

11226  
26  
2e1

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE  
MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

=====

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

ESTUDIO DE DETECCION EN LA  
CLINICA G. A. MADERO DEL ISSSTE ( 1988 )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

=====

R3 .- ARMANDO LOPEZ PORTILLO

---

TESIS RECEPCIONAL  
PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

---

MEXICO D.F., NOVIEMBRE DE 1988.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

INDICE .

A)	INTRODUCCION . . . . .	( 1 )
B)	MARCO CONCEPTUAL :	
	- Concepto trifasico de sexualidad humana. . . . .	( 2 )
	- Antecedentes . . . . .	( 5 )
	- Definición de Disfunciones . . . . .	( 8 )
	- Etiología. . . . .	( 9 )
	- Conceptos prevalentes de tratamiento . . . . .	( 12 )
C)	JUSTIFICACION. . . . .	( 16 )
D)	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS. . . . .	( 17 )
E)	UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO. . . . .	( 18 )
F)	PROCEDIMIENTO DE CAPTACION . . . . .	( 19 )
G)	DEFINICION DE VARIABLES. . . . .	( 19 )
H)	RESULTADOS : . . . . .	( 21 )
I)	ANALISIS . . . . .	( 29 )
J)	CONCLUSIONES. . . . .	( 35 )
K)	BIBLIOGRAFIA. . . . .	( 37 )
L)	CUESTIONARIO SEXUAL FEMENINO. . . . .	( 38 )

## A) INTRODUCCION :

Se conocen como Disfunciones Sexuales a las alteraciones recurrentes y persistentes de alguno o todos los eventos que conforman el ciclo de la Respuesta Sexual Humana.

Recordemos que la función sexual incluye una serie de mecanismos reflejos integrados en una matriz psicosocial, los cuales pueden estar alterados por factores de origen orgánico o psicógeno. Para comprender éstas alteraciones requerimos de una adecuada clasificación que nos permita distinguir las Disfunciones de otros problemas sexuales, y se ha tomado su nueva nomenclatura que llegó a ser oficial con la publicación del DSM-III en 1981, editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, la cual detalla las siguientes Disfunciones Sexuales Femeninas: Deseo Sexual Inhibido, Excitación Sexual Inhibida, Inhibición del Orgasmo Femenino, Dispareunia Funcional y Vaginismo Funcional.

Para llegar al diagnóstico se requiere de varias características como serían un juicio clínico que tome en cuenta la edad, ocupación, descripciones subjetivas del paciente y frecuencia con que se llega a presentar el cuadro. Se acordó un criterio de persistencia en 50% de falla en los intentos de realización sexual. No se clasifica como disfuncionante cuando el disturbio es causado por factores orgánicos, como enfermedades o medicamentos, ni debido a otro desorden mental.

Se debe considerar a la pareja como la entidad disfuncionante tanto en abordaje diagnóstico como en el manejo terapéutico. ( 3 )

## B) MARCO CONCEPTUAL :

### El concepto fisiológico de Sexualidad Humana y Disfunción Sexual

Probablemente el modelo propuesto por Helen S. Kaplan sea el avance teórico más importante en sexología, al entrelazar tres fases que pueden ser re-aradas por sus propios cambios neurofisiológicos y que son: la Fase de Deseo, la Fase de excitación y la Fase de Orgasmo.

Cuando una de éstas fases puede estar dañada y su inhibición produce una disfunción distinta, con modelos psicopatológicos diferentes y estrategias de tratamiento específicas. La nueva clasificación de los desordenes sexuales descrita en el DSM-III está organizada de acuerdo a éste concepto.

#### Fisiología:

FASE DE DESEO. es una experiencia o actividad neural en los "circuitos sexuales" del cerebro. La generación del deseo es analoga a otros procesos de gobierno biológico, por ejemplo la necesidad de comer. Los centros sexuales son rítmicamente activados por hormonas y pueden ser estimulados por una oportunidad sexual atractiva. Cuando ocurre tal activación neural nos sentimos receptivos, interesados, o dicho de otra manera: "sexualmente hambrientos".

La anatomía y fisiología de los circuitos sexuales aún no ha sido delineada con precisión, pero se sabe que están localizados en el sistema límbico, que tienen núcleos en el Hipotálamo y regiones preópticas. Ambos sexos requieren de adecuadas cantidades de testosterona para experimentar la libido adecuadamente. También se sabe que la serotonina y la dopamina tienen capacidades inhibitorias o excitatorias respectivamente.

Si se inhiben éstos centros por factores psicológicos o físicos enojos nuestro apetito sexual. En la práctica clínica el enojo, la depresión, tensión, conflictos psicológicos acerca

- del sexo, ciertas enfermedades y drogas están comunmente asociadas con estados de libido disminuida.

Una persona que sufre de bajos niveles de deseo sexual tiene poco o no espontáneo interés en el sexo y no puede ser excitada fácilmente. No se masturba ni tiene fantasías, y cuando tiene experiencias sexuales obtiene poco placer, pudiendo responder con rechazo o enojo, o quizás con tolerancia y experimentar una respuesta genital mecánica en los siguientes fines.

**FASE DE EXCITACION .-** Fisiológicamente suceden dos eventos de importancia a nivel vaginal: lubricación y expansión. El material lubricante aparece 10 a 20 segundos después de cualquier estímulo efectivo por un fenómeno de trasudado resultado de la vasodilatación venosa; hay cambios en la intensidad de la coloración de un rojo púrpura a un rojo obscuro junto con aplastamiento de la superficie rugosa vaginal. El tercio externo vaginal y vestíbulo vulvar aumentan de volumen que junto con la tumefacción de los labios menores constituyen la base anatómica de la experiencia orgásmica, denominada Plataforma Orgásmica.

Para entender la capacidad de expansión debe recordarse que la vagina es un espacio virtual, que con la estimulación se alarga y distiende en sus dos tercios interiores, así como el cuerpo y cuello uterinos son empujados poco a poco hacia arriba y atrás.

Los reflejos genitales de la excitación ( vasodilatación genital ) al igual que los del control del orgasmo ( contracciones genitales mecánicas ) están controlados por centros reflejos espinales, siendo primariamente respuestas parasimpáticas. Estos centros están ricamente conectados y reciben influjo de varios niveles del Sistema Nervioso Central, así pueden ser inhibidos o activados por un amplio rango de experiencias y emociones.

Las mujeres con inhibición de la fase de excitación, en el pasado llamadas frías, sienten deseo y pueden ser orgásmicas, pero son incapaces de sentir sensaciones placenteras o mostrar la respuesta fisiológica de lubricación y edema, éste es un síndrome poco frecuente.

FASE DEL ORGASMO.—El orgasmo es producido por un reflejo de rig-  
tonía de ciertos músculos genitales; la expresión concomitante  
de éstas contracciones de contracción constituye la sensación de  
centro del orgasmo. El umbral orgásmico es el nivel bajo esta  
mulación del área clitoral, la cual causa una descarga de impul-  
sos nerviosos al músculo estriado del perineo (que incluye los mús-  
culos isquio y bulbocavernosos) produciendo contracciones rít-  
micas de 0.8 por segundo en promedio de 3 a 7 veces en cada ex-  
periencia orgásmica.

El entendimiento de la fisiología del orgasmo femenino se vuel-  
to en claro que es análogo al orgasmo masculino y que no hay di-  
cotomía entre el orgasmo clitoral y vaginal. La vía aferente  
del reflejo orgásmico femenino está localizada en las terminales  
nerviosas sensitivas del área clitoral, mientras su expresión  
efectoria es dada por la contracción de los músculos que rodean  
la vagina. Los centros inferiores que constituyen la vía final  
común para el orgasmo están localizados en la porción sacra del  
la médula, cerca de los centros que gobiernan la defecación y  
la micción, pero definitivamente separados de los vías y núcleos  
que sirven a la excitación sexual.

El orgasmo está sujeto a múltiples influencias inhibitorias o  
facilitadoras de los centros nerviosos superiores. Así cuando  
una persona tiene un estado emocional negativo como enojo, temor  
o culpa, el orgasmo podría llegar a ser bloqueado y quedar fue-  
ra de control voluntario.

La inhibición del orgasmo refleja la forma más prevalente de  
disfunción sexual en la mujer (1, 2, 3, 4), que puede ocurrir  
con varios grados de severidad.

Percepción subjetiva del orgasmo femenino: (Masters y Johnson)

"El orgasmo se inicia con una sensación de suspensión o dete-  
nimiento seguida de intensa vivencia clitoriano-pélvica, simulta-  
nea pérdida de la conciencia sensorial (incapacidad de percibir

- algún otro estímulo externo ). De la focalización sensorial en el área clitorídeo-pélvica se progresa a una sensación de oleada de calor que invade específicamente el área pélvica y se extiende a todo el organismo. Por último la sensación de látido pélvico corresponde al registro de las contracciones musculares de la plataforma orgánica".

#### ANTECEDENTES :

Hasta la mitad del Siglo XX, los desordenes de la función sexual femenina habían recibido poca o nula atención y eran mal entendidos. Las bases psicofisiológicas de la respuesta sexual femenina eran desconocidas y la evaluación de mujeres con problema estaba matizada por diversos prejuicios culturales y la influencia de una sociedad que concede poca o nula importancia al desempeño sexual de la mujer.

De acuerdo a estudios nacionales y extranjeros las disfunciones sexuales femeninas son un hallazgo frecuente y constante en nuestra cultura. De éstas, la Inhibición del Orgasmo femenino es la mas común (5-30%), seguida por el Deseo Sexual Inhibido (1-35%) y sigue indeterminado para la Inhibición de la excitación Sexual. Dispareunia y vaginismo son entidades recientemente descritas y son las formas menos prevalentes de Disfunción Sexual en la mujer (2).

- .. DIXONSON & DEAN (1931) .- en un estudio de 900 pacientes ginecológicas, casadas, encontraron que solo 2 de cada 5 experimentaban orgasmo en la relación.
- .. KINSEY (1948) .- en una muestra de 7700 mujeres blancas, reportó que en 45% ocurre el orgasmo siempre o casi siempre; 5-10% nunca lo experimentaron, pero un alto porcentaje respondió que solo ocasionalmente. Reportó una actividad coital en el matrimonio de 2.5 veces a la semana en parejas de 19 a 40 años. Que el 14% tenían orgasmo múltiple; 50% reportaron orgasmo por masturbación y las que lo hacían tempranamente tenían una alta tasa de



- orgásmico en el matrimonio.

- .. HUNE (1974) .- en una muestra de 1944 mujeres a las que aplicó un cuestionario encontró que 53% obtiene el orgásmo siempre, 7% nunca y el resto rara o algunas veces.
- .. MASTERS Y JOHNSON ( 1970 ) .- hacen una clasificación de disfunción orgásmica en primaria, secundaria y situacional, encuentran que solo el 5% de las disfunciones correspondían a Dispareunia y Vaginismo y desde sus investigaciones iniciales reportan un 90% de éxito con terapia.
- .. RANK (1978) .- con un grupo de 100 mujeres voluntarias, casadas y de clase media, aplica un cuestionario y reporta que un 35% de mujeres de parejas relativamente bien ajustadas estaban desinteresadas en la actividad sexual. que 48% tienen dificultad para mantener la excitación sexual y que un tercio de las parejas jóvenes tienen relaciones periódicamente con intervalos de 3 semanas de abstinencia.
- .. RUBIO (1983) .- en una revisión concluye que la inhibición del orgasmo femenino es cuatro veces más frecuente que cualquier otra disfunción sexual; con un 46% de mujeres que refieren dificultad para alcanzar orgasmo y 15% inhabilidad para completarlo.

Nathan (2), intentó asignar la prevalencia de las diferentes disfunciones sexuales mediante el análisis de 22 estudios publicados en un periodo de 50 años, con las limitaciones esperadas al tratar de aplicar los criterios propuestos por el DSM-III, pues en éstos estudios no fue considerado el juicio clínico, tiempo de prevalencia, ni la totalidad de las entidades como es el caso de Dispareunia y vaginismo, pero de cualquier forma siempre se ha reconocido la tasa elevada para éstos problemas, ya sea en población clínica o en población general.

Tabla 1 .- FRECUENCIA DE ORGASMO

ESTUDIO	NUNCA	RARO	A VECES	FRECUENTES	USUAL	SIEMPRE
HAMILTON	31%	10%	11%	45%	17%	26%
DICKINSON & DEAN	31%			69%		
TERMAN	8%		25%		66%	
KINSEY	14%			86%		
TROMASON	7%	5%		12%	52%	24%
RABOCH			56%			44%
BELL & BELL	8%	11%		21%	42%	17%
FISHER	6%		55%			39%
HUNT	7%		8%	11%	21%	53%
HITE	12%			88%		
LEVINE & YOST	17%		12%	22%	3%	46%
TAVRIS & SADD	7%	11%		19%	48%	15%
PIETROPANTO & S.	5%		19%		41%	35%
FRANK ET AL	15%					
BELL & WEINBERG	7%					
STARR & WEINER	2%		27%		34%	35%

Listados en orden por fecha de publicación desde 1929 hasta 1981. ( 2 )

## DEFINICION DE DISFUNCIONES.

### Deseo Sexual Inhibido:

- A: Es una inhibición persistente y continua del deseo sexual. El juicio clínico toma en cuenta factores como edad, sexo, ocupación, salud, intensidad y frecuencia del deseo sexual. Puede presentarse solo o acompañando otras disfunciones psicosexuales. En la práctica actual se hace el diagnóstico solo si la falta de deseo provoca angustia en el paciente o su pareja.
- B: Que el disturbio no sea causado exclusivamente por factores orgánicos ( enfermedad o medicamentos ) o si se presenta como síntoma de otra enfermedad mental.

### Inhibición de la Excitación Sexual.

- A: Inhibición recurrente y persistente de la excitación sexual, manifestada como la falla parcial o completa en alcanzar o mantener la respuesta de humedad - lubricación hasta la culminación del acto sexual.
- B: Requiere del juicio clínico que estime la actividad sexual adecuada en foco, intensidad y duración. Que el disturbio no sea causado exclusivamente por factores orgánicos ( enfermedad física o medicación ) ni se deba a otro trastorno mental.

### Inhibición del Orgasmo femenino :

- A: Inhibición recurrente y persistente del orgasmo femenino, manifestado por una falla o ausencia del orgasmo después de una fase de excitación normal, que sea adecuada en foco, intensidad y duración.
- B: El criterio de persistencia es de 50% de los intentos de realización sexual. Puede continuarse con inhibición del deseo sexual. También en mujeres que tienen orgasmo solo con estimulación clitoral no coital ( tomar en cuenta que se está tomando ésta como una variedad del comportamiento sexual normal ).

### Dispareunia funcional :

A: Se refiere al dolor genital recurrente y persistente asociado con el coito.

### Vaginismo funcional :

A: Síndrome psicofisiológico que involucra la contracción muscular espástica involuntaria del tercio externo del canal vaginal, el cual impide severa o totalmente la penetración vaginal.

### Disfunción Psicosexual Atípica :

Es un octavo diagnóstico residual que se refiere a aquellas disfunciones sexuales que no pueden ser clasificadas en las categorías ya descritas. Ejemplo: los individuos que refieren una excitación fisiológica (lubricación) sin presentar manifestaciones psicológicas (deseo, agrado, placer, etc. ).

### ETIOLOGIA.

Aunque en 95% de los casos se identifican causas psicógenas como principal factor etiológico, el estudio de cada caso requiere de descartar causa orgánica. Para ello es importante realizar una historia médica-quirúrgica y eliminar que la causa sea una enfermedad sistémica, efecto de medicamentos o algún otro trastorno mental. Antes de clasificarla como disfunción se debe hacer diagnóstico diferencial con alteraciones masculinas que condicionen disfunción en la mujer, verbigracia control eyaculatorio inadecuado. Se debe valorar que no existan expectativas irreales y que aunque ocurriera el orgasmo, por ejemplo, la mujer no lo identificara.

Para una revisión más clara las causas podrían ser divididas en la siguiente forma:

#### I) Causas psicógenas :-

- Causas socioculturales .- la confrontación de valores tradicionales asociados a la sexualidad enfatizan una doble

- ética para hombres y mujeres, con la suposición de que debe ser el hombre el que tenga la iniciativa y el control, la mujer tiene que aceptar, sublimar, inhibir o aún reprimir su capacidad de expresión sexual. La disfunción ocurre cuando la mujer está atendiendo o pensando en lo relacionado a normas socioculturales y es aquí donde se da la fuerza primaria en la producción de disfunciones.

- Causas intrapsíquicas o del desarrollo.- historia de actitudes familiares y comunitarias condenatorias o negativas de la sexualidad, la ortodoxia religiosa, antecedente de experiencias traumáticas como la violación, el estupro, incesto y mecanismos intrapsíquicos que generan culpa por mecanismos inconscientes, como en el masoquismo y la orientación homosexual.

- Causas inmediatas o circunstanciales.- la angustia generada por la demanda de realización ya sea personal o del compañero (ansiedad de desempeño), las dudas en la eficacia de la atractividad personal o los sentimientos de disminución de la autoestima y la depresión, los temores al rechazo, al fracaso, al embarazo, a las enfermedades transmitidas sexualmente o la cancerofobia. La ansiedad es particularmente disruptiva de la fase genital, y el estrés ha sido relacionado con inhibición del deseo, como en la mujeres que trabajan a diferencia de las que se dedican al hogar. Los autores confirman que las causas

- inmediatas son la causa más frecuente de disfunción y las de más difícil tratamiento.

- Causas difíciles o de relación.- Los conflictos interpersonales estresantes, la incomunicación, la desconfianza, la hostilidad, desajuste en el sistema de valores de los miembros de la pareja, que en ocasiones llegan a ser una forma de expresión consciente o inconsciente. Se piensa que

- Las mujeres trabajadoras tienen un impacto negativo sobre la relación sexual, experimentamos una alta incidencia de disfunciones porque su estilo de vida sea más tenso que el tradicional, también porque al generar ingresos propician una lucha por el poder que influya en las relaciones e intimidad de la vida.

- Causas cognitivas .- La ignorancia respecto al funcionamiento sexual propio o de la pareja conduce a expectativas poco realistas. Muchas mujeres son incapaces de comunicar sus preferencias respecto a un determinado tipo de contacto, de posición o de ritmo al compañero sexual por una sensación de que no es correcto que la mujer diga lo que le gusta y el temor de que el hombre se ofenda. Es factible que la educación sexual facilite cambios significativos en el funcionamiento sexual de algunas mujeres, ( 1 ) .

## II) Causas orgánicas :

Una gran variedad de entidades médicas han sido relacionadas con la presencia de disfunciones. Las que pueden inhibir el deseo incluyen : Enfermedad de Addison, alcoholismo, cirrosis, insuficiencia cardíaca, hipotiroidismo, Parkinson, anemias, tumores cerebrales, enfermedades del tejido conectivo y drogas que tienen efecto sobre el sistema nervioso.

En la fase de excitación se incluyen estados de deficiencia estrogénica como en la menopausia, trastornos neurológicos, como la esclerosis múltiple, epilepsia, hernia discal, los trastornos endocrinos antes mencionados, insuficiencia renal, hepática, respiratoria, cáncer y otras enfermedades debilitantes. Por mecanismo indirecto la diabetes mellitus por neuropatía, obesidad, depresión, manía y esquizofrenia.

Las que pueden inhibir el orgasmo son básicamente las señaladas anteriormente más intervenciones quirúrgicas como la histerectomía, mastectomía, ooforectomía, salpingooclastia, ligadura uterina, ileostomía, colectomía y otras amputaciones pueden al-

terer indirectamente la sexualidad en las tres fases.

Como causa de dispareunia deberán descartarse inflamación de alguna de las estructuras del aparato genital como vaginitis, cervicitis, salpingitis; la presencia de cicatrices retráctiles o que condicionen disminución de la elasticidad del introito o parures vaginales resultado de episiotomía mal reparada o lesión de los ligamentos de sostén.

El vaginismo puede ser causado por hímen intacto o lesiones que ocasionan dolor y desencadenan espasmo, generando un reflejo condicionado que persiste aún des pues de la desaparición de la lesión.

#### CONCEPTOS PREVALENTES DE TRATAMIENTO.

##### Perspectiva Histórica (4) :

En el pasado la psicoterapia era considerada la modalidad adecuada para los dispareunias sexuales, basada en la premisa de que los problemas sexuales eran reflejos de conflictos inconscientes. También se empleó la terapia marital o de pareja, presumiendo que los conflictos en el subsistema conyugal eran los responsables de la problemática sexual generada y mantenida por ambos participantes. Los terapeutas obtenían la curación del sistema sexual en una pequeña proporción de pacientes. Con la resolución de los desilusiones conyugales, lucha por el poder, problemas de comunicación y de otras dificultades en la relación de pareja la armonía comúnmente mejoraba pero la mejoría sexual no ocurría de manera concomitante.

Los problemas sexuales también han sido tratados por varios métodos conductistas, basados en el concepto de que si los síntomas y ansiedades sexuales fueron aprendidos también podrían ser eliminados fomentando el aprendizaje de destrezas sexuales y mejorando algunas actitudes, así los problemas podrían ser curados, pero éste enfoque es útil en un limitado número de

- pacientes.

La terapia sexual representa un genuino y significativo avance en el tratamiento de los problemas sexuales, con la posible excepción de los problemas severos del deseo sexual y siempre y cuando no se encuentren factores orgánicos en la etiología.

### Terapia Sexual :

Es interesante especular sobre las razones de la eficacia de la Terapia Sexual comparada con las otras formas de tratamiento. La utilidad limitada de la psicoterapia se basa en un intercambio verbal entre el terapeuta y la paciente y/o pareja, describiendo el antecedente inmediato específico que causó el síntoma sexual en favor de atender las causas profundas o remotas, sin dar sugerencias encaminadas a corregir las experiencias sexuales. Las técnicas conductistas tienen una obvia ventaja en el tratamiento de las disfunciones sexuales porque están exclusivamente encaminadas a modificar las contingencias inmediatas y específicas que producen los síntomas sexuales, pero no atienden las resistencias típicas que aparecen durante las rápidas modificaciones de la conducta sexual, aquí aparece el concepto de motivaciones inconscientes donde se requerirá de técnicas no conductuales.

Quizá la gran ventaja de la Terapia Sexual yace en el hecho de estar integrada, íntegramente viniendo en ambos niveles: a nivel inmediato del síntoma sexual, y cuando es necesario a nivel de psicopatología más profunda, usando una amalgama de modalidades conductuales y psicoanalíticas.

### Modificaciones recientes a la Terapia Sexual .

El procedimiento original descrito por Masters y Johnson en 1970 ha sido modificado para eliminar los rasgos innecesarios para la eficacia terapéutica dirigida a una mayor población de pacientes con problema ( 6, 7, 10). Todas las modificaciones emplean los dos rasgos fundamentales de la terapia sexual:

- 1) Énfasis en liberar del síntoma sexual y buscar otros pro-



biendo solo con la extensión necesaria para mejorar el funcionamiento sexual. Y

2) el empleo de una combinación de tareas conductivas sexuales y psicoterapia usualmente conducidas en sesiones con ambos conyuges con resultados más positivos.

Modificaciones Técnicas .- Al reconocer e las tres fases fisiológicamente separadas se encontró que cada síndrome estaba asociado con antecedentes psicopatológicos específicos, así se desarrollaron herramientas teóricas y estrategias de tratamiento más específicas y racionales para cada síndrome por separado. Se usó que para curar el síntoma es necesario modificar los antecedentes inmediatos que le dieron origen mediante los aspectos conductuales del tratamiento, usando ejercicios sexuales y tareas conductuales. Por ejemplo, en la Disfunción orgásmica los ejercicios son destinados a magnificar la estimulación genital y al mismo tiempo reducir la obsesiva observación propia que suele inhibir el orgasmo. Por éste medio se desea que la distracción del paciente o su resistencia contra el placer erótico sea modificada; también mediante la estructuración de una mejor interacción erótica de la pareja de modo que estén tranquilos y libres de tensiones. En ésta forma el temor de falta sexual puede ser disminuído. Para la mayoría de los desórdenes del deseo se requiere de psicoterapia para eliminar su tendencia a evocar imágenes negativas o "antifantasmas", ayudándole a contrarrestar sus defensas contra el placer sexual y fomentando la excitación.

El marcha del tratamiento podría ser ajustada para acomodar el nivel particular de ansiedad y la tolerancia del paciente al estrés de acuerdo a sus requerimientos dinámicos específicos e individuales, se debe usar una herramienta terapéutica flexible sensitiva y creativa al idear la tarea específica, capacitando

al paciente hacia el progreso evitando que movilice resistencias contraproductivas por el tratamiento. Así por ejemplo la posición superior de la mujer usada en los descrenes de la excitación femenina es a menudo en algún nivel simbólico ( quizá evocando temores, pasividad e incapacidad por el hombre, o lo concerniente a la responsabilidad en la agresividad sexual para la mujer ), los terapeutas tienen los objetivos : atender la amenaza inconsciente evocar o decidir un substitute de ésta posición ( una a uno ) que capacite al paciente para llevar a fin el apropiado ejercicio, sin tener que tratar con la ansiedad generada por el significado inconsciente de los ejercicios.

Masters y Johnson se enfocan <sup>atualmente</sup> en la Educación Sexual, entrenamiento en coestrosa y comunicación sexuales, en la viva desensibilización de la ansiedad sexual y en la elaboración de tareas sexuales estimulantes y tranquilizadoras. Sin embargo muchos autores sienten que el proceso terapéutico llega a ser cefalógico para un gran número de pacientes cuando la sexualidad y la terapia son conceptualizados en términos psicoanalíticos con referencia a múltiples niveles de etiología, incluyendo la que ocurre a nivel inconsciente. Esto es especialmente cierto cuando tratamos pacientes con problemas profundos, no así en aquellos producidos por ansiedad menos desarrollada y por falta de comunicación o con problemas menores como el temor de falla sexual ( particularmente cuando el disturbio solo es de la fase de orgasmo ), la curación se obtiene comunmente sin psicoterapia sobre la base de modificaciones conductuales solas.

Desde la perspectiva de Helen S. Kaplan, el método debe emplear una fina balanza entre el apoyo a la función placentera del paciente y la confrontación activa de sus resistencias a desarrollar la adecuación sexual. Este nuevo acercamiento teórico se está haciendo sentir, sin embargo se requiere de una mejor evaluación y comparación objetiva con otros modelos de tratamiento.

## b) JUSTIFICACION .

De acuerdo a estudios nacionales y extranjeros, las disfunciones sexuales en la mujer tienen una alta prevalencia en nuestro medio. Sin embargo existen pocos estudios que describan la magnitud del problema; tal insuficiencia de datos es debida a que las pacientes son poco comunicativas acerca de sus problemas sexuales, solo haciendo mención cuando han llegado a un estado de extrema frustración y resentimiento por su falta de satisfacción sexual, tambien influyen las dificultades en el análisis de un tema tan subjetivo como las alteraciones en el Ciclo de la Respuesta Sexual Humana ( tomar en cuenta que antes no existía clasificación ), además de que desconocemos la prevalencia en población general porque no existen anotaciones en las estadísticas de salud por no ser padecimientos incapacitantes, hospitalizables ni causa de muerte.

Los pocos estudios anteriores, en su mayoría, han utilizado muestras sesgadas y fueron dirigidos a grupos de personas jóvenes, casados y con elevado nivel sociocultural.

Por tal razón es importante iniciar un estudio de detección de casos, con la intención de aproximar una visión del panorama real en relación a la prevalencia de cada una de las diferentes categorías de disfunción psicosexual en la mujer.

El estudio se enfoca como un problema de Comunicación en la pareja, para llevar a cabo un trabajo en el Área Sociomédica acorde con las Líneas Nacionales de Investigación, comprometiéndolo al Médico Familiar como el especialista idóneo para la detección, clasificación, orientación, docencia e investigación de los problemas relacionados con la sexualidad. Así mismo enfatiza la importante necesidad de mejorar y reabastecer la información y adiestramiento en materia sexual para el programa de Residencia en Medicina Familiar.

e) OBJETIVOS GENERALES .

El objetivo principal del estudio es estimar la frecuencia de Disfunciones Sexuales femeninas mediante la aplicación del Cuestionario Sexual Femenino, identificar algunas áreas relevantes en la presencia de éstos disturbios y por último, establecer la importancia de la obtención de datos epidemiológicos y sentar los fundamentos para el futuro desarrollo de investigaciones propias o ajenas.

Objetivos específicos :

- Estimar la frecuencia de las diferentes Disfunciones Sexuales entre una muestra de mujeres de 20 a 40 años de edad con pareja estable.
- Aplicar el Cuestionario Sexual Femenino para detectar y clasificar cada una de las entidades nosológicas propuestas en el DSM-III, mediante el uso de variables modificadas.
- Identificar algunos factores ( familiares, socioculturales, conductas sexuales ) que favorezcan la presencia de Disfunciones.
- Establecer la utilidad de la detección y clasificación de casos en la consulta de Primer Nivel de Atención.
- Sentar las bases de futuras investigaciones donde sea posible mejorar los aspectos metodológicos y problemas en la recolección de datos de éste y otros estudios anteriores.

## Método :

### B) UNIVERSO DE ESTUDIO, LUGAR Y TIEMPO .

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, que se llevó a cabo durante los meses de enero a agosto de 1988 en la Clínica G. A. Madero del ISSSTE.

Esta clínica cuenta con una población inscrita de 40 850 personas, siendo 18 752 los usuarios activos, 5 500 son mujeres entre los 20 y 40 años de edad y se calcula que de éstas , aproximadamente 4000 tienen pareja sexual estable, observando características generales muy heterogéneas entre la derechohabiente.

El tamaño de la muestra fue de 110 sujetos, a 50 se les aplicó el Cuestionario Sexual Femenino directamente, los otros 60 habían sido entrevistados con la prueba piloto y sus respuestas fueron vaciadas al formato del Cuestionario.

El muestreo fue de tipo no probabilístico y la selección con un propósito definido a juicio del investigador con las siguientes características :

#### Criterios de Inclusión :

- Mujeres con pareja estable entre los 20 y 40 años de edad.
- Con más de un año de vida común.
- Que aceptaron ser encuestadas voluntariamente.

#### Criterios de Exclusión :

- Si existía una enfermedad orgánica conocida capaz de producir disfunción ( vgr. Diabetes, hipertensión, etc. ) .
- Periodos de separación mayores a 6 meses al momento del estudio.

#### E) PROCEDIMIENTO DE APLICACION .

El Cuestionario Sexual Femenino es un documento diseñado para la detección de disfunciones sexuales en la mujer, en base a los requerimientos formulados por el DSM-III. Fue elaborado para el Programa de Sexualidad Humana en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York donde ha sido utilizado desde 1983; consta con 37 preguntas sujetas a respuesta de opción múltiple en su mayoría y contempla básicamente aspectos de tres tipos: frecuencia de diferentes actividades sexuales, conductas sexuales y grado de satisfacción. Las variables de tipo demográfico fueron agregadas al formato con intención de observar factores asociados, y a pesar de no ser una muestra probabilística, reportar asociaciones estadísticas sin pretender hacer afirmaciones muy aventuradas.

#### F) DEFINICION DE VARIABLES .

Las variables cualitativas y cuantitativas independientes que se contemplan en el cuestionario son las de tipo demográfico, factores que pueden o no tener influencia en la presencia de disfunciones, tales como la edad, escolaridad y ocupación de ambos integrantes de la pareja, número de hijos y etapa del desarrollo en que viven, tipo de metodología anticonceptiva y calidad de la armonía marital desde la perspectiva de la propia entrevistada.

Las variables cualitativas intermedias, quizá las de mayor relevancia como condicionantes de disfunciones, son las que van más en relación a conductas sexuales y su apego a las normas socioculturales tradicionales. Se solicitó información acerca del tipo de educación sexual recibida, edad de inicio de la vida sexual, frecuencia de deseo, excitación y orgasmo en diferentes actividades como masturbación, sexo oral, coito y coito con estimulación clitoridea adicional, niveles de satisfacción con la pareja y con su vida sexual en general.

### Definiciones operacionales.

Las variables cuantitativas dependientes son las variables "modificadas" usadas para catalogar al sujeto como disfuncionante, aunque no se trate de un diagnóstico estricto pues no se trabajó con población clínica.

**Deseo Sexual Inhibido.**- tomando en cuenta el grupo etéreo, se consideró dentro de ésta entidad a las mujeres que respondieron frecuencia de deseo, pensamientos y fantasías sexuales de una vez al mes o menor.

**Inhibición de la Excitación Sexual.**- a las que respondieron rara vez o nunca sentirse excitadas en la actividad sexual y presencia de sensaciones placenteras en los genitales, mas corroboración del parametro clínico de humedad vaginal raro o ausente, se les tomó en cuenta para éste problema.

**Inhibición del Orgasmo Femenino .-** Se aplicó el criterio de persistencia de 50%, así las que contestaron algunas veces, rara vez o nunca conseguir el orgasmo durante el coito, ademas de las que respondieron lograrlo con problema fueron incluidas en ésta disfunción.

**Dispareunia funcional.**- se incluyó a las que reportaron la presencia de dolor en el coito comunmente o siempre.

**Vaginismo funcional.**- si comunmente o siempre sienten su vagina tan estrecha para que el coito no pueda ocurrir.

G) RESULTADOS .

Para el estudio se incluyeron 110 mujeres entre 20 y 40 años de edad, con un promedio de 29.4 años. Sus ocupaciones : amas de casa, empleadas de intendencia, secretarias, enfermeras, profesoras de educación preescolar y primaria y profesionistas diversas; la mayor parte de la muestra tenía nivel medio superior como escolaridad. Para los varones el rango fue de 21 a 55 años, la mayoría entre 30 y 40 años, sus ocupaciones fueron choferes R-100, empleados de intendencia y oficina, maestros y otros profesionistas, escolaridad profesional para gran parte de ellos. Dos hijos por pareja en su mayoría corriendo a muy diversos grupos etáreos. La mayoría de las participantes no usaba ningún método de planificación familiar o solo naturales. La mayor parte de la muestra con relativamente buena armonía marital.

TABLA 1

DISTRIBUCION POR OCUPACIONES

OCUPACION	FREC. ABSOLUTA	PORCENTAJE
1. AMAS DE CASA	47	42.7
2. LABORES MANUALES	4	3.6
3. TECNICAS	32	29.1
4. PROFESIONISTAS	<u>27</u>	<u>24.5</u>
TOTAL	110	100

TABLA 2

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

MÉTODO	FREC. ABSOL.	PORCENTAJE
NATURALES O NINGUNO	35	31.8
LOCALES	4	3.6
HORMONALES	15	13.6
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	20	18.2
SALEPINGOCLASTA	24	21.8
VASECTOMIA	4	3.6
EMBARAZADAS	<u>8</u>	<u>7.3</u>
TOTAL	110	100



**FASE DE DESEO :**

Las respuestas en relación a esta fase del ciclo indicaron que la mayor parte de los encuestados había iniciado su vida sexual entre los 11 y 25 años. La frecuencia de deseo sexual, juego amoroso y coito fue de 1 a 3 veces por semana en la mayor proporción de casos. Con respecto a actividades sexuales, 75% respondió masturbación de menos de una vez al mes o nunca haberlo intentado, la misma frecuencia para el sexo oral y el menor 3 aceptaron sostener relaciones homosexuales. La mayoría de los que reportaron masturbación la habían iniciado entre los 10 y 20 años. La mayor parte consideró que su actividad sexual era tanta como ellos deseaban, concuerdan con su respuesta al acercamiento sexual, al cual acceden aunque no necesariamente con placer, dejándolos entrever que es el varón quien lleva el papel iniciador habitualmente. La mayor parte de los encuestados con más de 7 años de vida sexual activa.

**TABLA 3**  
**FRECUENCIA DE DIFERENTES ACTIVIDADES SEXUALES**

	M. STUR BACION		JUEGO AMOROSO		JUEGO ORAL		COITO*		SEXO CON MUJER	
UNA O MAS VECES AL DIA	3	3.2	15	13.8	4	8.5	8	7.2	0	0
1-3 VECES X SEMANA	7	7.5	70	64.8	14	29.7	76	69.1	2	4.2
1-3 VECES POR MES	13	13.9	20	18.5	7	14.8	21	19.1	1	2.1
MEÑOS DE 1 X MES O NUNCA	70	75.2	3	2.7	22	46.3	5	4.5	44	93.6
TOTAL	93	100%	103	100%	47	100%	110	100%	47	100%
NOTA	- 1 X mes		1-3 X mes		- 1 X mes		1-3 X mes		nunca	

- No se tomó en cuenta a los que no respondieron.

El Deseo Sexual Inhibido en 11.8% de la muestra, considerado en aquellas que respondieron Deseo, pensamientos y fantasmas sexuales menos de una vez al mes o nunca.

## FASE DE EXCITACION.

para el problema de excitación femenina. Inhibidas incluímos a las mujeres que respondieron rara vez o nunca sentirse excitadas ( 17.3% ), además otros parámetros clínicos concordaron con la presencia de éste problema, 14.5% podían ser consideradas con Disfunción Lubrificativa, pues rara vez o nunca presentan humedad vaginal, y 19.1% fueron consideradas con Excitación Genital Inhibida al responder que rara vez o nunca tienen sensaciones placenteras en los genitales durante su actividad sexual.

También en la descripción de resultados encontramos que 60% de las participantes reportaron tiempo de estimulación menor a los 10 minutos, y que gran parte de éstas <sup>parjas</sup> iban directamente al coito con poca o nula estimulación previa, condicionando que el 11.1% manifestara problema para sentirse excitadas y 9% concideró tener problema de lubricación conumente o siempre.

El tiempo de duración del coito fue mayor de 10 minutos para el 44% de la muestra y menor para 56%, se consideró que 10 minutos es el promedio de tiempo necesario para permitir que se desencadene la respuesta orgásmica en la mayoría de las mujeres. Es probable que algunos de los 13 varones cuya duración del coito es menor de 3 minutos, puedan tener problema de control eyaculatorio inadecuado.

De las que respondieron <sup>presencia</sup> ~~persistente~~ <sup>(comunmente o siempre)</sup> de dolor durante el coito 2.2% tienen criterios ~~este criterio~~ para Dispareunia Funcional pero si se toma en cuenta <sup>también</sup> a las que respondieron presencia de dolor algunas veces (50%) la cifra asciende al 15.5%. Una pequeña cantidad manifestó presentar dolor en alguna otra parte de su cuerpo, como en abdomen y cintura, durante su actividad sexual.

El problema de vaginismo fue encontrado en 4.5% de la muestra (se adaptó el porcentaje pues esta pregunta no se contemplaba en la prueba piloto), en las que manifestaron sentir su vagina tan estrecha que el coito <sup>no podía</sup> ocurrir comunmente o siempre.

CUADRO 4. PARAMETROS CLINICOS EN LA  
EXCITACION FEMENINA

FRECUENCIA	INCREMENTO EN LA RESP	INCREMENTO LATIDO CAR	HUMEDAD VAGINAL	SENSACIONES PLACENTERAS PECHOS	SENSACIONES PLACENTERAS GENITALES
SIEMPRE	44.5%	40.9%	42.7%	40 %	42.7%
COMUNEMENTE	19.1	19.1	21.6	20	19.2
ALGUNAS VECES	18.2	21.8	20.9	19.1	20
RARA VEZ	11.3	12.7	10.9	12.7	15.5
NUNCA	<u>6.4</u>	<u>5.4</u>	<u>3.6</u>	<u>8.2</u>	<u>3.6</u>
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Las que respondieron rara vez o nunca presentar humedad vaginal (14.5%) se concideraron con Disfunción Lubrificativa. La misma respuesta para sensaciones placenteras en los genitales (19.1%) fueron concideradas con Excitación Genital Inhibida. El problema de excitación femenina inhibida se concideró en 17.3 % concordando con los reportes de problema según los anteriores parametros clinicos.

CUADRO 5. TIEMPO DE DURACION DEL COITO  
INTERVALO INEROSION-EYACULACION-RETIRADA

DURACION	Número	Porcentaje
Menos de 30 minutos	8	7.3
de 10 a 30 minutos	40	36.4
de 4 a 10 minutos	44	40.0
de 1 a 3 minutos	17	15.5
Menos de 1 minuto	<u>1</u>	<u>0.9</u>
	110	100.0 %

56.4 % de la muestra con tiempo de duración menor a 10 minutos, tiempo <sup>máximo</sup> que se concideró adecuado para la consecución del orgasmo.

## FASE DE COITO.

En lo relacionado a ésta fase del Ciclo de la Respuesta Sexual hubo hallazgos interesantes. La mayoría (81%) reportó reacciones emocionales positivas como placer, gusto o éxtasis durante el coito, y porcentajes menores al 15% manifestaron reacciones emocionales negativas como nerviosismo, disgusto o culpa durante la actividad sexual.

La frecuencia orgásmica por diferentes actividades mostró que un 43.6% tienen Disfunción Orgásmica Coital, concordando con los reportes epidemiológicos alrededor de 35 +/- 5% de prevalencia por población general (1). Recordemos aquí que las variables modificadas no son un diagnóstico estricto, sin embargo las que refirieron porcentaje de orgasmos menor al 50% en sus intentos de realización sexual deben recibir atención como disfuncionantes. Solo 36.4% manifestaron tener problema para alcanzar el orgasmo y es probable que algunos no vivan su disfunción como problema.

Un buen porcentaje de participantes rechaza la masturbación, el uso de vibrador u otros objetos, la estimulación con la mano de su pareja y la estimulación clitorídea adicional al coito para conseguir orgasmo. Las que reportaron masturbación, en general no ven un problema en ninguna etapa de su vida para alcanzar orgasmo por éste medio, solo una dijo no poder.

La frecuencia de dificultad para alcanzar orgasmo durante el coito en diferentes etapas se mantuvo alrededor del 40%, faltó analizar el tiempo de duración de la Disfunción en cada una de las detectadas.

Para la mayor parte de mujeres el orgasmo representa placer, moderado o intenso, 7 fueron indiferentes y 5 no habían experimentado orgasmo en los últimos 6 meses. No hubo pregunta específica para Disfunción orgásmica primaria.

CUADRO 6. FRECUENCIA ORGASMICA COITAL			
SIEMPRE	(100%)	34	30.9
COMUNEMENTE	(75%)	27	24.5
ALGUNAS VECES	(50%)	20	18.2
RARA VEZ	(25%)	23	20.9
NO PUEDE	(0%)	<u>5</u>	<u>4.5</u>
		110	100 %

- Se detectó Disfunción Orgásmica Coital en 43.6%

CUADRO 7. PROBLEMA PARA ALCANZAR ORGASMO		
SIN PROBLEMA	65	59.1%
CON PROBLEMA	40	36.4%
NO RESPONDIO	3	2.7%
NO HA INTENTADO	<u>2</u>	<u>1.8%</u>
	110	100 %

- No todas ven como problema la falta de orgasmo y algunas tienen inhabilidad para alcanzarlo, 36.4% lo logran con dificultad.

CUADRO 8. QUIEN INICIA LA ACTIVIDAD SEXUAL		
LOS DOS POR IGUAL	43	39.1%
EL VARON	56	53.6%
LA MUJER	1	0.9%
NO RESPONDIERON	<u>7</u>	<u>6.4%</u>
	110	100 %

El papel agresivo-iniciador para el varón en 53.6% de las veces y solo una mujer dijo ser ella quien inicia la actividad.

El papel "agresivo" iniciador es parte en varón en la mayor parte de los casos, solo una mujer dijo ser ella quien inicia la actividad sexual, sin embargo la mayoría de encuestados con sideraba que los dos miembros iniciarla por igual.

En éste estudio 99.1% conocían la respuesta múltiple. Sólo y el restante 40% respondió conseguirlo solo ocasionalmente sobre todo en las etapas iniciales de su matrimonio o unión.

Una tercera parte de participantes reportaron sentirse insatisfechas con su vida sexual en general y con su pareja, también consideraban que sus parejas tenían grados de insatisfacción en 21% de los casos.

La variable más sensible para predecir la presencia de disfun ciones fue el tipo de Educación Sexual: 53.0% no habían recibido ningún tipo de información y fue entre éstos donde tubo mas frecuencia de problemas. Los que recibieron Educación Sexual Formal estaban entre el grupo de profesionistas.

La mayor parte de encuestados no tuvieron dificultad para lle nar el cuestionario tras breve instrucción, la prueba Piloto se efectuó mediante interrogatorio dirigido.

## ANÁLISIS .

En esta sección se trató de conocer cuáles características de los sujetos estaban asociadas a disfunción sin pretender elaborar asociaciones causales o concluyentes. Por ejemplo, valoramos la influencia del nivel educacional y ocupacional de ambos integrantes de la pareja, los años de casitud, el número de hijos y la etapa en que viven, la armonía marital, encontramos que las que tuvieron mayor significancia predictiva fueron el tipo de educación sexual previa, el tipo de metodología anticonceptiva, la frecuencia coital y el tiempo de estimulación y de duración del coito.

Las mujeres en esta investigación tuvieron más probabilidades de cualquier tipo de disfunción si se dedicaban al hogar o estaban empleadas en labores manuales, y solamente las probabilidades de vaginismo si se dedicaban a su profesión.

## DESEO SEXUAL INHIBIDO.

Los criterios diagnósticos para Deseo Sexual Inhibido en el DSM-III son considerablemente menos específicos de lo que son para otras disfunciones psicosexuales. Los tests son menores en hombres que en mujeres quizás por razones psicológicas y socioculturales. Los resultados del estudio de Avery y Clark en el Instituto Masters y Johnson (3) indican que las mujeres dedicadas a su carrera tienen el doble de posibilidades de quejarse de Deseo Sexual Inhibido que las dedicadas a labores domésticas, explicado por el hecho de que su estilo de vida es más tensionante que el tradicional.

La frecuencia de Deseo Sexual Inhibido en nuestro estudio fue de 11.8%, concordando con el rango seguido por Nathan de 1-35% en su estudio (1), pero nosotros encontramos que la mayor parte de mujeres con DSI se agrupó entre las dedicadas al hogar y con escolaridad primaria ++.

esta disfunción se incrementó en las parejas de varones mayores de 50 años y disminuyó entre las parejas de hombres mejor preparados. No hubo DSI entre las mujeres sin hijos, y el más alto porcentaje estuvo entre las mujeres de 1 a 2 hijos pero no fue posible analizar a qué grupo etareo correspondían los niños. La frecuencia de DSI aumentó si las mujeres no usaban ningún tipo de metodología anticonceptiva o solo métodos naturales, lo que podría significar que el temor de embarazo inhibe el Deseo Sexual ++ como está descrito en la literatura. El DSI no tiene una fuerte asociación con la calidad de la armonía marital de las participantes como cabría esperarse.

#### EXCITACION SEXUAL INHIBIDA .

En caso de trastorno, a la excitación sexual femenina le estudiamos tres aspectos: su componente psicológico o estado psíquico como Excitación Femenina Inhibida, la humedad vaginal como disfunción lubricativa y la sensibilidad genital como Excitación Genital Inhibida. El DSM-III define ésta disfunción solo si el individuo tiene una estimulación adecuada en foco, duración e intensidad. Frank reportó que el 48% de las mujeres entrevistadas en su estudio tenían problema para alcanzar la excitación y 33% para mantenerla. Terhan encontró que el 17% de su muestra tenían vaginas demasiado secas para el coito, pero que 20% no podían ser incluidas pues tenían un inadecuado juego amoroso. De éste modo la frecuencia de éste problema no quedaría clara hasta indagar si el juego amoroso es adecuado y si al corregirlo se modifica la tasa en población. Nuestros hallazgos son Excitación femenina Inhibida 17.5%, Disfunción lubricativa 14.5% y Excitación Genital Inhibida 11.1%.



Entre las participantes de este estudio encontramos que las profesionales tuvieron poca incidencia de éste problema, el cual se concentró entre mujeres dedicadas al hogar y labores casuales, que son, las que en grupo, tenían el menor grado de preparación. El mayor porcentaje se agrupó entre mujeres paraj de nombres con ocupaciones "físicas" y con bajo nivel educacional ++. Las mujeres sin hijos no tuvieron éste problema y parece aumentar a medida que aumenta el número de hijos también aumenta entre las que llevan una metodología anticonceptiva menos segura o ninguna. Aquí se encontró una fuerte asociación con la mala calidad en la armonía marital ++.

#### INHIBICION DEL ORGASMO FEMENINO :

Los autores coinciden en que la Inhibición del Orgasmo Femenino es la forma más prevalente de disfunción sexual. Esta condición ha sido identificada como producto primario de la conformación de valores socioculturales asociados a la sexualidad de la mujer y sus resultados interpretados en términos interpersonales y psicológicos.

Para nuestro estudio solo tomamos en cuenta a la Disfunción Orgásmica Coital (43,6%) y definida como la frecuencia orgásmica menor de 50% durante el coito con o sin estimulación clitorínea adicional, al menos en los últimos 6 meses, y como Problema Orgásmico Coital ( 39.4% ) si la mujer manifestaba su problema como egodistónico. Para elaborar un diagnóstico estricto debería descartar orgánicidad, una valoración ginecológica, tipo de estimulación o trastorno masculino que condiciona ésta disfunción, pero hay que tomar en cuenta que no se trabajó con población clínica.

Los datos obtenidos de las variables demográficas muestran que la Inhibición del Orgasmo Femenino es menos frecuente entre las estudiantes, las que se dedican a su carrera, las miembros de matrimonios recientes y las que reportaron adecuada armonía marital.

Las empleadas en labores manuales, dedicadas al hogar y con menor grado de preparación tenían mayores probabilidades de quejarse de problemas relacionados con la consecución del orgasmo ++. El mayor porcentaje estuvo entre las esposas de hombres menos preparados ++. El número y la etapa de los hijos no modificó la presencia o ausencia de ésta disfunción. Se vuelve a observar mayor frecuencia entre menor es la seguridad del método anticonceptivo. Las mujeres con más armonía marital tienen más probabilidades de inhibición del orgasmo.

El tiempo de estimulación resultó ser un factor muy sensible para producir la presencia de disfunción orgásmica coital, ya que las parejas que ocupan menor de 10 minutos tienen una tasa alta de falla en la consecución del orgasmo ++. De igual forma si la duración del coito es menor de 10 minutos las probabilidades aumentan. La frecuencia coital tiene una influencia curiosa pues si es baja hay altas posibilidades de orgasmo ( un coito mensual resultando en un orgasmo mensual), pero en muchas ocasiones a mayor frecuencia coital mayores posibilidades de disfunción, sin embargo el promedio orgásmico mensual acumulado es mayor para las disfuncionantes.

Otra variable con gran significado predictivo es la Educación Sexual previa, las que recibieron cursos formales presentaron una frecuencia mínima de disfunción, en cambio las que no poseían información en materia sexual tuvieron un alto porcentaje de problemas ++. La edad de inicio de la actividad sexual no tuvo consecuencia en la capacidad orgásmica, pero las que tenían más de 7 años de vida sexual mostraron más tendencia a la disfunción, así como los primeros años de vida común tuvieron menor tasa de disfunciones. Solamente 7 de las 40 que manifestaron problema para alcanzar el orgasmo tenían también DSI, no encontramos asociación estrecha entre éstos dos trastornos, lo que quiere decir que a pesar de su líbido disminuida, las mujeres con DSI son capaces de respuesta genital y de orgasmo.

## DISPARCUNIA FUNCIONAL .

También la Disparcunia fue mas frecuente entre las casas de casa y las dedicadas a labores manuales, con una frecuencia de 15.5%, las esposas de profesionistas mostraron menor tendencia a ésta disfunción, contrariamente a las conyuges de hombres con escolaridad baja. Las mujeres sin hijos no tuvieron problema de dolor durante el coito, problema que aumentó a medida que se tienen mas hijos. Las que reportaron Salpingoclasia presentaron una alta frecuencia de disparcunia, ésto es un hecho de observación empírica atribuido a efecto somatopsíquico. Si habia mala armonía marital aumentaba la probabilidad de disparcunia.

## VAGINISMO .

Hubo un porcentaje de 4.5% con mayor probabilidad de presentarlo si se dedicaban a su carrera. Las parejas de varones mejor preparados se quejaron mas de estrechez vaginal involuntaria al momento del coito. Solo una de las 10 nulíparas tuvo éste problema, un pico alto entre las madres de 1 a 2 hijos en etapa de lactancia, tambien mas frecuente entre las que no usaban métodos anticonceptivos seguros. Llamó la atención que el mayor porcentaje de éste trastorno estuvo entre quienes reportaban buena armonía marital .

## RESPUESTA MULTIOR ASMICA.

Se ha comunicado que la mujer está capacitada para obtener gran placer y que ésto pudiese alentarlas a sentirse mas relajadas y confortables en su actividad sexual, sin embargo no en contrarios casos congruentes con ésta aceveración, pues 60% de las participantes no conocían éste tipo de respuesta, y las que lo conocían eran las mejor preparadas, en promedio dos por coito (4 respondieron mas de 6) y un alto porcentaje entre esposas de profesionistas ++, y con buena armonía marital ++, pero la mayoría lo refirió solo ocasionalmente y en las etapas iniciales de su vida como pareja.

PRUEBA DE INDEPENDENCIA ENTRE LAS CATEGORIAS DE DISTRIBUCION  
SEXUAL Y LAS DIVERSAS VARIABLES DEL ESPUCIO

VARIABLE	DSI	BFI	D. SUB.	MSI	DOC	POC	DISP	VAGI	R.MULTI
OCUPACION	p=0.0479 G=-0.35	N.S.	N.S.	p=0.0139 G=-0.27	p=0.0265 G=-0.346	p=0.0130 G=-0.349	N.S. N.S.	N.S.	N.S.
ESCOLARIDAD	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	p=0.0074 G=-0.452	p=0.0027 G=-0.467	N.S.	N.S.	N.S.
OCUP. VARON	N.S.	N.S.	p= 0.0038 G=-0.72	p=0.0074 G=-0.59	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ESCOL. VARON	N.S.	N.S.	p=0.0338 G=-0.54	p=0.0022 G=-0.572	p=0.0367 G=-0.334	N.S.	N.S.	N.S.	p=0.0498 G=0.2694
NUM. DE HIJOS	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ETAPA HIJOS	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
METODO ANTIC.	p=0.0209 G=-0.75	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
ARMONIA MARITAL	N.S.	N.S.	p=0.0005 G=0.822	p=0.0002 G=0.6725	p=0.0520 G=0.4447	p=0.0171 G=0.5050	N.S.	N.S.	p=0.0440 G=0.1218
TIEMPO ESTIMUL.					p=0.0085 G=0.5006 p=0.0002 G=-0.597	N.S.			
EDUC. SEXUAL									
IVSA					N.S.	N.S.			
DSI					N.S.	N.S.			
TIEMPO ACT.SEX.					N.S.	N.S.			

\*\* Cuando "p" es significativa se reporta junto con Gamma.

Definitivamente faltan investigaciones más sofisticadas en el campo de la epidemiología de los trastornos sexuales. Este trabajo ofrece cuando mucho una panorámica de la frecuencia de éstos trastornos en un grupo de mujeres, pues sabemos que las consideraciones metodológicas de fuera del todo fieles, pero se pudo corroborar una elevada tasa en nuestra muestra para éste tipo de problemas. El valor de éstos datos radica en tres puntos fundamentales:

1.- Relación de servicios. - Al menos 4 de cada 10 mujeres tienen problema en la consecución del orgasmo y otras tres podrían presentar alguna otra disfunción. Este panorama sugiere que un gran número de profesionales de la salud deberían ser entrenados en el diagnóstico y tratamiento de éstos problemas comunes, particularmente desde que el protocolo terapéutico de casos no complicados se ha hecho relativamente fácil de administrar.

2.- Los datos epidemiológicos son importantes en el diagnóstico y definición de disfunciones. - En éste momento no se cuenta con datos normativos para asegurar que un individuo es disfuncionalmente comparado con otros de su misma edad, género, circunstancias de la vida y otras condiciones mas que se requieren en los criterios del DSM-III.

3.- Los modelos de distribución pueden guiar hacia hipótesis acerca de la etiología y ayudar en la prevención. - si se observa un exceso de prevalencia en un grupo de población en particular, se podría dirigir una búsqueda intencionada a fin de descubrir las causas y proteger a los grupos de alto riesgo.

El médico familiar es el especialista responsable de la atención integral del individuo y su familia, durante su formación recibe elementos de terapia individual y familiar, lo cual hace factible que pueda desarrollar una alta capacidad diagnóstica y terapéutica para resolver la mayor parte de éstos problemas tan comunes entre la población a su cargo, por lo que enfatizamos la importante necesidad de ampliar y robustecer el entrenamiento en materia sexual del programa de Residencia en Medicina Familiar.

L) BIBLIOGRAFIA :

- (1) R. Kilman Peter, H. Mills Katherine, Bella Donie,  
The effects of sex education on women with secondary orgasmic dysfunction. Journal of Sex and Marital Therapy, Vol. 9 , Num: 2 , pp. 79 - 87 , Spring 1983 .
- (2) G. Nathan Sharon  
The epidemiology of DSM-III psychosexual dysfunctions  
J. of S. and M.T. Vol 12 Num; 4 pp. 207 - 201 Winter 86.
- (3) Avery-Clark Constance  
Sexual dysfunction and disorder patterns of working and non-working wives. J. of S. and M.T. Vol 12 Num:2 pp. 93-105 Summer 1986.
- (4) Helen Singer Kaplan and ~~Sadock~~ A.M.  
Current concepts of Human Sexuality, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore : Williams & Wilkins ( 1986)
- (5) Manual de Psicología Médica, Tercer año. Unidad III.  
Desordenes y variantes de la sexualidad.  
Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina , UNAM
- (6) Robert C. Kolodny, W. Masters y V. Johnson.  
Tratado de medicina Sexual. Disfunciones sexuales en la mujer  
Ed. Salvat, 1983 pp. 405 - 439 . México.
- (7) Tullman Gerald, Gilner Frank, Kolodny Robert.  
The pre and post-therapy Measurement of communication skills of couples undergoing Sex therapy at the Masters and Johnson I. Archives of sexual Behavior Vol. 10 Num: 3 pp 95-109 April 81
- (8) Freese Margaret, and Levitt Eugene.  
Relationships among intravaginal pressure, orgasmic function Parity factors and urinary leakage. Archives of sexual Behavior Vol 13 Num: 3 pp. 201 - 203 June 1984.
- (9) R. Kilman Peter, J. Milan Richard, P. Boland Joseph, H. Mills.  
The treatment of secondary Or gasmic Dysfunction II.  
J. of S. and M.T., Vol 13 Num 2 pp 93-105 Summer 1987.

CUESTIONARIO SEXUAL FEMENINO.

El objetivo de este cuestionario es mejorar la calidad y eficiencia en su atención. La información que usted provea ES CONFIDENCIAL. Por favor responda las preguntas tan honestamente como le sea posible, asíntase es libertad de solicitar ayuda.

Este cuestionario concierne a su experiencia sexual en LOS ÚLTIMOS SEIS MESES SOLAMENTE, a menos que sea indicado de otra manera, y es con la intención de detectar alteraciones en la relación de su pareja y ofrecer orientación en los casos que sea necesario.

GRACIAS POR SU COOPERACION

1. ¿CUAL ES SU OCUPACION? ..... \_\_\_\_\_

- a) su hogar
- b) Obrena (labores manuales)
- c) técnica (secretaría, enfermera)
- d) profesionalista

2. ¿Cuál es su escolaridad? ..... \_\_\_\_\_

- a) primaria
- b) secundaria
- c) bachillerato o carrera técnica
- d) estudios profesionales

3. ¿Cuál es la edad de su pareja? ..... \_\_\_\_\_

- A) 20 - 29 años
- b) 30 - 39 años
- c) 40 - 49 años
- d) 50 o mas años

4. ¿Cuál es la ocupación de su pareja? ..... \_\_\_\_\_

- a) obrero (labores manuales)
- b) empleado
- c) técnico
- d) profesionalista

5. ¿Cuál es la escolaridad de su pareja? . . . . . \_\_\_\_\_

- a) primaria
- b) secundaria
- c) bachillerato o carrera técnica
- d) estudios profesionales

6. ¿Cuántos hijos tienen? . . . . . \_\_\_\_\_

- A) ninguno
- b) 1 - 2
- c) 3 - 4
- d) 5 o más

7. En que etapa de la vida se encuentran sus hijos? . . . . . \_\_\_\_\_

- a) lactancia ( menores de 2 años)
- b) preescolar ( 3 a 5 años)
- c) escolares (6 a 12 años)
- d) adolescentes (13 - 18 años)
- e) mixtas (puede anotar dos letras)

8. ¿Qué método de planificación familiar utiliza? . . . . . \_\_\_\_\_

- a) ninguno o sólo naturales (ritmo, temp, etc )
- b) locales (ovulos, espuma, condón)
- c) pastillas o inyecciones
- d) salpingoclasia (ligadura de trompas)
- e) DIU (dispositivo intrauterino )
- f) vasectomía
- g) embarazo

9. ¿Cómo calificaría las relaciones con su pareja en general (si se llevan bien, si hay comprensión mutua, etc) . . . . . \_\_\_\_\_

- a) excelentes
- b) buenas
- c) adecuadas
- d) malas

10. ¿A qué edad inicio su actividad sexual? . . . . . \_\_\_\_\_

- a) 10 - 15 años
- b) 16 - 20 años
- c) 21 - 25 años
- d) 26 - 30 años
- e) 31 - 35 años
- f) 36 - o mas años

11. ¿ Qué tan frecuentemente tiene <sup>c) una vez al mes</sup> sexo sexual? Este <sup>g) una vez por mes</sup> <sup>h) nunca.</sup> ~~deso~~ incluye querer tener cualquier experiencia sexual, masturbación, coito, etc. \_\_\_\_\_

- a) mas de una vez al día
- b) una vez al día
- c) 2 a 3 veces por semana
- d) una vez a la semana
- e) 2 a 3 veces por mes



12. ¿Qué tan frecuentemente tiene pensamientos sexuales, fantasías o sueños eróticos? \_\_\_\_\_

- a) más de una vez al día
- b) una vez al día
- c) 2 a 3 veces a la semana
- d) una vez a la semana
- e) 2 a 3 veces por mes
- f) una vez al mes
- g) menos de una vez por mes
- h) nunca

13. ¿Qué tan frecuentemente inicia las siguientes actividades sexuales? (elijá una respuesta para cada línea)

- |                                 |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|
| 130) masturbación solitaria     | ..... | _____ |
| 131) caricias y juegos carnosos | ..... | _____ |
| 132) sexo oral                  | ..... | _____ |
| 133) coito (acto sexual)        | ..... | _____ |
| 134) sexo con una mujer         | ..... | _____ |

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| a) más de una vez al día  | e) 2 a 3 veces por mes      |
| b) una vez al día         | f) una vez al mes           |
| c) 2 a 3 veces por semana | g) menos de una vez por mes |
| d) una vez a la semana    | h) nunca                    |

14. ¿Cuánto fue la última vez que usted experimentó las actividades sexuales enlistadas abajo? (una respuesta en cada línea)

- |                               |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|
| 140) masturbación solitaria   | ..... | _____ |
| 141) caricias y juego caroso  | ..... | _____ |
| 142) sexo oral (boca-genital) | ..... | _____ |
| 143) coito (acto sexual)      | ..... | _____ |
| 144) sexo con una mujer       | ..... | _____ |

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| a) hace menos de una semana       | e) hace entre 6 meses y 1 año |
| b) hace entre una semana y un mes | f) hace de uno a 3 años       |
| c) hace entre uno y tres meses    | g) hace más de tres años      |
| d) hace entre 4 y 6 meses         | h) nunca ha experimentado     |

15. ¿A qué edad inició la masturbación? .....

- a) menos de 10 años
- b) 11 - 15 años
- c) 16 - 20 años
- d) 21 - 30 años
- e) 31 - o más años
- f) nunca me he masturbado

16. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

- a) mas de 10 años
- b) 7 - 10 años
- c) 4 - 6 años
- d) 1 - 3 años
- e) 6 meses a un año
- f) menos de 6 meses
- g) no las ha tenido en los últimos 6 meses

17. La frecuencia de su actividad sexual con su pareja ha sido: \_\_\_\_\_

- a) tanta como usted desea?
- b) menor de la que usted desea?
- c) mas de la que usted desea?

18. Cuando su pareja pretende acercamiento sexual ¿como responde usted habitualmente? \_\_\_\_\_

- a) usualmente con placer
- b) acepto, no necesariamente con placer
- c) acepto de mala gana
- d) rechazo algunas veces
- e) usualmente rechazo
- f) no ha sucedido en 6 meses

19. ¿ Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja se siente deseada, excitada, enojada??? \_\_\_\_\_

- a) siempre, 90% de las veces
- b) con frecuencia, 75% de las veces
- c) algunas veces, 50% de veces
- d) rara vez, 25% de las veces
- e) nunca
- f) no ha tenido en 6 meses

20. Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, incluyendo juego amoroso y coito ¿ ha notado que pase alguna de estas cosas? (Añote una respuesta en cada línea) \_\_\_\_\_

- 200 Incremento en la respiración \_\_\_\_\_
- 201 Incremento en el latido cardíaco \_\_\_\_\_
- 202 Humedad vaginal \_\_\_\_\_
- 203 Sensaciones placenteras en los pechos \_\_\_\_\_
- 204 sensaciones placenteras en los genitales \_\_\_\_\_

- a) siempre, 90% de las veces
- b) con frecuencia, 75% de las veces
- c) algunas veces, 50% de veces
- d) rara vez, 25% de las veces
- e) nunca ocurre
- f) no ha tenido en 6 meses

21. ¿ Cuánto tiempo emplea habitualmente en estimulación sexual? (besos, caricias antes del coito) \_\_\_\_\_

- a) mas de 30 minutos
- b) 15 a 30 minutos
- c) 11 a 15 minutos
- d) 7 a 10 minutos
- e) 4 a 6 minutos
- f) 1 a 3 minutos
- g) menos de 1 minuto
- h) no ha tenido relaciones en 6 meses

22. Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja ¿que tan frecuentemente tiene problemas para sentirse deseosa, excitada, encendida ? \_\_\_\_\_

- a) nunca tengo problema
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de veces
- d) comunmente, 75% de las veces
- e) siempre tengo problema
- f) no he tenido en 6 meses

23. Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja ¿que tan frecuentemente tiene problemas para alcanzar suficiente lubricación para el coito ?

- a) nunca tengo problema
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de veces
- d) comunmente, 75% de las veces
- e) siempre tengo problema
- f) no he tenido en 6 meses

24. ¿Que tan a menudo tuvo dificultad para excitarse durante las relaciones sexuales con su pareja en las siguientes edades de su vida ? (ponga una respuesta en cada linea )

- 240) 10 - 15 años
  - 241) 16 - 20 años
  - 242) 21 - 25 años
  - 243) 26 - 30 años
  - 244) 31 - 35 años
  - 245) 36 - 40 años
- ..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_

- a) sin dificultad
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de las veces
- d) comunmente 75% de las veces
- e) siempre es difícil
- f) no he tenido en 6 meses

25. Si usted tiene ahora mas de una pareja sexual ¿ encuentra que tiene suficiente lubricación para el coito con una pareja y con otra no ? \_\_\_\_\_

- a) no
- b) si
- c) no tengo otra pareja

26. ¿Cuanto tiempo tarda en el coito en si (acto sexual) Desde la inserción del pene en la vagina hasta su retirada) \_\_\_\_\_

- a) mas de 30 minutos
- b) 10 a 30 minutos
- c) 4 a 10 minutos
- d) 1 a 3 minutos
- e) menos de 1 minuto
- f) no he tenido relaciones en 6 meses

27. ¿Siento dolor en la vagina durante sus relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

- a) nunca siento dolor
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de las veces
- d) comunmente, 75% de las veces
- e) siempre siento dolor
- f) no he tenido relaciones en 6 meses

28. ¿Siente dolor en cualquier otra parte de su cuerpo durante su actividad sexual? \_\_\_\_\_

- a) nunca siento dolor
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de las veces
- d) comúnmente, 75% de las veces
- e) siempre siento dolor
- f) no he tenido relaciones en 6 meses

¿Dónde? \_\_\_\_\_

29. ¿Está siempre tan estrecha su vagina que el coito no puede ocurrir? \_\_\_\_\_

- a) nunca demasiado estrecha
- b) rara vez, 25% de las veces
- c) algunas veces, 50% de las veces
- d) comúnmente, 75% de las veces
- e) siempre demasiado estrecha
- f) no he tenido en 6 meses

30. Cuando tiene relaciones con su pareja ¿Tiene usted reacciones EMOCIONALES POSITIVAS TALES COMO PLACER? gusto o éxtasis? \_\_\_\_\_

- a) siempre tengo reacciones positivas
- b) rara vez, menos de 25% de veces
- c) algunas veces, 50% de ocasiones
- d) comúnmente, 75% de las veces
- e) nunca tengo una reacción positiva
- f) no he tenido en 6 meses.

31. Cuando tiene relaciones con su pareja ¿tiene usted reacciones emocionales negativas como nerviosismo, enojo, disgusto o culpa? (anote una respuesta en cada línea)

- 310) Nerviosismo, agitación
- 311) Disgusto
- 312) Enojo
- 313) Culpa
- 314) Otra

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

32. (a) frecuentemente alcanza orgasmo através de las siguientes actividades? (ponga una respuesta en cada línea)

- 320) Masturbación solitaria
- 321) Vibrador u otro objeto
- 322) La mano de su pareja
- 323) sexo oral (boca-genital)
- 324) coito (acto sexual)
- 325) coito con estimulación clitoridea adicional

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- a) siempre alcanzo orgasmo
- b) comúnmente, 75% de las veces
- c) algunas veces, 50% de ocasiones
- d) rara vez, 25% de las veces
- e) no puedo alcanzar orgasmo
- f) no he intentado de ésta forma

33.

¿Tiene usted problema para alcanzar el orgasmo mediante cualquiera de los siguientes métodos ?  
(una respuesta en cada línea)

- 330) masturbación solitaria \_\_\_\_\_
- 331) la mano de su pareja \_\_\_\_\_
- 332) sexo oral \_\_\_\_\_
- 333) coito (acto sexual) \_\_\_\_\_
- 334) coito con estimulación clitoridea adicional \_\_\_\_\_

- a) sin problema
- b) con problema
- c) no lo he intentado de esta forma

34. ¿Qué tanta dificultad tuvo para alcanzar el orgasmo por masturbación solitaria en las siguientes etapas de su vida ?

- 340) a los 10 - 15 años \_\_\_\_\_
- 341) a los 16 - 20 años \_\_\_\_\_
- 342) a los 21 - 25 años \_\_\_\_\_
- 343) a los 26 - 30 años \_\_\_\_\_
- 344) a los 31 - 35 años \_\_\_\_\_
- 345) a los 36 - 40 años \_\_\_\_\_

- a) sin dificultad para alcanzarlo
- b) rara vez dificultad, 25
- c) alguna dificultad, 50 de ocasión
- d) usualmente con dificultad, 75
- e) no puedo alcanzar por masturbación
- f) nunca traté

35. ¿Qué tanta dificultad tuvo para alcanzar orgasmo en el coito (acto sexual) en las siguientes etapas de su vida?

- 350) a los 10 - 15 años \_\_\_\_\_
- 351) a los 16 - 20 años \_\_\_\_\_
- 352) a los 21 - 25 años \_\_\_\_\_
- 353) a los 26 - 30 años \_\_\_\_\_
- 354) a los 31 - 35 años \_\_\_\_\_
- 355) a los 36 - 40 años \_\_\_\_\_

- a) sin dificultad para alcanzarlo
- b) rara vez difícil, 25 de las veces
- c) alguna dificultad, 50 de ocasión
- d) usualmente con dificultad, 75
- e) no puedo alcanzar orgasmo
- f) nunca traté

36. ¿Qué clase de sentimientos experimenta usted durante el orgasmo ?

- a) placer intenso \_\_\_\_\_
- b) placer moderado \_\_\_\_\_
- c) ni placer ni dolor \_\_\_\_\_
- d) disgusto \_\_\_\_\_
- e) no he experimentado orgasmo \_\_\_\_\_

37. ¿Esto representa un cambio respecto al pasado?

- a) mayor placer \_\_\_\_\_
- b) sin cambio \_\_\_\_\_
- c) menor placer \_\_\_\_\_

38. Ha notado usted o su pareja, que usted exhale o echa fluido por su uretra (abertura urinaria) durante el orgasmo ?

- a) no \_\_\_\_\_
- b) sí, pocas veces \_\_\_\_\_
- c) sí, frecuentemente \_\_\_\_\_
- d) siempre \_\_\_\_\_

39. ¿Quién inicia la actividad sexual habitualmente?

- a) mi pareja y yo por igual \_\_\_\_\_
- b) mi pareja \_\_\_\_\_
- c) yo lo hago \_\_\_\_\_

40. Idealmente ¿quien debería iniciar la actividad sexual? \_\_\_\_\_  
 a) mi pareja y yo por igual  
 b) mi pareja  
 c) yo misma  
 d) no he tenido relaciones en los últimos 6 meses
41. Alguna vez ha experimentado dos o mas orgasmos en una SOLA RELACION ? \_\_\_\_\_  
 a) nunca  
 b) dos  
 c) 3 a 5  
 d) mas de 6
42. En general ¿qué tan satisfecha está con su vida sexual? \_\_\_\_\_  
 a) extremadamente satisfecha  
 b) un poco satisfecha  
 c) ni satisfecha ni insatisfecha  
 d) un poco insatisfecha  
 e) extremadamente insatisfecha  
 f) no he tenido relaciones en seis meses
43. ¿Qué tan satisfecha está usted en las relaciones sexuales CON SU PAREJA ? \_\_\_\_\_  
 a) extremadamente satisfecha  
 b) algo satisfecha  
 c) ni satisfecha ni insatisfecha  
 d) un poco insatisfecha  
 e) extremadamente insatisfecha  
 f) no he tenido relaciones en seis meses
44. ¿Qué tan satisfecha piensa usted que está su pareja con sus relaciones ? \_\_\_\_\_  
 a) extremadamente satisfecho  
 b) algo satisfecho  
 c) ni satisfecho ni insatisfecho  
 d) un poco insatisfecho  
 e) extremadamente insatisfecho  
 f) no hemos tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.
45. Ha recibido educación sexual previamente ? \_\_\_\_\_  
 a) ninguna  
 b) informal (pláticas, consejos familiares, etc)  
 c) formal (libros, revistas, cursos)
46. Ha tenido usted problema en completar este cuestionario ? \_\_\_\_\_  
 a) no  
 b) sí
- si respondió sí ¿qué tipo de problema ? \_\_\_\_\_

Las preguntas subrayadas son las variables modificadas utilizadas como elemento de diagnóstico.



# VI CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES DEL ISSSTE

del 30 de enero al 3 de febrero de 1989.

FEBRERO 3 DE 1989.

DR. ARMANDO LOPEZ PORTILLO  
P R E S E N T E.

ESTIMADO DR. LOPEZ

A NOMBRE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES DEL ISSSTE Y LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE, AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN COMO PONENTE EN LA

## SESION DE TRABAJOS LIBRES

QUE SE REALIZÓ DURANTE EL "VI CONGRESO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES DEL ISSSTE", DEL 30 DE ENERO AL 3 DE FEBRERO DE 1989 EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE, - MÉXICO, D.F.

LA PRESENTACIÓN DE SU TRABAJO:

DETECCIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

CONTRIBUYÓ A LA REALIZACIÓN EXITOSA DEL EVENTO, ESPERAMOS PODER CONTAR NUEVAMENTE CON ELLA.

A T E N T A M E N T E

DR. JUAN HOMERO HERNANDEZ ILLESCAS  
JEFE DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE

  
DR. JOSÉ LUIS SALAZAR ARANA  
PRESIDENTE ANMR-ISSSTE