

11226  
24  
106



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Unidad de Medicina Familiar No. 21

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES  
FEMENINAS Y PARTICIPACION DEL MEDICO  
FAMILIAR EN LA EDUCACION SEXUAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA PEÑA

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	14
HIPOTESIS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	47

## INTRODUCCION

Se investiga en este estudio la frecuencia de disfunciones sexuales femeninas, (básicamente disfunción sexual general y disfunción orgásmica) en una muestra de 150 mujeres derechohabientes, embarazadas, de clase media promedio, con escolaridad mínima de primaria y con vida sexual activa, estudiadas a través de un cuestionario cerrado.

Investigaremos además algunas actitudes generales ante la sexualidad, relaciones premaritales, inicio de vida sexual activa, masturbación, etc.

Las variables que determinen disfunción serán manejadas con una prueba  $\chi^2$  o de bondad de ajuste, para determinar su dependencia, a 0.995 de confiabilidad. (16)

Además investigaremos en forma porcentual el número de médicos familiares que aportan orientación sexual.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Parte de la confusión sobre la conducta sexual deriva de nuestra incapacidad y falta de disposición para considerar los temas sexuales dentro de un contexto histórico y transcultural. Nos volvemos tan ligados a nuestras necesidades inmediatas y temores que perdemos la perspectiva tanto a nivel personal como social. El adolescente tiene poca inclinación a recordar como percibió el sexo cuando niño, los adultos de igual manera olvidan como se sentía ser adolescente. Cuando en la vejez se nos impone un punto de vista longitudinal, hay relativamente poco tiempo o energía sobrantes para hacer memoria al respecto. Estamos casi totalmente privados de historia sexual, olvidados del pasado, presionados por el presente y preocupados por el futuro.

Sin embargo creemos importante tratar de establecer los antecedentes históricos más importantes en el terreno de la sexualidad. Probablemente la investigación del comportamiento sexual se inicie con Freud y su teoría sexual (elaborada aproximadamente en 1915) que establece entre otras cosas, la sexualidad infantil, el complejo de castración masculino, y el papel semejante del clítoris y el pene como sede de una excitabilidad particular y como órganos dispensadores de la satisfacción autoerótica infantil. (11)

Establece además que la transformación de niña a mujer se caracteriza ante todo por el desplazamiento total de la sensibilidad desde el clítoris a la entrada de la vagina. (11)

Se continúa la investigación probablemente con Alfred C. Kinsey y colaboradores quienes presentaron una recopilación de estadísticas que reflejan modelos de conducta sexual en Estados Unidos, desde 1938 a 1952 a través del interrogatorio directo, constituyendo uno de los primeros intentos serios de investigación de la respuesta sexual humana y aportando una invalorable información sociológica básica. (8, 10)

Mac Lean y Olds aportaron conocimientos básicos sobre las determinantes biológicas de la sexualidad. Estos autores y -- otros han investigado las relaciones que existen entre las funciones cerebrales, por un lado, y la sexualidad y el placer -- por otro. (12)

Money, Ehrhardt y otros han lanzado nuevas luces sobre -- los efectos poderosos e insospechados de los andrógenos prenatales en la conducta sexual posterior del adulto, el desarrollo psicosexual en el primer año de vida y el estudio de la interacción entre los determinantes experiencial y hormonal de -- la sexualidad. (12, 1)

Sin duda la contribución más decisiva para acabar con las "supersticiones" científicas sobre la sexualidad humana vino -- de los estudios de William H. Masters y Virginia E. Johnson, --

sus esfuerzos consiguieron establecer los cimientos de la fisiología de la respuesta sexual humana. Por veinte años Masters y Johnson estudiaron la conducta sexual en condiciones científicas de laboratorio, observaron aproximadamente 14,000-actos sexuales, estudiaron el coito en toda clase de condiciones imaginables: en personas desconocidas, parejas bien avenidas, en diferentes edades, durante la menstruación, etc. Estos estudios brindaron una imagen precisa de la psicofisiología básica del funcionamiento reproductor humano, ejerciendo un inmenso impacto porque ha abierto la posibilidad de que progrese un tratamiento racional y eficaz de las disfunciones sexuales. (10, 12, 14)

Masters y Johnson definieron a la Respuesta Sexual Humana como una secuencia ordenada, de acontecimientos fisiológicos, cuya meta consiste en preparar los cuerpos de dos miembros del sexo opuesto o del mismo sexo para que se realice el coito. Los órganos sexuales de la pareja deben experimentar una serie de cambios intensos en cuanto a su forma y función, tomando como partida un "punto basal". Estos cambios no se limitan a las áreas genitales, la estimulación sexual despierta reacciones de tipo neurológico, vascular y muscular, (6, 7, 12, 10).

A nivel genital la dilatación refleja de los vasos sanguíneos peneanos y circunvaginales en respuesta a los estímulos sexuales hace que los órganos se dilaten y distiendan con el paso de la sangre, produciendo una erección en el macho, y una

lubricación y dilatación en los genitales femeninos.

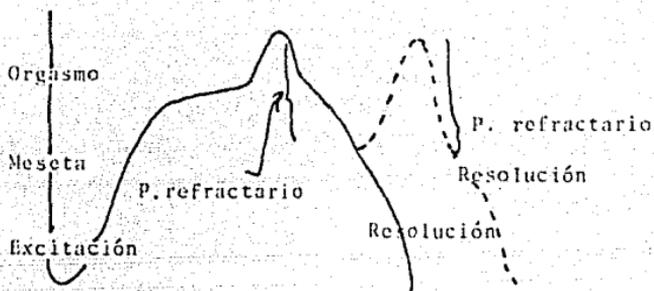
Masters y Johnson distinguen en la respuesta sexual masculina y femenina cuatro etapas sucesivas: excitación, meseta, -orgasmo y resolución.

La primera fase o de excitación del ciclo sexual humano se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica. El factor estimulante es de la mayor importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo. Si la estimulación es adecuada a la demanda individual, la intensidad de la respuesta aumenta por lo general con rapidez y la fase de excitación resulta acelerada o corta. Si el estímulo es física o psicológicamente objetable, la fase de excitación puede prolongarse mucho o interrumpirse. (10)

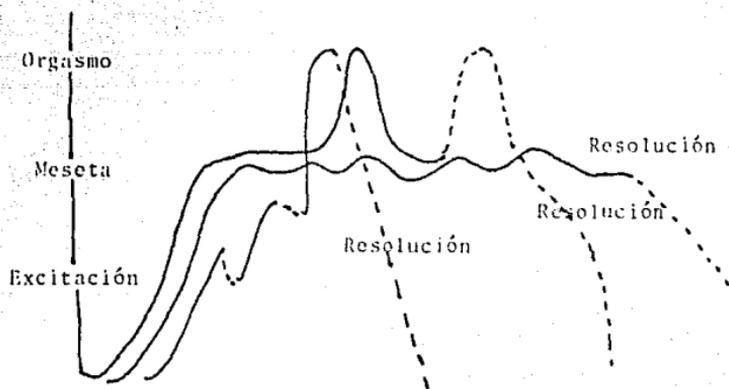
De la fase de excitación se pasa a la de meseta si la estimulación sexual efectiva continua. En esta fase la tensión sexual se intensifica y llega al máximo, después de la cual aparece el orgasmo. La duración de la fase de meseta depende de la efectividad del estímulo empleado, combinado con el factor de canalización individual para la culminación del incremento de la tensión sexual. Si el estímulo o la canalización son inadecuadas, o, si el estímulo es interrumpido el individuo no llega al orgasmo y pasa poco a poco de la tensión de la fase de meseta a una fase de resolución excesivamente prolongada. (10)

La fase de orgasmo se limita a los escasos segundos durante los cuales la vasocongestión y la miotonía desarrollados -- por el estímulo sexual son liberados. Esta situación involuntaria se alcanza a un nivel máximo de tensión sexual. El comienzo subjetivo del orgasmo es pélvico y se concentra de modo específico en el clítoris, vagina y útero; y en el pene, próstata y vesículas seminales. En el hombre la primera fase del orgasmo, consiste en las contracciones de los órganos reproductores internos, (emisión) y la 2a. fase, es la eyaculación, -- que es el mecanismo externo que hace que brote el semen desde el pene. En la mujer el orgasmo tiene un solo componente y -- consiste en una serie de contracciones reflejas involuntarias y rítmicas de las estructuras de la plataforma orgásmica, iniciadas básicamente en el clítoris. (10)

El hombre y la mujer pasan de la expresión orgásmica a la última fase del ciclo o fase de resolución, la mujer tiene una respuesta potencial que le permite volver al estado de orgasmo en cualquier punto de la fase de resolución, en el hombre la fase de resolución incluye un período refractario. (10)



CICLO DE RESPUESTA SEXUAL MASCULINA



CICLO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

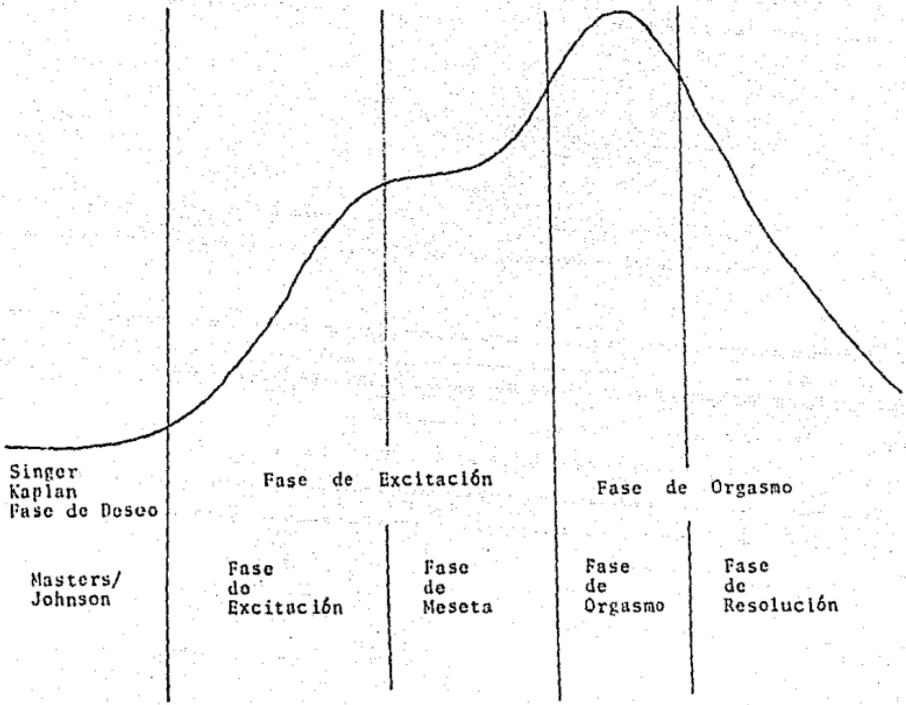
La Dra. H. Singer Kaplan agrega al ciclo de respuesta sexual humana, descrito por Masters y Johnson la fase de deseo, y une a la fase de excitación y meseta en una sola, siendo su esquema trifásico, a diferencia del anterior que es tetrátasico.

Dado que la principal exponente de la nueva terapia sexual es precisamente la Dra. Kaplan, su clasificación de las disfunciones sexuales serán delineadas brevemente ya que son las utilizadas como base en este trabajo. (12, 13, 14).

Entendemos por disfunción sexual a la alteración más o menos persistente de alguno o de todos los eventos que conforman el ciclo de la respuesta sexual humana. El criterio de persistencia aceptado por la mayoría de los autores es el de 50% de los intentos de realización sexual. (6, 8)

Desde el punto de vista etiológico, debemos entender que las delicadas y complejas respuestas sexuales del hombre y de la mujer dependen de la integridad de múltiples determinantes. El primer requisito para que se obtenga una respuesta sexual satisfactoria consiste por supuesto en que los órganos sexuales se hallen en buen estado. Pero incluso, disfrutando de una salud física satisfactoria, la respuesta sexual puede ser vulnerable a los efectos del stress. (7, 13)

La ansiedad ante la ejecución del acto sexual y las inhibiciones aprendidas de la respuesta sexual, suelen ser las cau



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

ESQUEMA COMPARATIVO

sas inmediatas y específicas de las disfunciones sexuales, tomando en cuenta también que los problemas sexuales pueden poseer una estructura más profunda: una neurosis grave, un complejo de Edipo no resuelto, temor al abandono, agresividad, -- complejos de culpa, pueden producir un ambiente sexual tenso -- que conduzca a una disfunción. (2, 3, 13).

Las disfunciones sexuales masculinas se agrupan en tres síndromes principales, de acuerdo a la fase de la respuesta sexual humana que se encuentre alterada: 1) Disfunción eréctil -- que es el trastorno de la erección, 2) Eyaculación retardada -- y 3) Eyaculación precoz, ambos problemas del control del orgasmo.

Asimismo las disfunciones sexuales femeninas también se clasifican en tres síndromes:

1) Disfunción sexual general, aquella condición que se caracteriza por una inhibición del aspecto de excitación general de la respuesta sexual. En el nivel psicológico, se da una carencia de sentimientos eróticos, en el fisiológico, un bloqueo, del componente vasocongestivo de la respuesta sexual, la mujer no lubrica, y se considera que presentan una inhibición sexual universal grave. (12)

2) Disfunción orgásmica, la más común, y consiste en el -- bloqueo del componente orgásmico de la respuesta sexual femenina y no incluye el bloqueo de la excitación sexual general, --

aunque puede existir una inhibición secundaria del componente de excitación o vasocongestivo de la respuesta sexual. Por lo general las mujeres que sufren disfunción orgásmica son sexualmente capaces de responder, su dificultad consiste en alcanzar el orgasmo en mayor o menor grado. (12)

3) Vaginismo, trastorno sexual relativamente raro, se caracteriza por un espasmo condicionado en la entrada vaginal. La vagina se cierra involuntariamente cuando se intenta la entrada, lo cual impide por tanto el acto sexual, pero por otra parte las pacientes suelen ser capaces de responder sexualmente y alcanzar el orgasmo con estimulación clitoridea. (12)

Los nuevos enfoques terapéuticos no serán manejados en este trabajo.

En general éste es el marco histórico y teórico base de esta investigación.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Por qué escogimos a las disfunciones sexuales femeninas como tema de esta investigación?

Porque en el capítulo anterior nos pudimos dar cuenta que toda la investigación está hecha por autores norteamericanos o europeos y en población extranjera, y los estudios de conducta sexual mexicana son muy escasos.

Además creemos que la sexualidad femenina es la más afectada por los factores socioculturales, la doble ética, la suposición de que el hombre es quien posee el control de la actividad sexual, las actitudes comunitarias condenatorias, la ignorancia con respecto al funcionamiento sexual que dan por resultado que aún persista una sexualidad femenina oculta o muchas veces ausente. (6)

Deseamos investigar el porcentaje aproximado en una muestra determinada, de mujeres con disfunciones sexuales y su relación con algunos factores socioeconómicos importantes. Así como investigar el número de médicos familiares que aportan orientación sexual a sus pacientes, porque pensamos además que no se ha dado la importancia que debería a la educación sexual, se considera al médico como educador sexual per se, pero sabe-

mos que esto no es cierto y cuando llega a aportar orientación sexual se otorga en un terreno subjetivo y de acuerdo a experiencias propias.

Debemos buscar alternativas de solución efectivas a problemas médicos y sociológicos graves como lo son las madres solteras, los delitos de índole sexual, las tasas de natalidad que se mantienen en 2.9% anual sin lograr la difícil meta del 2.5%. (15)

Por estos motivos decidimos esta investigación, tratando de buscar mejores respuesta a estos problemas, intentando demostrar la necesidad de educación sexual a través de la comprobación de nuestras hipótesis.

Debemos aclarar que para el propósito de este trabajo no incluimos vaginismo por la baja frecuencia de esta disfunción y la dificultad para investigarla. (13)

## OBJETIVOS

- 1) Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales en mujeres embarazadas con vida sexual activa.
- 2) Determinar la frecuencia con que el médico familiar da orientación sexual.

## HIPOTESIS

Ho Las disfunciones sexuales son muy frecuentes en mujeres con vida sexual activa.

Ha Las disfunciones sexuales son raras en mujeres con vida sexual activa.

Ho El médico familiar raramente aporta -- orientación sexual.

Ha El médico familiar aporta frecuentemente orientación sexual.

## MATERIAL Y METODOS

La investigación fue hecha en ciento cincuenta mujeres embarazadas con vida sexual activa, entre los 15 y los 42 años de edad que acudieron al azar a las pláticas de planificación familiar en la Unidad de Medicina Familiar 21, se utilizó un cuestionario cerrado de 32 preguntas, mismo que fue contestado individualmente, en forma anónima y de manera voluntaria, previa explicación de los objetivos del mismo y haciendo énfasis de que el cuestionario investiga vida sexual pasada y actual y no sólo el momento presente.

El cuestionario se conforma como sigue: de las preguntas 1 a la 7 se investiga, edad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico. De éstas las preguntas 4, 6 y 7 clasifican al nivel socioeconómico en 3 grupos:

	IV	VI	VII	Pregunta
Grupo 1	5	1	5	Opción
Grupo 2	3-4	2-3	3-4	
Grupo 3	1-2	4-5	1-2	

De la pregunta 8 a la 14 investiga actitudes generales ante la sexualidad: religiosidad, primera información sexual, --

edad de inicio de vida sexual activa, relaciones sexuales premaritales y número de compañeros sexuales.

Las preguntas 15 a la 20 investigan disfunción, las preguntas 15, 16, 18 y 19 investigan disfunción sexual general, la 16 y 17 investigan disfunción orgásmica. Para calificar las respuestas de las variables que hablan de disfunción y catalogar a una paciente como funcional o disfunción se tomó como adecuado a las opciones: 1) siempre, 2) casi siempre y 3) muchas veces e inadecuado las opciones 4) algunas veces y 5) nunca, excepto en la pregunta 19 en que fue a la inversa.

La pregunta 20 y 21 investiga la posibilidad de disfunción masculina como posible causa de disfunción femenina.

La pregunta 22, 23 y 24 nos da información porcentual del número de mujeres que se consideran con problemas en el terreno sexual y solicitan ayuda. De la pregunta 25 a la 28 investigamos masturbación como actitud ante la sexualidad y posibilidad terapéutica.

La pregunta 29 fue eliminada porque no la consideramos -- útil por no aportar información.

La pregunta 30 a la 32 investiga el porcentaje de médicos que aportan orientación sexual.

Para verificar la dispersión en las edades de las pacientes encuestadas se utilizó la Desviación estándar cuya fórmula

es la siguiente:

$$S = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}$$

Para demostrar la dependencia o independencia de las variables que calificaron disfunción, y demostrar que la calificación fue adecuada se utilizó la prueba  $\chi^2$  para bondad de ajuste considerando los datos en 150 observaciones independientes con los siguientes supuestos:

La muestra es aleatoria, la escala utilizada es nominal y las probabilidades de ocurrencia en cada caso son iguales.

Se planteó una hipótesis de independencia en términos probabilísticos de la siguiente forma:

$$H_0 = P_{1,1} = P_{1,2} \dots \dots \dots = P_{n,m}$$

contra:

$$H_a = P_{1,1} \neq P_{1,2} \neq \dots \dots \dots \neq P_{n,m}$$

El estadístico T utilizado es:

$$T^2 = \frac{\sum_{i,j} \frac{(O_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}}{c} \approx \chi^2_{c (r-1)(c-1)}$$

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$  (de independencia) si  $\chi^2_c$  es mayor que  $\chi^2$  de tablas, y por lo tanto será posible aceptar la dependencia de las variables. (16)

De esta manera las variables que determinaron disfunción sexual fueron manejadas para demostrar su interdependencia y hacer válida asimismo la clasificación de los grupos: Funcionales, Disfunción sexual general y disfunción orgásmica.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21

ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD

No. \_\_\_\_\_

I.- Edad \_\_\_\_ años.

II.-Estado Civil:

1. Casada
2. Soltera
3. En unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

III. Escolaridad, ¿Hasta qué año estudió?

1. No sabe leer ni escribir
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria
5. Preparatoria o comercio
6. Profesional.

IV. ¿Cuánto recibe usted a la semana como gasto?

1. \$ 1,000 a la semana
2. \$ 2,000 a la semana
3. \$ 3,000 a \$ 5,000 a la semana
4. \$ 5,000 a \$10,000 a la semana
5. Más de \$10,000

V. ¿Cuántos hijos tiene?

\_\_\_\_\_ Vivos  
\_\_\_\_\_ Muertos  
\_\_\_\_\_ Abortos

VI. ¿Cuántas personas habitan en la misma casa?

1. Dos
2. Tres a cuatro
3. Cuatro a seis
4. Seis a ocho
5. Ocho a más

VII. ¿Cuántos cuartos para dormir tiene su casa?

1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Más de cuatro.

## VIII. Usted vive ahora con:

1. Su esposo e hijos
2. Sus padres
3. Con otros parientes
4. Sola
5. Sólo con sus hijos.

## IX. ¿Cuántas veces fue usted a misa durante el mes pasado?

1. Diario
2. Dos veces por semana
3. Sólo los domingos
4. Ninguna

## x. ¿Considera que su religión afecta la forma que ve las cosas relacionadas con la sexualidad?.

1. Algo
2. Más o menos
3. Mucho
4. Nada

## XI. ¿Quién le proporcionó la primera información sobre sexualidad?.

1. Su madre
2. Su padre
3. Sus hermanos (as)
4. Sus amigos (as)
5. El médico
6. La trabajadora social
7. Los maestros
8. Por libros o revistas
9. Nadie.

XII. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual completa?  
\_\_\_\_\_ años.

## XIII. Su primera relación sexual fue:

1. Antes de casarse o de vivir en unión libre
2. Después de casarse o de vivir en unión libre.

## XIV. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Más de cuatro.

XV. ¿Con qué frecuencia tiene usted ahora relaciones sexuales?

1. Menos de una al mes
2. Una vez al mes
4. Una vez a la semana
4. Dos o más veces a la semana.

XVI. La mayoría de las veces ¿Por qué tiene usted relaciones sexuales?.

1. Porque obtiene satisfacción y placer
2. Porque quiere a su compañero
3. Por obligación y deber
4. Porque es la forma en que uno puede tener hijos
5. Por otras razones

XVII. ¿Con qué frecuencia llega usted al clímax o a la descarga cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Nunca

XVIII. ¿Con qué frecuencia tiene usted deseos de tener relaciones sexuales con su esposo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Nunca

XIX. ¿Con qué frecuencia se siente usted aplanada y sin ningún deseo sexual?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Nunca

XX. Generalmente ¿a qué se debe que usted no llegue al clímax?

1. Porque no tiene descos
2. Porque le duele
3. Porque su esposo no la satisface
4. Porque está cansada
5. Porque está nerviosa
6. Porque los niños los pueden oír o ver

XXI. ¿Porqué no la satisface su esposo?

1. Porque no la acaricia lo suficiente
2. Porque termina demasiado rápido
3. Porque no tiene erección
4. Porque es muy rudo o cruel
5. Por otras razones
6. Mi esposo me satisface la mayoría de las veces

XXII. Alguna vez se ha sentido usted tan descontenta con su vida sexual que ha querido pedir ayuda?

1. Si
2. No

XXIII. Si contestó usted SI ¿A quién ha pedido ayuda?

1. A su médico
2. A un pariente
3. A un amigo(a)
4. A otras personas

XXIV. ¿Recibió usted la ayuda que esperaba?

1. Si
2. No

XXV. Se ha visto que una gran mayoría de mujeres se acarician sus genitales para producirse placer, a esto se le llama masturbación. ¿Usted se ha masturbado alguna vez?

1. Si
2. No

XXVI. ¿Por qué no se ha masturbado?

1. Porque produce daño físico y mental
2. Porque es pecado
3. Porque no sabe como hacerlo
4. Porque no ha tenido deseos de hacerlo
5. Por otras razones

XXVII. Cuando usted se masturba ¿llega al clímax?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Nunca
6. Nunca se ha masturbado

XXVIII. ¿Cuántas veces se masturbó el mes pasado?

1. Una vez
2. De dos a cinco veces
3. Más de cinco
4. Ninguna

XXIX. La mayoría de las veces usted prefiere:

1. Tener relaciones sexuales
2. Masturbarse
3. Dormir

XXX. Durante los años que tiene usted con su Médico familiar -  
¿Alguna vez le ha dado alguna orientación de tipo sexual?

1. Si
2. No

XXXI. Alguna vez usted le ha pedido información sexual a su -  
médico familiar?

1. Si
2. No

XXXII. Si su médico familiar le ha dado información sexual, -  
esa información, ¿La ha dejado satisfecha?

1. Si
2. No

## RESULTADOS

## I Edad.-

El promedio general de edad fue de 24.82 años, el mayor número de la muestra se concentró entre los 20 y los 28 años de edad.

La desviación estándar en el grupo de pacientes funcionales fue de 19.85 y el promedio de edad fue de 24.25, en los pacientes con disfunción sexual general la S fue de 28.20, y el promedio de 25.13, en las pacientes con disfunción orgásmica - la S fue de 26 03 y el promedio fue de 25.03.

El resultado contrarresta lo esperado, en general se espera que la disfunción orgásmica sea más frecuente en mujeres de menor edad, pero habrá que tomar en cuenta que el grado de dispersión fue considerable. (1) (Gráfica y cuadro 1)

## II Estado Civil.

El 80.66% (121) son casadas, el 3.33% (5) fueron solteras el 14.66% (22) en unión libre, y 1.33% viudas (2), resultados esperados puesto que se manejó población derechohabiente.

### III Escolaridad.

En el grupo de pacientes funcionales, 31% de pacientes -- (27) tuvieron primaria, el 27.38% (23) secundaria, el 30.95% - (26) con preparatoria o similar, y 9.52% (8), profesional.

En el grupo de pacientes con disfunción sexual general - 64.85% (24) con primaria, 18.91%, (7), con secundaria y 16.21% (6) con preparatoria o similar.

En el grupo de pacientes con disfunción orgásmica, 23.90% con primaria, 37.93% (11) con secundaria, 34.48% (10), con preparatoria, y 3.44% (1) profesional. (Cuadro y Gráfica 2)

El resultado revela mayor índice de escolaridad en el grupo de pacientes con disfunción orgásmica, esto indica que existe un conocimiento de la fisiología sexual y una actitud consiente de que el orgasmo falta en la vida sexual de estas pa-cientes. (4,7)

### IV, VI, VII Estrato socioeconómico.

En el grupo de pacientes funcionales, 91.66% (77) provie-  
nen del grupo 2, 2.38% (2) del grupo 1, y 5.95% del grupo 3.

En el grupo con disfunción sexual general, 83.78% (31), -  
pertenecen al grupo 2, 2.70% (1) al grupo 1, y 13.51% (5) al -  
grupo 3, en el grupo con disfunción orgásmica, 93.10% (27) al-  
grupo 2, 6.89% al grupo 3 (2). Los resultados son los espera-  
dos puesto que se manejó una población derechohabiente con un-

nivel socioeconómico medio. (Gráfica 3)

#### V Número de hijos.

En el grupo de pacientes funcionales, 60.71% (51) no habían tenido hijos, 16.66% (14) un hijo, 14.28% (12), dos hijos 7.14% (6), tres hijos y 1.19% (1), 4 hijos, con un promedio de 0.71.

En el grupo de pacientes con disfunción sexual general, - el 37.83% (14) no tenían hijos, el 32.43% (12) con un hijo, el 18.91% (7) con dos hijos, el 5.40% (2) con tres hijos, y el -- 5.40% (2) con 4 hijos, con un promedio de 1.08.

En el grupo de pacientes con disfunción orgásmica el 51.72% (15) no tenían hijos, el 31.03% (9) con un hijo, el 13.79% (4) con 2 hijos y un 3.44% (1) con 7 hijos, el promedio fue de - - 0.82. (Cuadro 3, Gráfica 4).

Esta variable no es significativa, puesto que el promedio es semejante en los 3 grupos.

VIII, IX, X, XI, XIII, XIV Actitudes generales ante la sexualidad.

En el total de la muestra, 76.66% (115) conviven únicamente con su esposo e hijos, el 10% (15) con sus padres, el 10% - (15) con otros parientes, el 0.66% (1) solas y el 2.66% (4) sólo con sus hijos.

Por otra parte el 52% (78) no asistió ninguna vez a misa en el mes pasado y un 88% (132) afirmó que la religión no afecta sus puntos de vista sobre sexualidad, en el otro extremo sólo 0.66% (1) asistían diario a misa y 6% (9) consideraron que sus puntos de vista sobre sexualidad se veían afectados en algo por la religión.

Las respuestas sobre quién aportó la primera información sexual, no es significativa, sólo un porcentaje más elevado el 31.33% (47) fue dada por la madre, el resto de las opciones se comportó en forma semejante.

El promedio de inicio de las relaciones sexuales es relativamente temprano, de 19.92.

Contra lo esperado, 46.66% (70), tuvieron relaciones antes de casarse o de vivir en unión libre y 53.33% (80) después de casarse o de vivir en unión libre. (Gráfica 5)

81.33% (122) han tenido sólo un compañero sexual, 12.66% (9) dos, 2% (3) tres, y 0.66% (1) cinco.

#### I, XII Años de vida sexual

Obtenidos de la edad y la primera relación sexual, fueron en promedio semejantes en los tres grupos, para el grupo de -- funcionales de 4.51, para el grupo de pacientes con Disfunción sexual general, de 5.4, para el grupo de disfunción orgásmica de 4.9 años.

XV, XVI, XVII, XVIII, XIX Disfunción.

56% (84) de los pacientes se clasificaron como funcionales, el 24.66% (37) con disfunción sexual general, y el 19.33% (29) con disfunción orgásmica, contra otros autores que reportan a ésta como la más frecuente. (Gráfica 7)

Los resultados de la prueba  $\chi^2$  utilizados, manejados a -- 0.995 de confiabilidad son los siguientes:

Variables XVII-XVI a 16 grados de libertad (gL)

$$\chi^2_c 9.86 > \chi^2 \text{ tablas } 5.14$$

Variables XVIII-XIX a 12 gl

$$\chi^2_c 7.06 > \chi^2 \text{ tablas } 3.57$$

Variables XVII-XIX a 16 gl

$$\chi^2_c 7.88 > \chi^2 \text{ tablas } 5.14$$

Variables XVI-XVII a 16 gL

$$\chi^2_c 6.18 > \chi^2 \text{ tablas } 5.14$$

Variables XV-XVI a 12 gL

$$\chi^2_c 3.38 > \chi^2 \text{ tablas } 3.07$$

Por lo tanto en todas las variables se rechaza la  $H_0$  (de independencia) y se acepta  $H_a$  (de dependencia), confirmando -- que las variables que catalogaron fueron clasificadas en forma adecuada. (Tabla 1)

## XX, XXI Disfunción masculina

En el grupo de pacientes con disfunción sexual general, - 10.81% (4) revelaron probable eyaculación precoz, en su compañero y 5.41% (2) juego sexual insuficiente.

En el grupo con disfunción orgásmica, 17.24% (5) juego sexual insuficiente, 41.37% (12) probable eyaculación precoz, -- 13.79% (4) probable disfunción erectil y 6.89% (2) agresividad y rudeza. (Gráfica 8)

Resultados que revelan que por lo menos en las mujeres -- con disfunción orgásmica existía como etiología una probable -- disfunción masculina. (9, 13)

## XXII

Sólo 14% (21) se han sentido tan angustiadas con su vida sexual que han solicitado ayuda, 86% (129) confesaron no haber solicitado ayuda.

Si casi la mitad de las pacientes se clasifican como disfuncionales, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda es -- muy bajo.

## XXV, XXVI, XXVII, XXVIII Masturbación

Sólo 12.66% (19) del total de la muestra de pacientes se han masturbado, el 87.33% (131) contestaron en forma negativa. (Gráfica 6)

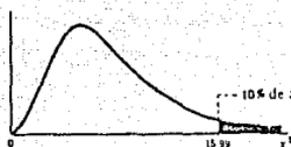
Según lo esperado, la masturbación sigue siendo una actitud sexual francamente condenada y reprimida, por actitudes religiosas y socioculturales basadas fundamentalmente en que no conduce a la reproducción. (1, 9)

XXX, XXXI, XXXII El médico familiar como orientador sexual.

88% (133) revelaron que su médico familiar no les ha otorgado nunca orientación sexual, 12% (18) no contestaron afirmativamente. (Gráfica 9)

Por otra parte 90% (135) nunca han solicitado orientación sexual a su médico y sólo 10% (15) lo han hecho en alguna ocasión.

TABLA 1

Puntos de porcentaje de la distribución  $\chi^2$ 

Ejemplo

Para  $\phi = 10$  grados  
de libertad:

$$P[\chi^2 > 15.99] \\ = .10$$

$\alpha$	.995	.99	.975	.95	.90	.75	.50	.25	.10	.05	.025	.01	.005	$\chi^2$
1	0.0153	0.0158	0.0162	0.0166	0.0170	0.0175	0.0180	0.0185	0.0190	0.0195	0.0200	0.0205	0.0210	0.001
2	0.0100	0.0102	0.0104	0.0106	0.0108	0.0110	0.0112	0.0114	0.0116	0.0118	0.0120	0.0122	0.0124	0.002
3	0.0778	0.0785	0.0792	0.0800	0.0807	0.0814	0.0821	0.0828	0.0835	0.0842	0.0849	0.0856	0.0863	0.003
4	0.2107	0.2116	0.2125	0.2134	0.2143	0.2152	0.2161	0.2170	0.2179	0.2188	0.2197	0.2206	0.2215	0.004
5	0.412	0.413	0.414	0.415	0.416	0.417	0.418	0.419	0.420	0.421	0.422	0.423	0.424	0.005
6	0.678	0.679	0.680	0.681	0.682	0.683	0.684	0.685	0.686	0.687	0.688	0.689	0.690	0.006
7	0.989	0.990	0.991	0.992	0.993	0.994	0.995	0.996	0.997	0.998	0.999	1.000	1.001	0.007
8	1.344	1.346	1.348	1.350	1.352	1.354	1.356	1.358	1.360	1.362	1.364	1.366	1.368	0.008
9	1.735	1.737	1.739	1.741	1.743	1.745	1.747	1.749	1.751	1.753	1.755	1.757	1.759	0.009
10	2.16	2.16	2.16	2.17	2.17	2.18	2.18	2.19	2.19	2.20	2.20	2.21	2.21	0.010
11	2.60	2.60	2.61	2.61	2.62	2.62	2.63	2.63	2.64	2.64	2.65	2.65	2.66	0.011
12	3.07	3.07	3.08	3.08	3.09	3.09	3.10	3.10	3.11	3.11	3.12	3.12	3.13	0.012
13	3.57	3.57	3.58	3.58	3.59	3.59	3.60	3.60	3.61	3.61	3.62	3.62	3.63	0.013
14	4.07	4.07	4.08	4.08	4.09	4.09	4.10	4.10	4.11	4.11	4.12	4.12	4.13	0.014
15	4.60	4.60	4.61	4.61	4.62	4.62	4.63	4.63	4.64	4.64	4.65	4.65	4.66	0.015
16	5.14	5.14	5.15	5.15	5.16	5.16	5.17	5.17	5.18	5.18	5.19	5.19	5.20	0.016
17	5.70	5.70	5.71	5.71	5.72	5.72	5.73	5.73	5.74	5.74	5.75	5.75	5.76	0.017
18	6.26	6.26	6.27	6.27	6.28	6.28	6.29	6.29	6.30	6.30	6.31	6.31	6.32	0.018
19	6.84	6.84	6.85	6.85	6.86	6.86	6.87	6.87	6.88	6.88	6.89	6.89	6.90	0.019
20	7.43	7.43	7.44	7.44	7.45	7.45	7.46	7.46	7.47	7.47	7.48	7.48	7.49	0.020
21	8.03	8.03	8.04	8.04	8.05	8.05	8.06	8.06	8.07	8.07	8.08	8.08	8.09	0.021
22	8.64	8.64	8.65	8.65	8.66	8.66	8.67	8.67	8.68	8.68	8.69	8.69	8.70	0.022
23	9.26	9.26	9.27	9.27	9.28	9.28	9.29	9.29	9.30	9.30	9.31	9.31	9.32	0.023
24	9.89	9.89	9.90	9.90	9.91	9.91	9.92	9.92	9.93	9.93	9.94	9.94	9.95	0.024
25	10.52	10.52	10.53	10.53	10.54	10.54	10.55	10.55	10.56	10.56	10.57	10.57	10.58	0.025
26	11.16	11.16	11.17	11.17	11.18	11.18	11.19	11.19	11.20	11.20	11.21	11.21	11.22	0.026
27	11.81	11.81	11.82	11.82	11.83	11.83	11.84	11.84	11.85	11.85	11.86	11.86	11.87	0.027
28	12.46	12.46	12.47	12.47	12.48	12.48	12.49	12.49	12.50	12.50	12.51	12.51	12.52	0.028
29	13.12	13.12	13.13	13.13	13.14	13.14	13.15	13.15	13.16	13.16	13.17	13.17	13.18	0.029
30	13.79	13.79	13.80	13.80	13.81	13.81	13.82	13.82	13.83	13.83	13.84	13.84	13.85	0.030
40	20.7	20.7	20.7	20.8	20.8	20.9	20.9	21.0	21.0	21.1	21.1	21.2	21.2	0.040
50	27.0	27.0	27.1	27.1	27.2	27.2	27.3	27.3	27.4	27.4	27.5	27.5	27.6	0.050
60	33.5	33.5	33.6	33.6	33.7	33.7	33.8	33.8	33.9	33.9	34.0	34.0	34.1	0.060
70	43.3	43.3	43.4	43.4	43.5	43.5	43.6	43.6	43.7	43.7	43.8	43.8	43.9	0.070
80	53.2	53.2	53.3	53.3	53.4	53.4	53.5	53.5	53.6	53.6	53.7	53.7	53.8	0.080
90	59.2	59.2	59.3	59.3	59.4	59.4	59.5	59.5	59.6	59.6	59.7	59.7	59.8	0.090
100	67.3	67.3	67.4	67.4	67.5	67.5	67.6	67.6	67.7	67.7	67.8	67.8	67.9	0.100
$\chi^2$	-1.58	-2.33	-1.96	-1.41	-1.24	-0.74	0.00	0.74	1.28	1.65	1.96	2.33	2.58	

Para  $\alpha = 100$  (casos)  $\chi^2 = 14.067 + 1.357 \sqrt{100 - \alpha}$ .  $\chi^2_{\alpha}$  es la desviación normal estandarizada correspondiente al nivel de significancia  $\alpha$  y se muestra en la parte superior de la tabla.

Fuente: Esta tabla es recopilación de "Table of percentage points of the  $\chi^2$  distribution" de Catherine M. Thompson, *Biometrika*, Vol. 32 (1945), págs. 187-191, y publicada aquí con permiso del autor y editor de *Biometrika*.

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE EDAD POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES DERECHABIENTES, DE LA UMF 21, JULIO-NOVIEMBRE 1984.

	FUNCIONAL		DISFUNCION GENERAL		DISFUNCION SEXUAL		DISFUNCION ORGASMICA	
	número	%	número	%	número	%	número	%
16-17	2	1.33	2	1.33	2	1.33	2	1.33
18-19	6	4	4	2.66	2	1.33	2	1.33
20-21	20	13.33	4	2.66	4	2.66	4	2.66
22-23	15	10	6	4	3	2	3	2
24-25	12	8	5	3.33	4	2.66	4	2.66
26-27	12	8	6	4	5	3.33	5	3.33
28-29	6	4	1	0.66	6	4	4	2.66
30-31	4	2.66	2	1.33	2	1.33	2	1.33
32-33	3	2	5	3.33	0	0	0	0
34-35	2	1.33	0	0	0	0	0	0
36-37	1	0.66	2	1.33	0	0	0	0
38-39	1	0.66	0	0	0	0	0	0
40-41	0	0	0	0	0	0	0	0
42-43	0	0	0	0	1	0.66	1	0.66
Total	84	56%	37	24.66	29	19.33		
media	24.25		25.13		25.03			
S	19.85		28.20		26.03			

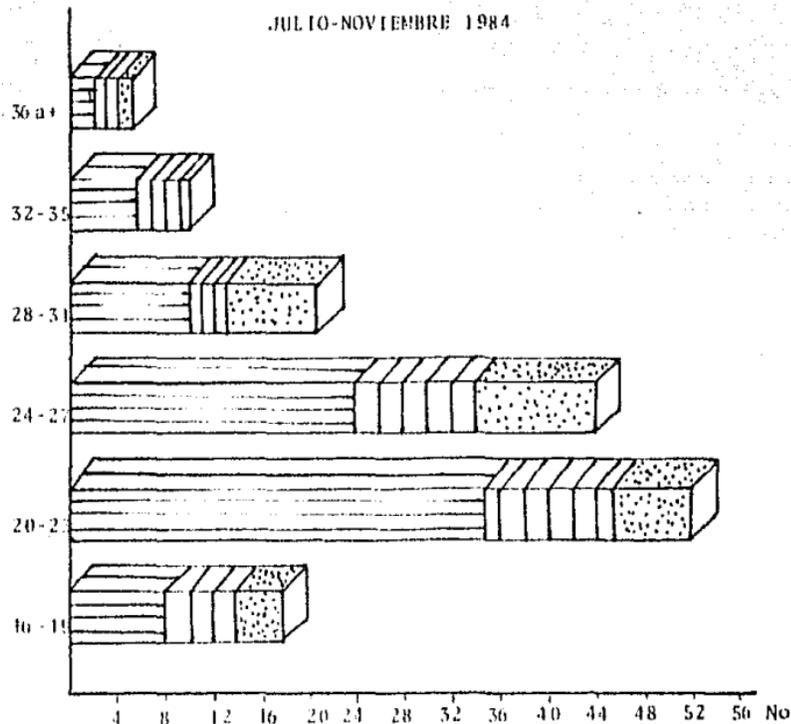
Fuente: 150 encuestas aplicadas

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE EDAD POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES  
DERECHO HABIENTES DE LA UMF 21

AÑOS

JULIO-NOVIEMBRE 1984

GRAFICA 1



-  Funcionales
-  Disfunción Sexual General
-  Disfunción Orgásmica

Fuente: 150 encuestas estudiadas.

NIVEL DE ESCOLARIDAD POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES DERECHO  
PARTISTES DE LA UMI 21.

Cuadro 2

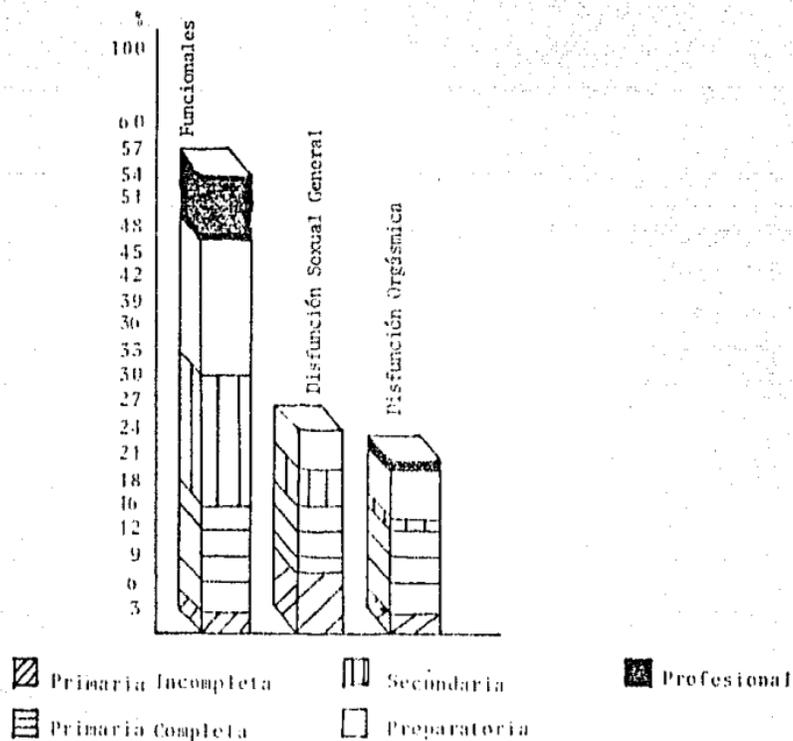
JULIO - NOVIEMBRE 1984

	FUNCIONALES		DIFUNCIÓN GENERAL		DIFUNCIÓN ORGANICA	
	número	%	número	%	número	%
Primaria incompleta	5	2.0	11	7.35	5	2.0
Primaria completa	24	16.0	13	8.66	4	4.0
Secundaria	23	15.35	7	4.66	11	7.35
Preparatoria o Comercio	26	17.35	6	4	10	6.66
Profesional, otras	8	5.35	0	0	1	0.66
T o t a l	84	55.99	37	24.65	29	20.65

Fuente: 150 encuestas aplicadas.

NIVEL DE ESCOLARIDAD POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES DERECHOABIENTES  
DE LA UMF 21, JULIO-NOVIEMBRE 1984.

Gráfico 2

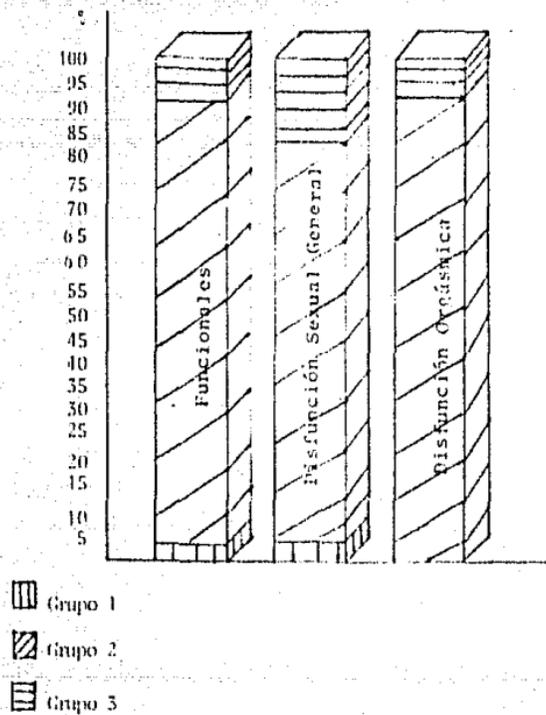


Fuente: 150 encuestas aplicadas.

NIVEL SOCIOCONOCITIVO POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES DEBILITADAS

DE LA UAF 21, JULIO - NOVIEMBRE 1984.

Gráfica 3



Fuente: 150 encuestas aplicadas

NÚMERO DE HIJAS POR GRADOS ESTUDIADOS EN MUJERES DE RÍAS BAÑADAS EN LA CUBA 21

JULIO - NOVIEMBRE 1984

Cuadro 3

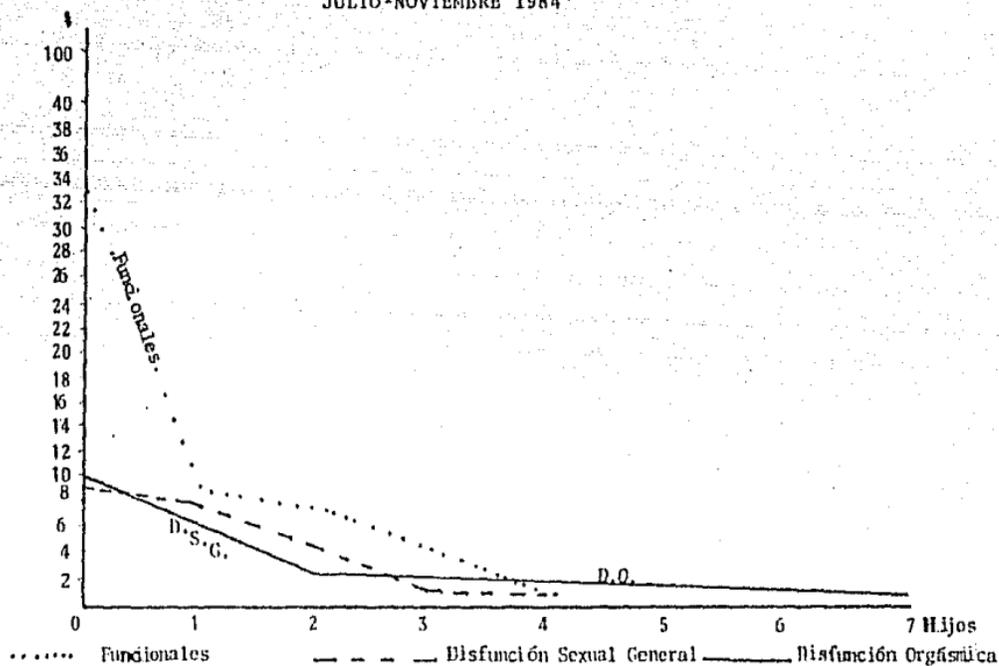
	FUNCIONALES		DISFUNCIÓN SE- XUAL GENERAL		DISFUNCIÓN ORGÁSMICA	
	número	%	número	%	número	%
0	51	34	14	9,53	15	100
1	14	9,53	12	8	9	6
2	12	8	7	4,66	4	2,66
3	6	4	2	1,33	0	0
4	1	0,66	2	1,33	0	0
5	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0
Media	0,71		1,08		0,82	
Total	60	55,99	40	24,65	24	19,32

Fuente: 150 encuestas aplicadas

NUMEROS DE HIJOS POR GRUPOS ESTUDIADOS EN MUJERES DERECHO HABIENTES DE LA UMF 21

Gráfica 4

JULIO-NOVIEMBRE 1984



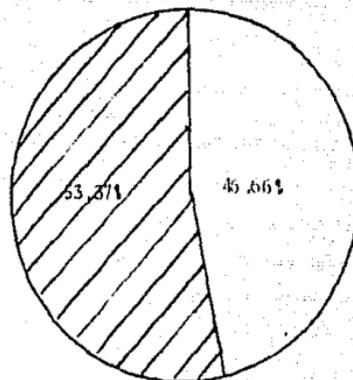
Fuente: 150 encuestas aplicadas

ESTADÍSTICA  
 DE LA  
 UNIVERSIDAD  
 DE LA  
 AMÉRICA  
 LATINA

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES PREMARITALES EN LA POBLACION ESTUDIADA

DEL 21, JULIO NOVIEMBRE 1984

Gráfica 5



□ Sí

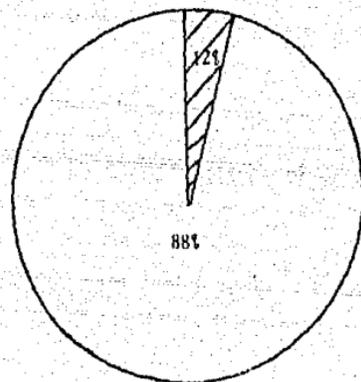
▨ No

Fuente: 150 encuestas aplicadas

FRECUENCIA DE MASTURBACION EN LA POBLACION ESTUDIADA IBIF 21

JULIO - NOVIEMBRE 1984

Gráfico 6



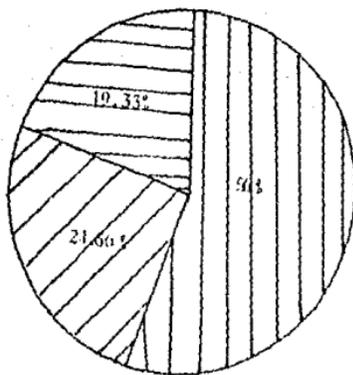
▨ Sí

□ No

Fuente: 150 encuestas estudiadas.

FRECUENCIA DE DISTINCIONES EN MUJERES DIRECTO HABIENTES DE LA UMF 21  
JULIO - NOVIEMBRE 1984

GRAFICA 7



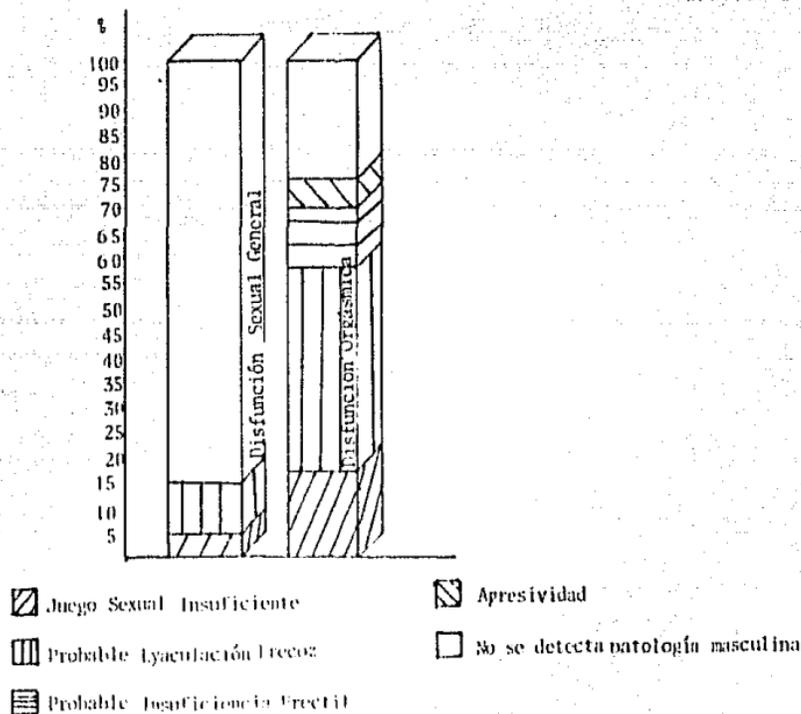
-  Funcionales
-  Disfunción Sexual General
-  Disfunción Orgásmica

Fuente: 150 encuestas estudiadas.

POSIBLES FACTORES ETIOLÓGICOS MASCULINOS EN LOS GRUPOS DE MUJERES DERECHO HABIENTES

UMF 21, JULIO-NOVIEMBRE 1984

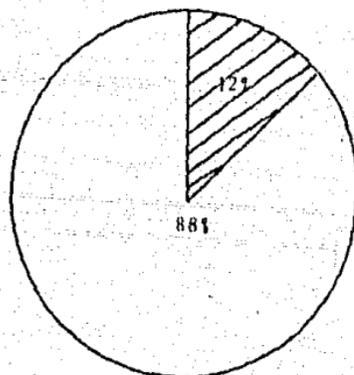
Gráfica 8



Fuente: 150 encuestas estudiadas

FRECUENCIA CON LA QUE EL MEDICO FAMILIAR APORTA ORIENTACION  
SEXUAL EN LA POBLACION ESTUDIADA UMF 21  
JULIO NOVIEMBRE 1984

Grafica 9



Si

No

Fuente: 150 encuestas aplicadas

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) La religión afecta muy poco los puntos de vista sobre sexualidad en la población estudiada.
- 2) Las relaciones sexuales premaritales alcanzan un porcentaje elevado, al parecer se inicia un cambio de actitud al respecto.
- 3) El inicio en la vida sexual de la población estudiada, es relativamente temprano, no precisamente porque haya una actitud abierta y conciente a este respecto, sino porque el matrimonio entre jóvenes es altamente frecuente todavía.
- 4) La disfunción sexual general y la disfunción orgásmica, se encontraron en porcentajes elevados, según lo esperado.
- 5) La disfunción orgásmica femenina tiene como importantes factores etiológicos la eyaculación precoz y el juego sexual insuficiente, la primera disfunción del compañero, y la segunda producto del nulo conocimiento de la fisiología sexual de ambos. (13)
- 6) La masturbación prevalece como actitud oculta y condenada y se continúa descartando como una posibilidad de autoexploración y conocimiento de la propia sexualidad. (1, 9)

- 7) Un alto porcentaje de médicos familiares no aportan orientación sexual, probablemente por no considerarla de importancia o por falta de conocimientos.
- 8) Prevalecen en la población la ignorancia y las actitudes condenatorias con respecto al área sexual.
- 9) Es necesario integrar la educación sexual a los programas de planificación familiar.
- 10) La reproducción-sexualidad es una de las funciones familiares, raramente investigada por el médico familiar y en determinado momento factor condicionante de muchos conflictos en la dinámica familiar, por tanto deberían ser estudiadas con más frecuencia.
- 11) Es necesario que los médicos familiares se preparen también como educadores sexuales a través de cursos adecuadamente orientados para este propósito y así llegar a un criterio objetivo y científico de lo que es la sexualidad humana.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brostein R E. Comportamiento sexual en una población de estudiantes de la ciudad de México. Ginec Obstet Mex 1980; - 48: 246-248.
2. Dominian J. Third phase of marriage. Br Med J 1979; 29: - 781-783.
3. Buddle M; Brown A D. The clinical management of sexual disfunction. Clin Obstet Gynecol 1980; 7:293-323.
4. Raboch J; Bart A K. The level of education and the sex -- life of women. Cesk Gynekol 1982; 47: 507-509.
5. García H E; Bravo H R, Mondragón F T; Rojano S E; Alonso L-R; Lara R R. Conduct sexual y anticoncepción en jóvenes -- solteros. Ginec Obstet Mex 1981; 49: 343-356.
6. Rubio A E. Las disfunciones sexuales. Rev. Asoc. Mex. Ed. Sex. 1980; 3: 2-25.
7. Katchadourian H. Bases de la Sexualidad Humana. México:- Editorial Continental, 1981: 13-111, 211-410.
8. Gagnon J. Sexualidad y Cultura. México: Pax-México, 1980: 227-288.

9. Gagnon J. Sexualidad y conducta social. México: Pax-México, 1980: 197-254.
10. Masters H. W, Johnson E. V. Respuesta sexual humana. México: Interamericana, 1978: 3-136.
11. Freud S. Introducción al Psicoanálisis. México, Alianza-Editorial, 1981: 317-335.
12. Singer K H. La nueva terapia sexual. 2. México: Alianza Editorial, 1978: 466-563.
13. Singer K H. La nueva terapia sexual 1. México: Alianza - Editorial, 1978: 97-156.
14. Singer K. H. El sentido del sexo. México: Editorial Grijalbo, 1981: 117-145.
15. López A D. La salud segidual en México. México. Siglo - XXI Editores, 1983: 20-95.
16. Said I G. Métodos estadísticos no paramétricos. Colegio-de Posgraduados 1980: 19-36.