecto difundido por la prensa y otras lecturas, ha alertizado en demasía a las usuarias y ha mitificado los potenciales peligros. Este fenómeno, unido al progreso científico que busca el camino a través de nuevas técnicas que puedan ser igualmente efectivas y más inócuas, está favoreciendo la difusión de métodos tales como los dispositivos intrauterinos (IUD), que se utilizan desde hace años sin acabar de encontrar su lugar en el campo de la contracepción.

Nuevos métodos

Los nuevos métodos de contracepción hormonal aludidos, no han desplazado los métodos combinado y secuencial, ya que su eficacia y aceptabilidad no es superior a la de éstos, aún teniendo en cuenta factores limitantes, tales como el riesgo de complicaciones graves, incomodidad de la toma diaria y las consecuencias en caso de olvido.

Dentro de los nuevos métodos de contracepción hormonal, podemos citar los estrogestágenos prolongados por vía oral una vez al mes, la inyección mensual de estro-gestágenos prolongados, la inyección trimestral o bianual de altas dosis de gestágenos prolongados, los estro-gestágenos post-coito, etcétera.

Como tendencia contraria a las dosis elevadas podemos incluir dentro de las nuevas pautas de contracepción hormonal la «mini-píldora», que contiene dosis mínimas de un estro-gestágeno o de gestágeno solo. Este método, si bien está exento de complicaciones graves, tiene menor eficacia anticonceptiva y ciertos efectos secundarios que limitan su aceptabilidad.

A pesar de todas estas motivaciones expuestas que pueden explicar los vaivenes que sufre el mercado de anovulatorios en ciertos países y que favorece que el uso de IUD vaya ganando terreno como método de contracepción, la ovulostasis hormonal continúa siendo el método más difundido en la actualidad. Cabe decir que la eficacia contraceptiva de los IUD en relación a los anovulatorios, es de 5 embarazos frente a 0,3 embarazos por cien mujeres y año respectivamente.



Esta es, a grandes rasgos, la situación en el momento presente. De cara al porvenir, se abre un vasto campo de posibilidades. En Estados Unidos se ha puesto en marcha un ambicioso programa nacional con participación de centros clínicos y de investigación y de un amplio sector de la industria farmacéutica, para el desarrollo de nuevos métodos contraceptivos.

Un paso intermedio puede ser el perfeccionamiento de los ya existentes, pero que, sin duda, ya se está dando en la actualidad.

De cara al mañana, se piensa en sustancias que interfieran el mecanismo de transporte y capacitación de los espermatozoides y el transporte tubárico del huevo, en sustancias luteolíticas, en factores inmunológicos que puedan afectar la espermatogénesis, en inactivación de las hormonas que controlan los procesos reproductivos en la mujer y en el hombre mediante la administración de antihormonas específicas, etcétera, etcétera.

Estas posibilidades, si bien hoy día se encuentran en la etapa de especulación teórica, pueden constituir el futuro, quizás no demasiado lejano, del control de la fertilidad.



Los iniciadores de la contracepción hormonal fueron los investigadores de la Worcester Foundation for Experimental Biology, doctores Pincus y M. C. Chang, que observaron la inhibición de la ovulación en el animal experimental con la administración de gestágenos. Estos estudios permitieron concebir la idea de la pildora contraceptiva y su posible aplicación en la especie humana para el control de la fertilidad.

La ovulistasia

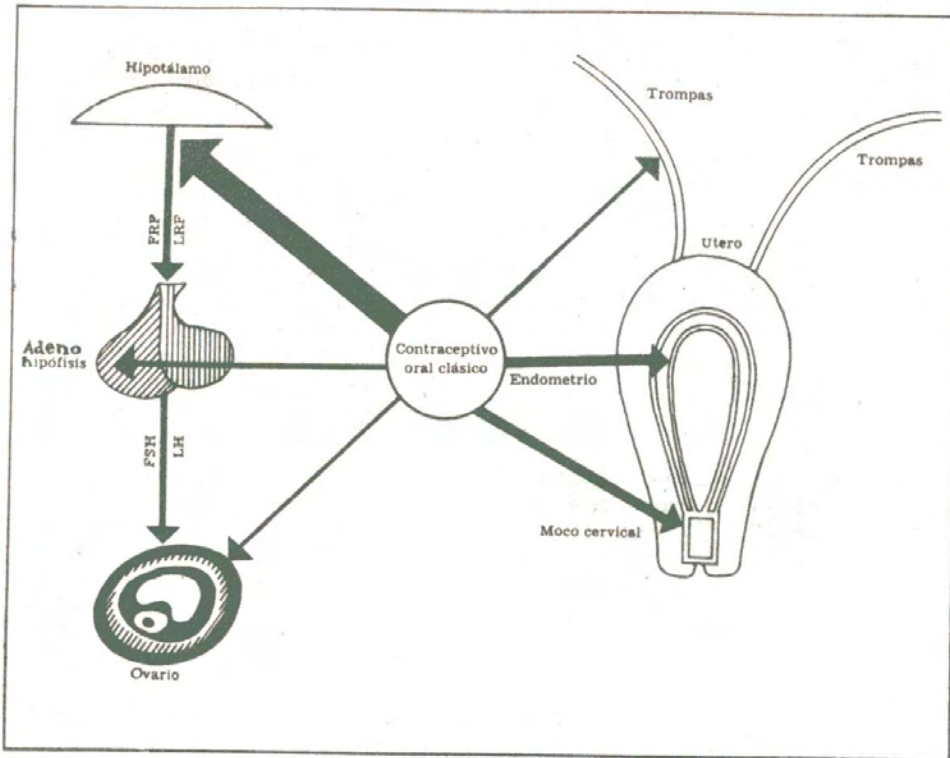
A pesar de los progresos en el campo de la contracepción hormonal y de las apasionantes perspectivas de la misma, el conocimiento de los mecanismos de acción de los fármacos actualmente empleados, es todavía fragmentario. Por dicho motivo, hemos creído de interés revisar uno de los mecanismos más importantes, el de la ovulistasia, por interferencia en los mecanismos de la regulación neuroendocrina de la ovulación.

En la actualidad se tiene una dilatada experiencia en el campo de la contracepción hormonal y el grado de perfeccionamiento alcanzado es notable.

Sin embargo, el conocimiento del mecanismo de acción de los fármacos anti conceptivos empleados actualmente, es todavía fragmentario. Por dicho motivo, hemos creído de interés comentar uno de los efectos más importantes de los anovulatorios —el bloqueo de la ovulación— y el mecanismo nemoendocrino por el que se realiza.

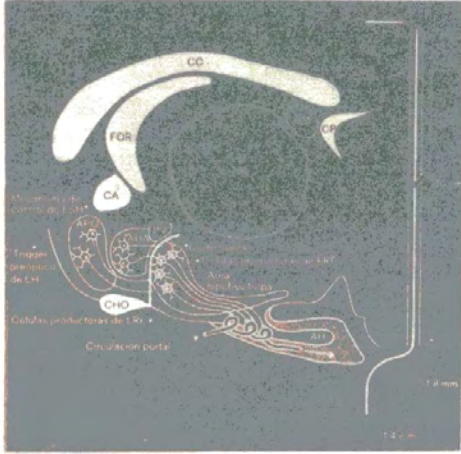
Efectos de los contraceptivos hormonales sobre la regulación nemoendocrina de la ovulación

Los compuestos anovulatorios no solamente actúan inhibiendo la ovulación, sino que su efecto contraceptivo puede tener lugar por otros mecanismos (acciones sobre la trompa, endometrio y moco cervical). De ahí que la inhibición de la ovulación no sea una condición «sine qua non» para que un determinado compuesto desarrolle su efecto contraceptivo; es decir, puede haber una disociación entre los efectos antiovulatorios y anticonceptivos.

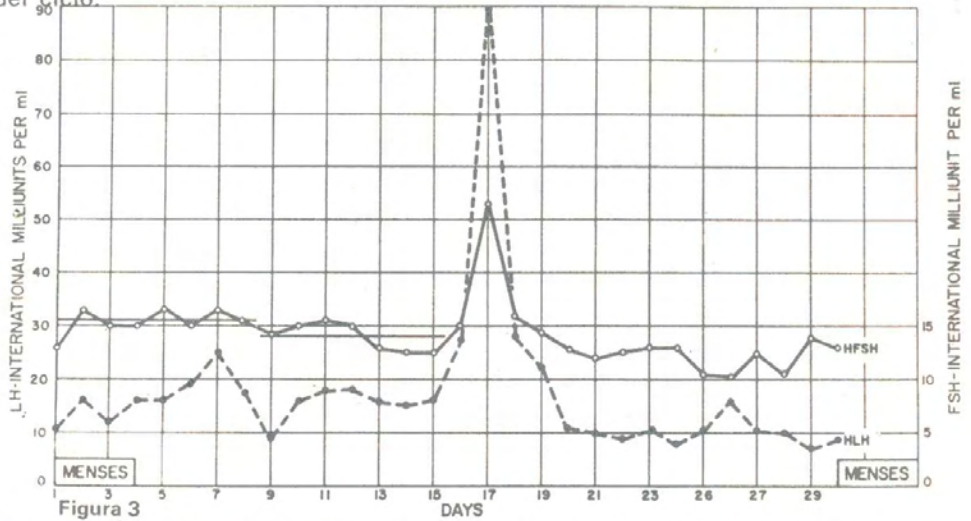


En la figura 1 se resumen gráficamente los distintos efectos que hoy en día se admiten para los anovulatorios clásicos. Como se advierte por el grosor de la flecha, el efecto fundamental se desarrolla a nivel del sistema nervioso central.

De los estudios realizados no puede deducirse a qué nivel del sistema hipotálamo-hipofisario se producen los efectos antiovulatorios, porque lo que se ha buscado, más que dilucidar este aspecto, ha sido valorar el grado de inhibición secretoria del sistema gonadotrófico, mediante el dosaje con RIA de la concentración plasmática de FSH y LH a lo largo del ciclo menstrual. No se excluye un posible efecto de los anovulatorios sobre adenohipófisis, sin mayores precisiones acerca de su importancia cuantitativa (véase figura 3). A la luz de los actuales conocimientos de la fisiología del sistema hipotálamo-hipofisario, es lógico admitir que los anovulatorios actúan a nivel de las áreas hipotalámicas que controlan a través de los correspondientes RH (releasing hormone, Nemo hormona hipotalámica) la secreción de FSH y LH por la adenohipófisis.



En la figura 2 se representa en forma esquemática el mecanismo de control hipotalámico de la secreción de gonadotrofinas. En ella se pueden ver las zonas donde radica el control neural superior: el área preóptica para la LH y el área hipotalámica anterior para la FSH. En las neuronas de la zona hipofisiotropa de la base del hipotálamo se liberan FRF y LRF con un ritmo basal tónico. Los estímulos sobre el centro que controla la LH cíclica, provocados por el aumento de estrógenos del folículo, descargan la oleada de LH de la mitad del ciclo.



Teniendo en cuenta que las distintas actividades de las sustancias empleadas, así como el tipo de administración combinada o secuencial, pueden condicionar diferentes modos reaccionales, y teniendo en cuenta la diferente localización de los centros reguladores de secreciones tónicas de FSH y LH y de la LH cíclica, es muy complejo enjuiciar el mecanismo de acción a nivel del SNC y muy aventurado el intentar generalizarlo.

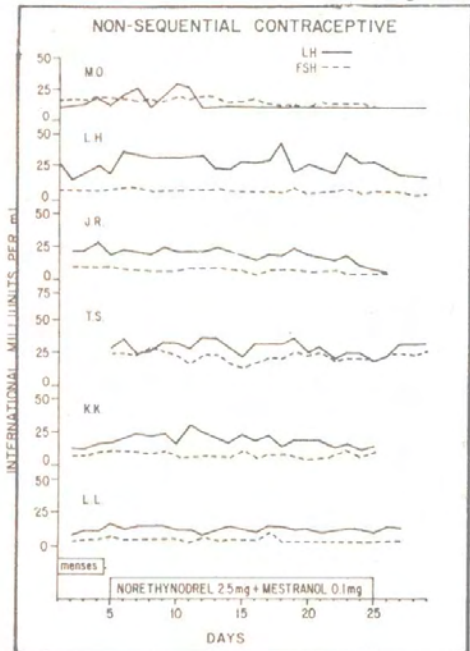
La figura 3, procedente de Odell, Parlow, Cargille y Ross, ilustra acerca de los niveles plasmáticos de LH y FSH a lo largo del ciclo normal, medidos mediante radioinmunoensayo.

La figura 4, procedente de Swerdloff y de Odell, muestra los niveles de LH y FSH en seis mujeres normales, a las que se les administró un anovulatorio combinado, conteniendo 100 microgramos de Mestranol y 2,5 mg de Noretinodrel desde el 5 al 25 del ciclo.

Como puede deducirse el efecto más notable de esta combinación es la supresión de los picos de LH y FSH de la mitad del ciclo. Los niveles de LH basal se mantienen, mientras los de FSH parecen estar algo deprimidos, aunque no existen valores en ciclos de control, en este grupo de estudio, que permitan afirmarlo.

La figura 5, procedente también de Swerdloff y Odell, muestra los efectos de la administración de un preparado secuencial sobre las concentraciones plasmáticas de LH y FSH en ocho mujeres normales (Mestranol 80 mcg + Ciordina 2 mg). Puede advertirse la presencia de varios picos de LH, pero ninguno con las características del correspondiente a la descarga cíclica de LH, mientras que los niveles de FSH no están afectados o en todo caso ligeramente deprimidos.

Figura 4



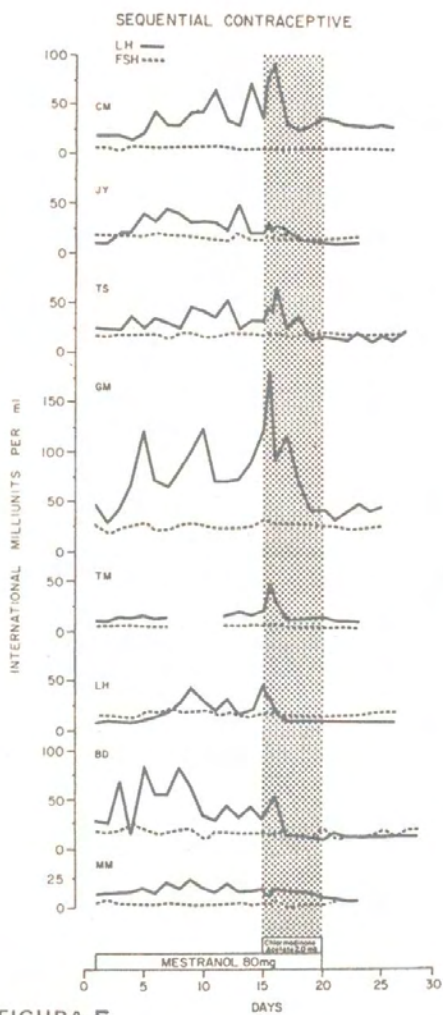


FIGURA 5

Rodeando a Pincus están los doctores John Rock (en último plano) y Celso R. García (en primer plano) que iniciaron los estudios clínicos con la píldora y constataron la reproductibilidad en la mujer de los efectos obtenidos en el animal de experimentación. Rock fue el primero que adquirió la necesaria experiencia en el uso clínico de los fármacos contraceptivos y contribuyó de una manera decisiva a la expansión de los mismos en U.S.A. A Rock y a Celso R. García se les puede considerar los pioneros de la contracepción hormonal como método de control de la natalidad.

En resumen, puede admitirse que los preparados combinados suprimen la des carga ovulatoria (o cíclica) de LH, mientras los secuenciales, o bien suprimen el aumento precoz de los niveles de FSH en la fase folicular del ciclo, o bien provocan descargas de LH con secuencia inadecuada. También se puede admitir como posible la inhibición del pico de FSH de la mitad del ciclo.

Todos los efectos citados son fundamentalmente atribuibles al componente estrogénico. Los efectos se ejercen a nivel hipotalámico bloqueándose la liberación de RF, aunque un mecanismo directo inhibitor de la secreción adenohipofisaria de FSH y LH no puede descartarse.

Productos actualmente en el mercado español

Nombre-Laboratorio	Estrógeno	Gestágeno	Tipo
Anacyclin-Ciba	Mestranol, 150 mg	Linestrenol, 5 mg	Combinado
Anovial-21-Schering	Etinilestradiol, 50 mg	Ac. Noretisterona, 4 mg	Combinado
Depo-Progevera-UpJohn		Ac. Medroxiprogesterona	Altas dosis Depósito
Eugynon-Schering	Etinilestradiol, 50 mg	Norgestrel, 0,5 mg	Combinado
Lyndiol 2,5-Organon	Mestranol, 100 mg	Linestrenol, 2,5 mg	Combinado
Metrulen M-Searle	Mestranol, 100 mg	Diacetato de Etinodiol, 1 mg	Combinado
Neogynona-Schering	Etinil Estradiol, 50 mg	Norgestrel, 0,25 mg	Combinado
Norlestrin-Parke-Davis	Etinil Estradiol, 50 mg	Ac. Noretindrona, 2,5 mg	Combinado
Normotonal-Syntex	Mestranol, 100 mg	Clormadinona, 1,5 mg	Secuencial
Ovarion-Fher	Mestranol, 100 mg	Noretinodrel, 2,5 mg	Combinado
Ovopausine-Sintex	Mestranol, 80 mg	Ac. Clormadinona, 2 mg	Secuencial
Ovoplex-Wyeth	Etinilestradiol, 50 mg	Norgestrel, 0,25 mg	Combinado
Ovulen-Vita	Mestranol, 100 mg	Diacetato Etinodiol, 1 mg	Combinado
Ovulen Novum-Vita	Etinilestradiol, 100 mg	Ac. Noretindrona, 2 mg	Combinado
Primilar-Emyfar			
Miniplanon-Roussell			
Amor Gil	Etinil-Estradiol, 50 mg	Norgestrienona, 0,5 mg	Combinado
Prandiol-Ferrán	Mestranol, 80 mg	Diacetato de Etinodiol, 1 mg	Combinado
Topasel-Europharma	Enantato Estradiol, 10 mg	Acetofenido de Dihidroxi progesterona, 150 mg	Combinado acción depósito
Ova-Repos-Nezel			
Minidrox	Enantato Estradiol, 10 mg	Acetofenido de Dihidroxi progesterona, 100 mg	Combinado —depósito—

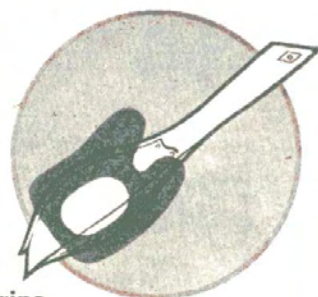


SUPLEMENTO UTILLAJE



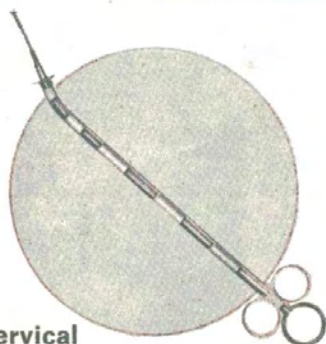
Aspirador continuo

Un avance en la cirugía lo ha constituido el uso de los aspiradores continuos tipo Redon. Con este modelo, estudiado para evitar cualquier contingencia adversa, se mejora el sistema clásico, transformándolo a un solo uso, evitando la contaminación de fuera hacia dentro, y el posible retorno de los exudados. Lo presenta Medhosa (Ref.: 3.100).



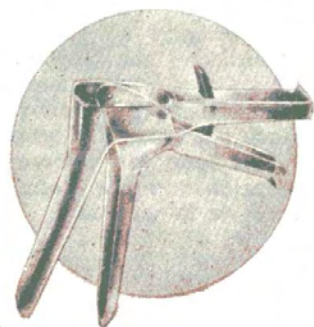
Bolsas adhesivas recolectoras de orina

Estas bolsas, muy útiles para recoger muestras de orina, están diseñadas de manera anatómica para su perfecta adherencia tanto en niñas como en niños. Se presenta en dos tamaños, adaptables las pequeñas a los recién nacidos, y las mayores a la edad infantil. Se suministran de forma estéril o bien no estéril. Las presenta Medhosa (Ref.: 2010-2020).



Aspirador endocervical y uterino

Se trata de un instrumento eficaz para diagnosticar las alteraciones y atipias celulares del útero, tanto de su cuerpo como del endocervix, pues recoge las células exfoliativas frescas y en teras para su examen citológico. Lo presenta Medhosa (Ref.: 1050).



Speculum vaginal

Con este dispositivo para exploración vaginal, preparado por Medhosa, se pone fin al engorroso problema de los contagios en las consultas de ginecología, no sólo en cuanto a los de origen microbiano, sino también a los de tipo fúngico (Ref.: 1070).

SUPLEMENTO UTILLAJE



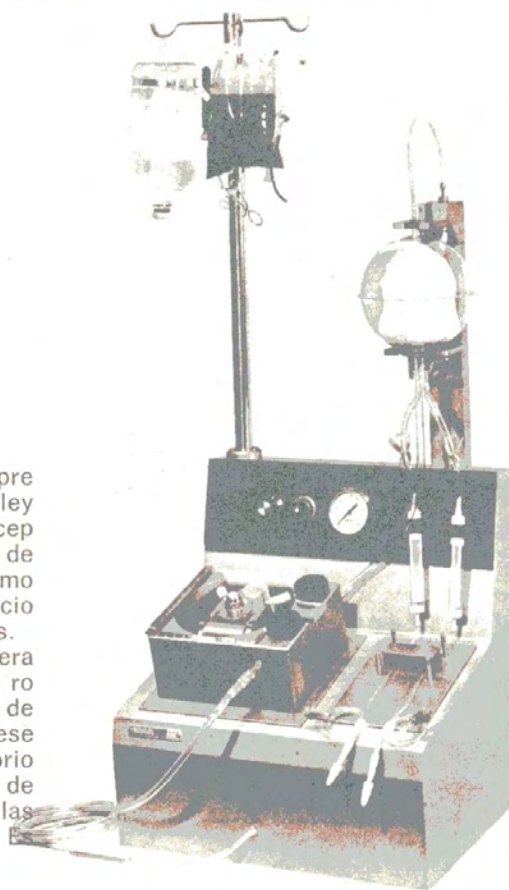
Catéter triple

La firma británica Davol ha lanzado al mercado internacional el nuevo catéter triple que simultáneamente permite la aspiración, irrigación e instalación de soluciones.

El triple lumen y las aberturas en el extremo distal hacen prácticamente imposible la obstrucción. Se suministran estériles, en paquetes de 50 unidades. En España lo presenta Comercial Médico-Quirúrgica.

Sistema de autotransfusión

El sistema de autotransfusión que presenta la firma norteamericana Bentley Laboratories supone un nuevo concepto en la recuperación y reinfusión de la sangre del paciente en el mismo campo operatorio, tanto en condiciones electivas como en emergencias. La unidad consta de una consola ligera y transportable con una bomba de rodillos para la perfusión y controles de seguridad, más un componente desechable constituido por un reservorio provisto de un aspirador y tubos de PVC que filtra la sangre y elimina las burbujas antes de reinfundirla. En España lo presenta Prim, S. A.



Electrocardiógrafo de cuatro canales

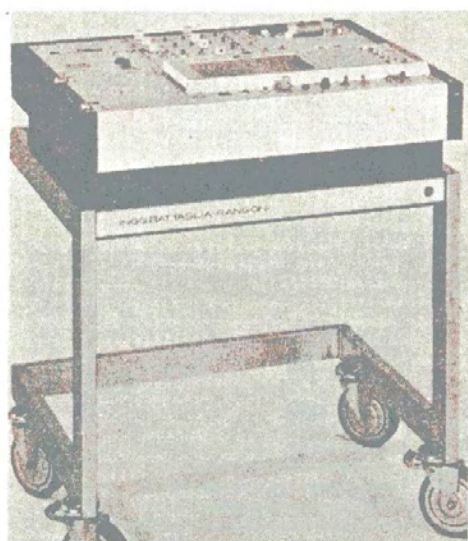
El electrocardiógrafo de cuatro canales, modelo MH4/S, que presenta la firma italiana Battaglia Rangoni, mide únicamente 54 por 65 centímetros, lo que le convierte en uno de los más manejables de su tipo y permite emplearlo sin problema en las salas del hospital, incluso entre dos camas.

Este aparato tiene el número adecuado de canales para registros simultáneos rápidos y efectivos: por ejemplo, tres registros ECG simultáneos con un fonocardiograma, o un ECG, dos registros de pulso exterior y un fono, etcétera.

Funciona alimentado por baterías, que se recargan automáticamente al ser

conectado a la red. Resulta especialmente indicado para su empleo en quirófano y en unidades coronarias, especialmente cuando va equipado con un osciloscopio de trazo múltiple. La adición del osciloscopio no aumenta sus dimensiones horizontales.

Una característica importante es su gran flexibilidad de uso, gracias a su diseño modular. Los canales de registro son todos iguales y cada programa electrónico de entrada, que puede ser enchufado al registrador, está adaptado para una investigación fisiológica específica. El operador puede conectar los programas de entrada o salida a cualquiera de los canales de registro en unos segundos para obtener el programa de registro más adecuado para cada combinación de datos fisiológicos. En España lo presenta Fridesa, S. L.



JORNADAS NACIONALES DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD Y LOS LABORATORIOS FARMACEUTICOS

Entrevista con don Juan Manuel Reol Tejada Subdirector General de Farmacia

Las seis ponencias o grupos de trabajo de las Jornadas vienen trabajando desde hace tres meses en la elaboración de los documentos base que serán presentados a las sesiones finales, a celebrar en el mes de enero próximo. Sobre la organización y problemática general de las Jornadas, hemos hablado extensamente con el Subdirector General de Farmacia, don Manuel Reol Tejada, en su despacho de la Dirección General de Sanidad.

—El problema de los medicamentos está en la calle —comienza diciéndonos el señor Reol—, y con más razón está especialmente presente, de forma constante, en la Dirección General de Sanidad y en la Subdirección General de Farmacia. Entendemos que dentro de un concepto más moderno de lo que es la administración, debíamos llegar a un diálogo nacional —Administración empresas farmacéuticas—, en el que se debatiera sinceramente toda la problemática que tenemos planteada, con el fin de adoptar las líneas de solución más adecuadas. La idea, que partió de la Subdirección General de Farmacia, fue muy bien aceptada en seguida por la industria farmacéutica, encuadrada en el Sindicato Nacional de Industrias Químicas, y las Jornadas cristalizaron en un ambiente de trabajo, del que pueden dar idea los doce ponentes (uno de la Administración y uno de los Laboratorios para cada ponencia), que ya han concretado su trabajo, y sus ochenta o noventa colaboradores, así como los 1.200 participantes que esperamos para las sesiones finales, procedentes de la Administración, en las universidades y en los laboratorios. Nos explica el señor Reol que hay unos problemas antiguos, que son como el telón de fondo de cuanto ocurre en torno de los medicamentos, de su comercialización, fabricación y distribución.

—Es el problema de las patentes y, ligado con él, el de la investigación farmacéutica. Es éste el primero que deberíamos afrontar y así nos lo hemos planteado en las Jornadas, como también el del control de calidad del medicamento, el de su promoción, los aspectos socioeconómicos y deontológicos, y finalmente, el que tal vez debiera ser el primero en el orden práctico, el del registro oficial, actualizado y eficaz. Este haz de problemas es el conjunto de preocupaciones fundamentales a los que se están extendiendo las Jornadas.

Desde un punto de vista práctico —insiste el entrevistado— el problema más próximo, aunque otros sean prioritarios en teoría, es el del registro de medicamentos, que contempla la viabilidad de un preparado desde el punto de vista farmacológico, farmacotécnico sanitario y económico.

—De ahí que cualquier modificación en la mecánica del registro, trae inmediatamente consecuencias sobre los laboratorios y sobre la terapéutica del enfermo, y aun sobre el arsenal sanitario que se pone a disposición del país. Tengan en cuenta que la normativa fundamental en esta materia se encuentra en la Ley de bases de la Sanidad de 1944, y en los decretos de 10 de agosto de 1963 y de 21 de marzo de 1970; esta legislación necesita ser adecuada en algunos aspectos.

En este sentido el Subdirector General de Farma

cia nos dio como primicia informativa la noticia de que antes de que finalicen las Jornadas Nacionales de la Dirección General de Sanidad y de los Laboratorios Farmacéuticos, se producirán interesantes novedades legislativas, que marcarán una nueva política en cuanto al registro farmacéutico se refiere.

—Hay que tener en cuenta —prosigue el señor Reol Tejada— que no existen en nuestro ordenamiento jurídico sanitario verdaderas lagunas legales, sino situaciones legislativas desfasadas por el paso del tiempo, a las que es conveniente completar para que vuelvan a tener la eficacia que en su día tuvieron. Intentamos conseguir un nuevo «modus operandi», al que se ajusten tanto la Administración como la industria farmacéutica. Si en el terreno de la investigación acertáramos con una fórmula eficaz, podríamos revolucionar un día el nivel de los laboratorios farmacéuticos.

Según el señor Reol Tejada, las jornadas nacionales de que venimos hablando, vienen a demostrar que la Dirección General de Sanidad no sólo es el órgano que define la política farmacéutica del país, sino que con obras sabe ejecutar esa política.

—Veo así las Jornadas —añade— como un cauce para llegar en su día al Boletín Oficial del Estado y, en definitiva, para indicar a los laboratorios una nueva política del medicamento. Por ello tengo mucha fe en las Jornadas, en su planteamiento conjunto —Administración laboratorios—, en su perspectiva de diálogo eficaz.

Entrevista con don Ricardo Bueso, Secretario General de las Jornadas

—¿Qué se espera conseguir en las Jornadas?

—Alcanzar, en la mayor medida posible, cuatro resultados: Primero, obtener un conocimiento más perfecto de los problemas, actuales y futuros, existentes en el campo de los medicamentos. Segundo, hallar soluciones, o bien los encauzamientos aconsejables, de inmediato así como a más largo plazo, respecto de unos y otros problemas. Tercero, con solidar un nexo de comprensión y confianza entre la Administración y los administrados. Cuarto, coherencia, en consecuencia, los intereses generales que defiende la Administración, con los propios del sector de los laboratorios en la manera más provechosa para todos.

—Problemática actual Dirección General de Sanidad laboratorios, tal como se va descubriendo desde que comenzó la elaboración de las Ponencias.

—Según entiendo, los problemas a señalar son diez. Para ellos habría que encontrar las vías de acción que, por contrapartida, vinieran a representar como una especie de decálogo para este campo.

1/ Promocionar la investigación, ahora sólo incipiente, cuando es el fundamento de todo progreso. 2/ Instaurar una industria suficiente de sustancias químicas de base. 3/ Conseguir una amplia e ineludible actividad exportadora. 4/ Controlar el asentamiento de capital extranjero en las empresas. 5/ Con una adecuada de los Servicios de la Dirección General de Sanidad a las necesidades de encauce

de la industria farmacéutica cuyas exigencias de calidad y crecimiento son extraordinarias. 6/ Actualizar las formas de vigilancia respecto a la comercialización de los fármacos, para mejor evitar desviaciones en ésta. 7/ Ordenar el consumo de medicamentos, que se produce en exceso. 8/ Regulación equilibrada de los precios. 9/ Reducción del número de especialidades, que es demasiado elevado. 10/ Conjuntar todos los esfuerzos consagrados al medicamento, con prioridad para su enfoque sanitario.

—Breve enumeración y resumen de las Ponencias.

—Estas son seis:

1.ª/ Investigación Farmacéutica. — Se estudia la necesidad inexcusable de la misma, así como se ofrecen sugerencias para lograr su extensión en España. 2.ª/ Producción y Control de Calidad. — Se analizan las condiciones de fabricación en estas industrias, de un alto grado de sutileza técnica, y se dan recomendaciones para un óptimo de perfección en tal labor.

3.ª/ Promoción de las Especialidades Farmacéuticas. — Se examinan las formas en que se hará el adecuado suministro de ellas, de modo que resulten beneficiados, conjuntamente, el consumidor, la información del médico y las exigencias empresariales de los laboratorios.

4.ª/ Aspectos Socioeconómicos del Medicamento. — Se contemplan las ventajas y las desventajas del uso de los preparados, y también el abuso en su consumo. Se apuntan vías de estudio y actuación para hacer frente a las repercusiones sociales y económicas que en estos puntos se comprueban.

5.ª/ Supervisión y Deontología. — Se enfocan con ánimo constructivo los requerimientos de cuidado y vigilancia a que la Administración, como igualmente las propias empresas, deberían someter todas las actividades relacionadas con la fabricación y suministro de los fármacos.

6.ª/ Registro Farmacéutico. — Se consideran cuantas reglas técnicas y normas de procedimiento serían más eficaces con el fin de garantizar para los medicamentos, desde un comienzo, un control severo, pero ágil y de validez en cualesquiera países.

—¿Cómo se ha llegado a elegir el sistema de elaboración de las Ponencias?

—Se ha buscado que concurren con su pensamiento un elevado número de personas. Se estimó que muchos observadores, en visión ordenada de las cuestiones, podrían dar con el camino, mejor que algunas individualidades aisladas, por muy notables que éstas fueran.

Así, cada Ponencia ha contado con dos ponentes. Uno lleva la voz de los intereses generales y, con los colaboradores que ha elegido, ha redactado un texto. Otro, ha tenido en cuenta la perspectiva de los laboratorios y, con los colaboradores que asimismo ha querido señalar, ha confeccionado otro texto.

Los textos de las Ponencias están siendo leídos y vueltos del revés por cuantos participan en las Jornadas (más de mil, como se sabe), que pueden completar, criticar o matizar todas las ideas expresadas en aquéllos. Del conjunto de unos y otros juicios se sintetizarán las conclusiones finales.

—¿Cabe pensar en que se puedan institucionalizar las Jornadas, anualmente, cada dos años...?

—Esto no lo sé. Mas creo que, de obtenerse los resultados a que todos aspiramos, muy bien cabría, a la manera militar de «explotación del éxito», que se volviera a convocar este diálogo amplio y progresivo.■

colaboración
especial

ASPECTOS PSICO-SOCIALES DE LA REPRODUCCION HUMANA

Un estudio especialmente escrito
para Doctor
por el psico-sociólogo
doctor Juan Campos Avillar

Consideraciones demográficas: Extensión del problema

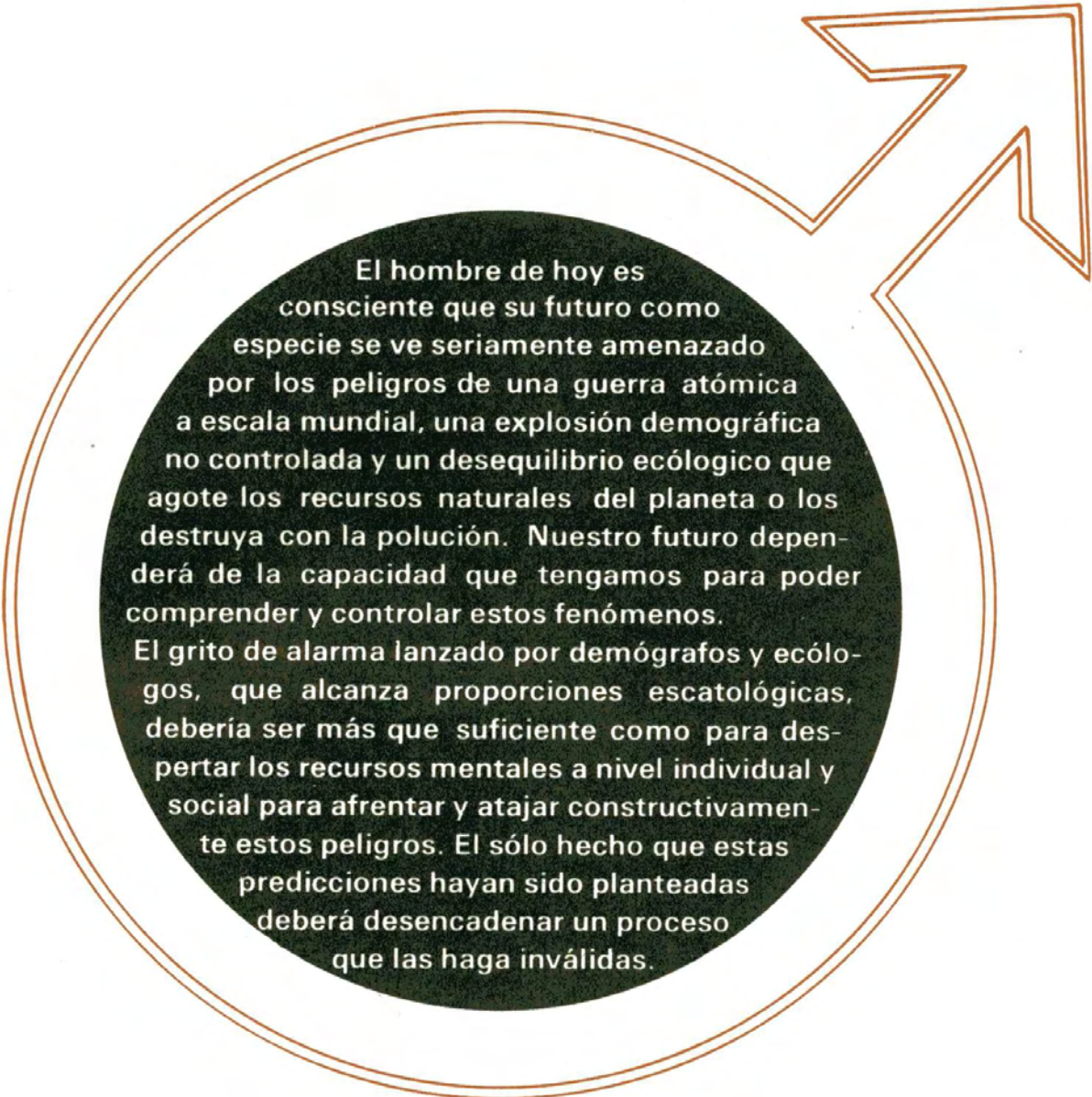
El crecimiento de la población adquiere caracteres alarmantes. Unas sencillas cifras nos darán una idea: La población mundial en 1750 era de 650 a 850 millones; en 1850, de 1.100 a 1.300; en 1950 de unos 2.475 (con una aproximación de \pm un 5 por ciento); en 1960 se había llegado ya a 2.995 millones. Los índices de crecimiento siguen un curso paralelo: en el período de 1850-1900 la tasa media anual de crecimiento era del 0,7 por ciento; en 1900-1950, del 1,1 por ciento; en 1950-60, del 1,8 por ciento, y el 2,1 por ciento en el período 1960-62.

W. Brand decía (1) en 1959: «Con una

tasa de crecimiento del 1,5 por ciento anual, la población mundial, que actualmente está por encima de los 3.000 millones, se doblará en 46 años. Con una tasa de crecimiento del 2 por ciento se doblará en 34 años. Está bien claro que una tasa de crecimiento de población como la que viene prevaleciendo hoy día no puede continuar».

Carlo M. Cipolla (2), en un librito que se ha convertido en un pequeño clásico de los problemas de la población, «Historia Económica de la Población Mundial», presenta un claro análisis, desde una perspectiva histórica, del desarrollo demográfico y económico de la humanidad.

En su tesis expone que el hombre, a lo largo de su desarrollo, y gracias a la inventiva y al desarrollo de la técnica, ha ido pasando por una serie de



El hombre de hoy es consciente que su futuro como especie se ve seriamente amenazado por los peligros de una guerra atómica a escala mundial, una explosión demográfica no controlada y un desequilibrio ecológico que agote los recursos naturales del planeta o los destruya con la polución. Nuestro futuro dependerá de la capacidad que tengamos para poder comprender y controlar estos fenómenos. El grito de alarma lanzado por demógrafos y ecólogos, que alcanza proporciones escatológicas, debería ser más que suficiente como para despertar los recursos mentales a nivel individual y social para afrontar y atajar constructivamente estos peligros. El sólo hecho que estas predicciones hayan sido planteadas deberá desencadenar un proceso que las haga inválidas.

civilizaciones. De la de los predadores, que viven de la caza, la pesca y la recolección de frutos; a la agrícola, en la que el hombre es capaz de controlar las cosechas y domesticar a los animales; y finalmente a la industrial y científica, donde es capaz de liberar se de la esclavitud de los convertidos naturales de energía (animales y plantas) y recurrir a fuentes minerales de energía, y también es capaz de incidir sobre las causas de la mortalidad.

Cada período histórico ha puesto mayores recursos a la disposición del hombre, lo que se ha traducido automáticamente en un aumento de la población mundial. Cada período ha con seguido un equilibrio demográfico a base de compensar sus tasas de naci-

miento con las de mortalidad. Si la última disminuye, permaneciendo constante la primera, evidentemente se desencadena una explosión demográfica, que generalmente irá seguida por una disminución de la tasa de natalidad, y el consiguiente nuevo equilibrio.

A causa de un proceso acumulativo, el proceso técnico del hombre ha sido extremadamente rápido. En pocas generaciones ha controlado su medio y domesticado las fuerzas de la naturaleza. Pero, ¿hasta qué punto se ha mejorado a sí mismo?

Consideraciones ecológicas

Wynne Edwards, V. C. (3), en su teoría homeostática de la organización social, nos presenta un esquema que bien puede servir para la aclaración del problema general de la perpetuación de las especies. Cada especie animal tiene unos requerimientos vitales en forma de alimento, abrigo, temperatura, etcétera, que tomadas en conjunto definen el habitat potencial de la especie. Todas estas características deben cumplir unos mínimos, pero qui zás la aportación de alimentos es la que puede variar más ampliamente.

Cada especie animal debe vivir en equilibrio constante con el medio que le rodea, dado que su capacidad para modificar su «habitat natural» en el reino animal es extremadamente limitada. El único recurso con que cuenta es adaptarse al mismo.

Cada conquista de la ciencia ha ido seguida de un aumento de población

S

Se trata de un habitat cerrado, con unos recursos alimenticios fijos, el único medio de adaptación es el control de la tasa de crecimiento mediante una disminución de la fertilidad y canibalismo de las crías. Las otras dos posibles soluciones, como sería el disputarse los escasos recursos disponibles o el autocontrol por inanición, resultan ineficientes, por que, si bien la lucha favorece la selección natural de los más fuertes, en la lucha pueden quedar deteriorados los sobrevivientes, y el agotar los recursos naturales tiene el inconveniente que, llegado a un cierto nivel de explotación, la especie animal o vegetal de que se alimenta entra en un proceso de autoextinción y, consecuentemente, la especie predatora se extinguiría a su vez.

Quando se trata de un habitat abierto la especie igualmente tiende a reproducirse hasta llenar el habitat, pero dispone de otros mecanismos sociales instintivos para no sobresaturarlo. La sobrevivencia de la especie depende de la capacidad que tenga de regular el tamaño de su población y la dispersión de la misma en función del alimento disponible.

El hombre, a diferencia de las otras especies animales, tiene la capacidad, mediante el conocimiento de la naturaleza y el desarrollo de la técnica, de controlar las fuerzas de la naturaleza y ponerlas a su servicio y de incrementar de este modo los recursos de su habitat natural.

Cada conquista de la ciencia ha ido seguida de un aumento de población. Siguiendo la ley general del equilibrio homeostático de las especies tiende

a llenar su habitat pero, cosa curiosa, el hombre que se ha valido de medios sociales y psicológicos para ampliar su habitat natural, se encuentra que a continuación tiende a sobresaturarlo. En otras palabras, aparece un «habitat construido» (de carácter socio-cultural), que habiendo servido para expandir los límites de su habitat natural, se convierte en un límite en sí mismo al que el hombre debe adaptarse o bien modificarlo.

S

Si seguimos la exposición de Cipolla, arriba mencionada, nos sorprenderá hasta qué punto y con qué fidelidad los mecanismos de equilibrio homeostático de las especies pueden ser aplicados, por lo menos hasta un determinado punto de la historia del desarrollo del Hombre, a la misma especie humana en su equilibrio demográfico.

Mecanismos de control demográfico

1/ El hombre primitivo es un predador, vive de la caza, de la pesca y de lo que puede recolectar de la naturaleza. Carecemos de datos demográficos de la época, pero dadas las condiciones del habitáculo humano podemos calcular que el hombre primitivo necesitaba una extensión de unas dos millas cuadradas para sobrevivir. Debemos suponer asimismo que las tasas de natalidad y mortalidad se compensaban a base de permanecer altas



y la expectativa de vida ser sumamente corta.

El hombre en esta época se encuentra prácticamente en un habitat cerrado; debe mantenerse en equilibrio con los recursos que le brinda la naturaleza; las posibilidades de dispersión son limitadas; las migraciones se realizan a corta distancia; existe un régimen de territorialidad que defiende frente a sus vecinos; y el canibalismo se practica con el enemigo vencido o quizás incluso con sus propios hijos y sus viejos.

2/ Con la aparición de la era agrícola, el hombre es capaz ya de controlar las cosechas y domesticar los anima



El sistema cultural es el que controla las tasas de crecimiento de la población mundial

les. Automáticamente esto trae la posibilidad de mayores concentraciones humanas y la aparición de las estructuras socioculturales que las hagan posibles.

La tasa de crecimiento de la población es del 0,5 por ciento al 1 por ciento anual, con curvas de crecimiento aceleradas, con índices de natalidad altos que sólo se ven detenidos periódicamente por puntas de mortalidad de carácter catastrófico, que llegan al 150, al 300 y aun al 500 por mil de la población total, producidas por hambres, epidemias, pestes y guerras, índice claro de un insuficiente control del medio físico y social. La invasión de los países vecinos permite migraciones que favorecen a los más fuertes. 3/ Al llegar a la era industrial o científica, se consigue un mayor control de la naturaleza y las hambres y las pestes quedan prácticamente controladas. Con la aparición de nuevos medios de locomoción y el dominio de éstos, la superpoblada Europa se expande hacia otros continentes subpoblados y los coloniza. Se llega prácticamente a un control total de las fuerzas de la naturaleza.

instintivos para controlar la densidad de la población. En el hombre existen también unos mecanismos para controlar la población, que si bien pueden ser tan desconocidos como los de los animales, son de carácter socio-cultural.

A cada tipo de sociedad corresponde un sistema cultural (entendiendo por cultura el conjunto de creencias, valores, actitudes, modos y técnicas de adaptación) adecuado al sistema socio-económico político que sirve de estructura a la sociedad. El sistema cultural es, en el fondo, el que controla las tasas de crecimiento de la población mundial, incidiendo sobre las tasas de nacimiento y las de mortalidad. El hecho de que se haya llegado a una tasa de crecimiento del 2,1 por ciento anual, es un índice claro de que nos encontramos en una época de transición.

Es mi hipótesis que si el sistema cultural que resultaba adecuado a una sociedad de tipo agrícola, se aplica a una sociedad de tipo industrial, por fuerza debe de producirse una disonancia socio-cultural que se traduce en una explosión demográfica, que ne

mos a intentar analizar algunas de las características de nuestro sistema cultural y ver hasta qué punto resultan adecuadas al momento presente.



L

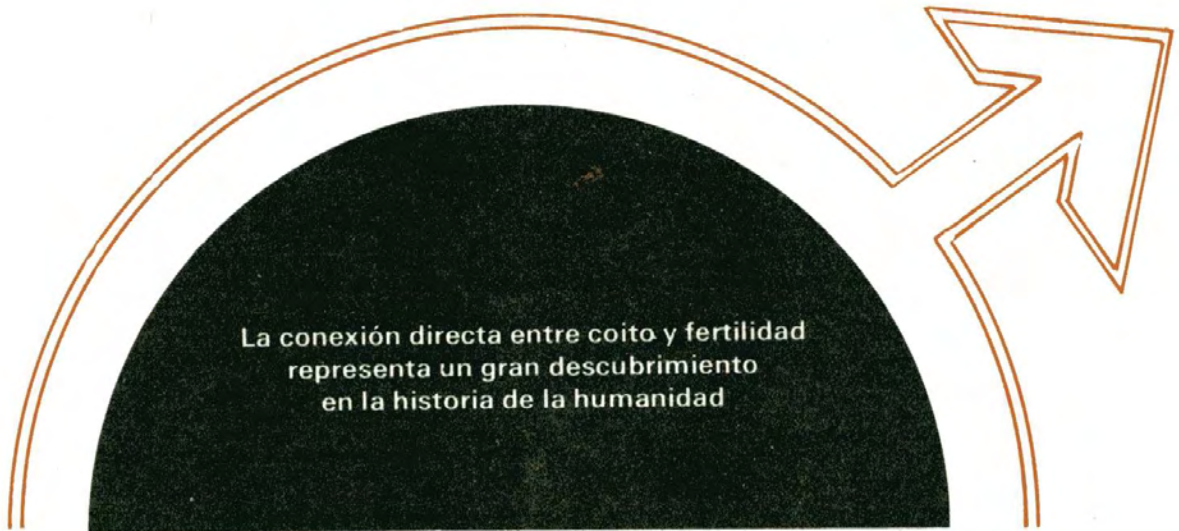
A civilización judaico cristiana que ha dominado el mundo occidental, y en la que se han dado los condicionamientos necesarios para que se desarrollara la revolución industrial y se entrara en la era científica, viene caracterizada por unos valores y actitudes muy definidos respecto a la vida, a la muerte y al sexo. En resumen pueden ser descritos como un compromiso con la vida: Hay tabúes en contra de la contracepción, el infanticidio, la eutanasia y la actitud general respecto al sexo es que éste tiene como finalidad exclusiva la reproducción. Se tolera la práctica del mismo siempre y cuando lleve consigo la finalidad última.

La ley natural que sirve de base a la ley revelada tiene por modelo las leyes que rigen la vida instintiva animal. Pretender seguir este modelo sería intentar ignorar todas las modificaciones de la vida instintiva que han



dECIAMOS más arriba que las especies animales disponen de unos mecanismos sociológicos y biológicos

cesariamente deberá terminar repercutiendo en el sistema cultural, haciéndolo adecuado a la realidad histórica que afronta. A continuación va



La conexión directa entre coito y fertilidad
representa un gran descubrimiento
en la historia de la humanidad

tenido lugar en el hombre, y que son los que constituyen la base de la esencia del hombre, aquello que le diferencia de las otras especies animales inferiores, su estructura psicológica y social.

Creo que podemos arriesgarnos a pensar que, en el hombre, las funciones sexuales y las reproductivas se han independizado las unas de las otras, y el nexo que las une, más que de carácter instintivo, es de carácter cultural (sistema de valores ético-religiosos y de tabúes).

En el reino animal la perpetuación de la especie viene asegurada por el apareamiento y la relación fecundante entre miembros individuales de la misma, regulada por modificaciones hormonales e instintivas en función de los recursos y facilidades de su habitat natural. La especie se adapta al ambiente, emigra hacia otro más adecuado o se extingue.

A diferencia, el hombre es capaz de modificar su ambiente y hacerlo apropiado a sus necesidades, ampliando con ello los recursos de que dispone, pero, al mismo tiempo, creando un habitat socio-cultural al que debe adaptarse.

La conexión directa entre coito y fertilidad, que hoy día nos parece obvia, representa un gran descubrimiento en la historia de la humanidad y hace falta haber llegado al pensamiento lógico y a la comprensión de las relaciones de causa-efecto.

Los pueblos primitivos que tan necesitados estaban de la fertilidad, atribuían la fecundación a causas extra-terrenas.

Esta disociación entre actividad sexual y fecundación, de la que nos sentimos tan ajenos, que tiene visos de trágico cómico para el hombre de hoy, y de la que somos conscientes hasta qué punto somos partícipes, sin embargo, tiene profundas raíces en el devenir psico-social del hombre, e.d. forma parte de nuestro bagaje cultural que nos encargamos de mantener y de transmitir. De hecho constituye la esencia del esquema conceptual que caracteriza el sistema judaico-cristiano del mundo occidental.

La idea central es que los hijos proceden de Dios, que el hombre y la mujer no son más que meros y ciegos instrumentos de la Voluntad Divina y el hombre no tiene sensación

quiere».

En este período el hombre no tiene nada que ver con los procesos reproductivos. Instancias morales regulan el comercio sexual y fuerzas sociales sancionan la legitimidad de la reproducción y la legalidad de las relaciones sexuales. En el inicio de la época patriarcal, ni siquiera existe la libertad de elección de pareja. Es la familia extensa, el pater familias quien decide quién se va a casar con quién, la Iglesia define la indisolubilidad del matrimonio y la sociedad se pronuncia respecto a los derechos sexuales del hombre y de la mujer.

Poco a poco, se va instalando una moral diferencial para ambos, en la que el hombre tiene derecho a una libertad respecto al placer sexual extra-matrimonial con concubinas y meretrices, y la idea de la prohibición del placer sexual para y con la mujer toma cuerpo. La virginidad prematrimonial y las sanciones contra el adulterio femenino van imponiéndose.

No hace falta profundizar mucho para darnos cuenta de los factores socio-económicos subyacentes a esta ideología. Por una parte la legitimidad de los hijos asegura la continuidad de la propiedad familiar; por otra, en plena sociedad agrícola los hijos son una bendición, representan brazos que se van a sumar al potencial de trabajo de la familia, que en estos momentos es una unidad de producción y consumo autosuficiente. Incluso los hijos adultos del varón son aceptados en el sistema familiar.

La razón fundamental por la que la gente siente un impulso a reproducirse en estas circunstancias, lo constituye quizás el hecho que los hijos representen una seguridad material para los padres, cuanto más y más robustos hijos uno tenga más respaldado se encontrará en la vejez. El valor de la mujer radica en su capacidad de procrear; a la estéril se la desprecia o repudia. La función social de la mujer



La pulsión sexual lleva al hombre a aparearse con la mujer y en esta relación experimentan ambos un pla

alguna que tenga derecho a interferir en el proceso. «Los hijos vienen de Dios, hay que aceptar todos aquellos que El envíe, y vienen cuando Dios

Se está empezando a hablar de libertad
y ésta incide en la familia

se encuentra limitada a «dar hijos al padre», y de criarlos sanos y fuertes.

las madres que crían hijos muy dependientes de ellas, precisamente como

«familia» o de la «paternidad responsable», sea cual fuere el modo como prefiramos llamarlo. Esta idea en el fondo se traduce en una rebelión contra la idea de falta de control de los padres sobre la reproductividad.

C

ON el inicio de la revolución industrial y la llegada del movimiento romántico, hay la primera rebelión contra el sistema. Se está empezando a hablar de libertad y ésta incide en la familia. Los hijos y las hijas se sienten con derecho a elegir su propia pareja. La familia progresivamente pasa de ser de una unidad de producción a una unidad de consumo.

La idea de que los hijos puedan elegir libremente la pareja rompe el círculo de dependencia material de los padres respecto a los hijos. ¿Qué motivación pueden tener los padres para reproducirse, en estas circunstancias? La explicación de que es algo «natural» es la expresión de un valor religioso y cultural, y se mantiene de tanto en cuanto estos valores sigan operativos.

Hay motivos de tipo psicológico más profundos como es la identificación con el rol paterno aprendido en la infancia, o la necesidad de proyectar en los hijos necesidades de dependencia no resueltas. Es corriente el caso de



un modo de satisfacer sus propias necesidades de dependencia que no fueron satisfechas en la infancia con sus padres, ni lo son en el presente con su cónyuge.

De todos modos, coincidiendo con esta época, varios fenómenos tienen lugar: por una parte, el aligeramiento de los tabúes sobre la sexualidad, que coincide con una disminución de la religiosidad; por otra, la liberación de la mujer de la sumisión al marido relacionado con su capacidad de trabajar fuera de casa y de la esclavitud de los hijos, al simplificarse el cuidado de éstos con la lactancia artificial y la creación de guarderías infantiles.

Finalmente, los padres sienten más el peso de la carga de los hijos que ser dependientes de la familia por un periodo más prolongado hasta alcanzar su madurez social: y que representan unas exigencias de tipo económico (vivienda, alimentación, salud, educación) que los padres a veces no pueden soportar.

Todos estos factores llevan consigo la idea de la «planificación de la fa

UNA de las consecuencias lógicas es que la disociación entre amor y placer sexual de la pareja y sus deseos de reproducirse se haga cada día mayor. Parece ser que la tendencia de nuestros tiempos va en la dirección en que las personas se autorrealicen en otras formas que mediante la reproducción o su autopropagación a través de los hijos.

Parece que lo ideal fuera que el acto de reproducción humana sea fruto de una decisión libre tomada por un hombre y una mujer, que se aman y que tienen en cuenta las necesidades individuales de cada miembro de la pareja, la relación entre ellos y la familia que constituyen, y las necesidades y posibilidades que les brinda la sociedad donde viven.

En estos momentos la humanidad, además de ser consciente del problema que la reproductividad incontrolada representa tanto para el individuo como para la familia y la sociedad, cuenta con medios cada día más eficaces y seguros para controlar la natalidad. Estos medios son de tipo técnico y de tipo legal, pero su aplicación no puede actualizarse a menos que profundos cambios en la estructura psicosocial de todos los participantes tengan lugar.

Dr

Papel del médico y de la Medicina en el desencadenamiento y posible solución del problema:

La Medicina es una institución diferenciada de la sociedad que tiene como función y compromiso defender y proteger la vida. Su ejercicio y su investigación han contribuido al problema de la sobrepoblación mundial.

Una contribución definitiva de la Medicina en dirección a incrementar la población mundial fue el descubrimiento de la epidemiología y de la vacunación. Con esto, las grandes epidemias quedaban controladas. El control de las infecciones, las vacunaciones generalizadas y las nuevas prácticas de puericultura determinaron inmediatamente también un receso en la mortalidad infantil y de la mortalidad puerperal. Por otra parte la expectativa de vida, gracias a la medicina, incrementa notablemente.

El resultado es una tasa de mortalidad que decrece, una tasa de natalidad que aumenta (incluso gracias al control de enfermedades venéreas que de terminaban esterilidad), y una modificación en la distribución de la pirámide demográfica habiendo cada día más gente joven y también más viejos.

Knaus describen y difunden el primer sistema anticonceptivo que se conoce. Paradójicamente, el método del ritmo, en vez de coartar la reproductividad dentro de la familia, lo que ha hecho es incrementarla, pues utilizando un método aparentemente más eficaz, la gente pierde el miedo a la concepción y se incrementa el número de hijos debido a los fallos del método. Otra influencia importante de la medicina ha sido la forma cómo los conocimientos médicos han contribuido en debilitar los temores y tabúes que había respecto a la sexualidad en la sociedad. El descubrimiento de medios eficaces para tratar las enfermedades venéreas hacía esperar que pronto éstas llegasen a desaparecer del mapa. La consecuencia ha sido bien distinta. Si bien hubo un receso notable con la introducción de la penicilina en la difusión de las enfermedades venéreas, al perder el miedo a las mismas y al generalizarse las relaciones sexuales en tres sectores de la población que antes quedaban excluidos, estamos contemplando un recrudecimiento en la extensión de las enfermedades venéreas, sin que ello conlleve para quienes las padecen la laceración moral y el freno sexual que antes tenía.

Los conceptos psicoanalíticos, al denunciar la represión sexual como causa de enfermedades emocionales y

CON el descubrimiento de los periodos de fecundidad y de esterilidad en el ciclo de la mujer. Ohino y

mentales, y al influir en las prácticas de puericultura hacia unos métodos de crianza más permisivos tanto respecto a la sexualidad como a la relación





entre padres e hijos, han determinado indirectamente una mayor libertad sexual y una tendencia hacia una cultura hedonística.

Hasta aquí vemos que todos estos elementos que la medicina ha aportado a la humanidad van en la dirección de fomentar el crecimiento de la población. Esto resulta todavía más grave cuando las prácticas de tipo sanitario se aplican a sociedades subdesarrolladas. La técnica médica es relativamente poco costosa y puede ser aceptada por países en subdesarrollo. Las consecuencias son una inmediata explosión demográfica que no marcha a la par con el desarrollo económico y cultural de estos países.

f

INALMENTE el problema de la superpoblación se plantea como un problema médico, y es gracias a la aparición de los anticonceptivos anovulatorios cómo por primera vez el médico contribuye con un crecimiento y unas técnicas que están en disonancia con su compromiso a propagar la vida. Sin embargo, el que estas técnicas no son aplicadas universalmente yo creo es debido precisamente a esta disonancia, tanto por parte del médico como por parte de la población en general. No creo tampoco que nuevas actitudes o métodos anticoncepcionales más sencillos, como son los contraceptivos intrauterinos, o la utilización de anovulatorios de acción prolongada, o como pueden ser, en un futuro, los contraceptivos hormonales masculinos, la vasectomía o esterilización temporal, o la píldora del «día después».



Las condiciones actuales,
en el mundo de hoy, son
de sobrepoblación

etcétera, vayan a ser aceptados por la sociedad. Creo que el que la gente se reproduzca, o deje de hacerlo cuando quiere, no es tanto un problema de disponer de los medios técnicos lo suficientemente eficaces y seguros, como de modificar básicamente las actitudes que nuestra cultura tiene respecto a la reproducción.

Examinemos algunas de estas actitudes: La primera idea es que la sexualidad es un mal necesario y que la transgresión de las prohibiciones en contra de la misma, aunque sea en las condiciones legalmente permitidas de matrimonio instituido, tienen que pagarse con un precio. Detrás de esto hay creencias y valores aprendidos en la infancia, sentimiento de culpa, que buscan su expiación a través de la paternidad no buscada.

el hombre y la mujer sigan considerándolo como un atributo fundamental de su autoestima la capacidad de procrear, por fuerza tendrán que vivir la incapacidad de hacerlo, que impone la esterilidad temporal como una herida a su propia estima y se sentirán castigados y las técnicas no se propagarán. No digamos ya cuando estas técnicas de esterilización se utilizan con unos fines profilácticos y vienen impuestos por la sociedad al individuo. Es seguro que, en estos casos, la gente se rebelará en contra de ellos y se considerará ello altamente inhumano. No hay más que recordar la indignación que levantó el hecho de que en algunos hospitales americanos se procediera a la esterilización compulsiva en el momento del parto entre muje

social de la población mundial; por otra, se han descubierto medios y técnicas anticonceptivos seguros y eficaces y estamos en vías de llegar a otros mucho más eficaces, e incluso a corregir los fallos del sistema mediante el aborto legal.

Técnicamente, pues, la Humanidad está preparada para afrontar el problema de la sobrepoblación, lo que no estamos es mental y socialmente maduros para aplicar los nuevos conocimientos y menos aún para prever las consecuencias que un programa mundial de control de natalidad pueda tener en el futuro en nuestra civilización y en el futuro biológico del hombre.

Normalmente, dice G. Bouthoul (4), las situaciones de plétora demográfica, con una predominancia de gente joven en la población producen el desencadenamiento de guerras (regulaciones espasmódicas del crecimiento), «in fantidios diferidos» como les llama él, que son la liberación del monto de agresividad que coincide con la sobrepoblación.



PERO, vayamos un paso más allá y cuando las instituciones legales que gobiernan los países permiten el aborto legal, me pregunto hasta qué punto tanto médicos como padres serán capaces de utilizarlos sin que esto les cree un conflicto interno. O bien, pasemos a la esterilización temporal mediante vasectomía o ligadura de trompas.

No importa que la fecundidad sea reversible en el momento que los padres lo deseen, ni de que con ello no disminuya en absoluto el placer sexual, lo que importa es que mientras

res múltiples de clases subdotadas, con o sin consulta previa a los interesados.

La medicina experimenta dos cambios importantes

Por una parte, en vez de preocuparse sólo de la vida del individuo aislado, su objetivo de salud es el conseguir el máximo bienestar físico, psicológico y

LAS condiciones actuales en el mundo de hoy son de sobrepoblación.

Es poco probable que el mundo se atreva a una guerra total de extinción porque sus consecuencias son aterradoras; se limita a guerras expoliadoras. Pero incluso éstas son vistas con malos ojos por la juventud que debe llevarlas a cabo. Si la guerra se elimina como factor de control de la población, si las religiones pierden fuerza en su aspecto controlador a través del celibato y regulación de relaciones sexuales, la única solución que resta es la de control de natalidad. Pero hasta que este concepto no que de internacionalizado dentro de la

Existe una especie de autoresistencia orgánica de los seres vivos, a fin de evitar las aglomeraciones



cultura, produciendo cambios importantes a nivel de la dirección del impulso sexual o somatizándolo, alterando las fuentes biológicas de la libido, no creo que se resuelva el problema. Hay experiencias tanto a nivel socio-lógico como psicológico de cómo estos cambios son posibles.

En el reino animal, decíamos, aparte del canibalismo como método de controlar la población, se utiliza la disminución de la fertilidad. Christian, Snyder y Ratcliff han efectuado recientemente investigaciones análogas sobre el crecimiento numérico de los pequeños mamíferos. Estas investigaciones les han permitido descubrir mecanismos orgánicos de autorregulación, que se producen espontáneamente cuando la densidad numérica aumenta considerablemente en el mismo hábitat (jaula o recinto).

Existe, pues, una especie de autoresistencia orgánica de los seres vivos a fin de evitar las aglomeraciones. Esta no está producida por el hambre, ni por la penuria, ni por las malas condiciones de vida. Es suficiente una falta de espacio para provocarla. ¿Es posible que este mecanismo aparezca a nivel humano?

tos monos, llegados a una madurez biológica, carecen del instinto de apareamiento, y que si se consigue fecundarlos artificialmente las hembras criadas en aislamiento son incapaces de desplegar una conducta maternal adecuada, dejando morir a sus crías. Según Freud, uno de los factores principales que sustentan la posibilidad del hombre a socializarse es la unión con la madre. Gracias a ello internaliza los valores de su sociedad, se preocupa por los demás y en su madurez elige el objeto sexual apropiado. Hay evidencia que las relaciones alteradas entre madre e hijo en la infancia determinan trastornos en el adulto como aislamiento, hostilidad, desajuste sexual, alcoholismo y una conducta maternal inadecuada (Spitz, 1945).

La socialización, además de ser responsable de la internalización de valores de la sociedad, influye grandemente tanto en los conceptos de identidad sexual como en el de la conducta sexual y maternal. Hay claros índices de que en nuestra civilización occidental:

1/ La sociedad se va disociando pro

en las modas que tienden a la igualdad de los sexos, como en la liberación de la mujer e igualdad de derechos con el hombre.

3/ Las prácticas de crianza han cambiado significativamente en el sentido de que son más automatizadas y que el tamaño y la estructura de la familia cambia.

4/ El objeto del apetito sexual puede ser gente de su mismo género, y con otros fines que los reproductivos.

5/ El compromiso con una reproducción de la vida y defensa frente a la muerte es puesto en tela de juicio, por consideraciones psicológicas y sociológicas.

6/ Los frenos religiosos y mágicos frente a la sexualidad están cambiando; cada día tiene menos valor el celibato voluntario y los frenos contra la promiscuidad sexual.


Todo esto nos dice que está teniendo lugar un profundo cambio en la estructura social y cultural de nuestra sociedad, y que es previsible que, en un futuro no lejano, sean aceptados métodos y actitudes que van a disminuir el índice de natalidad y, quizás, no hacer necesario que el crecimiento de población venga condicionando estas matanzas espasmódicas producidas por las guerras, que Bouthoul define como «infanticidios diferidos».



LUEGO, tenemos las experiencias de los Harlow (5) con monos criados en aislamiento. Se observa que es

gresivamente de la reproducción. 2/ Hay cambios radicales respecto al antiguo concepto de identidad masculina y femenina, que se traduce tanto

SIN ánimo de ser alarmista yo me pregunto si las respuestas al problema de la sobrepoblación mundial que hoy nos parecen tan claras y que van en la dirección de un control de



No hay que olvidar que la aplicación de la técnica ha hecho que el equilibrio del hombre con su bio-sistema se haya alterado

la natalidad, no conllevarán riesgos que hoy somos incapaces de prever. No hay que olvidar que la aplicación de la técnica a nivel del dominio de la naturaleza ha hecho que el equilibrio del hombre con su bio-sistema se haya alterado y la polución y las enfermedades psico y socio-somáticas sean hoy los mayores problemas sanitarios del mundo.

Lo que hemos aprendido de la ecología nos tiene que servir para preguntarnos si no puede ser igualmente cierto para nuestro ecosistema; si la aplicación de nuestros escasos y parciales conocimientos de las ciencias del hombre en forma de una tecnología social no desencadenará un fenómeno de polución cultural paralelo al de la polución física que actualmente estamos contemplando.

Lo cierto es que, en el momento actual, nosotros, como científicos, lo único que podemos hacer es trabajar desde donde estamos y con los medios de que disponemos; nominalmente: avanzar hipótesis, comprobarlas cien-

tíficamente e intentar prever nuestro futuro, modificándolo y controlándolo en favor de la Humanidad y los miembros individuales que la componen.

La otra conclusión que creo podemos deducir es que el problema de la reproductividad humana es un problema complejo con repercusiones a nivel económico, médico, social, demográfico, político y personal y que la única forma de atacarlo es con la colaboración integrada de todas las ciencias tanto las naturales como las sociales y humanas.

Si no lo hacemos así y prevenimos las consecuencias de la aplicación de nuestros conocimientos, es posible que en un futuro no lejano debamos enfrentarnos con otros problemas, que por un fenómeno de contragolpe no pasemos a desencadenar un problema de subpoblación mundial, o bien que en las condiciones en que se deba vivir en nuestro planeta un equilibrio demográfico estable, no nos valga la pena vivir, por lo menos a los ojos de nosotros, los «humanos» de hoy.



REFERENCIAS

- (1) Cipolla, Carlo M.: «Història econòmica de la població mundial». Col·lecció Garbí. 1969.
- (2) Brand, W.: «The World Population Problem», International Population Conference. Viena, 1959.
- (3) Wynne-Edwards, V. C.: «Animal dispersion in relation to social behaviour». Edinburgt + London Oliver + Beyd, 1962.
- (4) Bouthoul, Gaston: «Biología Social», Colección ¿Qué sé? Cinos tau, S. A. Barcelona, 1970.
- (5) Harlow, H. F.: «The Nature of Love», American Psychol. 1458, 13-554-556.
- (6) Harlow, H. F. and Harlow, Margaret: «Social deprivation in Monkeys». Scientist Amer. 1962, 207, núm. 5.

Pitágoras fue quien introdujo el «quantum» en el retablo de la filosofía. Un axioma, una categoría, un dogma o un principio, para serlo, necesita una buena dosis de ese elemento, que en cantidad suficiente, pasa a ser «lo mejor». Ha sido, ni más ni menos que un americano, quien ha secularizado las matemáticas, hasta el extremo de que si el 56 por ciento de una muestra representativa opina que Nixon es el presidente que desean, automáticamente Nixon se convierte en el «mejor» candidato a la presidencia.

A todos los niveles, y sobre todo en la investigación sociológica, hoy la encuesta es un elemento de primera mano para una posterior reflexión sobre los modos de conducta. El mundo de lo sexual también ha sido objeto de estudios experimentales de este tipo. Kinsey fue pionero y su Informe es motivo de referencia en numerosas publicaciones especializadas y no especializadas.

Los franceses se decidieron al fin y ha sido ahora, en el pasado mes de oc-

tubre, cuando se ha dado a conocer públicamente el Informe Simon sobre la conducta sexual de los franceses.

En España se ha hecho algo aunque muy tímidamente. Por ejemplo, el estudio estadístico sobre la Sexualidad Femenina, realizado por el doctor Ramón Serrano Vicens y publicado en 1971 en la colección Libros de Bolsillo Doctor. Los médicos, con frecuencia, han de enfrentarse a enfermos en los que subyace una oculta causación sexual. (Esta problemática se aborda en la sección de Personal de este mismo número.) Desde esta línea de información desaspidada, Doctor ha creído oportuno dar a conocer a los profesionales de la Medicina el presente Informe del doctor Nicolás Cañabarro, sobre el comportamiento sexual de un extracto de la sociedad española. La muestra es representativa de ese acotado grupo humano, que no está ni más allá ni más acá que el resto de los habitantes del país. El autor explica, en los primeros párrafos, la metodología seguida y las limitaciones que él mismo y el entorno provocaron.

El hombre propone... y la circunstancia dispone

La estadística tiene sus inexactitudes, sus agujeros por donde irremediablemente se escapa algo importante. Con la mejor intención, a veces el sociólogo se encuentra con dificultades sorprendentes que dan como resultado una mayor endeblez. Este puede haber sido el caso presente estudio.

El método

El breve resumen que se ofrece a continuación se refiere, en lo esencial, a una encuesta sobre la sexualidad que se realizó en 1970 en el medio universitario de Madrid. Evidentemente este trabajo tenía que haber sido seguido de muchos otros, a más de promover una serie de cuidadosas reflexiones; ello no fue posible, de un lado, por falta de respaldo económico y de otro por impedimentos sociales de toda índole. La encuesta fue ideada, en gran parte, sobre la marcha; indudablemente, ésta ha sido una de sus grandes limitaciones, pero al mismo tiempo muestra que recogía una tensión ambiental objetiva en el medio en que se hizo. Se desechó de entrada la



extra

EL COMPORTAMIENTO sexual

Un informe sobre los resultados de uno de los primeros estudios, realizados en España y cuantitativamente representativos, en torno a la conducta sexual.

entrevista individual, principalmente porque en nuestro país, ello hubiera cho-cado con una serie de resistencias; además, es preciso en este caso un gran número de entrevistadores avezados, lo cual no es fácil de improvisar. El protocolo de la encuesta consistió de trescientas preguntas agrupadas en capítulos diferentes.

Se consideró:

a/ El encuadre social, imprescindible para correlacionar el fenómeno del sexo con otras variables más amplias.

b/ Una breve incursión por el terreno de la ideología que permite, entre otras cosas, establecer de un lado, hasta qué punto lo adquirido recientemente, en forma de superestructura de la personalidad, influye y se ve influido por la práctica de la sexuali-

dad; y, de otro, averiguar si determinadas peculiaridades de la conducta sexual, tales como pérdida de seguridad en la realización del papel tradicionalmente masculino o femenino, son influidas decisivamente por el credo ideológico. El marco universitario, con sus características bruscamente cambiantes, se presta muy bien para este tipo de investigación.

c/ Las fuentes de información sexual que constituyen otro apartado de fundamental interés. Esta primera parte permite delimitar los rasgos periféricos de la práctica sexual propiamente dicha.

d/ El resto de la encuesta recorre diferentes aspectos parciales de la sexualidad, indicativos todos ellos de determinados momentos del desarrollo del individuo. Así, la masturba-

ción, las caricias sexuales (petting), la actitud ante el coito, la impotencia, la frigidez, la homosexualidad, el divorcio, el aborto, la contracepción y la actitud-conducta ante el individuo del sexo contrario.

Los protocolos

La distribución de los protocolos entre los encuestados es un problema de la máxima importancia para la fiabilidad ulterior del trabajo. En este caso, no se pudo realizar una distribución enteramente correcta, por dificultades propias de la situación universitaria.

Cuando la encuesta se distribuyó en Colegios Mayores, se hizo por el sistema de números aleatorios. En las diversas Facultades y Escuelas Especiales, hubo que repartirlas al azar entre los asistentes a las diversas clases.

El número de encuestas destinadas a cada centro fue proporcional a la densidad del alumnado. Si bien es verdad que con este sistema la encuesta presenta un sesgo de base. También es cierto que no se pudo realizar de otro modo.

El número de protocolos repartidos fue de seis mil, de los que se recibieron un total de 1.433. Esta cifra quedó reducida hasta 1.288, debido a que las restantes encuestas no estaban totalmente contestadas. Dado el sistema empleado, el 41,4 por ciento de respuestas resulta ser una cifra muy estimable, por encima del nivel habitual en encuestas que utilizan este método. Lo que demuestra indirectamente el interés despertado por el tema.

A posteriori, pudimos comprobar que la homogeneidad de distribución de la encuesta, entre la población universitaria, había sido aceptable. Si se utiliza como indicativo provisional el apartado que corresponde a las creencias religiosas, vemos que el 33 por ciento de los encuestados dice ser católico practicante; el 31, católico no practicante; el 33, no creyente; y el dos por ciento, pertenece a Confesiones diferentes.

Las contestaciones, agrupadas por sexos, arrojan las cifras siguientes: 401 mujeres y 887 varones.

La elaboración del trabajo posterior se realizó mediante el empleo de ordenadores.



Fuentes de aguas turbias

El autor de la encuesta, como primera prevención, buscó las fuentes de información sexual del grupo encuestado. Sin sorpresas, pudo constatar que esas fuentes siguen siendo en la gran mayoría de los casos los amigos y las lecturas. En definitiva, fuentes de aguas turbias.

Fuentes de información sexual

Como es lógico, con las primeras preguntas se intentaba configurar las fuentes de información sexual. Cualitativamente los resultados no revelaron nada nuevo. De todos es sabido que la incursión en el terreno de lo sexual se efectúa, en nuestro medio, en contra de tenaces resistencias. Sin embargo, cuantitativamente se lograron datos interesantes.

La familia y su prolongación natural, los profesores, apenas si son responsables del 8 por ciento de toda la información que el sujeto considera decisiva en esta temática. Llama la atención, asimismo, el alto porcentaje de formación casi autista de los primeros conceptos sobre se-

xualidad: el 42 por ciento de la información llega por las lecturas. De esta manera, no debe extrañar la alta incidencia del elemento fantástico en la sexualidad del adulto.

Por otra parte, la deformación de los conocimientos iniciales, debida a la propia índole del vehículo informativo más habitual (amigos, con el 44 por ciento), habrá de ser también notoria. Es claro que la familia no asume su propia sexualidad como estructura. Cada miembro vive de manera recoleta sus sensaciones, pensamientos y fantasías.

La masturbación es uno de los medios de satisfacción sexual, de tipo individual, más extendido. Su aprendizaje en grupo es muy exiguo, sin que haya diferencias significativas entre

los dos sexos. A la pregunta «iniciación mediante participación homosexual espontánea», corresponde un 10 por ciento de varones y un 9 de hembras; mediana participación heterosexual espontánea, los porcentajes son de 8 y 10 respectivamente. También en este capítulo, un alto porcentaje se lo llevan «con versaciones y lecturas», 67 por ciento en varones y 30 por ciento en las mujeres.

La masturbación, que es un fenómeno habitual en el niño, es reprimida y aparece en fases posteriores mediante un nuevo proceso que, de alguna forma, podemos llamar de aprendizaje.

Ante el embarazo la posición es más ambivalente; sin embargo, la familia sigue siendo un medio poco importante de información al respecto: el padre en el 4 por ciento de los casos, la madre en el 10 por ciento. Lo curioso es que este acontecimiento tiene lugar, por lo común, repetidas veces en el seno de la familia. Es de destacar, sorprendentemente, que los hermanos tampoco desempeñan un papel muy importante. Sólo el 3 por ciento de los encuestados afirman haber sido informados



EL COMPORTAMIENTO sexual

por este medio. En cambio, el 54 por ciento, lo fueron por amigos; el 5, por profesores, el 3 por sacerdotes, y un considerable 20 por ciento, por otros medios.

Edad

Está claro que, al menos en lo que concierne a la generación que actualmente está en la Universidad, el tema del embarazo no ha sido enseñado, ni en sus aspectos «naturales», ni en los «biológicos», así como tampoco ha sido considerado como materia didáctica.

La información sobre el embarazo engrosa la lista de tabúes con que se rodea al niño. No es posible en este momento extenderse sobre la multitud de implicaciones que esta afirmación lleva consigo. Pese a todo ello, sólo el 15 por ciento de los encuestados llegaron a conocer la existencia del embarazo en fechas posteriores a los 11 años. El 2 por ciento tenía menos de cinco años; el 18 por ciento, de 6-7; el 27 por ciento, de 8-9; y el 2 por ciento, no contesta. Si se une a lo antedicho el matiz cronológico, por fuera se habrá de convenir en los siguientes puntos:

1/ A pesar de la censura, la información tiene lugar en edades muy tempranas, consideradas a buen seguro como inadecuadas por los elementos represores. 2/ Dado el sistema de información, ésta será inexacta y deformante.

Una de las principales resistencias, por parte de los adultos, para hablar del embarazo, reside precisamente en la existencia del acto sexual, que subyace tras él.

La edad de los entrevistados al conocer la existencia del coito era la siguiente: el 1 por ciento, menos de 5 años; el 9, entre 6 y 7; el 22 por ciento, 8-9 años; el 34 por ciento, 10-12 años; el 20 por ciento, 13-14; y el 12 por ciento tenía más de 14 años.

Si se comparan las dos series de datos anteriores, se ve con facilidad que a los nueve años, el 56 por ciento de los niños están «informados» de la existencia del embarazo, pero sólo el 32 por ciento sabe lo que es el coito. Esta laguna es rellenada de forma fantástica en cada caso individualmente. Cabe suponer, sin incurrir en equivocaciones importantes, que el desfase del porcentaje se debe en gran parte a las «fuentes oficiales de información», que en el ca-

so del embarazo resultan ser de un 22 por ciento. Estas fuentes probablemente omiten la existencia del coito. La información familiar viene a ser de esta manera una simple traslación de mitos.

En cuanto a la información sobre la erección masculina, que obviamente es un tema con menor necesidad de información, la censura se acentúa. El 65 por ciento de los encuestados llegaron a conocerlo por amigos. El 20 por ciento no contesta, y el resto hasta cien, tuvieron como fuente de información sobre este tema: el 1, a los padres; el 3, a la madre; el 6 por ciento, a los profesores; el

3, a sacerdotes; y el 4 por ciento tuvieron como fuente de información a los hermanos.

La edad de los entrevistados al recibir la información era de 6 a 8 años, para el 1 por ciento; de 10 a 12 para el 12 por ciento; de 15 a 16 para el 22 por ciento; y con más de 16 años, el 41 por ciento. Estas cifras comentan por sí solas la disociación entre impulsos, conocimiento, ética y práctica del adolescente en materia sexual. En una evidente mayoría la información aparece como incompleta y distorsionada. Las consecuencias se pueden prever.



EL COMPORTAMIENTO sexual

Praxis, antes práctica sexual

No hay sorpresas...
Si acaso, la corta
distancia que separa
la experiencia sexual
de las mujeres de
la de los hombres.

Las relaciones sexuales

En este apartado se utilizaron, con escasas variaciones, las preguntas hechas por Kinsey, por considerarse convenientemente contrastadas. Ello, además, en la medida de lo posible, permite trazar ciertas correlaciones, llegado el caso. Las preguntas hechas fueron:

- Contactos corporales generales
- Besos labiales
- Besos linguales
- Manipulaciones en los senos
- Caricias manuales en genitales masculinos
- Caricias manuales en genitales femeninos
- Caricias bucales, hechas por la mujer en genitales masculinos
- Caricias bucales, hechas por el hombre en genitales femeninos
- Yuxtaposición genital sin penetración.

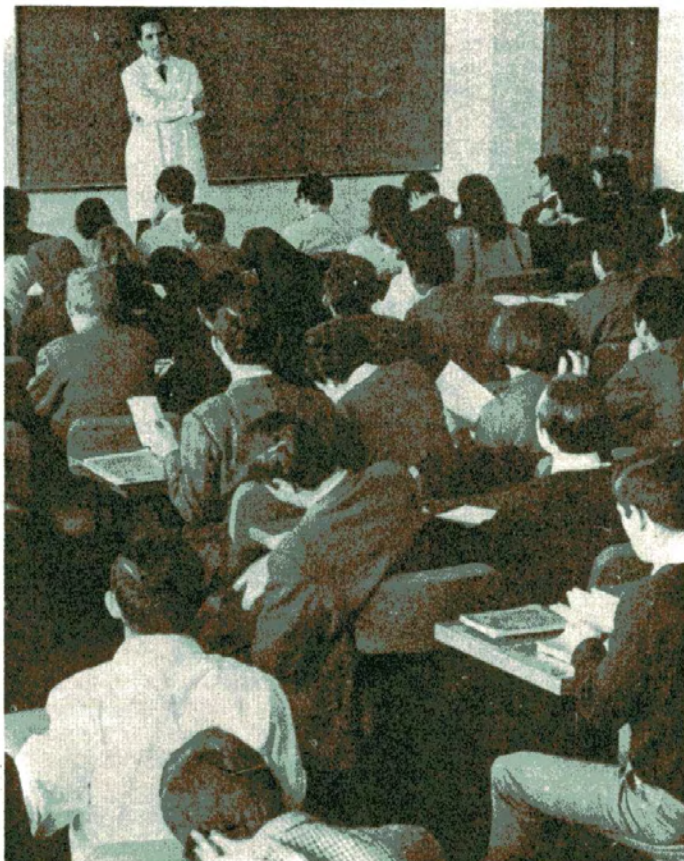
A excepción de las manobras bucales, todas las demás caricias han sido realizadas por más del 50 por ciento de la población universitaria encuestada de ambos sexos; por otra parte, sólo el cuatro por ciento de los varones y el cinco por ciento de las hembras estaban casados.

El aspecto de las relaciones sexuales representa un buen indicativo del estado del problema sexual. Es evidente que la actitud represiva del medio ha sido muy intensa en las últi-

mas décadas. El 62 por ciento de los varones no ha realizado el coito. Del resto, el 8 por ciento tuvo como compañera del primer coito a una prostituta; el 13, a una amiga soltera; el 4, a una mujer fácil; el uno por ciento, a una pariente próxima; el 2, a la muchacha de servicio; el 1 por ciento, a una mujer casada; y el 9 por ciento, a la novia.

Entre ellas, el 66 por ciento no ha realizado el coito. El 24 por ciento tuvo por primer compañero al novio; el 1 por ciento, a un

pariente próximo; el 8 por ciento, a un amigo soltero; y el 1 por ciento, a un hombre casado. Estos porcentajes permiten perfilar claramente los diferentes caminos que el medio depara a cada uno de los sexos. En primer lugar, contra lo que una opinión muy extendida manifiesta, la proporción de varones y hembras con experiencia sexual es sensiblemente igual. Esto quiere decir que, al menos en el sector universitario entrevistado, único en el que tiene validez esta encuesta, las diferencias cua-



EL COMPORTAMIENTO sexual

litativas de la represión sexual en los sexos actúa sobre todo, en los aspectos formales, teniendo muy escasas repercusiones en el acto sexual propiamente dicho.

Sin embargo, existen grandes diferencias en la manera de acceder a esta experiencia. Para la mujer, la relación estable —novio— es el medio de elección. En el hombre, las relaciones informales ocupan el primer lugar.

Cabe también suponer que, respecto a este último, la prostitución va ocupando cada vez un lugar menos importante, en favor de la relación con la amiga soltera. Sorpresivamente, las relaciones con parientes próximos alcanzan igual importancia para ambos sexos. Hubiera sido de gran interés disponer de estadísticas seriadas sobre este punto, aunque de todas formas se puede inferir por otros datos indirectos que los porcentajes de práctica van en aumento.

En las relaciones sexuales prematrimoniales ocurre un fenómeno idéntico al de la información de la familia. La desviación que se observa en el hombre es achacable a los encuentros accidentales con prostitutas y mujeres afines.

La distinta actitud psicológica ante el acto sexual se manifiesta en la perdurabilidad de las relaciones con el primer compañero-a sexual.

En el varón, la primera relación sexual tiene, en muchos casos, el valor de una ceremonia de iniciación-prueba de sí mismo,

mientras que en la mujer da paso a una relación que prolonga en otro plano la mantenida anteriormente. Es posible que también esta tendencia esté en vías de cambio.

En cuanto a la edad del compañero-a, la mayor incidencia se presenta entre parejas de la misma edad (22 por ciento en varones; 15 en hembras), si bien esta característica aparece algo más difuminada en la mujer que en el hombre. Con todo ello se llega a la conclusión de que la actual tendencia, en el medio universitario encuestado, es la de una unión sexual entre personas de la misma edad y clase social. La mujer se inclina más a la permanencia de las relaciones que el hombre. Todo ello va en contra del mito de las seducciones, realizadas por personas de mayor experiencia, así como de la pretendida frecuencia de relaciones con gentes de escala social inferior. A la pregunta «Procedencia de clase del primer compañero-a sexual», no contesta el 58 por ciento de los varones y el 66 por ciento de las mujeres; pero en el 2 y 3 por ciento respectivamente, lo ha sido una persona de clase superior; en el 28 y en el 30 por ciento, una persona de igual clase; y en el 13 y 2 por ciento, una persona de clase inferior.

En cuanto a la edad del compañero-a con quien realizó el primer coito, el 62 y 71 por ciento (varón-hembra) no contesta o no lo ha realizado. En el 5 y 1 por ciento, el compañero-a tenía 10 años más; en

el 5 y 12 por ciento, tenía cinco años más; y en el 3 y 1 por ciento, el compañero-a tenía cinco años menos. Los porcentajes de igual edad, ya se han indicado más arriba.

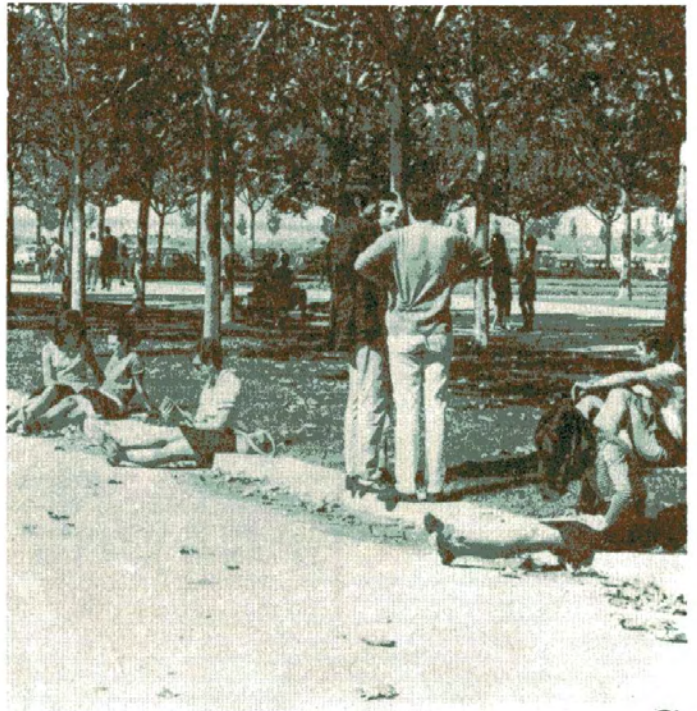
La contracepción

Como se tuvo ocasión de comprobar indirectamente, después de efectuada la encuesta, muchos de los métodos expuestos en las preguntas como medios para el control de la natalidad no eran bien conocidos. De ahí el alto porcentaje de contestaciones que expresan ignorancia. La pregunta se formulaba en los siguientes términos: «Medios de control individual de la natalidad con los que se identifica el entrevistado». La pregunta se completaba con las siguientes

especificaciones:

- Esterilización masculina definitiva
- Esterilización femenina definitiva
- Píldora
- Aborto
- Preservativo
- Coito interrumpido
- Lavados vaginales
- Masturbación previa al coito
- Coito anal
- Método de Ogino
- Método de temperatura basal
- Membrana
- Ovulos acidificantes
- Abstinencia sexual total
- Otros medios.

La ignorancia se manifestó, sobre todo, con los ovulos acidificantes y la membrana. Pese a las campañas en contra, la «píldora» se presenta como el método de elección para ambos sexos en cualquier circunstancia. No sabe o no con



EL COMPORTAMIENTO sexual

testa, el 15 por ciento de varones y el 23 de mujeres; en el matrimonio, el 25 y el 24 por ciento; fuera de él, el 7 y el 4 por ciento; siempre, el 44 y el 32 por ciento; nunca, el 9 y el 8 por ciento.

El aborto es tolerado en menor grado dentro del matrimonio que fuera de él. El rechazo femenino es más intenso que el masculino como método activo, pero esta impresión se invierte a la hora de considerarlo como salida extrema. Las cifras se reparten así: No sabe o no contesta, el 33 por ciento de varones y el 49 por ciento de mujeres; en el matrimonio, el 1 y el 1 respectivamente; fuera de él, el 4 y el 2 por ciento; siempre, el 4 y el 2 por ciento; y nunca, el 58 y el 46 por ciento respectivamente.

El coito interrumpido tiene menos aceptación en el varón. No sabe o no contesta el 39 por ciento de los varones y el 55 por ciento de las mujeres; en el matrimonio, el 4 y el 7 por ciento; fuera de él, el 7 y el 4 por ciento; siempre, el 4 y el 4; y nunca, el 46 y el 30 por ciento, respectivamente.

Como cabía esperar, el método Ogino tiene mucha más vigencia en las relaciones matrimoniales que fuera de ellas. Las siguientes cifras lo confirman: no sabe o no contesta, el 30 por ciento de varones y el 40 por ciento de las hembras; en el matrimonio, 30 y 32 por ciento; fuera de él, 2 y 3 por ciento; siempre, 25 y 13 por ciento; y nunca, 13 y 9 por ciento respectivamente.

Un mueble auxiliar con infinidad de aplicaciones en todo despacho médico



- original
- robusto
- estético
- y, sobre todo,
- práctico

P.V.P.
1.400
pts.

CARRITO PORTABANDEJAS



ESTASO

Fábrica y oficinas en Zarátamo (Vizcaya)
Teléfs. 255-515-516 de Arrigorriaga (Vizcaya)
Dirección Postal: Apartado 1109- BILBAO



Del dicho al hecho hay un trecho

Los entrevistados, en todo momento, se muestran más extremistas en sus manifestaciones sociales que en el terreno de su práctica concreta. Para detectarlo ha sido suficiente con enfrentarles a preguntas de corte dialéctico.

El medio cultural

Siguiendo dentro del terreno del control de la natalidad, pero abandonando los aspectos prácticos para adentrarse en los aspectos sociales, se pueden ver evidentes contradicciones.

De hecho, los entrevistados, en todo momento, se muestran más extremistas en sus manifestaciones sociales que en el terreno de su práctica concreta. Esta discordancia, por demás evidente, en el campo del universitario tiene la explicación en el enfrentamiento de la educación familiar con el medio cultural universitario: unas tendencias reprimidas por la familia, liberadas en parte por el medio extrafamiliar y pseudoliberadas (vivas culpablemente) en la realidad al decidir en el momento práctico.

El yo familiar es tapado por el personaje social, pero no vencido totalmente por éste. Cuando sólo se trata de opinar sobre acontecimientos abstractos, la respuesta que aparece es la del yo ideal, mucho más radical que el yo cotidiano. Por ejemplo:

¿Opina el encuestado que el crecimiento de la población impone la necesidad de regular la natalidad?

	Varones	Hembras	Total
No contestan	1 %	1 %	1 %
Sí	62 %	57 %	61 %
No	29 %	28 %	28 %
No saben	8 %	13 %	10 %

En caso de aprobar la limitación de la natalidad, el entrevistado opina que debería llevarse a cabo por:

	Varones	Hembras	Total
Planificación estatal ...	24 %	18 %	22 %
Id. individual	63 %	68 %	65 %
No aprueba o no contesta	13 %	14 %	13 %

En esta línea se sitúan las opiniones sobre el aborto.



EL COMPORTAMIENTO sexual

Empleando frases estímulo proanómicas y antianómicas, se puede llegar también a interesantes conclusiones sobre las relaciones entre sexualidad e ideología en el universitario. Se les pidió opinión en los presentes términos:

Manifiesta tu opinión sobre cada una de las siguientes frases:

	(1)	(2)	(3)
El instinto sexual rebaja al hombre	1 %	9 %	90 %
Hay que dar rienda suelta al instinto sexual	2 %	19 %	79 %
El instinto sexual es sólo un paso para la procreación	2 %	22 %	75 %
El acto sexual se debe relacionar sólo con la intención de procrear	2 %	10 %	88 %
La procreación y el acto sexual no tienen porqué ir unidos	2 %	77 %	21 %
La sexualidad actual proviene de represiones sociales conflictivas	5 %	68 %	27 %
El caos social es en gran parte consecuencia de la represión sexual	5 %	46 %	49 %
La sexualidad destruye a la familia	4 %	8 %	88 %
El hombre casto es superior porque sabe dominar sus instintos	2 %	23 %	74 %
La liberación sexual lleva al libertinaje sexual	3 %	18 %	79 %
Parte de los problemas del hombre se resolverían con libertad sexual	4 %	67 %	29 %
La sexualidad es algo natural en el hombre	2 %	96 %	3 %

- (1) No contesta
 (2) Más o menos de acuerdo
 (3) Más o menos en desacuerdo

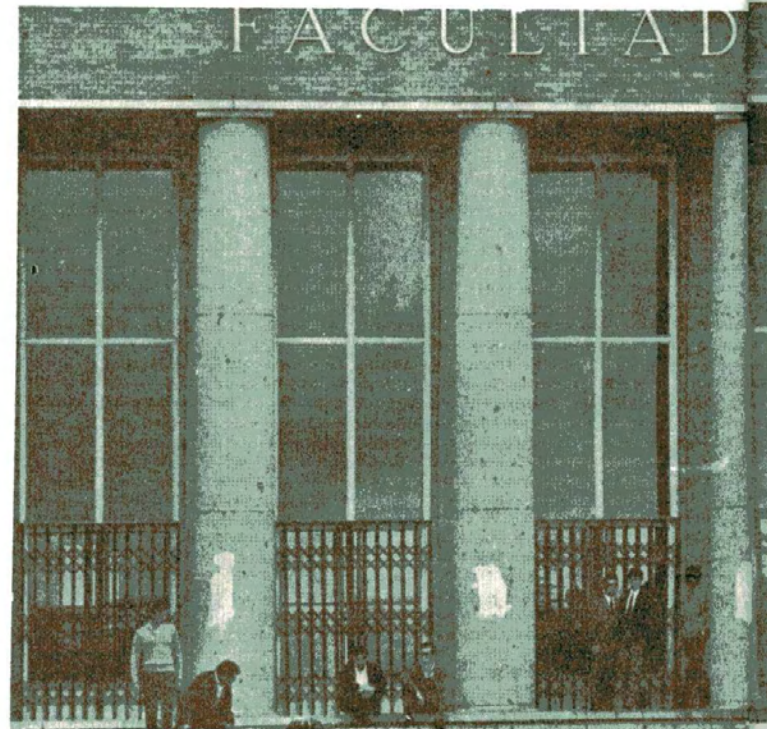
Parte de estas frases, como se puede advertir claramente, conllevan los esquemas educativos propios de la adolescencia. Por el contrario, otras representan el modo de pensar más radical que es privativo de los medios juveniles con trasculturales.

Como se dice en líneas anteriores, el «personaje» aceptado en el medio universitario se impone decididamente a las estructuras educativas de períodos anteriores. La pregunta que se debe hacer a estas alturas es la siguiente: ¿Se da esta superación en planos más profundos? Pa

ra contestar de un modo más completo sería preciso revisar otros muchos datos de la encuesta que no aparecen aquí. La impresión es que en la mayoría de los casos existe un evidente desfase. Traducible en conflictos personales.

Conclusiones

Una encuesta de este tipo proporciona a lo sumo una mera impresión. Aparte del dudoso valor de las estadísticas para sentar conclusiones terminantes, en este caso la técnica se



EL COMPORTAMIENTO sexual

guida impone muchas limitaciones. De todas formas, y siempre con el carácter de mera apreciación provisional, se han podido constatar los siguientes datos generales:

1/ Un universitario madriño es un ser que económicamente depende de su familia en la mayoría de los casos, aun en la circunstancia de que trabaje (17 por ciento).

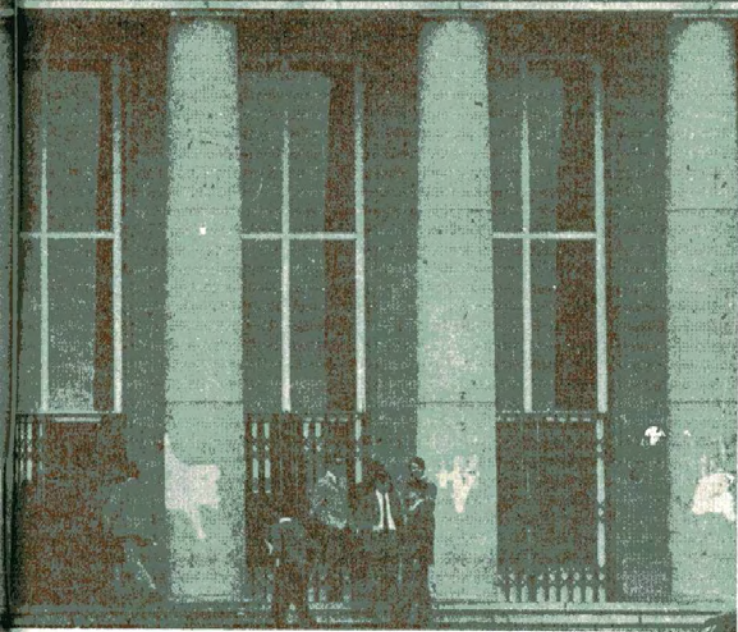
2/ La práctica sexual masculina difiere cuantitativamente poco de la femenina.

3/ Los planteamientos ge

nerales sobre sexualidad, tanto en el plano individual como en el social, siguen una línea más radical que el que indica su experiencia en el mismo campo.

4/ Este fenómeno se debe en gran parte al contexto social específico que es, hoy por hoy, el medio universitario. Como datos característicos primordiales se puede destacar su provincialidad, su carga de fantasía, su dependencia económica y, finalmente, el antagonismo existente entre el medio familiar y las ideologías radicales que irrumpen tan súbitamente.

DE MEDICINA



**EN ESTADOS DE
DECAIMIENTO ORGANICO,
ADINAMIA,
FATIGA PRIMAVERAL,
CONVALECENCIA
PROLONGADA, ETC.**

Cebión®
granular

**1 GR. DE VITAMINA C
NO EFERVESCENTE
SABOR NARANJA**

CEBION Granular es un preparado original de vitamina C pura cristalizada (CEBION®) al que la adición de extracto de naranja proporciona un agradable sabor refrescante

Caja con 15 bolsas

IGODA, S.A.
Concesionaria de E. MERCK,
Apdo. 381 - BARCELONA