

11226
1^a
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
DELEGACION 1 NOROESTE D. F.

DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES DE
LA COMUNIDAD DE EX-HACIENDA DE
ENMEDIO UMF NO. 20 IMSS
MEXICO D. F.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. MARCIA LAURA ALBARRAN LOPEZ

GENERACION 1988 - 1990



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

TITULO

OBJETIVOS

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
HIPOTESIS.....	47
MATERIAL Y METODOS.....	48
DESARROLLO.....	49
CUADROS Y GRAFICOS.....	55
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	72
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES.....	82
COMENTARIO.....	83
RESUMEN.....	84
BIBLIOGRAFIA.....	85

ANEXOS

DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES DE LA
COMUNIDAD DE EX-HACIENDA DE ENMEDIO
UMF No. 20 IMSS MEXICO D.F.

O B J E T I V O S

- A) Identificar si existen disfunciones sexuales en las mujeres de la comunidad de Ex-Hacienda de EnMedio.
- B) Identificar en que porcentaje existen disfunciones sexuales en las mujeres de la comunidad de Ex-Hacienda de EnMedio.
- C) Identificar las disfunciones sexuales más frecuentes en las mujeres de la comunidad de Ex-Hacienda de EnMedio.

ANATOMIA DE LOS ORGANOS SEXUALES FEMENINOS.

Los órganos sexuales femeninos tienen un origen embriológico común con los masculinos, no siendo anatómicamente diferencia--bles en los primeros estadios. Al nacimiento, éstos han alcan--zado un grado de diferenciación anatómica manifiesta, siendo suficiente la simple observación para saber el sexo del pro--ducto. En la mujer los genitales externos están constituidos, por 1) El Monte de Venus y la vulva, la cual incluye a gro--so modo las siguientes estructuras anatómicas: a) Los labios mayores y los labios menores o ninfas, el clítoris, y el --introito.

Los órganos internos femeninos están constituidos por dos o--varios, dos trompas uterinas o de Falopio, el útero, y la --vagina con sus respectivos sistemas venoso, arterial, linfático y nervioso, así como los elementos elásticos de sostén.

MONTE DE VENUS: El monte de Venus se encuentra constituido, --fundamentalmente por tejido adiposo, situado en la parte infe--rior y anterior, por delante de la sínfisis del pubis el --cual alcanza su máximo desarrollo después de la pubertad, iniciando entonces a cubrirse de vello, según las caracterís--ticas de raza. Partiendo del Monte de Venus y dirigiéndose ha--cia abajo y hacia atrás, se encuentran dos repliegues cutá--neos, los labios mayores. (8)

LABIOS MAYORES: Son dos repliegues cutáneos , de grosor variable y de color ligeramente más oscuro que la piel circunvecina , - se encuentran tan cerca uno del otro que parecen limitar una hendidura , el introito vaginal.

LABIOS MENORES: Son dos repliegues de color rosáceo , rugosos y que semejan dos ninfas , (alas) los cuales se unen a los labios mayores en su parte posterior , recubren el clítoris , en su parte anterior formando un repliegue conocido como capucha o prepucio del clítoris. El espacio limitado y recubierto por los labios menores se le llama vestíbulo , y en el se abren dos orificios , el vaginal y el uretral , así como los conductos de las glándulas vulvo-vaginales o de Bartholin.

CLITORIS: Es el análogo al pene en la mujer , y como éste está formado por dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, Su parte posterior se encuentra unida al pubis , quedando la mayor parte por los pliegues superiores de los labios menores , por su extremidad libre, llamada glande , la cual es pequeña y redondeada , la cual sobresale ligeramente del prepucio en el clítoris. Este órgano es muy vascularizado, así mismo posee muchas terminaciones nerviosas , además desempeña un papel importante durante el coito pues dichas terminaciones nerviosas proporcionan a la mujer la estimulación necesaria para la respuesta sexual.

VESTIBULO VAGINAL: El orificio que ocupa la mayor parte del vestíbulo se conoce con el nombre de introito. No es un orificio que se encuentre expuesto, sino hasta que se separan los labios menores. El aspecto anatómico del introito vaginal varía grandemente de acuerdo al estado de una pequeña membrana que lo cierra parcialmente, conocida con el nombre de himen, de función no conocida y de valoración sociocultural muy importante en algún tipo de cultura tradicionalista. Su presencia permite diferenciar a una mujer nubil de una no nubil.

ORGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS.

VAGINA: La vagina se encuentra limitada en su extremo inferior, por el himen en la mujer nubil, y por las carúnculas mirtifor-
mes en la múltipara, es un tubo elástico, el cual se encuentra, dividido en tres tercios, superior, medio e inferior, los cuales poseen su propia irrigación, linfática y vascular. Su superficie es rugosa, siendo elástica se distiende de manera importante durante el coito y aún más durante el parto, permitiendo de esta manera la salida del producto. En su extremo superior se encuentra limitada por el cérvix. (8)

UTERO: El útero es un órgano predominantemente muscular, formado principalmente por el miometrio, y el endometrio, en forma de pera de 8 centímetros de largo y 3 centímetros de espesor, dentro del cual se llevan a cabo dos fenómenos principales, la menstruación a partir de el endometrio, y la gestación. La menstruación, se presenta desde los 11 años en promedio hasta los 45 años, el embarazo se lleva a cabo durante los 9 meses de gestación y, el útero permite albergar al producto de la gestación hasta el término. Está constituido por el cérvix o cuello, el istmo, el cuerpo y el fondo, siendo la parte más alta de éste y de forma redondeada.

TROMPAS UTERINAS: Son dos formaciones tubulares que se desprenden de los lados del útero, por medio de los cuales se transporta el óvulo hacia el útero, posee microvellosidades, las cuales favorecen el transporte, en su extremo distal, se encuentran, las fimbrias, en forma de guante, que envuelven a los ovarios, y que van a captar el óvulo en el momento de su salida del ovario.

OVARIOS: Son estructuras de forma aproximadamente ovoide y de 5 cm de largo aproximadamente, se encuentran muy próximos a las trompas, se les conoce también con el nombre de gónadas, y se les adjudican dos funciones separadas, pero muy relacionadas entre sí.

Una de sus funciones es la producción de hormonas , estrógenos y progestágenos y la segunda es la formación de óvulos.

GENITALES MASCULINOS

Así como los órganos genitales femeninos , los masculinos - también se dividen en internos y externos. Los órganos externos masculinos son el pene , el escroto , los testículos y anexos así como el saco escrotal.

PENE: Es el órgano masculino de la cópula y el más aparente , de los órganos sexuales masculinos, de tamaño variable según la edad, la raza, está formado por dos cuerpos cavernosos y , por un cuerpo esponjoso, comunica a la vejiga con el exterior - por medio de la uretra, en su extremo distal se encuentra el meato urinario siendo éste contenido dentro de la cabeza o glande. Durante el reposo se encuentra flácido, pero durante la fase de excitación sexual se torna duro por medio de un sistema, de llenado venoso hemodinámico. El prepucio cubre el glande , y es un repliegue mucocutáneo.

ESCROTO: Es una bolsa formada por varias capas anatómicas y en cuyo interior se alojan los testículos y algunos de sus anexos. Por fuera el escroto es de apariencia rugosa, delgado y elástica de color más oscuro que el resto de la piel, cubierto de vello. Por dentro las capas de fibras musculares se encargan de regular la temperatura de los testículos por medio de la retracción o

de la elongación según la temperatura del medio ambiente. El saco del escroto se encuentra dividido en dos compartimientos cada uno de los cuales encierra un testículo y un cordón espermático.

TESTICULOS: Son dos y se encuentran alojados en el interior, de la bolsa escrotal, miden aproximadamente de 3 a 5 centímetros de longitud por 2 a 4 de ancho, su superficie es lisa y suave y pesan aproximadamente 25 a 30 gramos.

Se encuentran cubiertos por la túnica albugínea de la que parten una serie de estructuras laminares que tabican todo el interior del testículo, donde se encuentran los túbulos seminíferos, sitio donde se habrán de formar los espermatozoides. Los tubos seminíferos forman un laberinto múltiple y tortuoso en una estructura denominada epidídimo, que se encuentra adyacente al testículo y se continúa hacia arriba para constituir el conducto deferente a través del cual saldrán los gametos masculinos. El conducto deferente se dirige hacia arriba para después orientarse hacia adentro a través del conducto inguinal para penetrar en la cavidad abdominal, pasa por detrás de la vejiga dando una vuelta y formando las vesículas seminales que son estructuras glandulares que también sirven para el almacenamiento de los espermatozoides.

URETRA: En el hombre, la uretra cumple una doble función, la de dar salida a la orina proveniente de la vejiga y la servir de salida al líquido seminal, no siendo posible que ambos hechos sucedan simultáneamente, pues existe un esfínter vesical que lo impide.

PROSTATA: La próstata se encuentra formada por 3 lóbulos y se encuentra localizada en la parte inferior de la vejiga, constituida por fibras musculares lisas y tejido glandular cuya secreción forma parte del líquido seminal. Conforme avanza la edad de la persona la próstata aumenta de tamaño, y en algunas ocasiones, impide el vaciamento de la orina.

GLANDULAS DE COWPER: Flaquean la uretra esponjosa, del tamaño, aproximado de un chícharo y las cuales, durante la excitación sexual secretan hacia la uretra una pequeña cantidad de líquido claro y pegajoso, que aparece como una gota en el meato urinario del pene y sirve para limpiar la uretra y acondicionarla para el paso del semen durante la eyaculación.(7)

FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

La estimulación de las gónadas es propiciada por las hormonas conocidas como gonadotropinas hipofisiarias para realizar la maduración final del sistema reproductor. Este período de crecimiento y maduración se llama adolescencia. El mecanismo responsable del inicio de la pubertad es neural. Pequeñas cantidades de esteroides secretadas por las gónadas frenan la secreción de gonadotropinas y la pubertad se debe a un decremento de la sensibilidad del encéfalo.

CICLO MENSTRUAL.

El sistema reproductor femenino muestra cambios cíclicos, - regulares que teleológicamente se pueden considerar como preparación periódica para la fecundación y el embarazo. El ciclo es, mensual con algunos ajustes y se caracteriza por un sangrado - transvaginal conocido como menstruación. El primer día de sangrado es considerado como el primer día de la menstruación.

CICLO OVARICO.

Debajo de la cápsula ovárica existen, desde la época del nacimiento, numerosos folículos primordiales, cada uno conteniendo un óvulo inmaduro.

Al iniciarse cada ciclo, varios de estos folículos se agrandan y se forma una cavidad alrededor del óvulo (formación del antro). Inicia, el crecimiento en un ovario dado, aproximadamente al 6o. día, mientras los demás involucionan. A su maduración completa el folículo se le conoce como Folículo de Graaf. Las células de la teca interna del folículo son la fuente primaria de estrógenos, sin embargo el líquido folicular posee un gran contenido de estrógenos procedentes de las células de la granulosa.

Aproximadamente el 14o. día del ciclo, el folículo distendido se rompe y el óvulo es expulsado a la cavidad abdominal. A éste proceso se le conoce como ovulación. El óvulo es recogido por los extremos fimbriados de las trompas uterinas y transportados al útero, y a menos que ocurra la fecundación, hacia el exterior a través de la vagina. Los folículos que no se ovulan degeneran formando folículos atrésicos.

El folículo que se rompe en el momento de la ovulación, prontamente se llena de sangre, formando el cuerpo hemorrágico. Las pequeñas, -sangrías pueden causar irritación peritoneal leve y dolor abdominal pasajero (mittelschmerz). Las células de la capa granulosa y de la teca del revestimiento folicular, comienzan a proliferar y la sangre coagulada es reemplazada por células lúteas llenas de lípidos amarillentas que forman el cuerpo lúteo.

Las células lúteas secretan estrógenos y progestágenos. Si ocurre el embarazo, el cuerpo lúteo persiste y usualmente no se presentan más periodos hasta después del parto. Por el contrario el cuerpo lúteo inicia a degenerar aproximadamente 4 días antes de la siguiente menstruación (24o. día del ciclo) hasta que al fin es reemplazado por tejido cicatrizal formando el cuerpo albicans.

En el hombre (especie humana) no se forman nuevos óvulos después del nacimiento. Durante el desarrollo fetal, los ovarios contienen más de 7 millones de células germinativas; no obstante experimentan atresia antes del nacimiento y otras se pierden después de él.

Al nacimiento hay 2 millones de óvulos, pero el 50% de éstos son atrésicos. El resto que es normal pasan por la primera parte de la primera división meiótica y entran en una etapa de reposo en la que aquellos que sobreviven, persisten hasta la edad adulta. Sin embargo, hay una atresia continua y el número de óvulos en los ovarios en la época de la pubertad es menos de 300,000. Sólo uno de éstos óvulos por ciclo (o cerca de 500 en el curso de una vida reproductiva normal) es estimulado para madurar; los restantes se degeneran. Justamente antes de la ovulación se completa la primera división meiótica y comienza la segunda, pero ésta es completa sólo después de que el espermatozoide penetra en el óvulo.

CICLO UTERINO

Al final de la menstruación todas las capas del endometrio a excepción de las profundas se han desprendido. Bajo la influencia de los estrógenos del folículo en desarrollo, el endometrio aumenta rápidamente de espesor en el período comprendido entre el 5o. y el 14o. día del ciclo menstrual. Las glándulas uterinas crecen en longitud, pero no secretan en grado alguno. Estos cambios del endometrio se llaman proliferativos y a esta parte del ciclo menstrual se le denomina a veces fase proliferativa. Después de la ovulación, el endometrio se vuelve ligeramente edematoso y las glándulas, que secretan activamente, se enrollan apretadamente y se doblan bajo la influencia de los estrógenos y de la progesterona, provenientes del cuerpo lúteo. Estos son los cambios secretorios o progestacionales y este período recibe el nombre de fase secretoria del ciclo menstrual. Cuando el cuerpo lúteo involuciona, el apoyo hormonal del endometrio es retirado. Las arterias espirales, experimentan constricción y la parte del endometrio que irriga se vuelve isquémica. Esta parte se denomina, estrato funcional del endometrio, para distinguirla del estrato basal, más profundo y a su vez irrigado por las arterias basales rectas. El tejido dañado probablemente libera anticoagulante. Las arterias espiraladas se dilatan entonces una por una y sus paredes necróticas se rompen produciendo hemorragia, desprendimiento y flujo menstrual. (1)

La esfacelación es facilitada por las prostaglandinas liberadas por el endometrio. El sangrado menstrual es predominantemente arterial, y sólo un 25% de la sangre fluyente es de origen venoso. Amén que el flujo sea excesivo, normalmente no contiene coágulos. El sangrado termina cuando las arterias espiraladas de nuevo experimentan constricción y un nuevo endometrio se regenera a partir de las capas basales. La duración promedio del flujo menstrual es de 5 días. El promedio de pérdida por flujo sanguíneo es cercano a los 30 ml aunque varía de mujer a mujer.

Desde el punto de vista de la función endometrial, la fase proliferativa representa la restauración del epitelio de la menstruación precedente, y la fase secretoria, la preparación del útero para la implantación del óvulo fecundado. Cuando falta la fecundación, el endometrio se desprende y se inicia un nuevo ciclo. Por esto suele decirse que "la menstruación es el llanto del útero por la falta de un niño".

La mucosa del cuello uterino no experimenta descamación cíclica, pero hay cambios regulares en el moco cervical. Los estrógenos hacen al moco más fluido y alcalino, cambio que promueve la supervivencia y el transporte de los espermatozoides. La progesterona lo vuelve más viscoso, tenaz y celular. El moco más fluido es del tiempo de la ovulación, y al secarse da una configuración arborescente, en forma de helecho, cuando se extiende en capa delgada sobre un porta objetos. Después se torna viscoso y no toma la forma de helecho.

CICLO VAGINAL

Bajo la influencia de los estrógenos, el epitelio vaginal se cornifica y pueden identificarse células epiteliales cornificadas en los frotis vaginales. Con la influencia de la progesterona se secreta un moco viscoso, y el epitelio prolifera quedando infiltrado por leucocitos. Los cambios cíclicos en el frotis vaginal son particularmente bien conocidos en la mujer. (1)

FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS SEXUALES MASCULINOS

Gametogénesis y eyaculación.

Espermatogénesis.

Los espermatogonios, células germinativas primitivas próximas a la lámina basal de los túbulos seminíferos, maduran convirtiéndose, en espermatoцитos primarios. Este proceso da comienzo durante la adolescencia. Los espermatoцитos primarios experimentan división meiótica reduciendo el número de cromosomas. En este proceso de dos etapas, ellos se transforman por división en espermatoцитos secundarios y luego en espermátides, las cuales contienen el número haploide de 23 cromosomas. Las espermátides maduran y se convierten en espermatozoides (esperma). En el hombre, se requieren en promedio, 74 días para formar un espermatozoide maduro a partir de una célula germinativa primitiva por este proceso ordenado de espermatogénesis. Cada espermatozoide es una célula móvil intrincada, rica en DNA, con una cabeza compuesta principalmente de material cromosómico.

Las espermátides maduran transformándose en espermatozoides en los pliegues profundos del citoplasma de las células de Sertoli, células que contienen glucógeno pertenecientes a los túbulos, de las cuales los espermatozoides pueden nutrirse. Los espermatozoides maduros son liberados de las células de Sertoli y caen en libertad en la luz de los túbulos. Las c. de Sertoli pueden producir estrógenos y son estimuladas por la FSH. (1)

Debido a las conexiones relativamente apretadas entre las células de Sertoli y otras células que tapizan la pared de los túbulos concoidos como barrera hematotesticular y las proteínas y algunas otras sustancias penetran mal en el área cercana a la pared del túbulo. Sin embargo, la testosterona y otros esteroides penetran fácilmente y el hecho de que las células de Leydig estén próximas a los túbulos, probablemente asegure una elevada concentración de testosterona en la pared de los mismos.

La FSH y los andrógenos mantienen la función gametógeno del testículo. Después de cierta evidencia que la testosterona pasa de las venas espermiáticas a las arterias espermiáticas debido a que se encuentran paralelas una con la otra en el escroto, ayudando en esta forma al mantenimiento de una concentración elevada de andrógenos, en los testículos. Los espermatozoides que acaban de abandonar el testículo no están capacitados para desplazarse con movilidad suficiente para producir la fertilización. Adquieren dicha capacidad para producir la fertilización durante su paso por el epidídimo.

La espermatogénesis requiere una temperatura considerablemente inferior a la interna del cuerpo. Los testículos se mantienen fríos mediante aire que circula alrededor del escroto y al parecer por intercambio de calor en forma de contracorriente entre las arterias y venas espermiáticas. Cuando los testículos son retenidos en el abdomen se degeneran las paredes tubulares con la resultante esterilidad.

El líquido eyaculado durante el orgasmo o semen contiene espermatozoides y las secreciones de las vesículas seminales, próstata, glándulas de Cowper y probablemente las glándulas uretrales. Un volumen promedio por eyaculación es de 2.5 a 3.5 ml después de varios días de continencia. El volumen de semen y el número de espermatozoides decrecen rápidamente con la eyaculación repetida. Aunque sólo se requiere un espermatozoide para fecundar al óvulo, normalmente existen cerca de 100 millones de espermatozoides por ml de semen. El 50% de los hombres con cuentas de 20-40 millones/ml y casi todos aquellos con cuentas menores de 20 millones/ml son estériles. Las prostaglandinas en el semen, las cuales en realidad provienen de las vesículas seminales, se encuentran en alta concentración pero la función de estos derivados de los ácidos grasos en el semen no se conoce. Los espermatozoides llegan a los oviductos 30-60 minutos después de la cópula. La eyaculación es un reflejo espinal bipartita que implica la emisión o sea, el movimiento del semen a la uretra, y la eyaculación propiamente dicha, esto es, la propulsión del semen fuera de la uretra durante el orgasmo. Las vías aferentes son en su mayoría fibras de los receptores táctiles del glande del pene, que llegan a la médula espinal por los nervios pudendos internos. La emisión es una respuesta simpática integrada en los segmentos lumbares altos de la médula espinal y efectuada por la musculatura lisa de los conductos deferentes y de las vesículas seminales en respuesta a estímulos hipogástricos. (1)

El semen es impulsado fuera de la uretra por la contracción del músculo bulbocavernoso, un músculo esquelético. Los centros reflejos espinales para esta parte del reflejo se encuentran en los segmentos sacros superiores y lumbares inferiores de la médula espinal; las vías motoras salen por la primera a la tercera raíces sacras y por los nervios pudendos internos.

La erección es iniciada por la dilatación de las arteriolas del pene. Cuando el tejido eréctil del pene se llena de sangre, las venas son comprimidas bloqueando la salida y contribuyendo a la turgencia del órgano. Los centros integradores de los segmentos lumbares de la médula espinal son activados por impulsos aferentes de los órganos genitales y, en el hombre, también por impulsos que llegan por los haces descendentes que median la erección, en respuesta a estímulos eróticos psíquicos. Las fibras eferentes van en los nervios espláncicos (nervios erectores). Impulsos simpáticos vasoconstrictores terminan la erección. (1)

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Conociendo ya de manera somera la anatomía y la fisiología de los órganos sexuales femeninos y masculinos es importante conocer lo - que los autores Masters y Johnson mencionan como Respuesta Sexual-Humana, pues su conocimiento propicia el entendimiento de las reacciones de nosotros mismos y de otros y por lo tanto una mayor comprensión y comunicación entre la pareja, lo que facilita un mayor disfrute sexual, si la persona conoce su cuerpo, sabe como responder ante los estímulos eróticos, sabe cuales son los más o menos efectivos en ella o él, aprende a conocer sus zonas erógenas, sabe , lo que le agrada o lo que disfruta y lo que le disgusta aprende a adelantar o a retrasar su orgasmo y conoce a su pareja, colocándose en posibilidad de satisfacer y de ser satisfecho durante la relación sexual. La RSH es una reacción en la que se involucra todo el organismo y en la que intervienen no tan sólo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona (4).

En la respuesta sexual humana podemos encontrar factores biológicos y psicológicos en los que inciden los de índole social, por ejemplo el estado de salud, la edad, así como el ambiente en donde se llevan a cabo pudiendo influir notables cambios en el desempeño de la pareja.

La RSH siempre ha sido motivo de interés y de estudio, pero no--
fue hasta 1966 que William Masters y Virginia Johnson le dan un ca-
racter científico a éstas investigaciones. Ellos estudiaron 2500-
ciclos de respuesta en 600 individuos entre los 18 y 89 años de -
edad y basados en sus observaciones esquematizaron todos los ajus-
tes fisiológicos del organismo de acuerdo a las diferentes fases -
por las que atraviesa el ser humano durante la respuesta sexual e-
fectiva ya sea durante la masturbación o durante el coito, ya sea
homosexual o heterosexual. El esquema propuesto por Masters y J. ha
sufrido algunas modificaciones al correr del tiempo, la principal,
fue hecha por la Dra. Helen Singer Kaplan y sus colaboradores que
utilizaron el modelo original, lo complementaron y enriquecie
ron grandemente (5). La modificación de Kaplan y cols, consistió,
basicamente en añadir la fase de deseo a las etapas propuestas por
My J, incluir la fase de meseta dentro de la fase de excitación y
la de resolución dentro de la del orgasmo. (6)

Según Kaplan, el deseo es un apetito o impulso que se produce debi-
do a la activación de un sistema neural específico del cerebro mien
tras que las fases de excitación y orgasmo involucran a los órganos
genitales. En ambos sexos la fase de excitación es producida por un
reflejo de vasoconstricción y vasocongestión y el orgasmo consiste
esencialmente en las contracciones reflejas de ciertos músculos -
genitales. Ambos reflejos son activados por estímulos separados en
la parte inferior de la médula espinal.

FASE DE DESEO: Las bases neurofisiológicas y neuroanatómicas del deseo sexual no se han delineado tan exactamente como en otros impulsos como el hambre, la sed, la necesidad de dormir, pero se sabe que: 1) Depende de la actividad de una estructura anatómica del cerebro. 2) Contiene centros que la inhiben y otros que la excitan y 3) Es activada por neurotransmisores uno inhibitorio y otro excitatorio con amplias conexiones en todo el cerebro que permiten que el impulso sexual se vea influenciado o integrado en la experiencia total de vida del individuo.

El deseo sexual (libido) en ambos sexos es vivido como sensaciones específicas que mueven al individuo a "buscar" o "volverse" receptivo a la experiencia sexual. Después de encontrar gratificación, fuerzas inhibitorias hacen que la persona no se interese en asuntos sexuales por un período que puede variar. El centro sexual del cerebro consiste en una red de centros nerviosos y circuitos. Los centros activadores e inhibidores han sido identificados y se localizan en el sistema límbico (hipotálamo y área preóptica). Es un sistema arcaico que gobierna y organiza la conducta y garantiza no tan sólo la supervivencia sino la reproducción de las especies. En la fase de deseo se modifica el estado de ánimo de la persona, quien empieza a interesarse y a buscar satisfacción sexual período que puede ser breve o alargarse según individualidades.

FASE DE EXCITACION: Esta fase es activada por el sistema por el sistema parasimpatico y también se denomina vasocongestiva o miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales. Dos centros de la médula, uno en S2-S3 y S4 y otro en T11,T12,L1 y L2 se activan y causan la vasocongestión de los genitales los cuales se hinchan, distienden y cambian su forma para adaptarse y prepararse para el coito. Estas modificaciones son diferentes en los dos sexos pero complementarias. El pene se endurece y aumenta de tamaño para penetrar la vagina la cual se hincha y humedece para recibirlo. En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales. El corazón aumenta la frecuencia, de latidos por minuto con lo que se acelera la circulación sanguínea aumenta la frecuencia respiratoria, se eleva la tensión arterial y se presenta una vasocongestión superficial o rubor sexual en algunas partes del cuerpo, se observa la erección del pene en el hombre y del pezón en la mujer así como ingurgitación de la areola. Se presente tensión muscular y espasmos carpopedal y del esfinter anal. El organismo empieza a bloquear la atención a otro tipo de estímulos y a concentrarse en las propias sensaciones que sí lo son. La excitación se presenta más rápidamente en el hombre que en la mujer, por lo que ella requiere de mayor tiempo de estimulación.

En el hombre se presenta la erección, debido a que el tejido erétil del pene se llena de sangre y por un sistema hemodinámico se mantiene erecto. El glande cambia de coloración, los testículos aumentan de tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo por contracción del escroto por el músculo cremáster. Las glándulas bulbouretrales secretan un líquido claro y pegajoso cuyo propósito es el de limpiar la uretra. En la mujer se presenta la lubricación, fenómeno que se debe al aumento en la velocidad del flujo sanguíneo y a la vasodilatación. La lubricación es un trasudado de las paredes de la vagina y no una secreción de las glándulas de Bartholin como anteriormente se creía.

FASE DE ORGASMO: // También conocida como mioclónica, el evento más trascendente es el muscular y es activado principalmente por el simpático. La fase de orgasmo es un reflejo genital que está gobernado por centros nerviosos. El orgasmo no involucra reflejos vasculares, pero consiste en contracciones involuntarias de ciertos músculos genitales en ambos sexos. En el hombre el reflejo de la eyaculación consta de dos fases coordinadas; la emisión y la eyaculación. En la mujer el orgasmo es análogo de la 2a. fase del orgasmo masculino. Al final, viene la resolución, donde si la mujer es estimulada adecuadamente puede volver a presentar otro orgasmo, teniendo, así una capacidad multiorgásmica.

NATURALEZA Y CAUSAS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Las reacciones sexuales del hombre y la mujer transforman los genitales inertes en un efectivo equipo de reproducción. "El flácido y urinario pene se convierte en el erecto falo reproductivo, en tanto que el seco espacio potencial de la vagina se torna un receptáculo abierto, lubricado y congestionado"+. A primera vista las reacciones sexuales del hombre y la mujer parecen un solo acontecimiento. En el hombre, la erección avanza hasta la eyaculación. En la mujer la lubricación e hinchazón de los genitales culmina en el orgasmo. Sin embargo, la evidencia sugiere que la respuesta sexual consiste, en ambos géneros, en dos fases separadas, éstas son análogas, tanto anatómicamente como fisiológicamente, en los dos géneros, y pueden, ser inhibidas separadamente para producir distintos síndromes disfuncionales. La primera parte de la reacción sexual consiste en la vaso-congestión genital. La segunda, el orgasmo, es esencialmente, una serie de contracciones mioclónicas involuntarias de la musculatura genital. En el varón, la erección se produce por congestión, de los vasos sanguíneos del pene. Se expanden los capilares penales y se cierran los canales venosos especiales.

La sangre queda encerrada en cavernas especiales, y este mecanismo básicamente hidráulico, agranda el órgano. El sistema nervioso autónomo interviene en ésta reacción; los nervios parasimpáticos produ-

+ The New Sex Therapy. Helen S. Kaplan. Quadrangle, 1974

ciendo la dilatación de las arteriolas en tanto que los simpáticos controlan probablemente el cierre de las válvulas venosas. El orgasmo es una reacción distinta, que en el varón consta de dos componentes, la emisión y la eyaculación. La emisión, que el hombre percibe como una sensación de eyaculación inevitable, consiste en la contracción refleja de los órganos reproductores internos. Las contracciones de los vasos deferentes, la próstata y las vesículas seminales impulsan los líquidos seminales hacia la uretra posterior. La emisión se debe a la intervención del simpático. Una fracción de segundo más tarde, se produce la eyaculación, que consiste en contracciones de 0.8 segundos de duración de los músculos estriados situados en la base del pene; el bulbocavernoso y el isquiocavernoso.

En la mujer ocurren acontecimientos análogos. En respuesta a la excitación sexual se produce la congestión de los vasos sanguíneos de los labios y de los tejidos que circundan la vagina. Esta hinchazón es más difusa que en el varón. Las mujeres no poseen cavernas especiales y, en lugar de erección, la congestión genital femenina causa una turgencia perivaginal localizada que se denomina "plataforma orgásmica". La vasocongestión genital ocasiona también, la lubricación vaginal, que es en realidad una exudación del fluido que se acumula en la pelvis durante esta fase de excitación en la mujer.

Además se expanden los músculos lisos de la vagina interna, lo que provoca ampliación y extensión interna de la vagina, levantamiento del útero. En contraste con el del varón, el orgasmo femenino con tiene un sólo componente. La mujer carece de la fase de emisión; - sin embargo, la fase mioclónica es estrictamente análoga y consiste en contracciones de 0.8 segundos de los músculos bulbo e isquiocavernosos, y también de los pubococcygeos. La inervación periférica de la reacción sexual femenina no ha sido aún estudiada, pero - analógicamente se puede suponer que la reacción sexual femenina, - está gobernada también por el sistema nervioso autónomo.

Cuando éstas reacciones, o cualquiera de sus fases componentes, sufren un deterioro, el resultado es una disfunción sexual. Existen seis disfunciones, tres del hombre y tres de la mujer. Si la erección está afectada, el hombre tiene una disfunción eréctil, en la cual la inhibición se limita al componente vasocongestivo, erectivo, de la reacción sexual. En la disfunción eréctil, se puede conservar la capacidad de eyacular. Hay dos desórdenes eyaculatorios, la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. El eyaculador precoz no logra adquirir un control voluntario adecuado de sus reflejos orgásmicos, y a causa de esto alcanza el orgasmo muy rápidamente. El paciente de eyaculación retardada sufre en cambio, un involuntario exceso de control. Tiene dificultad en liberar su reflejo eyaculatorio aun cuando reciba un estímulo adecuado.

El vaginismo es el único trastorno femenino que no tiene análogo en el varón. Consiste en que los músculos que resguardan la entrada vaginal están condicionados para responder espasmódicamente cuando se intenta la penetración. Esta condición torna imposible el intercambio. Las otras dos disfunciones femeninas son análogas por una parte a la disfunción eréctil y por la otra a la eyaculación retardada. La mujer anorgásmica o carente de respuesta sexual general así como el hombre con dificultad para la erección, no reacciona ante el estímulo sexual con la vasocongestión genital y la lubricación. La mujer que padece de disfunción orgásmica, como el hombre de eyaculación retardada, experimenta diversos grados de dificultad para liberar su reflejo orgásmico, pero en otros sentidos reacciona sexualmente.

EL CONCEPTO PSICOSOMATICO DE LA DISFUNCION SEXUAL.

Las delicadas reacciones sexuales pueden ser fácilmente dislocadas por los efectos negativos o por los conflictos e inhibiciones psicológicos. Si un hombre está asustado, furioso o tenso, mientras hace el amor, es probable que sus reflejos eréctiles o eyaculatorios sufran deterioro. Para un correctofuncionamiento sexual no sólo es preciso encontrarse libre de intensos afectos negativos sino también de un exceso de control cognoscitivo.

Dicho de otra manera, la actividad sexual satisfactoria exige un estado emocional sosegado y el abandono a la experiencia erótica. Esto ocurre también en las demás funciones biológicas controladas, por el sistema nervioso autónomo. La digestión, la respiración y la función cardiovascular, inervadas de la misma forma por nervios vis cereales, pueden ser igualmente afectadas por factores emocionales y cognoscitivos. Dicho así, éstos sistemas funcionales pueden sufrir trastornos psicósomáticos. En el pasado se creía que spoólo un - profundo conflicto neurótico podía afectar las reacciones sexuales y que los únicos vectores de la disfunción sexual eran losconflic- tos gravemente patógenos y regresivos centrados en el temor infantil, ilusorio e inconsciente de sufrir traumas se se gozaba del se xo. Se consideraba que estos conflictos se originaban durante la infancia del paciente, antes de los cinco años de edad, y que la - clave de todas las dificultades sexuales estaba en las defensas di rigidas contra los morbosos temores e inseguridades provocados por las interacciones patológicas con los padres. No es extraño, por - ésto, que se recurriera al tratamiento analítico para aclarar estos problemas y llevarlos a la conciencia del paciente, en la esperan- za de que püdiera resolverlos. Sólo se creía posible curar los sin tomas sexuales por medio de la resolución de profundos conflictos , inconscientes. La ansiedad del propio desempeño, las inseguridades superficiales, las tensiones debidas a la escasa comunicación con

el otro miembro de la pareja, la angustia nacida de una concepción errónea acerca de las reacciones sexuales humanas, pueden causar, y causan una gran parte de las dificultades sexuales que vemos en la práctica clínica. Y esto es absolutamente lógico, porque en términos fisiológicos la ansiedad sexualmente destructiva es la misma cuando un hombre se aterroriza ante la posible repetición de una dificultad erectiva inducida por el alcohol, o cuando se debe al retorno de los tabúes edípicos y el temor a la castración.

En realidad, las causas son un continuum que se extiende entre la anticipación superficial de un fracaso y la profunda psicopatología que otorga a la reacción sexual un peligroso sentido simbólico a nivel inconsciente. Y, en forma concomitante, también la intervención efectiva debería considerarse un continuum desde la educación sexual y la asesoría hasta la terapia sexual o el tratamiento psicoanalítico extenso de reconstrucción. Nuestra sociedad, sexualmente reprimida, no ha considerado el sexo como una función natural - hasta épocas muy recientes. Por lo tanto no ha sido libre ni ampliamente asequible la información adecuada. Esta cortina de ignorancia unida a las actividades fuertemente emocionales acerca de las cuestiones eróticas proporcionaron una fértil tierra como medio cultural para el crecimiento de la ignorancia, los mitos y los errores. Están muy difundidos los mitos sobre los varones que siempre están listos para funcionar, el orgasmo vaginal, el clímax conjunto,

la masturbación, las fantasías, las mujeres anorgásmicas y así sucesivamente. Se puede generar una gran medida de ansiedad y culpa cuando hay una discrepancia entre la experiencia real y las expectativas reales. Estas concepciones erróneas, junto con las reacciones emocionales que las acompañan, pueden producir desajustes y disfunciones. Además la ansiedad y la culpa pueden hacer que una persona evite la vida sexual y/o restrinja su conducta sexual, lo que le impedirá aprender y explotar técnicas y actitudes sexuales que podrían gratificarle, así como a su pareja. Con frecuencia es posible ayudar con la mera educación sexual y la asesoría a las personas que sufren por causa de la ignorancia de las técnicas sexuales y de sus concepciones perniciosamente erróneas. Esta forma de tratamiento disipa la desinformación y la culpa, e instruye acerca de las técnicas sexuales efectivas.

En otro grupo de pacientes disfuncionales, las causas se encuentran a una profundidad algo mayor. Lo que afecta las reacciones sexuales de este grupo es el temor a un fracaso sexual, por su tendencia a permanecer bajo control consciente durante el acto sexual, debida al temor a un rechazo si no logran complacer a su pareja o, si no se "desempeñan" adecuadamente. Están libres, sin embargo, de culpas y miedos profundos, y también de hostilidad en su relación.

Este grupo de pacientes suele responder bien a una terapia sexual breve que se proponga crear un ambiente sexual seguro, abierto y cómodo. En estos casos el curso del tratamiento tiende a ser de modo complicado. Las interpretaciones no suelen ser profundamente analíticas sino en general de apoyo, y apuntan a la apertura de las rutas de comunicación de la pareja. El resultado de la terapia sexual con este grupo de pacientes es excelente; por fortuna constituyen una proporción importante del total.

El grupo siguiente es más difícil de tratar. También ellos padecen el temor al rechazo y la ansiedad por su desempeño. Pero en este grupo los temores están relacionados con inseguridades más arraigadas, y el problema sexual se vincula a conflictos profundos. Las terapias sexuales se topan aquí con relaciones fundamentalmente trastornadas entre ambos sexos. En este grupo de paciente, la autoestima es más frágil, y la culpa que despiertan la sexualidad y el placer es más tenaz.

Finalmente hay algunos pacientes de disfunciones sexuales que no se pueden curar con una intervención activa breve. Afortunadamente son relativamente pocos. Los problemas sexuales de este grupo están firmemente vinculados a una psicopatología profunda, individual y de pareja. Sus depresiones son tan hondas, su paranoia tan pertinaz su hostilidad conyugal tan maligna y antisexual, y sus defensas tan rígidas y triunfantes que requieren inicialmente una intervención-

psicoterapéutica más extensa. Esta puede ser analíticamente, tendente a cambiar las actitudes emocionales básicas, o de pareja. La finalidad de la última es resolver los conflictos diádicos o de la pareja profundos, antes de que los pacientes puedan recibir beneficios de la terapia sexual.(7)

CARENCIA DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La mujer anorgásmica no experimenta sensaciones eróticas ni placer sexual. No presenta señales de excitación fisiológica y, por ejemplo, su vagina permanece relativamente seca aunque sea estimulada por su compañero o tenga relaciones con él. Sus actitudes correctas con respecto al sexo varían. Puede aborrecer la actividad de tipo sexual, sentirse neutral, o incluso gozar del contacto físico, pero nada más. Es poco común la mujer totalmente carente de respuesta, y esto es afortunado porque es difícil de tratar. La carencia general de respuesta, particularmente cuando es primaria, es decir, que la mujer no ha reaccionado nunca ante ningún hombre y en ninguna situación tiene, entre todas las disfunciones, la peor prognosis en lo que concierne a la terapia breve. Esta prognosis mejora mucho si la mujer ha reaccionado en otras situaciones, y carece actualmente de respuesta con su pareja. Sin embargo, incluso en una anorgasmia emocional, situacional, es necesaria con frecuencia una prolongada psicoterapia antes de que la paciente se torne receptiva a la terapia sexual y logre un buen funcionamiento. Pero incluso en esta severa disfunción, que suele requerir la resolución previa de tenses conflictos inconscientes, intrapsíquicos y de pareja, las tareas sexuales prescritas desempeñan un importante rol terapéutico.

A veces, no se emplean mientras la paciente no ha resuelto sus conflictos básicos por medio de la psicoterapia; otras, los ejer--

ricios concurren con la psicoterapia para facilitar la rápida resolución de los obstáculos que se presentan en el curso del tratamiento.

Quizá se posible formular la dinámica básica de la carencia de respuesta en la forma siguiente: La mujer alberga un conflicto inconsciente acerca de permitirse sentir placer sexual con un hombre. En apariencia, no hay un conflicto específico en este trastorno, sino profundos temores edípicos a sufrir traumas, hostilidad hacia los hombres en general o específicamente hacia su pareja, miedo al rechazo si se deja "llevar", ansiedad por su desempeño, culpa erótica, y demás. Las defensas contra estos conflictos son la causa específica de su incapacidad de respuesta. O evita recibir el estímulo adecuado, o bien prohíbe realmente a su amante que la estimule, o erige defensas perceptuales contra el goce de dicho estímulo. Literalmente, no se concede sensaciones eróticas; no se permite, de manera inconsciente, una respuesta, ni el abandono a la experiencia sexual.

DISFUNCION ORGASMICA FEMENINA

Debe hacerse una clara distinción entre la mujer que carece totalmente de respuesta y aquella que posee capacidad de respuesta, aza de las sensaciones eróticas, y presenta buena reacción vasocongestiva, pero experimenta una dificultad de grado variable para alcanzar el orgasmo.

En el pasado, ambos casos se habrían considerado como un único-- transtorno y ordenado bajo la clasificación común de "frigidéz". Esto es un error, porque si bien ambos síndromes tienen mucho en común, se superponen en cierta medida, son producto de distintos, mecanismos subyacentes y se tratan con procedimientos algo diferentes, según su origen.

La definición de la disfunción orgásmica es un tema de controversia, porque aún no se han determinado la extensión normal ni los-- límites de la respuesta orgásmica femenina. El orgasmo es un reflejo. Todos los reflejos tienen cierta gama de distribución de umbrales, es decir, que algunas personas sólo requieren para mover la pierna un leve toque, en la rodilla, y otras, no responden hasta que reciben un buen golpe en el tendón patelar. Ambas son perfectamente normales; el aparato neural que transmite el reflejo está intacto. El umbral de un reflejo puede también ser modificado por otros factores, como la inhibición psicológica, las drogas y los estados emocionales. Por ésta razón, a veces es preciso distraer a un paciente nervioso con un apretón de manos para que el médico pueda observar el reflejo. Estas mismas consideraciones, se pueden aplicar al reflejo orgásmico femenino, si bien ignoramos los límites normales de éste importante reflejo.

Clinicamente el orgasmo femenino parece distribuirse en una curva con forma de campana.

En un extremo se encuentran las mujeres que jamás han llegado al clímax. Siguen aquellas que necesitan un intenso estímulo del clítoris a solas y sin ser "molestadas" por un compañero. Las personas que necesitan estímulo directo del clítoris, pero pueden alcanzar, en un momento dado el clímax con su cónyuge, ocupan la zona central de la curva. También están cerca del centro las mujeres que pueden llegar al orgasmo con el coito, aunque sólo después de largo y vigoroso estímulo. En la zona superior están las mujeres que sólo requieren una breve penetración para alcanzar el clímax y en el extremo inferior aquellas que pueden lograr el orgasmo sólo con el estímulo de sus mamas y/o con la mera fantasía. Todo el mundo está de acuerdo acerca de los criterios de normalidad y patología en las regiones extremas del continuum orgásmico. Obviamente, la mujer totalmente anorgásmica, es decir, la que nunca ha llegado al orgasmo, está inhibida y necesita tratamiento. También es evidente que la mujer que en el coito se muestra fácil y rápidamente orgásmica es normal. La controversia se plantea en las zonas medias del espectro del umbral orgásmico.

Algunos trabajadores en este campo, entre los cuales se incluye al autor, consideran que las mujeres que llegan al orgasmo con sus cónyuges por medio del estímulo clitoriano son normales. Otros consideran anorgásmica a toda mujer que no alcance el orgasmo por medio del coito, aunque tenga gran capacidad de respuesta y múltiples orgasmos.

mos ante el estímulo del clitoris en presencia del ómnuyge. Los - datos asequibles actualmentes son insuficientes para resolver definitivamente esta controversia.

Empíricamente y mientras no poseamos pruebas definitivas, procedemos en la forma siguiente. Tratamos sin excepción a todas las mujeres que se quejan de dificultades orgásmicas, ya sean coitales o absolutas. La mujer totalmente anorgásmica presenta un problema - clínico especial. Las perspectivas de aprender a tener orgasmos mediante la terapia sexual son excelentes. También se acepta tratar a las mujeres que no llegan al orgasmo mediante el coito porque con frecuencia resultan beneficiadas por la terapia. En algunas mujeres el estímulo del clitoris parece ser el sistema normal de reacción , y tanto ellas como sus parejas sólo necesitan seguridad y asesoría. Para otras la carencia de orgasmo en el coito es producto de de la inhibición o de una técnica inadecuada, y también este conjunto de pacientes suele alcanzar la finalidad deseada mediante la terapia sexual. Estas dos variedades del síndrome disfuncional orgásmico, - presentes en la mujer totalmente carente de orgasmo, y en la que no lo alcanza en determinadas situaciones, plantean problemas clínicos diferentes. (5)

VAGINISMO

El vaginismo es un trastorno que impide las relaciones sexuales, porque el intento de penetración vaginal causa una contracción espástica involuntaria de la entrada de la vagina. Es relativamente raro, y su respuesta a la terapia sexual es excelente.

Las evidencias sugieren que la patología esencial de este disturbio es una reacción condicionada de los músculos que resguardan el vestíbulo de la vagina. Aparentemente, estos músculos pueden ser fácilmente condicionados para responder con un intenso espasmo.

El estímulo no condicionado causante del vaginismo puede encontrarse en cualquier fuente de dolor asociada con la penetración. Se ha asociado con el origen y perpetuación del vaginismo las enfermedades físicas, los aspectos psicológicamente dolorosos como el miedo y/o la culpa conscientes o inconscientes, los ataques sexuales traumáticos; en ocasiones no es posible identificar la causa traumática. El vaginismo debe diferenciarse de la obstrucción física de la abertura vaginal, y también del simple temor fóbico a la penetración.

Sólo puede diagnosticarse mediante el examen de la pelvis. (5)

VIDA SEXUAL SANA

Todos estaremos de acuerdo en la necesidad de una reseña sobre - el tema de la sexualidad, pues en vez de una limpia y amplia expli cación sobre la sexualidad, se ha derivado en ocasiones hacia una grosera pornografía.

La educación sexual es necesaria, indispensable, pues habrá de encau sarse el desbordamiento que una mala entendida idea sobre libertad de prensa y expresión han producido. Además de que la mayoría de lo publicado es demasiado científico y cae fuera del ámbito mayoritario o fácilmente sigue el camino de lo pornográfico. La psicología de - los sexos, la eterna relación hombre-mujer, los aspectos sociocul- turales de la sexualidad, sus aspectos literarios e históricos así como higiene sexual, etc., resulta tan evidente que no necesita - de justificación.

La sexualidad, obviamente, es una parte fundamental de la persona, - como consecuencia, parte importante en el equilibrio de toda manifes tación personal, o personalidad. Los sistemas represivos y el pro - pio miedo del individuo a reconocerlo han dificultado temerariamen te esta aseveración. Para ser contundentes, se dice que la sexuali dad es la puerta de entrada al conocimiento de sí mismo y del otro y que la cópula puede ser una de las formas más completas y apasio nadas del diálogo interpersonal.

La sociedad puritana ha dejado una herencia maligna sobre lo que -

podemos entender hoy como la salud sexual. También es verdad que en pocos años hemos pasado, con ritmo acelerado, a lo que muchos definen como el lado opuesto de la repretición sexual: la peligrosa liberalidad. Pero, como iremos viendo y documentando, los únicos peligros del sexo están en su desconocimiento profundo y acaso en su desaprovechamiento en toda manifestación amorosa.

Si escuchamos lo que se dice comunmente resepecto a la vida sexual oiremos que para algunas personas el sexo es lo menos influyente y aún nulo en ese conjunto que es la personalidad humana, mientras que para unos pocos lo es casi todo. Naturalmente que existen otros y muy diversos factores primordiales que conforman esa personalidad, pero la sexualidad no es ajena a ninguno de ellos. De hecho, mucha de la gente que por una y otra razón menosprecian la sexualidad le están dando gran primacía en su comportamiento cotidiano. Es algo - que cuando se profundiza, se puede constatar.

Para calibrar la importancia del sexo en el ser humano tendremos - que tomar en cuenta, fundamentalmente, las siguientes dimensiones:

- 1) La edad. Es obvio que la edad del individuo será determinante en su comportamiento sexual, y que cada etapa de la vida estará presidida por una determinada conducta o necesidad. Pero la sexualidad, acompaña al hombre desde el útero materno hasta el final de su vida. Ignorar este dato sería caer en el más grave error.

- 2) El género masculino y el femenino. No tendría que ser éste un punto a considerar, pero la historia de la humanidad ha discrimina

do salvajemente la sexualidad femenina y eso conlleva unas consecuencias que también habrán de estudiarse (1). Para la mujer, el sexo (en su acepción física o sentimental) es ahora más importante - que para el varón de la cultura occidental. De hecho, la nota más importante que para el varón de la revolución sexual es la incorporación de la mujer al reino de Eros, en igualdad de condiciones.

3) La cultura o nivel social. También es un determinante del comportamiento sexual. La cultura supone atañe necesariamente a la educación sexual, aunque no siempre se haya demostrado. Y del mismo modo, la estratificación social tiene mucho que ver con las formas de conducta del individuo en cuanto hace relación a su vida sexual.

4) La influencia religiosa: En cada conducta sexual está presente, y de manera contundente la influencia religiosa, bajo un signo u otro. A la hora del análisis hay que contar con los factores religiosos represivos que han constreñido al sexo y al sentido del placer. Podemos añadir que ha habido culturas más libidinasas que otras, - sociedades más permisivas que otras, pero, en definitiva, ha sido, y será la civilización quien ha exigido de alguna manera el sacrificio o quien ha impuesto sus leyes; la regulación del sexo, en aras del poder universal, militar, económico, o tecnológico.

5) Andropausia y Menopausia: De manera irrefutable podemos considerar el deterioro normal del sistema hormonal del hombre y de la mujer con su consecuente pérdida física y mental de capacidades - respecto a la sexualidad, ya bien comprobada científicamente (6).

6) Enfermedades crónicas degenerativas: De todos es bien conocido - enfermedades como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial - Sistémica, etc., menoscaban la respuesta sexual humana ya sea por - sus efectos sobre el sistema nervioso periférico, responsable de - la inervación de músculos y órganos responsables de la RSH o por - efectos secundarios de los fármacos que se administran para su con - trol como el caso ya bien conocido de la alfa metildopa y su conse - cuente disminución de la libido y depresión.

En la lucha por la "supervivencia" el sexo es una pausa, una tregua. El análisis existencial demuestra que si bien el hombre necesita - del hombre, la primera reacción ante un desconocido es de cautela, de temor. El deseo sexual rompe este temor, esta actitud hostil y, como también ocurre en los animales, trueca la repulsión por lo - más bello de la relación: La atracción mutua.

7) Hacinamiento: De todos es bien sabido que para que se estable - ca una adecuada relación interpersonal y un coito gratificante pa - ra la pareja, es necesaria la intimidad, donde el lenguaje de los - cuerpos no encuentra distractores como ruido, terceras personas, etc. por lo que habrá de considerarse importante que más de dos perso - nas en una relación sexual son poco deseables, tomando a parte las diferentes expresiones de la sexualidad.

INVESTIGACION PARTICIPATIVA.

Consideramos que la metodología de investigación participativa, propuesta por Gómez Jara, con la cual se pretende que la comunidad detecte elabore y de respuesta a sus problemas, es la que más se acerca a la realidad de la población, conocida como Investigación - Participativa y Directa. Constituye una investigación social sistemática y rigurosa así como experimental para conocer de manera científica a la sociedad. Con éste proceso debemos ir más allá de la pura manifestación cuantitativa aparente e inmediata de la realidad estudiada, se tiene que penetrar a su esencia.(2) (3) (3)

La realidad social como tal, se considera como una totalidad en la cual cada parte existe para y por los demás, que ellas son independientes y relacionadas dinámicamente entre sí, pero también se encuentran conservando su particularidad, Por eso es necesario contar con un método que permita actuar paralelamente a dos niveles, sobre la parte y el todo, que también haga posible la instrumentación de la acción profesional, que va a estar encaminada a la consecución de ciertos fines, sobre la base de la transformación consciente y racional de la realidad social.

El método de Gómez Jara interviene en la realidad íntegra, armónicamente en dos niveles de conocimiento. El operacional y el teórico, en donde ambos se encuentran en una interacción armónica, de

lética, transformadora. Esta metodología se encuentra formada por una sucesión de etapas sistemáticas que tienen un fin determinado, distinguiéndose tres niveles de conocimiento. 1.-Conocimiento externo, 2.-Conocimiento conceptual y 3.- Conocimiento abstracto(3).

Este método reúne las siguientes características:

- A.- Rompe con la parcelación de la realidad en áreas de acción.
- B.- Actúa a nivel de la praxis social pero captando la realidad social que no se puede ni debe fragmentar.
- C.- Permite el conocimiento profesional dirigido a transformar la realidad social y a través de la acción transformarse a sí mismo.
- D.- Consta de 6 fases a través de las cuales se ponen en juego los tres niveles de conocimiento.

PRIMERA FASE SENSORIAL.

Nos lleva a una primera aproximación a la realidad en donde el único instrumento a utilizar son nuestros sentidos, el ver, oír y sentir, sin hechar mano de nuestro marco teórico referencial. De éste modo tenemos un conocimiento superficial de la realidad comunitaria

SEGUNDA FASE INFORMACION TECNICA.

Son los conocimientos e información previa que se va a obtener a través de otros técnicos e instituciones que operan a nivel del área de trabajo, estableciendo así un conocimiento externo de la realidad, por medio del cual podemos conceptualizar, analizar y teorizar.

TERCERA FASE INVESTIGACION DIRECTA Y PARTICIPATIVA.

Se pretende conocer las características generales y particulares de la realidad, romper la pseudoconcreción. Utilizar técnicas que permitan al investigador y a la población conocer la esencia de los fenómenos. Los aspectos a investigar son:

Plano adaptativo: Es el nivel operacional hombre-naturaleza.

Plano asociativo: Es el nivel operacional de las relaciones hombre a hombre.

Plano Psicosocial: Relación de hombre a ideas políticas, todo el campo de las relaciones sociales.

En ésta fase también se continúa investigando, concientizando, movilizándolo e incorporando a la población con técnicas de dinámica de tipo social .

CUARTA FASE DE DETERMINACIONA

Durante esta etapa la información recogida en las tres fases anteriores nos permite elaborar una respuesta más racional, congruente a los problemas detectados, es decir, nos permite llegar a la esencia misma bajo un proceso de sistematización de la información.

Es indispensable en éste período hacer participar a la comunidad en

el análisis de los problemas, a fin de determinar con objetividad las causas inmediatas, mediatas, y lo que tiene repercusión interna o externa, para así hechar mano de los recursos propios e institucionales susceptibles a ser utilizados.

QUINTA FASE DE MODELOS.

En ésta fase se jerarquizan los problemas detectados a fin de seleccionar las alternativas útiles en forma mediate e inmediata es decir, el definir modelos de asistencia productiva, capacitación, movilización y organización que le permita a la población actuar en esa realidad para transformarla, con la base de la autoayuda y cooperación.

Para llevar a cabo tal proceso se necesita claridad, coherencia, dinamismo y verificación constante de los modelos, así como la respectiva contrastación con la realidad en forma permanente. Se deberá actividad dirigida a los contenidos de los modelos ya definidos, implementar, elaborar, y seleccionar las técnicas de trabajo y determinar los recursos a manera de hacer posible su aplicabilidad.

SEXTA FASE DE EJECUCION Y CONTROL

Se inicia la dinámica planteada en los modelos, es una fase de mayor actividad para la población, con técnicas participativas para el trabajo con ellas. Se lleva a cabo el control y la evaluación de la ejecución como del modelo mismo. Los resultados serán valorados posteriormente a la implementación del método de abordaje a la comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conociendo la importancia que sobre todos los hechos de nuestra vida tiene la sexualidad y el notable atraso existente en los procesos educativos e informativos inherentes a ella que condicionan un deterioro importante en el desarrollo integral del sujeto , y de la sociedad en sí , en todas las etapas de su existencia cabría preguntarnos:

¿ DE ACUERDO A LA PROBLEMATICA ESTABLECIDA, EXISTEN DISFUNCIONES SEXUALES, EN QUE PORCENTAJE Y DE QUE TIPO EN LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD DE LA U. H. DE EX-HACIENDA DE ENMEDIO?

HIPOTESIS

EN LA COMUNIDAD DE LA U.H. DE EX-HACIENDA DE
ENMEDIO LAS DISFUNCIONES SEXUALES SE PRESEN-
TAN EN UN ALTO PORCENTAJE. (+ del 80%).

MATERIAL Y METODOS.

CARACTERIZACION DEL ESTUDIO:

DESCRIPTIVO: Por no existir contrastación con otro grupo.

TRANSVERSAL: Por la evolución del fenómeno estudiado.

PROSPECTIVO: Por la captación de la información.

OBSERVACIONAL: Por no existir inferencia del investigador.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION:

La muestra es seleccionada pues debido al tema, fué muy difícil constituir una muestra por métodos convencionales.

- CRITERIOS DE INCLUSION:
- Mujeres que vivan en la U.R. Ex-Hacienda de EnMedio.
 - Que acepten cooperar en el estudio
 - Mujeres entre los 15 y los 49 años de edad.

- CRITERIOS DE NO INCLUSION:
- Mujeres que no vivan en la U.R. de Ex-Hacienda de EnMedio
 - Que no acepten cooperar en el estudio
 - Mujeres menores de 15 años y/o mayores de 49 años.

DESARROLLO

El presente estudio se realizó en la Comunidad de la U.H. de Ex-Hacienda de EnMedio una de las más recientes aportaciones del -- trabajo comunitario de los residentes de medicina familiar, y conjuntamente con otras comunidades dentro de la zona de influencia -- de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

En un principio fué asignada una residente del segundo año, para iniciar el trabajo comunitario, el día 14 de marzo de 1989 se dió -- inicio con una reunión convocada en el Kinder "Rosario Castellanos" donde se le informó a la comunidad del programa de Fomento a la sa-- lúd y de los objetivos del trabajo comunitario, reuniéndose 25 per-- sonas todas madres de familia de los pequeños que asisten regular-- mente a dicha institución. Cada una de las señoras escribió en un papel su nombre y los temas que le agradería estudiar y el porqué-- de dichas peticiones, al final leímos cada una de dichas peticio-- nes y se realizó un plan de trabajo basado en las necesidades de la comunidad y dando prioridad a los problemas más sentidos, sien-- do el primero "Curso de primeros auxilios". De común acuerdo con -- las señoras se inició con el tema de inyección intramuscular, basán-- donos en una carta descriptiva en la cual se detallan los temas y los objetivos a seguir. El día jueves 13 de abril de 1989 fué pre-- sentado en la comunidad mi compañero, el Dr. José Luis Martínez -- Hernández, residente de 1er. año.

El modelo de Gómez Jara fué el utilizado en el estudio de la comunidad, y que a continuación describimos:

FASE SENSORIAL:

- 1.- Comunidad: U.H. Ex-Hacienda de EnMedio
- 2.- Municipio: Tlanepantla de Baz Estado de México
- 3.- Límites:
 - Al norte con el Río de los Remedios.
 - Al sur con el D. F., Avenida Poniente 152.
 - Al oriente con la Colonia Prado Vallejo y la Colonia Venustiano Carranza.
 - Al poniente con la Colonia Prensa Nacional.
- 4.- La unidad habitacional Ex-Hacienda de EnMedio fué construída - por FOVISSSTE para beneficio de sus trabajadores y se ubica al final de la zona poniente de la colonia Prado Vallejo.

Se compone de 84 edificios de 10 departamentos cada uno, 7 edificios de 6 departamentos cada uno y 4 privados, LA TROJE, EL TINACAL, y la HUERTA construídas como casas triplex (con 11 casas cada una) y LA HERRADURA la cual se compone de 16 edificios con 10 departamentos cada uno, lo que hace un total de 1147 departamentos, todos - hasta el momento habitados.

Tiene 3 calles, la principal es la Avenida de la Hacienda, luego la calle del Casco y por último la avenida Juárez.

Su población aproximada es de 5000 habitantes, predominando los jóvenes.

Cuenta con el servicio de un Salón Social denominado LA CATRA en donde se llevan a cabo cursos de aerobics, karate, gimnasia y todos los eventos sociales como Bodas, graduaciones etc., de los pobladores de la Unidad Habitacional.

Dentro de la Unidad Habitacional se encuentra el Kinder "Rosario - Castellanos", sede de nuestras actividades, una escuela primaria llamada "Juan de Dios Rodríguez Heredia" y el Centro de estudios Teológicos CONALEP, Ascapotzalco. Así mismo se encuentra un centro de salud perteneciente a la S.S.A. el cual otorga atención a la Colonia Prensa Nacional y a la Unidad Habitacional. Se observan varios locales comerciales, no todos funcionando, de los que brindan servicio encontramos una tienda de abarrotes, de ropa, la cerrajería, la vinatería, y una farmacia.

Dentro de la unidad se encuentra el Servicio de Colectivos, el cual cubre la ruta al metro Normal y al metro Ferrería, hasta las 22.00 horas aproximadamente, así mismo cuentan con los camiones de la ruta 100 que pasan por la avenida poniente 152, toda la población cuenta con radio y/o televisión, así como con cableado telefónico, debajo de la CATRA se encuentran 3 teléfonos públicos. La mayoría de los habitantes cuentan con automóvil propio. No cuentan con centros religiosos.

Encontramos varios consultorios privados dentro de la unidad, además de estar en la zona de influencia de la Unidad de Medicina Familiar NO. 20.

La Unidad Habitacional cuenta con todos los servicios públicos, - como agua, drenaje, pavimentación, luz, vigilancia etc.,

FASE DE INFORMACION TECNICA:

Los datos obtenidos así como la colaboración necesaria para la realización de croquis fueron amablemente proporcionados por la Sra.- Ana María Isabel Rodríguez y por la experiencia propia en la comunidad.

Las reuniones se realizaban dentro del "Kinder Rosario Castellanos" aún en período de vacaciones escolares, gracias a la gentileza de la directora del plantel la maestra Delia Martínez. El grupo inició con madres de los pequeños pertenecientes al Kinder para después agregarse 10 a 12 adolescentes de la comunidad.

Como se señaló al principio, el trabajo se inició en base a una carta descriptiva elaborada en base a lo expresado por las señoras de la comunidad. La práctica se llevaba a cabo entre parejas, después de haber sido impartida la teoría por mi compañero y yo, después se les asignaba una tarea alusiva al tema para finalmente evaluarlas por medio de una lista de cotejo.

Hasta que la última hubiese aprobado el exámen, se proseguía con el temario. El martes 20 de junio de 1989 se llevó a cabo un intercambio de experiencias con las integrantes del grupo de Maravillas Ceylán a cargo del Dr. Benito Bautista y la Dra. María Elena Rueda sin embargo nuestra comunidad consideró que para ellas lo más importante era continuar con el curso de primeros auxilios. Las tareas asignadas se anexaron al expediente de cada señora, al final del curso se les entregó la constancia a cada una de ellas que las acredita como promotoras capacitadas en el Curso de Primeros Auxilios impartido en la Comunidad de Ex-Hacienda de EnMedio, durante los meses de abril a octubre de 1989.

Desde el mes de mayo se inició el trabajo de recolección de datos para el presente estudio por medio de entrevistas familiares, siendo éste de manera paulatina, y no siguiendo un cuestionario preestablecido, pues como habrá de entenderse la información solicitada es de difícil obtención debido a la falta de información, restricciones, cultura etc., de cada una de las integrantes del grupo.

A partir del mes de octubre se inició con el curso de Educación Sexual con los siguientes temas: Anatomía de los órganos femeninos y masculinos, Fisiología de los órganos Femeninos y Masculinos, Masturbación, Homosexualidad y Relaciones Pre y Extramatrimoniales. Continuamos con la misma línea de evaluación por lista de cotejo

Finalmente se dió por terminado el curso en diciembre de 1989, con un laboratorio social donde se intercambiaron ideas sobre lo apren dido y opiniones acerca del grupo, del curso y de nuevos temas a tratar.

C U A D R O S
Y
G R A F I C O S

Cuadro No. 1

MUJERES POR GRUPOS DE EDAD DE LA U.H.

EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO D.F.

1989.

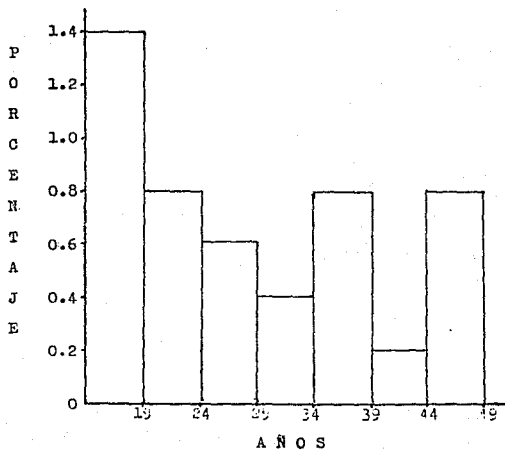
Edad en años	No.de mujeres	%
15-19	7	28
20-24	4	16
25-29	3	12
30-34	2	8
35-39	4	16
40-44	1	4
45-49	4	16
Total	25	100

Gráfico No. 1

MUJERES POR GRUPOS DE EDAD DE LA U.H.
EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO D.F.

1989



Cuadro No. 2

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN ESTADO CIVIL

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.P. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9.

Edo. Civil	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Total	%
Solteras	5	20	1	4	6	24
Casadas	4	16	7	28	11	44
U. libre	3	12	4	16	7	28
Viudas	-	-	1	4	1	4
Total	12	48	13	52	25	100

c/o = Con orgasmo.

s/o = Sin orgasmo.

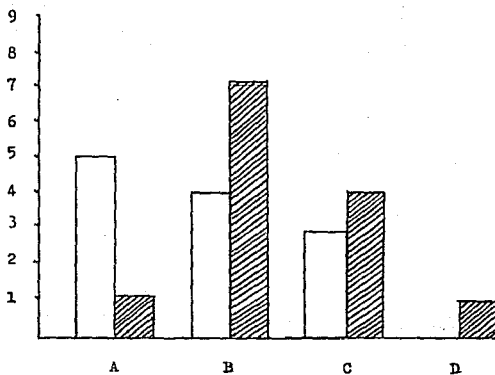
Gráfico No. 2



MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN ESTADO CIVIL

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1989



\square / o = 
 \square / o = 

A = Solteras
 B = Casadas
 C = U. Libre
 D = Viudas

Cuadro No. 3

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN ESCOLARIDAD

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.P. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1989

Escolaridad	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Total	%
Analfabetas	1	4	3	12	4	16
Sabe leer y escribir	-	-	2	8	2	8
Primaria	-	-	10	40	10	40
Secundaria	4	16	-	-	4	16
Preparatoria	3	12	-	-	3	12
Licenciatura	2	8	-	-	2	8
T o t a l	10	40	15	60	25	100

c/o = Con orgasmo.

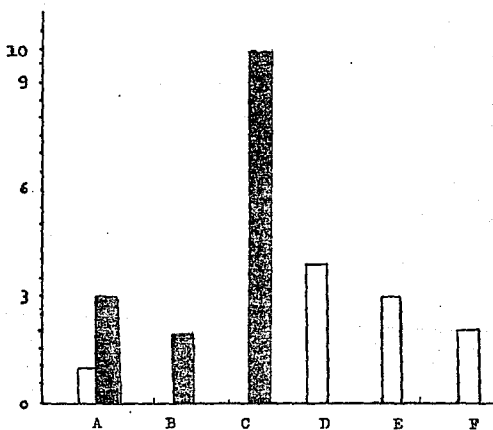
s/o = Sin orgasmo.


Gráfico No. 3


MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN ESCOLARIDAD
 U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9



c/o = 

e/o = 

A= Analfabetas
 B= Sabe leer y
 escribir
 C= Primaria
 D= Secundaria
 E= Preparatoria
 F= Licenciatura

Cuadro No. 4

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN PRESENCIA
O AUSENCIA DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES ,
(DIABETES MELLITUS Y HTA)

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9

D.M. y HTA	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Total	%
Diabetes M.	-	-	3	12	3	12
H T A	1	4	2	8	3	12
S/Patología	10	40	9	36	19	76
Total	11	44	14	56	25	100

c/o = Con orgasmo.

s/o = Sin orgasmo.

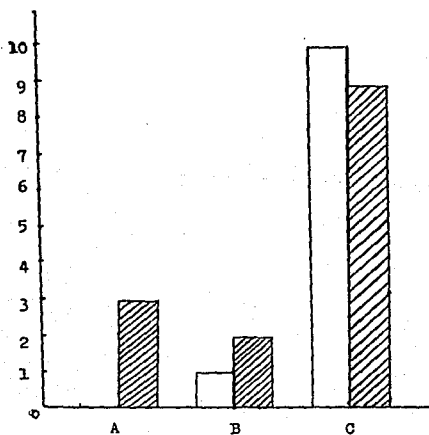
Gráfico No. 4

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN PRESENCIA
O AUSENCIA DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES.
(DIABETES MELLITUS Y HTA)

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9



c/o= 
s/o= 

A = Diabetes Mellitus
B = H T A
C = Sin patología

MUJERES CON O SIN ORGASMO EN PERIODO DE
MENOPAUSIA.

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO

U.M.F. no. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9

Menopausia	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Tot	%
SI	-	-	3	12	3	12
NO	11	44	11	44	22	88
TOTAL	11	44	14	56	25	100

c/o = Con orgasmo.

s/o = Sin orgasmo.

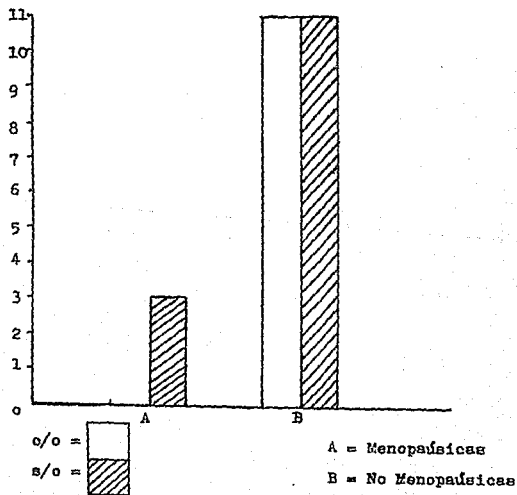
Gráfico No. 5

MUJERES CON O SIN ORGASMO EN PERIODO DE
MENOPAUSIA.

U.H. HABITACIONAL EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1989



Cuadro No. 6

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN RELIGION

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO

1 9 8 9

Religión	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Total	%
Católica	10	40	12	48	22	88
Protestante	-	-	1	4	1	4
s/religión	2	8	-	-	2	8
T o t a l	12	48	13	52	25	100

c/o = Con orgasmo.

s/o = Sin orgasmo.

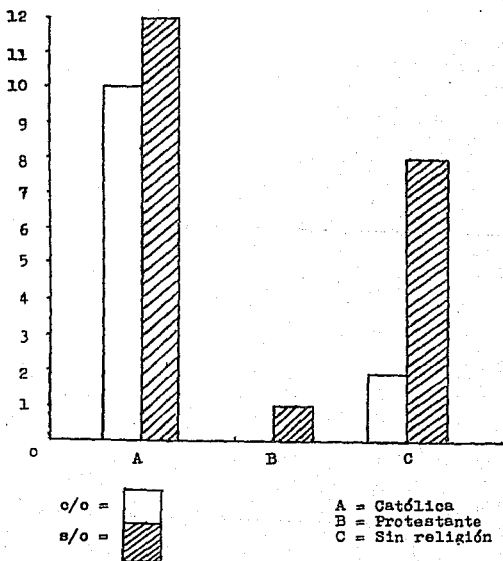
Gráfico No. 6

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN RELIGION

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1989



Cuadro No. 7

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN PRESENCIA
O AUSENCIA DE HACINAMIENTO.

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO , D.F.

1 9 8 9

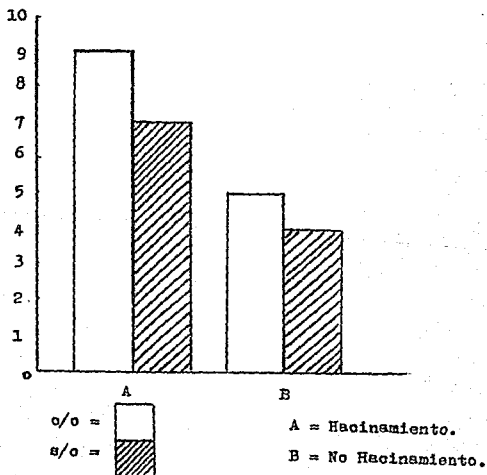
Hacinamiento	M u j e r e s					
	c/o	%	s/o	%	Total	%
SI	9	36	7	28	16	64
NO	5	20	4	16	9	36
T o t a l	14	56	11	44	25	100

MUJERES CON O SIN ORGASMO SEGUN PRESENCIA
O AUSENCIA DE HACINAMIENTO.

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1989



Cuadro No. 8

MUJERES ANORGASMICAS Y ORGASMICAS SEGUN
TECNICA DE OBTENCION DE ORGASMO.

DE ACUERDO A H. S. KAPLAN (5)

U.H. EX-HACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9

Orgasmo	M u j e r e s	%
Anorgasmia	14	56
Orgasmo unicamente por medio de masturbación.	10	40
Orgasmo por medio de masturbación y coito.	0	0
Orgasmo unicamente con coito.	1	4
Total	25	100

Gráfico No. 8

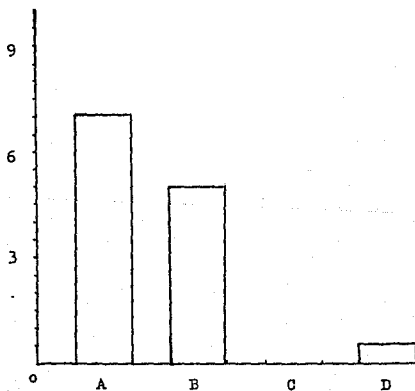
MUJERES ANORGASMICAS Y ORGASMICAS SEGUN
TECNICA DE OBTENCION DE ORGASMO.

DE ACUERDO A H. S. KAPLAN (5)

UH. EX-RACIENDA DE ENMEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS MEXICO, D. F.

1 9 8 9



A = Anorgasmia.

B = Orgasmo unicamente por medio de masturbación.

C = Orgasmo por medio de masturbación y coito.

D = Orgasmo unicamente con coito.

P R E S E N T A C I O N
D E
R E S U L T A D O S

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Las mujeres estudiadas por grupos de edad de la U.H. Ex-Hacienda de EnMedio fueron en total 25, el grupo con mayor número de participantes es el de 15 a 19 años con 7 personas que representa el 28% de la muestra y el grupo con menor número de participantes, únicamente con el 4% es el de 40 a 44 años. (Vid Supra Cuadro y Gráfico no. 1 págs. 56 y 57).

De la muestra estudiada, 11 mujeres son casadas con un 44%, 7 viven en unión libre con un 28%, 6 son solteras con un 24% y por último 1 viuda con un 4%. De las mujeres estudiadas y que están casadas, 4 presentan orgasmos con un 16% y 7 no lo presentan con un 28%, en unión libre, 3 de las mujeres presentan orgasmo con un 12% y 4 no lo presentan con un 16%. Del grupo de las solteras, 5 presentan orgasmo con un 20% y sólo 1 no lo presenta con un 4%. (Vid Supra cuadro y gráfico no. 2 págs 58 y 59).

En cuanto a la escolaridad, 10 personas sólo cuentan con educación primaria con un 40 %, después analfabetas con 4 personas en total y con un porcentaje de 16%, así mismo 4 personas cuentan con educación media con un 16%, con educación media superior sólo 3 con un 12% , 2 personas saben leer y escribir con un 8% y 2 personas cuentan con nivel licenciatura también con el 8%.

De las personas con nivel primaria ninguna presenta orgasmos, con un 40%, con nivel medio (secundaria) las 4 presentan orgasmos con un 16%, de las analfabetas 1 presenta orgasmos con 4% y 3 no lo presen

tan con 12%. De nivel medio superior, las 3 personas presentan orgasmos con un 12%, de las mujeres que sólo saben leer y escribir ninguna presenta orgasmos con 8% y de nivel licenciatura ambas presentan orgasmos con un 8%.

De las mujeres estudiadas, 3 presentaron como enfermedad concomitante Diabetes Mellitus con un 12%, y ninguna presenta orgasmos.

La Hipertensión Arterial sistémica se hizo presente en 3 del total de la muestra con un 12%, 2 de ellas presentan orgasmos con un 8% y sólo 1 no lo presenta con un 4%. El resto de la muestra se encuentra sin patología aparente. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 4 págs 62 y 63).

De la muestra estudiada, sólo 3 personas se encuentran en período de menopausia con un 12%, no presentando ninguna de ellas orgasmo, el resto no se encuentra en dicho período. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 5 págs 64 y 65).

De acuerdo a la religión, 22 mujeres son católicas con un 88%, 10 presentan orgasmo con 40% y 12 no lo presentan con 48%, sólo 1 mujer resultó protestante con un 4% y no presenta orgasmos, también con un 4% de la muestra. Sin religión encontramos 2 mujeres, ambas con orgasmos con 8%. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 6 págs 66 y 67)

En cuanto al hacinamiento, 16 mujeres viven en hacinamiento (Vid Supra página 41), nueve de ellas presentan orgasmo con un 36% y 7 no lo presentan con un 28%, Las 9 restantes representan el 36% de la muestra, 5 presentan orgasmos con un 20% y 4 no lo presentan con un 16%. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 7 págs 68 y 69).

En el último cuadro observamos, de acuerdo a H.S. Kaplan, según técnica de obtención del orgasmo (Vid Supra página 35), que de las 25 mujeres estudiadas, 14 presentan anorgasmia con un 56%, orgasmo únicamente por medio de masturbación 10 con un 40%, orgasmo por medio de masturbación y coito ninguna y finalmente orgasmo únicamente con coito 1, con 4% de la muestra total.

ANALISIS
E
INTERPRETACION
DE
RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Se estudiaron 25 mujeres de la U.H. Ex-Hacienda de EnMedio, cuya participación fué voluntaria, y cuyos resultados no fueron obtenidos por medio de encuestas, sino a través de entrevistas familiares, y fundamentalmente a través de la convivencia durante el año en que se estuvo trabajando en dicha comunidad por medio de los cursos de primeros auxilios y sexualidad impartidos, pues es bien sabido que la información acerca de la sexualidad es de difícil obtención.

Las mujeres fueron distribuidas por grupos de edad de la siguiente manera, obteniéndose los siguientes resultados:

Subgrupo 1: Mujeres de 15 a 19 años de edad con un rango de 4 años con una amplitud de clase de 5 años, con una moda de 16 años y con un promedio de 17 años, representando el 28% del total de la muestra con 7 integrantes. Siendo el subgrupo más grande podemos explicarlo de la siguiente manera: En México, la pirámide poblacional nos indica que en nuestro país abundan los jóvenes, siendo la base y constituyendo el mayor número de habitantes. En nuestra muestra, coincide el número de gente joven en comparación con otras edades.

Subgrupo 2: Mujeres de 20 a 24 años con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, con una moda de 20 años y con un promedio de 21 años, representando el 16% del total de la muestra con 4 integrantes.

Subgrupo 3: Mujeres de 25 a 29 años con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, sin moda, con un promedio de 27 años, representando el 12% de la muestra.

Subgrupo 4: Mujeres de 30 a 34 años con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, con una moda de 31 años, con un promedio de 31 años, representando el 8% de la población.

Subgrupo 5: Mujeres de 35 a 39 años con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, sin moda, con un promedio de 36 años, representando el 16% de la muestra.

Subgrupo 6: Mujeres de 40 a 44 años, con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, sin moda, sin promedio, representando el 4% de la muestra.

Subgrupo 7: Mujeres de 45 a 49 años con un rango de 4 años, con una amplitud de clase de 5 años, con una moda de 45 años, con un promedio de 45 años, representando el 16% de la muestra.

La Desviación Estandar arrojó los siguientes resultados: Promedio de 29.2 años, con una D.E. de ± 10.99 y con una primera D.E. de 18.21 años a 40.19 años. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 1 págs 56 y 57).

De 6 personas solteras(24%), 5 presentan orgasmos, todas ellas por medio de la masturbación y sólo una no lo presenta. 11 personas son casadas(44%0 y 7 (28%) no presentan orgasmos, el resto, 4 (16%) lo presentan cabe la discusión de que en éste caso su cónyuge pudiese desconocer la capacidad sexual de su pareja y/o que ésta no conozca alternativas como la masturbación para procurarse satisfacción sexual. De las que viven en unión libre 3 (12%), presentan orgasmos y 4 (16%) no los presentan, cabría hacer el mismo señalamiento. De la muestra, una persona resultó viuda, sin orgasmos, aún durante la vida de su esposo. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 2 págs. 58 y 59). En cuanto a la escolaridad, se observa claramente que entre menor grado de escolaridad presenta la mujer, menor es su capacidad de presentar orgasmos, aumentando proporcionalmente a partir de la secundaria, preparatoria y licenciatura donde las posibilidades aumentan. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 3 págs. 60 y 61). Se encontraron dentro de la muestra 3 personas diabéticas bajo control médico, y que no presentan orgasmos, 3 hipertensas, 2 de ellas no presentan orgasmos, una sí los presenta. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 4 págs. 62 y 63). Es bien sabido que enfermedades crónico-degenerativas disminuyen la respuesta sexual humana, ya sea por sus efectos sobre el sistema nervioso periférico, responsable de la innervación de músculos y órganos responsables de la respuesta sexual humana o por los efectos secundarios de los fármacos utilizados -

para su control, como es el caso específico del alfa metildopa que produce depresión y disminución de la libido. (Vid Supra págs 40-41) En éste caso el 20% de la muestra afectada de dichas enfermedades, no presenta orgasmos, por lo que la presencia de éstas, es muy importante para una adecuada respuesta sexual y presentación de orgasmos. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 4 págs 62 y 63).

De 25 mujeres, sólo 3, el 12% se encuentra en período de menopausia y de ellas, ninguna presenta orgasmos. Si bien es cierto, que con la menopausia, las capacidades físicas de la mujer disminuyen y/o desaparecen, fundamentalmente la de la reproducción, no podemos hacer a un lado, que la respuesta sexual de la mujer se encuentra hasta cierto punto intacta, y que es la tradición y la cultura, las que la relegan por no "ser una mujer completa". (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 5 págs 64 y 65)

Si bien es cierto que existen religiones extremistas, tanto represivas como muy complacientes, en el caso de la muestra, la religión no influye de manera importante, pues siendo la católica de las más represivas, 10 mujeres católicas (40%) presentan orgasmos y 12 (48%) no lo presentan. (Vid Supra Cuadro y Gráfico No. 6 págs 66 y 67).

El hacinamiento (Vid Supra página 41) es un factor importante en el desarrollo de la respuesta sexual humana, sin embargo en el caso -

de la muestra estudiada no dá resultados concluyentes, pues de 16-mujeres(64%), 9 viven en hacinamiento (36%) y presentan orgasmos y 7 (28%) no lo presentan, 5 con 20% si tienen orgasmos y no viven - en hacinamiento, ésto podría explicarse a partir del nivel socio-- cultural en que las familias se han desenvuelto, teniendo que adap- tarse a las condiciones que su nivel de vida les permite, debiendo- desarrollarse aún en el medio más adverso. (Vid Supra Cuadro y Grá- fico No. 7 págs 68 y 69).

Finalmente presentamos el cuadro en donde según H.S. Kaplan pode- mos englobar la técnica de como las mujeres obtienen el orgasmo - (Vid Supra página 35) encontrando que de 25 mujeres, total de la - muestra, 14 son anorgásmicas con 56%, 10 (40%) lo obtienen median- te la masturbación, y sólo una por medio del coito con un 4%, por lo que podemos concluir que la masturbación es un medio eficaz de proporcionar a la mujer autograticación. Llama la atención que - sólo una persona obtenga el orgasmo por medio del coito, pues sien- do el medio ortodoxo para nuestra sociedad, no se presenta tan fre- cuentemente como era de esperarse.

CONCLUSIONES

- 1.- Podemos concluir que nuestra hipótesis no se ratificó ya que sólo el 56% de la muestra estudiada son mujeres anorgásmicas. (Quizá en otra forma de estudiar la anorgasmia se hubiera encontrado un porcentaje mayor, porque no tomarían en cuenta a mujeres sin pareja sexual, a diferencia del presente trabajo donde incluyo a mujeres sin pareja sexual pero con vida sexual activa, ya que se masturban, obteniendo así el orgasmo, por lo tanto no son anorgásmicas, aumentando el número de mujeres orgásmicas).
- 2.- El estado civil de la mujer no influye en la presencia o ausencia de orgasmos.
- 3.- La masturbación es el medio más eficaz y más usado para procurar a la mujer satisfacción de tipo sexual.
- 4.- Entre menor es el grado de escolaridad, menor posibilidad tiene la mujer de presentar orgasmos, así como a mayor grado de escolaridad, mayor es la posibilidad de obtener orgasmos, por la masturbación o el coito.
- 5.- Las enfermedades como la Diabetes Mellitus y la HTA son decisivas en la respuesta sexual humana femenina y por ende en la presencia o ausencia de orgasmos.
- 6.- La menopausia afecta la respuesta sexual en la mujer. (Desde el punto de vista cultural, más no fisiológico como se sustenta en el marco teórico).
- 7.- La religión no constituye un obstáculo para que la mujer exprese su sexualidad.
- 8.- El hacinamiento no constituye un obstáculo para la expresión de la sexualidad en las mujeres estudiadas, pues en ellas se ha desarrollado y a ella se han adaptado.

COMENTARIO

La obtención de información de un tema que hasta hace poco era - considerado como tabú, no es fácil, al contrario, se debe establecer con la mujer una relación de amistad, favorecer la intimidad , para que información tan importante, tan privada como el hecho de - la masturbación, la anorgasmia afloren y den al investigador una visión de la sexualidad de la mujer lo más cercana a la realidad. Sin embargo, aún después de establecer dicha relación, se debió - proceder con cautela, pues la cultura de nuestro pueblo nos limita- de manera importante, teniendo que conformarnos con los datos que- se nos quieran brindar.

Podemos agregar, que ésta investigación da pie a futuras investi- gaciones en un campo tan vasto y tan mal estudiado como es el de - la sexualidad y que sin duda es la pareja quien debe en conjunto , intervenir en dichos planes, para que sean más verídicas las con- clusiones a las que se llegue.

Finalmente el estudio de la sexualidad impone nuevos retos, no sólo por ser la esencia del hombre sino porque además influye definiti- vamente en el desarrollo intelectual y físico de los seres humanos.

RESUMEN

Se estudiaron 25 mujeres de la U.H. Ex-Hacienda de EnMedio por medio de entrevistas familiares.

Cada una de las participantes fué visitada en su hogar en donde se les entrevistó y se les solicitó que intervinieran en el estudio siendo ésto de manera voluntaria debido al tópicó de nuestro trabajo.

Dicho trabajo es de tipo descriptivo, pues el investigador no interfiere de manera alguna en el curso de la investigación, sólo reporta lo que observa.

Se basó el trabajo en el esquema propuesto por H.S. Kaplan y su campaña de clasificación de la respuesta sexual de la mujer, donde toma en cuenta, desde la anorgasmia, hasta el brgasmó con coito, pasando por la masturbación.

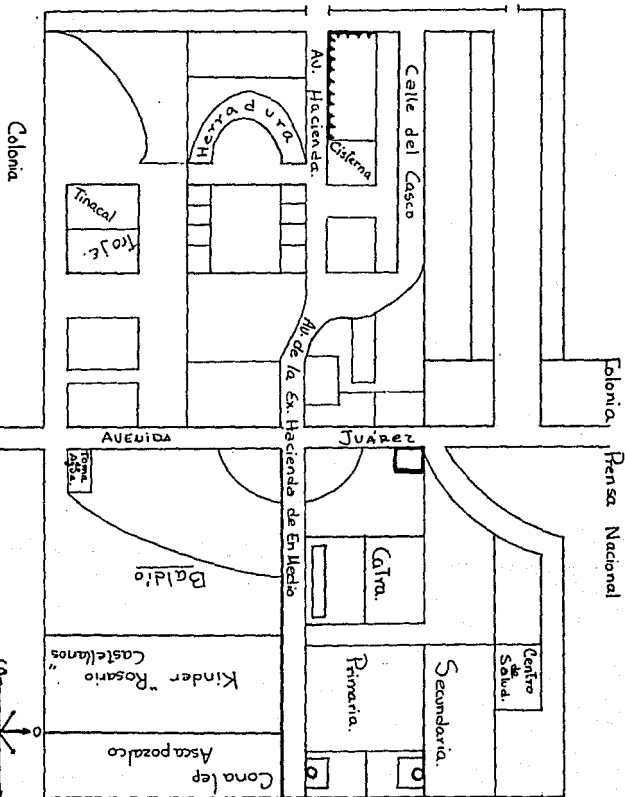
Los datos obtenidos, así como las conclusiones se basan exclusivamente en la muestra, que dicho anteriormente es seleccionada por tratarse de un tema tan difícil de tratar, aún en la actualidad. Algunas de las conclusiones no concuerdan con los conocimientos ya establecidos, y aún considerados como válidos en el marco teórico, pero debemos considerar el nivel socioeconómico de las mujeres estudiadas, y que una muestra al azar pudiese arrojar otro tipo de resultados, así como la obtención de datos por medio de encuestas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ganong F W, Manual de fisiología médica
Editorial El manual moderno. 7a. edición Mex 365 401
- 2.- García R E, Participación de la comunidad de ferrería
en el programa de fomento a la salud a través del
abordaje integral de la familia obesa. tesis IMSS UNAM umf 20
Mex 1987 1989
- 3.- Gómez J F, Técnicas de desarrollo comunitario
Editorial nueva sociología Mex 1977
- 4.- Kaplan S H, Disfunciones sexuales.
Editorial grijalbo 2a edición Mex pp 23 75
- 5.- Kaplan S H, Manual ilustrado de terapia sexual.
Editorial grijalbo la edición Mex pp 87 161
- 6.- López I J, El libro de la salud sexual.
Editorial uve Mex pp 9 117
- 7.- Master J, El vínculo del placer
Editorial grijalbo la. edición Mex pp 37 63
- 8.- Prives M, Anatomía humana
Editorial mir Moscú pp 564 590

A N E X O S

Avenida Oriente 152



Colonia
Prado Vallejo.

Folonia
Pansa Nacional

AVENIDA

JUÁREZ

Bordo del Río de los Remedios.

