



UNIVERSIDAD DEL SURESTE (UDS).

DOCENTE: DR. GUILLERMO DEL SOLAR VILLARREAL.

ALUMNA: EVELIN SAMIRA ANDRES VELAZQUEZ.

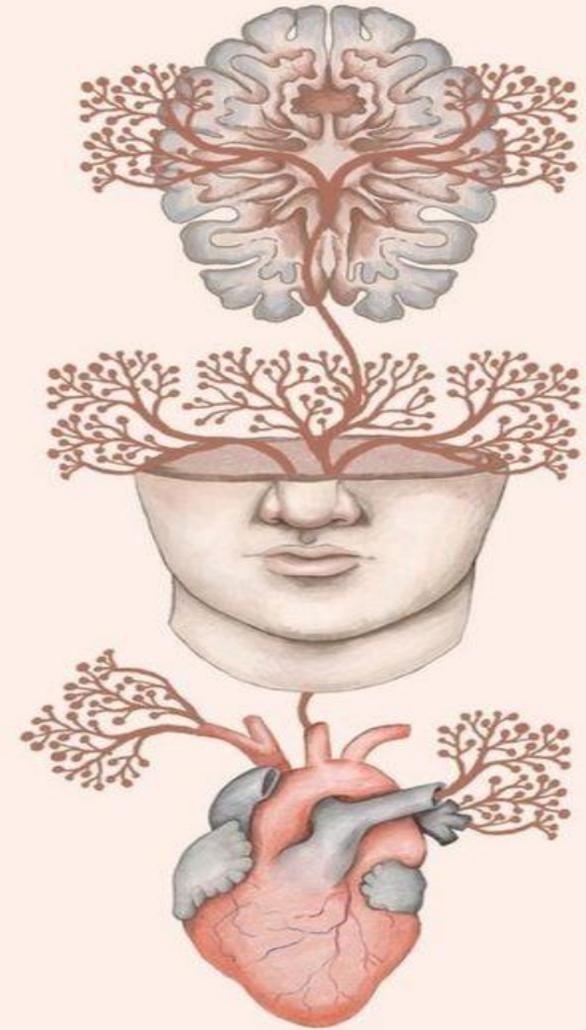
LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA.

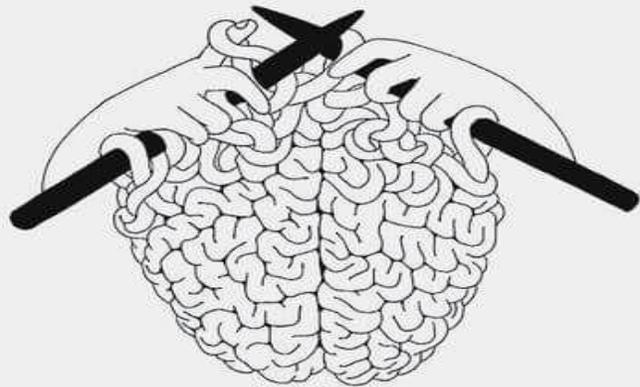
MATERIA: PSICOLOGÍA MEDICA.

TEMA: LOS TRANSTORNOS DEL SUEÑO, DEL APETITO Y DE LA SEXUALIDAD.



En este trabajo se hablará de los trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad.
Empezaremos definiendo, ¿Qué es un trastorno?...
El término trastorno se refiere a una alteración de la salud.
Más específicamente, puede referirse en psicopatología, a un trastorno psicológico, trastorno mental o enfermedad mental.
Existen más definiciones por ejemplo...
Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.
A continuación se explicara con más amplitud cada trastorno.





EL SUEÑO es el estado fisiológico que alterna con la vigilia; algunos autores prefieren hablar del dormir para establecer claramente la diferencia con los procesos oníricos o sueños.

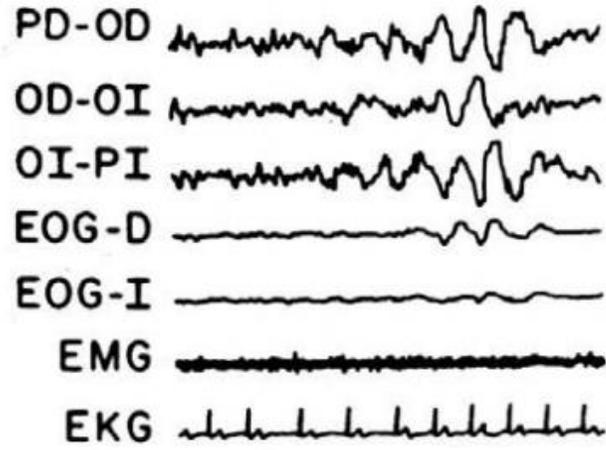
Las funciones del sueño son la preservación de la vida y la salud mental. Cuando un sujeto es privado de sueño por un tiempo prolongado, además de fatiga e irritabilidad puede presentar alteraciones severas de funciones mentales.

La observación de la conducta durante el sueño y el registro electroencefalográfico del mismo hicieron evidente que el sueño no es un fenómeno simple, sino que puede distinguirse por lo menos dos tipos de sueño:

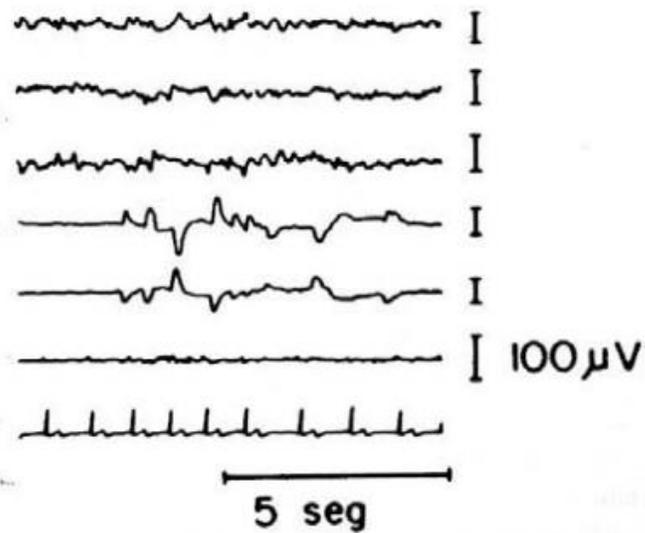
El sueño con movimientos oculares rápidos, periodo durante el cual el sujeto además de presentar movimientos de los ojos tiene un electroencefalograma semejante al de la vigilia, por lo que se ha llamado sueño paradójico y un periodo sin la presencia de estos movimientos (sueño no MOR).

Normalmente, cerca de 75% del sueño nocturno transcurre en un estado de relajación corporal profunda, durante el cual el cuerpo se recupera fisiológicamente de las fatigas del día. En este estado, las ondas eléctricas cerebrales se hacen más lentas y parejas que cuando estamos despiertos, las ensoñaciones son infrecuentes y cuando ocurren son más bien pensamientos dispersos acerca de actividades recientes.

SUERO DE ONDAS LENTAS III



SUERO DE MOVIMIENTOS OCULARES RÁPIDOS



En éste se distinguen cuatro fases: en la primera hay somnolencia, en la segunda aparecen los registros llamados husos de sueño y la tercera y cuarta han sido llamadas conjuntamente sueño de ondas lentas.

Nuestros sueños son alucinaciones que ocurren durante 25% de la noche, coincidiendo con los movimientos rápidos de los ojos (sueño MOR). Durante los periodos de sueño MOR, que ocurren casi cada 90 minutos, los centros superiores del cerebro, incluyendo la corteza cerebral, están muy activos, su tasa metabólica es elevada y también lo es la frecuencia de descarga de las células cerebrales individuales. Esta actividad alcanza la conciencia, y la persona sueña.

Durante el sueño MOR la actividad del sistema nervioso autónomo involuntario es intensa y se manifiesta por cambios en la frecuencia y ritmo de la respiración y del latido cardiaco. En los varones puede haber erección. En la fase de sueño MOR se presentan fenómenos tónicos y fásicos; entre los primeros se han incluido la actividad cerebral de vigilia y la atonía muscular que se ponen en evidencia con los registros electroencefalográfico y electromiográfico.

Los fenómenos fásicos son: movimientos oculares rápidos, contracciones musculares espasmódicas, fluctuaciones cardiorrespiratorias y aparición en el electroencefalograma de las llamadas ondas PGO (pontogéniculo-occipitales), que se originan en la región de la protuberancia, pasan por el núcleo geniculado lateral en el mesencéfalo y van a la corteza cerebral del lóbulo occipital.

El núcleo geniculado lateral está en la vía que transitan las señales luminosas que de la retina llegan a la corteza cerebral y la activan, produciendo la imaginación visual de los sueños. Señales similares llegan de la vía vestibular del oído interno. También se identifican estímulos de otros órganos sensoriales.

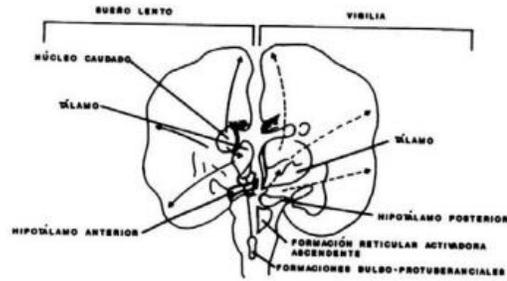


FIGURA 15. Mecanismos retículo-corticales de la vigilia y del sueño lento.

Un centro en la protuberancia inhibe la acción de las neuronas que participan en el movimiento de los músculos esqueléticos y paraliza al cuerpo. Cuando este centro cerebral se destruye experimentalmente en el gato, éste duerme normalmente, excepto que durante los periodos REM lleva a cabo movimientos estereotipados y de defensa en respuesta a lo que asumimos pudieran ser alucinaciones.

J. Quinson y otros han demostrado que durante el sueño REM un tipo de actividad eléctrica conocido como onda teta aparece en el hipocampo, región del cerebro que es crucial para la memoria a largo plazo. Las ondas teta no ocurren en el sueño de ondas lentas y los animales despiertos sólo las tienen cuando están enfrascados en una actividad esencial para su supervivencia, como es explorar un ambiente nuevo y reaccionar a los movimientos amenazantes de conducta predatoria.

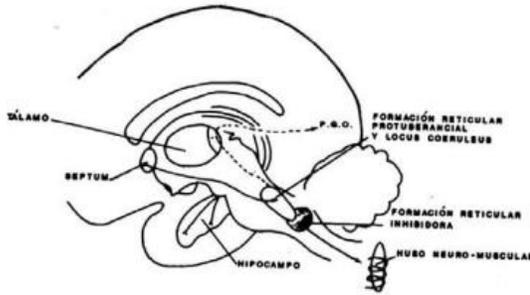


FIGURA 16. Mecanismos del sueño rápido.

Las ondas cerebrales del estado MOR se parecen a las del cerebro de una persona despierta y atenta. La temperatura del cerebro aumenta y el flujo de sangre se duplica. Los cambios metabólicos sugieren que el cerebro se encuentra en una intensa actividad química. Algunos investigadores piensan que, puesto que los sueños a menudo comienzan elementos del día anterior, bien puede ser que durante la fase del sueño MOR los contenidos mentales sean clasificados y almacenados apropiadamente. Es interesante mencionar que los lactantes, que constantemente está aprendiendo cosas nuevas, pasan la mayor parte del sueño en MOR.

El sistema endocrino tiene una ritmicidad acoplada al sueño; la hormona del crecimiento, la tirotrópina y la prolactina se liberan durante el sueño y durante la última mitad del sueño nocturno tienen lugar estallidos episódicos de secreción de cortisol y ACTH.

Es evidente que el sueño no es únicamente la ausencia de conciencia, sino que es un fenómeno que se produce por la activación y la inhibición de diferentes centros cerebrales en interacción.

EL SUEÑO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos del humor se asocian casi invariablemente con alteraciones del sueño. Uno de los componentes de un episodio maniaco es la disminución de la necesidad de dormir; el periodo de sueño puede reducirse a sólo tres horas.

Los episodios depresivos mayores se caracterizan por insomnio o por hipersomnias. Uno de los criterios para el diagnóstico de depresión de tipo melancólico es el despertar precoz por la mañana, por lo menos dos horas antes del despertamiento habitual. Un rasgo en la depresión es el acortamiento del lapso entre la iniciación del sueño y el primer episodio de movimientos oculares rápidos, los episodios de sueño MOR se presentan aproximadamente a los 90 minutos de iniciado el sueño; en la depresión, éste aparece antes de que hayan transcurrido 30 minutos. Algunos pacientes esquizofrénicos presentan periodos de excesiva somnolencia.

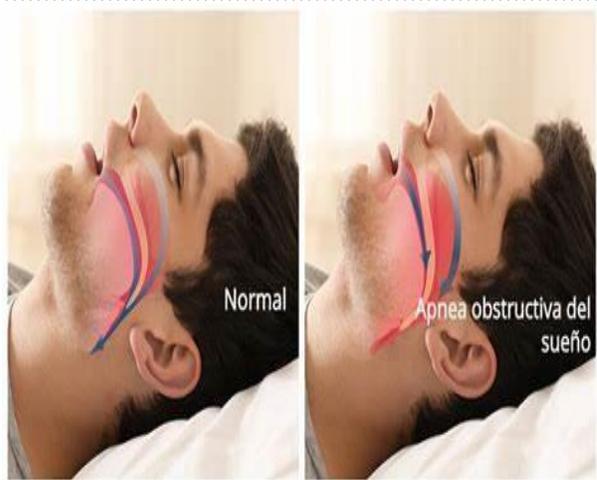
LOS TRASTORNOS DEL DORMIR

Los trastornos del dormir pueden consistir en dificultades para la iniciación y el mantenimiento del sueño, insomnio, sueño excesivo o hipersomnias, variaciones en el ciclo del sueño-vigilia y otras alteraciones que en general se conocen como parasomnias.

En el **insomnio** la dificultad puede ser que la persona no pueda quedarse dormida, insomnio inicial, o mantener el sueño. Cuando el sujeto despierta antes de lo que es usual en él se habla de insomnio tardío. Se habla de insomnio cuando el problema se presenta con frecuencia y no se limita a episodios aislados. El sujeto que sufre insomnio se preocupa en forma excesiva. La falta de sueño le ocasiona un intenso malestar y puede interferir en su funcionamiento ocupacional y social.

El insomnio puede ser primario, es decir, ser el único síntoma que presente el paciente, o puede estar asociado a otros síntomas, como dolor, ansiedad, abatimiento del humor, fatiga excesiva, estados confusionales, etcétera.





La apnea del sueño se caracteriza porque la respiración cesa durante 10 segundos o más, en más de 30 ocasiones en un periodo de siete horas de sueño nocturno. La apnea del sueño puede ser un fenómeno de obstrucción de las vías aéreas superiores y se le distingue de la apnea del sueño central, que resulta de una falla del esfuerzo respiratorio durante el sueño. Como resultado, las personas se quejan de fatiga y somnolencia diurnas excesivas. Este trastorno requiere de una evaluación médica cuidadosa para establecer la causa de la dificultad respiratoria y eliminar la causa de la obstrucción cuando se le identifica. El tratamiento se dirige a mejorar la función de las vías aéreas durante el sueño.



La narcolepsia se caracteriza por la iniciación espontánea de sueño durante la vigilia. Los afectados presentan siestas diurnas que interfieren en sus actividades cotidianas. Normalmente, el sueño de movimientos oculares rápidos se presenta después de un periodo de latencia, pero en los pacientes narcolépticos este periodo se acorta notablemente y en algunos casos casi no existe. La narcolepsia se asocia con otros síntomas: cataplejía, parálisis del sueño y fenómenos alucinatorios al inicio del sueño. La cataplejía es la pérdida súbita del tono muscular que ocasiona caídas a la persona. Los estimulantes y los tricíclicos como la desipramina y la imipramina son con frecuencia eficaces en el control de la narcolepsia.

Las parasomnias son fenómenos que se presentan durante la transición del sueño profundo (estadios 3 y 4) al sueño de movimientos oculares rápidos o durante éste. Los estadios 3 y 4 ocurren típicamente en la primera parte del ciclo del sueño, por lo que el sonambulismo, los terrores nocturnos y la enuresis se manifiestan durante la primera parte de la noche, una a tres horas después de empezar a dormir. Es típico que el paciente no pueda recordar el episodio a la mañana siguiente. Las pesadillas y los sueños angustiosos se presentan durante el sueño de movimientos oculares rápidos.

En el sonambulismo, el paciente se levanta de la cama durante el sueño y camina por varios minutos, en ocasiones hasta media hora, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, en las fases 3 y 4 del sueño no MOR. El sonámbulo tiene la mirada fija, sin expresión, no responde a los esfuerzos de los demás para comunicarse con él y puede ser despertado con cierta dificultad. Cuando despierta no recuerda el episodio, y aunque inicialmente puede haber un corto periodo de confusión y desorientación, a los pocos minutos la actividad mental y la conducta se normalizan.



Los terrores nocturnos consisten en que el sujeto, generalmente un niño, despierta con un grito de pánico e intensa ansiedad, agitación motora e hiperactividad del sistema nervioso autónomo: taquicardia, taquipnea, sudoración. Estos episodios ocurren durante el primer tercio de la noche, su duración es de uno a 10 minutos, durante los cuales la persona no tiene contacto adecuado con el ambiente ni responde a los esfuerzos de los demás por despertarle. Cuando despierta, está durante algunos minutos desorientado y hace movimientos perseverantes. Generalmente la persona no tiene recuerdo de estos episodios o sólo recuerda uno o dos fragmentos de imágenes mentales.



Las pesadillas son ensoñaciones aterradoras, que generalmente implican amenazas a la supervivencia, la seguridad o la autoestima y ocurren durante el sueño nocturno o la siesta. Las pesadillas ocurren en cualquier periodo del sueño, aunque más frecuentemente durante la segunda mitad. Son fenómenos que ocurren durante la fase de sueño MOR. Al despertar de estos sueños aterradoras, la persona está orientada y alerta.



LA ALIMENTACIÓN Y SUS TRASTORNOS



Comer es una conducta que tiene como finalidad preservar la homeostasis del organismo. En los animales, el impulso que lleva a la ingesta de alimentos, el "hambre", está determinado por las necesidades del organismo para su preservación. En el hombre, tanto la necesidad de ingerir alimento como la forma en la que se le satisface están condicionadas socialmente y mediadas por el aprendizaje.

Hambre y saciedad

En 1912 Cannon propuso que las contracciones gástricas podrían ser el estímulo que es percibido como hambre. La observación de que los pacientes gastrectomizados experimentan hambre puso fin a esta suposición. Otros autores han sugerido que la disminución de algún nutriente específico podría ser el estímulo del hambre (por ejemplo, la disminución de los niveles de glucosa podría generar hambre); sin embargo, se ha observado que la infusión de glucosa no inhibe la ingestión de alimentos.

En el ser humano, la ingestión de alimentos, además de generarse en las condiciones intrínsecas del organismo, puede generarse a partir de estímulos externos, aprendidos; por ejemplo, "la hora de la comida", la presentación de alimentos, la compañía de otra persona, etc. Considerar que la ingestión de alimentos en los humanos es una conducta regulada en gran parte por estímulos externos, permite comprender mejor algunas de sus alteraciones. Después de iniciada la ingestión de alimentos, ésta debe mantenerse; los alimentos deben actuar como refuerzo para esta conducta.

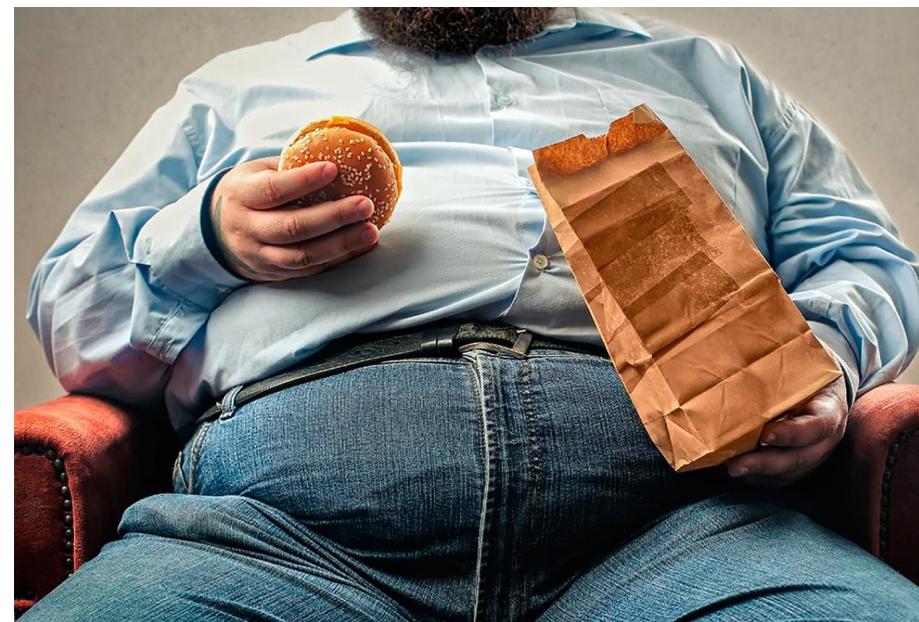
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La obesidad es una condición caracterizada por la acumulación de grasa en el organismo. Han pasado los tiempos en que se pretendía encontrar una causa única.

Actualmente la obesidad es vista como resultante final de condiciones diversas que alteran el equilibrio energético. Excepcionalmente la obesidad es un síntoma de lesiones hipotalámicas, como ocurre en la encefalitis epidémica. Es bien sabido que la destrucción experimental de ciertas regiones del hipotálamo de animales de experimentación ocasiona hiperfagia y obesidad. Otras alteraciones endocrinas también pueden acompañarse de obesidad.

La hiposecreción tiroidea puede ocasionar un aumento en el almacenamiento de grasa. También suele haber aumento de peso después de la castración. En sujetos con insulinoma, la obesidad se debe al aumento de apetito que produce la hipoglucemia.

La obesidad ordinaria sin complicaciones por desórdenes metabólicos, endocrinos o neurológicos, es generalmente considerada el resultado de comer en exceso.



Clasificación de la obesidad

No es posible atribuir a las personas obesas características psicológicas que permitan distinguirlas de quienes no lo son. En efecto, las características orales, psicológicas y conductuales se encuentran extensamente distribuidas en todo el campo de los desórdenes psiquiátricos y psicosomáticos. Los pacientes obesos pueden mostrar características orales, pero esto no provee una clave a los enigmas.

La obesidad no es una enfermedad simple. Para comenzar, la regulación del balance de energía es un proceso complicado y no parece haber una razón lógica para postular una causa común de la disfunción. Se debe tener en cuenta una variedad de factores etiológicos: genéticos, traumáticos y ambientales.

Bruch distingue entre dos grandes grupos de obesos. Llama obesidad reactiva a la que sufren enfermos que comen para defenderse o para compensar diversas tensiones emocionales. Estos enfermos comen en exceso cuando están ansiosos, enojados, solitarios, aburridos, desalentados o reprimidos

Hay pacientes en quienes los trastornos de la alimentación son problemas centrales en sus vidas; a esa obesidad Bruch le llama obesidad del desarrollo. Para estos enfermos el problema de comer no es sólo un acompañante incidental de la nerviosidad o la depresión, los problemas relacionados con la comida y el peso representan los temas centrales de su existencia.

Se han descrito cuatro tipos de obesidad. Algunos obesos comen en exceso en respuesta a tensiones emocionales inespecíficas, cuando se sienten solos, ansiosos, aburridos o tristes. Otro grupo come no sólo en respuesta a tensiones o frustraciones transitorias, sino en forma persistente, como una gratificación en situaciones desagradables sostenidas. En un tercer grupo, el exceso en el comer es sí moma de una enfermedad emocional subyacente, frecuentemente la depresión. A este grupo corresponden los obesos reactivos descritos por Bruch. En el cuarto grupo el exceso tiene proporciones de adicción y se caracteriza por un anhelo compulsivo de comer, sin relación con eventos externos de la vida ni con emociones transitorias.



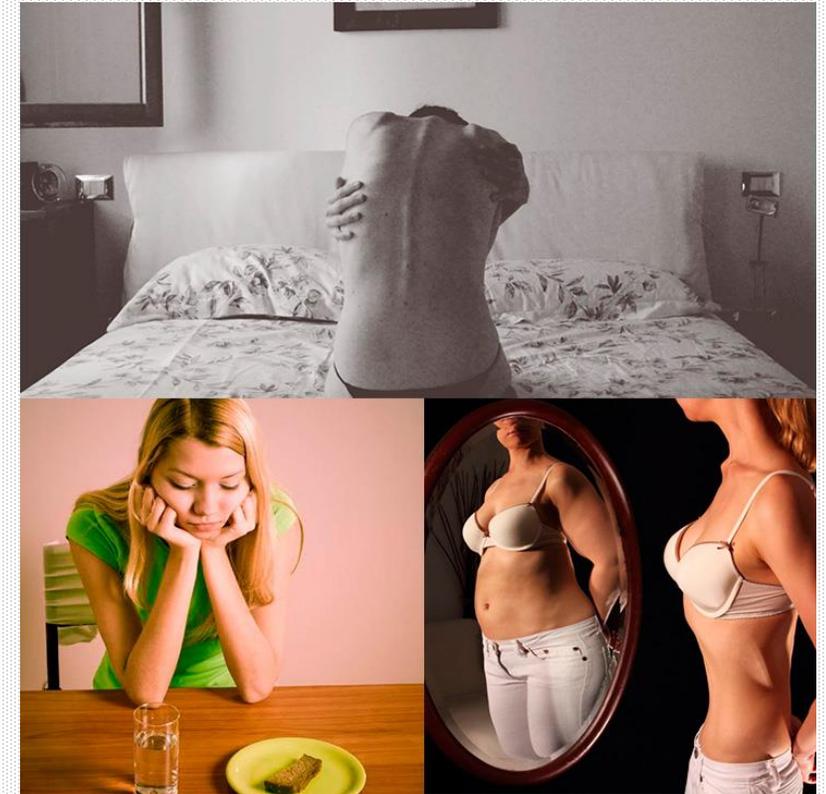
La anorexia nervosa se caracteriza por desnutrición debida a restricciones dietéticas voluntarias, muchas veces vómitos provocados voluntariamente y diarrea debida al abuso de catárticos. Es frecuente que la hiperactividad exagerada de los enfermos contribuya a la pérdida de peso.

La anorexia nerviosa representa la forma extrema y más patológica de la batalla contra una odiada imagen corporal. Bliss y Branch la definen como "una desnutrición debida a una dieta deficiente, en la cual la restricción calórica se debe a causas psicológicas".

Ocurre más a menudo en muchachas adolescentes, pero también en mujeres de más edad y en varones. Se han reportado pérdidas de hasta dos tercios del peso original y pesos mínimos de 20 a 30 kilos.

A primera vista, la anorexia nervosa parece estar en el polo opuesto de la obesidad, pero el examen cuidadoso muestra que hay ligas muy estrechas en el trasfondo psicológico entre ambas enfermedades. Como en los pacientes obesos más perturbados, el examen de los enfermos anoréxicos revela una preocupación extraordinaria por el comer y por el peso.

La anorexia nervosa tiene una relación cercana con la obesidad juvenil, con los trastornos severos de la imagen corporal, con la obesidad como forma de desarrollo, y con esa gente gruesa-delgada que constantemente lucha contra su temida imagen corporal "gorda". Este trastorno aparece como una extensión maligna de la lucha en un grupo de pacientes cuyas técnicas para evitar la imagen corporal temida alcanza proporciones casi psicóticas.



LA SEXUALIDAD Y SUS ALTERACIONES



El género es una característica biológica que divide a los animales y al hombre en dos grupos: masculino y femenino, machos y hembras. La reproducción en ellos es producto de la unión de individuos de género opuesto

El género o sexo de una persona es una característica biológica que se define por varios criterios. Un sexo cromosómico, un sexo gonadal y un sexo genital (genitales internos y genitales externos).



La orientación sexual se relaciona con el género de la pareja con quien preferentemente se tiene actividad sexual: heterosexual, homosexual o bisexual. Algunos autores ponen el acento en la distinción entre preferencia y orientación sexual; el término preferencia se refiere a una elección consciente y voluntaria. La adquisición de la orientación sexual ha sido equiparada con la adquisición del lenguaje; se establece en el cerebro de un sujeto desde la etapa prenatal. La orientación sexual depende de experiencias posnatales, de la misma manera que el niño aprende el lenguaje que escucha



Las alteraciones de la sexualidad se presenta en los distintos elementos que conforman. Cuando no hay coincidencia entre los determinantes biológicos de la sexualidad, cromosomas, gónadas y genitales, se habla de estados intersexuales. La identidad sexual puede alterarse desde la infancia y estas alternativas se presentan en una línea continua que va desde cierta incomodidad por pertenecer a un género, hasta el travestismo y el transexualismo.

La diferenciación sexual tiende a lo femenino a menos que intervengan hormonas masculinas, normalmente secretadas por los testículos del feto. Una de las hormonas masculinizantes es en realidad desfeminizante, la hormona inhibidora mulleriana, cuya vida media es breve y produce la atrofia de los conductos mullerianos, evitando que se transformen en útero y oviductos. La otra hormona, específicamente masculinizante, es la testosterona y sus metabolitos, que promueven la transformación de los conductos de Wolff en los conductos deferentes, la próstata y las vesículas seminales. La diferenciación de los genitales internos es ambitípica; las estructuras femeninas y masculinas están presentes al principio, y después, unas se desarrollan y las otras quedan sólo como vestigios. Por el contrario, la diferenciación de los genitales externos es unitípica: sólo existe un conjunto de estructuras que serán femeninas o masculinas. Por ejemplo, el clítoris y el pene son homólogos y también lo son el escroto y los labios mayores.



El desarrollo sexual, además de las influencias biológicas, la sexualidad de los primates está determinada por las influencias sociales a las que se ven expuestos durante su desarrollo. Las conductas sexuales que con frecuencia se observan en los niños son una forma de ensayo, típica en el desarrollo de casi todas las especies de primates, y que se ha considerado como un prerrequisito para la adquisición de conductas sexuales maduras en la vida adulta.

La primera fase del desarrollo sexual posnatal es sensorial, específicamente táctil, y es parte de la conducta global del niño; el contacto de la piel al ser sostenido, abrazado, etc. El vínculo de la madre con el niño se establece desde las primeras horas después del nacimiento, parcialmente por la vista y principalmente por el tacto. Este vínculo es importante para el bienestar de la madre y del niño y es antecedente del vínculo romántico que más tarde se establece durante la adolescencia.

Las diferencias en conducta sensual, sexual y erótica tienden a corresponder con las que se establecen socialmente.





Disfunciones psicosexuales, en estos trastornos hay alteraciones de alguna de las etapas de la respuesta sexual. Generalmente se consideran en la respuesta sexual humana tres fases principales cuyas alteraciones tienen expresión clínica: el deseo, la excitación y el orgasmo. Algunos autores añaden una fase de meseta entre la excitación y el orgasmo y una fase de resolución después de éste.

Cada una de estas fases puede inhibirse y dar lugar a disfunciones psicosexuales. Cuando de manera persistente no existe deseo para tener actividad sexual se habla de inhibición del deseo; en el trastorno por aversión al sexo, además de esta falta de deseo el sujeto experimenta repugnancia. La fase de excitación puede alterarse tanto en el hombre como en la mujer. Las manifestaciones clínicas son diferentes, dependiendo de las características de la respuesta sexual.

La disfunción orgásmica femenina consiste en la ausencia o retraso del orgasmo. La mujer manifiesta deseos de actividad sexual, se excita, pero tiene dificultad para lograr el orgasmo. Algunas mujeres llegan a esta fase únicamente con la estimulación del clítoris. Ésta es una variante normal.

El hombre que sufre disfunción orgásmica no tiene orgasmo o éste se retrasa a pesar de que la estimulación sexual es adecuada y tiene el deseo y la excitación sexual. En ocasiones esta disfunción se limita al orgasmo intravaginal, ya que manualmente, por la masturbación, el sujeto puede alcanzar el orgasmo.

La eyaculación precoz se presenta con una estimulación sexual mínima. antes, durante o inmediatamente después de la penetración, sin que la persona pueda evitarlo. La erección se inicia y se mantiene por mecanismos reflejos o por estimulación psíquica. En ambos casos intervienen tanto el sistema simpático como el parasimpático, si bien el primero predomina en la erección psíquica.

Las parafilias son las desviaciones conocidas como perversiones sexuales. El término se usa para referirse a cualquier práctica sexual que difiere de lo normal o cualquier medio anormal de alcanzar el orgasmo genital. El término parafilia es el adecuado ya que alude a la desviación y a lo que es atractivo para el sujeto. Entre las parafilias se incluye: el exhibicionismo, el fetichismo, el froterismo, la paidofilia, el masoquismo y el sadismo sexual, el fetichismo, el travestismo, el voyerismo y Otras. A excepción del masoquismo sexual, estas alteraciones casi nunca se encuentran en las mujeres.

El exhibicionista deriva placer sexual de la exposición de sus genitales a personas extrañas.

El fetichista obtiene placer mediante el empleo de objetos inanimados; este objeto o fetiche es usualmente una parte del cuerpo o algún objeto perteneciente o asociado con el objeto amoroso al cual reemplaza el fetiche, y aunque puede haber actividad sexual con el objeto amoroso la gratificación solamente es posible si el fetiche está presente o es por lo menos fantaseado durante la actividad sexual.

En la paidofilia la excitación sexual implica actividad sexual con niños prepúberes, de menos de 13 años.

El masoquista sexual necesita ser humillado, golpeado, atado o ser sometido a otros tipos de sufrimiento para obtener gratificación sexual.

El término sadismo deriva del nombre del marqués de Sade (1740- 1814), escritor francés que describió a personas cuyo placer sexual dependía de infligir sufrimiento a la pareja.

En el sadismo el orgasmo depende de torturar, maltratar, humillar o infligir dolor a la pareja.

El fetichismo travestista implica vestirse con ropa del otro sexo para obtener gratificación sexual. Se distingue el travestismo, que es una alteración de la identidad sexual, del fetichismo travestista, alteración en la preferencia del objeto sexual.

El voyerista se excita sexualmente de manera preferente o exclusiva observando a personas cuando están desnudas, en proceso de desnudarse o teniendo actividad sexual.



LA HOMOSEXUALIDAD

es la selección exclusiva o preferida de una persona del mismo sexo, como la fuente de excitación sexual genital y de gratificación, en la conducta explícita o en la fantasía. Cierta atracción erótica hacia miembros del mismo sexo es relativamente frecuente y no es considerada por sí misma como patológica. En las clasificaciones moderna se distingue la homosexualidad egodistónica como un patrón de atracción homosexual que se da en una persona que explícitamente no desea este tipo de atracción y es para él una fuente de perturbación.

El término lesbianismo se emplea para referirse a la homosexualidad femenina.

Es importante mencionar que al hablar de preferencia del objeto sexual no nos referimos a una elección voluntaria, consciente. El homosexual no elige ser homosexual; su orientación la ha adquirido a través de un proceso semejante a la adquisición del lenguaje

De importancia central son la aceptación o no aceptación de su tendencia sexual y su capacidad de experimentar o no atracción por el objeto amoroso.

Si la orientación homosexual no es una condición patológica en sí misma, tampoco es necesariamente un objetivo de tratamiento médico.

Marmor opina que la psicoterapia puede ayudar a suprimir la conducta homosexual explícita o aumentar el potencial para la experiencia heterosexual en personas bisexuales, pero la orientación básica permanece en los sueños y en las fantasías.





Para concluir, es muy interesante todo lo que se puede estudiar y conocer a cerca de temas que a veces no se le da importancia.

Desde mi punto de vista, siento que es muy importante inculcar o platicar con los niños para orientarlos, no solo en su sexualidad sino para que no cometan el error de caer en trastornos alimenticios como la obesidad o la anorexia.

Gracias al Dr. que siempre nos da temas muy interesantes para leer.

BIBLIOGRAFÍA

Cita: (RAMON, 1934-2009)

Entrada bibliográfica:

RAMON, D. F. (1934-2009). PSICOLOGIA MEDICA. En D. L.
RAMON, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, DEL APETITO Y DE
LA SEXUALIDAD (págs. 389-424). MEXICO: CFE.

♥ Psicóloga ♥