

11241
7
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNADINO ALVAREZ

DISEÑO Y PRUEBA DE UN INSTRUMENTO AUTOAPLICABLE DE TAMIZAJE PARA DETECTAR DISFUNCIONES SEXUALES EN LA POBLACION.

TESIS

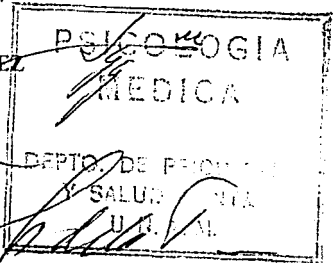
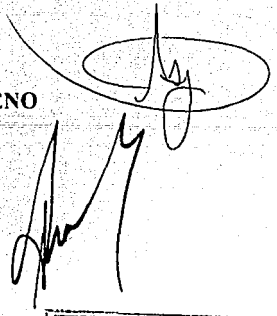
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

PRESENTA: DR. JOSE LUIS GUZMAN MORENO

TUTOR: DR. EUSEBIO RUBIO AURIOLES

ASESOR: DR. GUILLERMO GONZALEZ MENDEZ

MEXICO, D.F., FEBRERO DE 1993.



Dr. Eusebio Rubio Aurioles

1995

FALLA DE ORIGEN



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

	Pagina
INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	3
METODOLOGIA	4
POBLACION ESTUDIADA	7
CRITERIOS	7
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	8
RIESGOS PREVISIBLES E INCENTIVOS	9
ANALISIS ESTADISTICO	10
DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VALIDACION	11
DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA	13
GRAFICAS	14
CONCLUSIONES	27
DISFUNCIONES SEXUALES DE ACUERDO AL DSM-III-R	28
BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS	37

INTRODUCCION

Actualmente, no se cuenta con un instrumento autoaplicable que permita detectar los casos de disfunción sexual en una población que acuda a los servicios de salud.

Este instrumento se podría derivar de los criterios actualizados para conceptuar las disfunciones sexuales y sea aplicable a todo tipo de población.

ANTECEDENTES

Históricamente, los conflictos y disfunciones sexuales se han incluido dentro de la psiquiatría.

Algunos pioneros como Havelock Ellis, Richard Krafft-Ebing y Sigmund Freud se enfocaron ampliamente a la sexualidad humana y posteriormente otros como Kinsey, Masters, Johnson, Kaplan, etc. se han dedicado más intensamente a esta área.

Las investigaciones actuales sobre las disfunciones sexuales reflejan el desarrollo cultural y científico que se han tenido a través de los años, sobre todo en cuanto a los diagnósticos y técnicas específicas de estos trastornos como mencionan González (6) y Rubio (21).

El interés de la psiquiatría en el plano sexual ha aumentado y se le ha dado mayor importancia en la práctica ya que frecuentemente se correlacionan los padecimientos mentales con los sexuales.

Los terapeutas sexuales cuentan con una amplia experiencia en la evaluación clínica del funcionamiento sexual y de la detección de las disfunciones más frecuentes como señala González G. (5). Igualmente, aunque menos confiable, por parte de algunos médicos y psicólogos especialistas, principalmente aquellos que tienen los órganos genitales como su área de

La última categoría se refiere a los instrumentos de autorreporte diseñados exclusivamente para evaluar la función sexual y que no solo detectan la presencia de alteración global de insatisfacción sexual, sino que sean específicos en señalar la disfunción, su modo de inicio y evolución así como su generalización o situacionalidad, elementos clave para establecer un diagnóstico completo dentro de la terapia sexual. Hasta el momento actual, no se contaba con un instrumento que reuniera con estas características.

JUSTIFICACION

Es muy frecuente que en los servicios de salud no se registre dentro de la historia clínica ni en las consultas subsecuentes, la funcionalidad sexual de la población consultante como lo señala VOLLMER (26). Realizarlo por un clínico entrenado en forma continua, sería imposible y poco práctico.

La detección de disfunciones sexuales puede realizarse por medio de un cuestionario de autorreporte por médicos ó psicólogos sin entrenamiento y posteriormente hacer la referencia adecuada a los servicios de terapia sexual correspondiente.

OBJETIVO

GENERAL.-Diseño de un instrumento autoaplicable para detección de disfunciones sexuales en población abierta.

ESPECIFICO.-Realizar el cuestionario

- Validar los reactivos contra entrevista clínica.
- Determinar su confiabilidad.
- Establecer su sensibilidad.
- Corroborar su especificidad.

METODOLOGIA

En base a una entrevista semiestructurada por medio de un clínico entrenado en terapia sexual y siguiendo los criterios del DSM-III-R (ver anexos), en la hoja de tamizaje de la A.M.S.S.A.C. (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.) para el establecimiento de las disfunciones sexuales, se desarrollo un cuestionario que permitiera obviar la tarea del clínico, realizando preguntas específicas acerca del funcionamiento sexual de la persona y que permitiera adicionalmente establecer el tiempo de inicio (para situar si es primaria o secundaria alguna disfunción que se detectara) y la situacionalidad (si es selectiva o generalizada).

Inicialmente, en el cuestionario se describen las indicaciones y el objetivo del mismo para que el paciente decidiera si participaba en el mismo y pudiera llenarlo con facilidad por lo que se le pidió previamente que le diera lectura antes de contestarlo.

Enseguida se encuentran una serie de 10 preguntas que se relacionan con su edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, preferencia sexual, si tiene pareja sexual, el número de parejas que tiene actualmente, la edad de inicio de relaciones sexuales y la frecuencia de coitos por mes.

Por la importancia reportada de la concurrencia de eventos relacionados con el abuso sexual infantil y su contribución hacia actitudes y presentación de disfunciones sexuales en la adolescencia y en la edad adulta como mencionan Mc Cabe (11) y Kaplan HS (8), se decidió agregar este rubro. Así mismo, la violencia sexual se ha relacionado con el inicio de algunas disfunciones como señala Patterson (17) y Kaplan PH (9) por lo que también fue incluida ya que es muy útil tanto en el abordaje diagnóstico como en el terapéutico en general como menciona Rubio (21).

Algunos padecimientos orgánicos ó psiquiátricos pueden influir en el rendimiento sexual (Kaplan HI) por lo que se agregó éste reactivo. Se hizo incapié, en otra pregunta, sobre padecimientos del estado de ánimo ya que es el antecedente más frecuentemente encontrado con relación a las disfunciones secundarias.

Finalmente, interrogamos sobre la demanda que habria de la atención de problemas sexuales y si yá se había comentado con algún médico previamente.

Una vez que se elaboró el borrador del cuestionario, se llevó a discutir con un grupo de especialistas en terapia sexual pertenecientes a la A.M.S.S.A.C.

Se realizaron las correcciones sugeridas.

Se presentó el segundo borrador a una representante de la Coordinación de Investigación de la Unidad Hospitalaria para los ajustes necesarios.

Se solicitó la aprobación del protocolo a la Comisión de Investigación dependiente de la División de Enseñanza del H.P.F.B.A.

Una vez aprobado, se imprimió el material tanto para los cuestionarios como para las entrevistas clínicas.

Se informó posteriormente a la Jefatura del Servicio de Consulta Externa sobre la aplicación del proyecto.

Enseguida se les solicitó su colaboración al personal del Control de la Consulta Externa para que nos proporcionaran la lista de pacientes de primera vez que acudieran al servicio y que nos auxiliaran para entregar o recoger los cuestionarios.

Se les entregó el cuestionario a los pacientes que fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión; así

mismo, se les entregó lápiz con goma para que pudieran llenarlo y se les pidió que se dirigieran con los investigadores para aclarar cualquier duda que se les presentara.

Se recogieron los cuestionarios, verificando que se hubieran llenado en su totalidad.

Posteriormente, se entrevistaron 20 pacientes más por parte de dos investigadores quienes simultáneamente evaluaron las respuestas proporcionadas y determinaron las disfunciones de acuerdo a los criterios del DSM - III - R (utilizando una hoja de tamizaje utilizada en la A.M.S.S.A.C.) y anotando sus diagnósticos independientemente. Igualmente, se les pidió a estos pacientes que llenaran los cuestionarios previamente.

Se integró una clave de reconocimiento interno para la triada de los documentos generados (el cuestionario de autoreporte y los dos cuestionarios de tamizaje) y se archivaron.

Se solicitó el apoyo de un tercer especialista independiente para analizar la información recopilada en los cuestionarios.

Se otorgaron códigos numéricos de acuerdo al DSM - III - R en lo referente a las disfunciones sexuales detectadas tanto en la evaluación clínica como en el autorreporte.

Se hizo una validación de concordancia, dando dos medidas independientes: Una para la indentificación de casos (sensibilidad) y otra para la identificación de la disfunción específica (50%); tipo de inicio (25%) y situacionalidad (25%).

Se confrontaron los resultados detectados por el cuestionario de autorreporte con los diagnóstico vertidos por los clínicos, de acuerdo con las mismas medidas y se emplearon las pruebas estándar de concordancia de Spearman y Kendall para determinar el coeficiente de correlación y la validación estadística.

POBLACION ESTUDIADA

De acuerdo con las estadística de la Jefatura del Servicio de Consulta Externa del H.P.F.B.A., se estima que acuden de 200 a 300 pacientes por día a consultade Lunes a Viernes; como promedio 5 a 10 de estos, vienen por primera vez para elaboración de su historia clínica.

Por medio de la lista proporcionada por el personal del control del servicio, nos enteramos diariamente de estos pacientes y los seleccionamos paulatinamente hasta completar 100 participantes para la muestra del estudio (cuestionario) y 20 más para la entrevista clínica semiestructurada utilizando los criterios de inclusión.

Esta investigación se llevo a cabo durante los meses de Septiembre de 1992 a Enero de 1993.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes que acudieron por primer vez a la Consulta Externa para elaboración de Historia Clínica.
- 2.- Ambos sexos.
- 3.- Mayores de 18 años y menores de 65 ya que a ésta Institución acudieron solo pacientes de edad adulta y menores de 65 por considerar que esta edad en adelante podrían tener mayor dificultad por contestar el cuestionario.
- 4.- Sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- 2.- Pacientes con alteraciones marcadas con alteraciones de la conciencia.
- 3.- Agitación psicomotriz.

- 4.- Pacientes con Retardo Mental Moderado o mayor.
- 5.- Cuando los familiares no autorizarón que el paciente llene el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Pacientes que decidieron no terminar de llenar el cuestionario.
- 2.- Pacientes que no entregaron el documento.
- 3.- Los cuestionarios que no fueron legibles o que no fueron contestadas en su mayoría las preguntas que se plantearon en el mismo.

RECURSOS HUMANOS

- 3 Investigadores clínicos con formación en Terapia Sexual.
- 1 Persona auxiliar del control del servicio (consulta externa).
- 1 Secretaria.

RECURSOS MATERIALES

- 300 Hojas blancas tamaño carta.
- 200 fotocopias.
- 150 cuestionarios autoaplicables sobre funcionamiento sexual.
- 50 hojas de tamizaje clínico de la A.M.S.S.A.C.
- 10 lápices con borrador.
- 1 computadora PC completa con impresora.
- 1 máquina de escribir mecánica.
- 1 búsqueda computarizada.

Las instalaciones de la Consulta Externa (Consultorios y Sala de Espera del H.P.F.B.A.).

RIESGOS PREVISIBLES

Antes de entregarles el cuestionario a los pacientes, se les solicitó su participación en forma voluntaria, haciendo incapié en la confidencialidad, la anonimidad y el objetivo del estudio; ya que al tratar aspectos sexuales podría ser mal interpretado por algunos pacientes ó familiares.

En general no hubo quejas ni problemas en las encuestas ni en las entrevistas.

En ésta investigación no se hicieron procedimientos invasivos ni pruebas farmacológicas.

INCENTIVOS

Los pacientes seleccionados para la muestra no recibieron ninguna remuneración económica.

Se les informó a quienes lo solicitaron, que en base a los resultados del estudio, se podría establecer en ésta Institución una Clínica de Terapia Sexual, donde pudieran acudir las personas que presentaran algún tipo de Trastorno Sexual.

FALLA DE ORIGEN

ANALISIS ESTADISTICO

En cuanto a los 20 pacientes que se tomaron para la entrevista clinica por parte de los investigadores para comparar con los cuestionarios de los mismos; se encontró un Coeficiente de Correlación de detección de casos, según Spearman de 0.98 y de acuerdo a Kendall 0.96 Lo cual establece en general una fiabilidad alta del instrumento lo que obvia la realización de índices de sensibilidad y especificidad para el instrumento.

De acuerdo a los Códigos del DSM-III-R, se encontraron los siguientes Coeficientes de Correlación, según Spearman (*) y Kendall (**):

(302.71) = 0.97 * y 0.94 **

(302.72) = 0.89 * y 0.82 **

(302.73) = 0.94 * y 0.89 **

(302.74) = 0.00 * y 0.00 ** (No se detectaron casos)

(302.75) = 0.88 * y 0.81 **

(302.76) = 1.00 * y 1.00 **

(302.79) = 0.74 * y 0.71 **

DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VALIDACION

Se diseñó un instrumento autoaplicable para la ejecución del estudio descriptivo, se realizó una validación del mismo contra la entrevista clínica realizada por dos especialistas entrenados en Terapia Sexual para la búsqueda de disfunciones sexuales en la población

De acuerdo a las fases del funcionamiento sexual propuestas por Kaplan e integradas en los trastornos correlativos dentro del apartado 302 del DSM-III-R (Spitzer 1987), se estudió la validez de los constructos del cuestionario comparandolos con los criterios diagnósticos de los trastornos sexuales que eran la base de la entrevista semiestructurada.

Dentro de la fase de deseo, se clasifican solamente como disfunciones cuando se deprime o suprime el deseo sexual. En éste apartado al igual que en los otros, se diferenció la temporalidad y la situacionalidad tanto en la entrevista clínica como en el cuestionario. El coeficiente de correlación de acuerdo con Spearman y Kendall fue 0.97 y 0.94 respectivamente.

Las disfunciones por excitación se encontró un C.C. de 0.89 y 0.82 de acuerdo con Spearman y Kendall respectivamente. Es de hacer notar que en un cuestionario se detectó mejor que en la entrevista la situacionalidad y la temporalidad.

En las disfunciones orgásmicas se detectó un C.C. igualmente alto como se puede apreciar en el análisis estadístico. No hubo ningún caso de eyaculación retardada (302.74).

En cuanto a los trastornos sexuales por dolor se encontró un C.C. de 1.00 tanto con Spearman como con Kendall en la dispareunia. No se detectaron casos de vaginismo.

El índice más bajo de C.C. fué en los trastornos por aversión como se puede apreciar en el análisis estadístico por lo que nos obliga a redefinir el constructo del cuestionario relacionado, para mejorar su sensibilidad y especificidad.

De acuerdo con los resultados del instrumento y las entrevistas clínicas, se observó una concordancia con un Coeficiente de Correlación de 0.98 según Spearman y de 0.96 de acuerdo con Kendall. Por lo que en general establece una alta fiabilidad del instrumento, lo que obvia la realización del índice de sensibilidad y especificidad para el instrumento.

DISCUSION DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Concordando con los resultados de la muestra para validación, la resolución de los cuestionarios no presentó problemas para el universo seleccionado en general.

La descripción de la población se observa en los cuadros anexos y muestran que se tuvo una predominancia del sexo masculino (63/37). Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y 53 años con una media de 30 aproximadamente como se puede apreciar en la gráfica II.

En cuanto a la ocupación, se encontró una fuerte predominancia de desempleados y subempleados (ver gráfica IV) lo cual difiere de poblaciones clínicas dentro de otras áreas en individuos que se encuentran en edades productivas tal como se esperaría en los 100 pacientes estudiados.

Se encontró un franco predominio de pacientes solteros (gráfica III) lo cual concuerda con las estadísticas del estado civil de la población psiquiátrica de pacientes adultos (Cobian 5.-).

En cuanto a la religión, se encontró una franca mayoría de católicos, aunque inferior a la que se tiene a la población general (INEGI). El 16% practican otras religiones y el 11% se reportaron sin ningún credo.

La preferencia sexual fue heterosexual (gráfica V)-80%; de homosexuales el 7%, de bisexuales 6% y negaron alguna preferencia el 7% restante. Estas cifras difieren de otros estudios como el que se reporta en El Nuevo Informe Kinsey sobre sexo (20.-).

Solo el 43% tienen pareja estable (gráfica VI), aunque dada la población estudiada es muy probable que algunos de éstos pacientes se refieran al hecho de tener un novio(a) o incluso un amigo(a) pero sin que lleven una relación sexual estable.

Proporcion hombres Vs mujeres

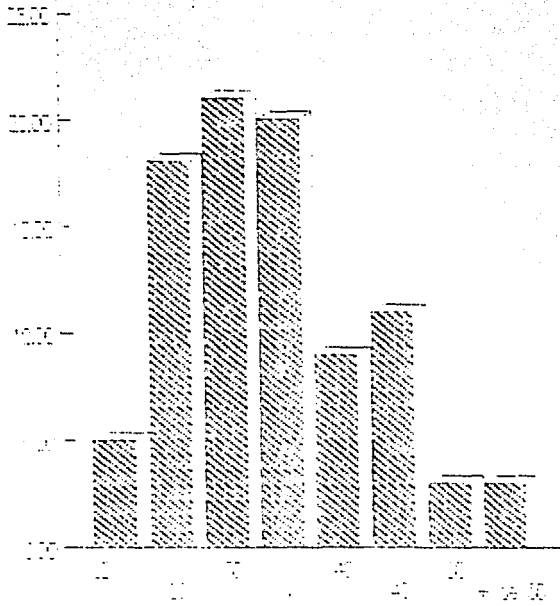
— (Mujeres) —



— (Hombres) —

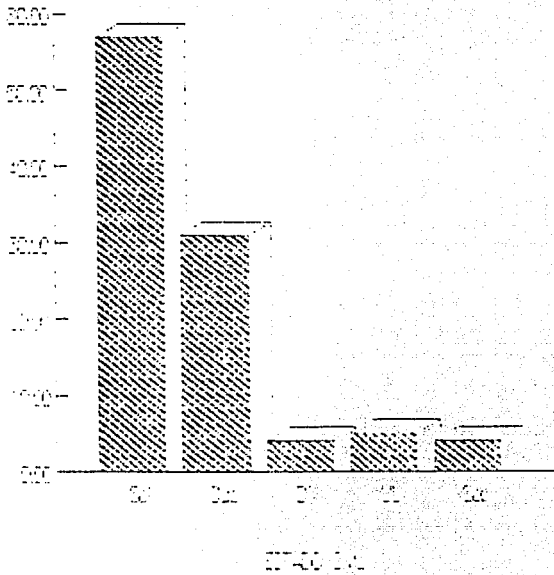
GRAFICA I

Edades de los pacientes participantes



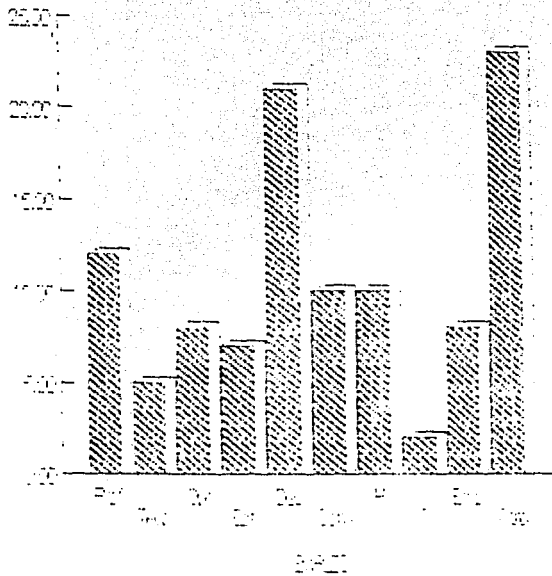
GRAFICA II

Estado civil de los pacientes de la muestra.



GRAFICA III

Empleo de los pacientes de la muestra.



GRAFICA IV

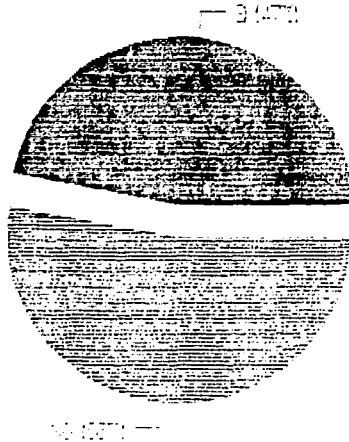
Preferencia sexual de los pacientes de la muestra



GRAFICA V

FALLA DE ORIGEN

Pacientes con pareja estable



GRAFICA VI

FALLA DE ORIGEN

En el apartado referente al número de parejas actuales, se detectó (gráfica VII) que el 40% no tienen pareja lo cual es comprensible por el tipo de pacientes que acuden a ésta Institución. El 51% son monogámicos pero esta cifra se encuentran por abajo de la población general.

La edad de inicio en cuanto a las relaciones sexuales (gráfica VIII) fue en promedio entre los 20 -21 años, el cual es superior a lo observado en otras poblaciones en la que la media es de 17 años. Por lo anterior se infiere que los pacientes de la muestra tienen una escasa socialización y/o vinculación.

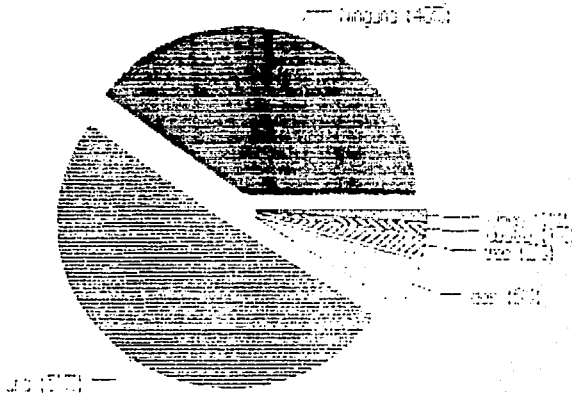
Por otra parte, la frecuencia de coitos por mes que se reportó (gráfica IX) se encuentra muy por debajo de las que describe Bancrofft en relación a la edad pero en poblaciones no psiquiátricas. Igualmente, llama la atención el hecho de que el 24% no tienen relaciones sexuales.

Respecto a las Disfunciones Sexuales propiamente dichas, encontramos que de acuerdo a los criterios del DSM-III-R, se clasificaron de la siguiente manera, siguiendo con los códigos correspondientes.

302.71 DESEO SEXUAL HPOACTIVO.- Se detectaron 23 casos que llenaron los criterios de A y B, y otros 20 casos que solo tenían uno de los criterios y por lo tanto no reunían rigurosamente el diagnóstico. En general, podemos decir que 43 personas reunieron algún trastorno relacionado con el deseo. En cuanto a la temporalidad, observamos que fue una alterción primaria en el 16% (absoluto) y el 37% (relativo) y predominantemente secundaria el 27% (absoluto) y 63% (relativo). Comparativamente, Cobian (5.-) reportó que el 23% de los pacientes atendidos en una clínica especializada tuvieron éste diagnóstico pero no especifica en cuanto a la temporalidad ni en lo referente a situacionalidad.

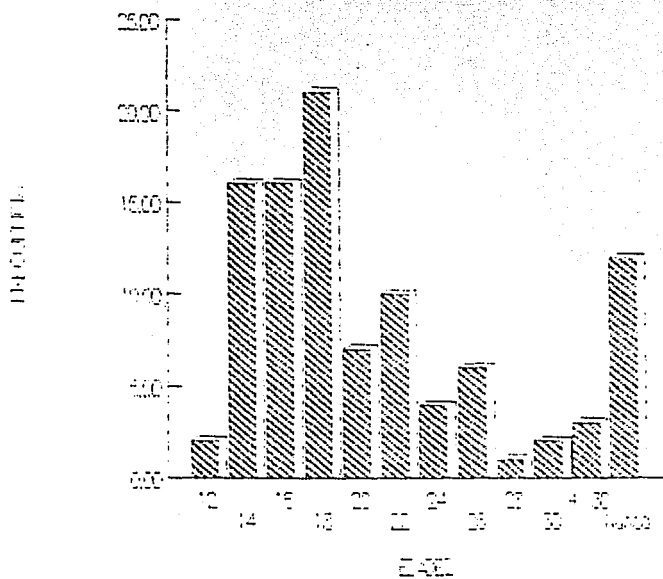
Pacientes con pareja estable

(EN CUANTO AL NUMERO ACTUAL)



GRAFICA VII

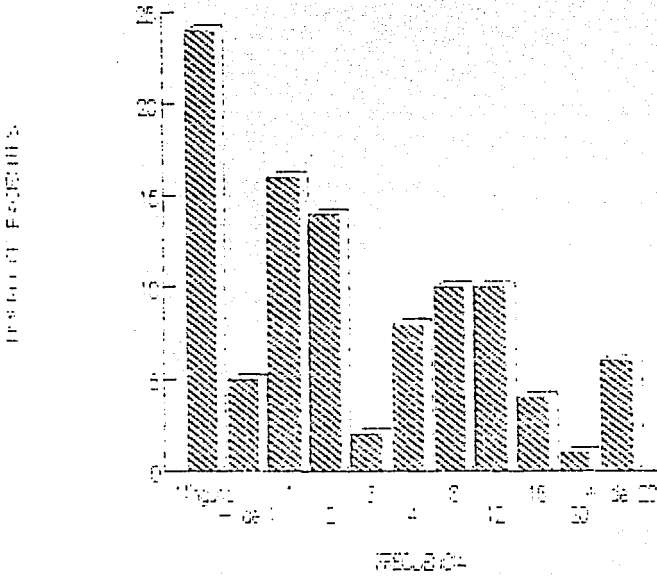
Edad de inicio de relaciones sexuales de los pacientes



GRAFICA VIII

FALLA DE ORIGEN

Frecuencia de coitos por mes de los pacientes



GRAFICA IX

En nuestro estudio cabe mencionar la alta predominancia de respuestas positivas obtenidas de reactivo 4 acerca de un estado depresivo, lo cual, en criterios estrictos submite el diagnóstico sexual al de trastorno afectivo. sin embargo, es cierta la comorbilidad y acepta como entidad clínica en la última Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-10). A este respecto, vale la pena mencionar un reactivo que esclarezca, que fué primero, si la baja del deseo (cierta en los casos primarios) o la depresión (específicamente en los casos secundarios). Sobre la situacionalidad, no fué posible establecer la confiabilidad pues faltaria un reactivo adjunto a las preguntas sobre los criterios diagnósticos.

302.72 TRASTORNOS DE LA EXCITACION (INHIBICION DE LA EXCITACION Y DISFUNCION ERECTIL). - Se detectaron 30 pacientes disfuncionales en el reactivo 8, que marca un problema físico con la excitación (Disfunción Erectil-Lubricación vaginal inadecuada). En cuanto al aspecto subjetivo, 21 pacientes refirieron dificultad para iniciar la excitación (con amplio predominio del sexo femenino) y 22 reportaron problema de Inhibición subsiguiente de la excitación al continuar la actividad sexual (con un moderado predominio del sexo femenino). Se tiene al igual que con el deseo, el problema de mezcla del reactivo de situacionalidad con el de otro diagnóstico, lo que obliga a poner un reactivo específico por cada trastorno de la fase (orgánico y subjetivo). Los problemas de la excitación subjetiva fueron predominantemente selectivos.

302-73 y 302-74 TRASTORNOS DE INHIBICION ORGASMICA MASCULINA Y FEMENINA.- Se detectaron 37 sujetos femeninos con trastornos del orgasmo y 22 masculinos (59% absoluto), de los cuales fueron por su tiempo de inicio: primarios 25 y secundarios 34. Y por su situacionalidad: 46 fueron selectivos y 13 generalizados. A este respecto hay que considerar que la población encuestada en su mayoría presentaban padecimiento Psiquiátrico concurrente unipersonal o con la pareja, lo que pudo haber aumentado la circunstancialidad, y por otra parte la juventud de la muestra se refleja en la escases de la generalización del trastorno. Kaplan

HI y Sadock BJ (7.-) describen Anorgasmia primaria, más frecuente en los solteros que en los casados. La prevalencia de esta disfunción en las mujeres se estima que sucede en el 30% en Estados Unidos.

302.75 EYACULACION PRECOZ.- Se detectaron 19 casos, siendo todos generalizados. A éste respecto podemos comentar que sigue los patrones generales para el grupo etario al que pertenece la población estudiada aunque Cobian (5.-) reporta el 31% de su estudio.

302.76 DISPAREUNIA.- Se detectaron 16 casos, siendo todos situacionales, aunque probablemente en algunos casos se pudieran relacionar con el Trastorno de la Excitación Física, pues la falta de lubricación vaginal produce dolor al momento de la penetración y al continuar el coito. Estos datos son semejantes a los que describen Mc Cary (12.-) y Reinisch (20.-).

302.79 TRASTORNO POR AVERSION SEXUAL.- Se encontraron 24 respuestas afirmativas a este apartado pero habian un importante cruzamiento con la falta de deseo sexual selectivo. Cobian (5.-) reportó el 4% de pacientes con este trastorno solamente.

306.51 VAGINISMO.- Respondieron 7 sujetos afirmativamente en el reactivo 18, sin embargo, creemos que pudiera tener interferencia con el reactivo 5, referente al trastorno de la lubricación, pues la falta de esta pudiera interferir la relación sexual por el dolor provocado al tratar de darse la penetración. La entrevista clínica no detectó ningún caso de vaginismo, por lo que ser conveniente reformular este reactivo para darle mayor especificidad. En su reporte Cobian señala el 2% de pacientes con vaginismo.

Fuera de las disfunciones sexuales se encontraron datos históricos dentro de la muestra de relevancia para la clínica de sexualidad.

En cuanto al antecedente de abuso sexual 24 personas

FALLA DE ORIGEN

refirieron haberlo sufrido durante la etapa previa a la adolescencia, 19 de ella sufrieron un evento de violación sexual y 19 también tuvieron relación con un familiar directo, lo cual podría estar hablando de una muy alta violencia sexual en nuestra población, especialmente en nuestro género femenino y también de una muy alta incidencia de casos de incesto, pues casi siempre las violaciones sexuales venían siendo ejecutadas por familiares directos.

En cuanto a la historia clínica médica, se describieron 24 personas como portadoras de enfermedad crónica, la que podía incluir tanto una enfermedad física (HTA, diabetes) como la propia enfermedad mental (en los casos de esquizofrénicos sobre todo).

De los sujetos encuestados el 61% marcaron que desearían recibir ayuda especializada sobre problemas sexuales o acerca de su sexualidad.

Solo 25% del total habían comentado previamente acerca de su problemática en cuanto a la sexualidad o su funcionamiento con algún facultativo.

De estas últimas cifras se confirma el postulado que dió origen al diseño de este cuestionario respecto de lo poco que se trata o detecta en medios clínicos, las disfunciones o problemas relacionados a la sexualidad.

Finalmente, de la muestra total, 47 pacientes respondieron afirmativamente acerca del reactivo 4 (nimo disfórico depresivo) y en todos ellos faltaría la confirmación mediante el empleo de un instrumento de tamizaje, como podría ser el inventario de la depresión de Beck.

CONCLUSIONES

El cuestionario diseñado para éste estudio resultó en general confiable y válido para la detección de disfunciones sexuales al contrastarlo contra la entrevista clínica del especialista.

El cuestionario tiene problemas de validez en algunos constructos que llegan a traslaparse y por esto pierden sencibilidad (vaginismo y fobia sexual) y que deberán rediseñarse.

El cuestionario tiene algunos problemas de diseño para detectar temporalidad y situacionalidad de los trastornos, se deben completar con más reactivos específicos a cada disfunción.

La muestra de demostró una alta incidencia (presentación de casos nuevos) de trastornos dentro de la función sexual de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta de un hospital psiquiátrico de concentración, del orden de dos terceras partes de la población estudiada.

También se detectaron antecedentes importantes referentes a violencia sexual en forma de abuso, violación o incesto en una cuarta parte de la población estudiada.

Finalmente, la demanda potencial del servicio equipara la presentación de disfunciones dentro de la población estudiada.

DISFUNCIONES SEXUALES DE ACUERDO AL DSM-III-R

La sintomatología esencial de esta subclase es la inhibición de los deseos o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo completo de la respuesta sexual.

Ordinariamente, esta categoría diagnóstica debería aplicarse solo cuando la alteración es una parte importante del cuadro clínico, aunque no constituya parte de la queja fundamental del paciente. El diagnóstico no debe hacerse si la disfunción sexual se atribuye totalmente a factores orgánicos como enfermedades físicas o tomas de medicamentos, ni si es debida cualquier otro trastorno mental del eje I.

En algunos casos, los diagnósticos múltiples pueden ser apropiados, como ocurren en el deseo sexual inhibido (o hipoactivo) y en el trastorno por aversión al sexo.

El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

- 1.-DESEO.- Esta fase incluye las fantasías sobre la actividad sexual y las ganas de tenerla.
- 2.-EXCITACION.-Consiste en la sensación subjetiva de placer sexual va acompañada de cambios fisiológicos. El cambio más importante en el varón consiste en la tumescencia peneana que conduce a la erección. Además, también existe secreción de las glándulas de Cowper. Los cambios más importantes en la mujer son una vasocongestión generalizada de la pelvis con lubricación vaginal y tumefacción de los genitales externos. Además, aparece la llamada Plataforma Orgásmica que es algo así como el estrechamiento del tercio externo

FALLA DE ORIGEN

de la vagina. Hay también vasocongestión de los labios menores, tumescencia de los senos, alargamiento y ensanchamiento de los dos tercios internos de la vagina.

ORGASMO.-Consiste en el punto culminante del placer sexual, con eliminación de la tensión y la concentración rítmica de los músculos del perineo así como de los órganos reproductivos pélvicos. En el varón existe la sensación de inminencia eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen ocasionada por las contracciones de la próstata, las vesículas seminales y la uretra. En la mujer existen contracciones del tercio externo de la vagina.

Tanto en el hombre como en la mujer existen a menudo tensión o contracciones musculares generalizadas como movimientos pélvicos involuntarios.

RESOLUCION.-Esta fase consiste en una sensación de relajación general, de bienestar muscular. Durante esta fase los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un cierto periodo de tiempo. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Las inhibiciones del ciclo de la respuesta sexual pueden radicar en una o más de estas fases, aunque la inhibición de la fase de resolución rara vez tiene una significación clínica primaria. Cuando hay más de una disfunción de tipo sexual deben registrarse todas por orden de significación clínica.

Las manifestaciones particulares de cada una de las disfunciones psicosexuales se señalan en los criterios diagnósticos. En la mayor parte de los casos debe de existir una alteración tanto en la sensación subjetiva de deseo y de placer como en el rendimiento

FALLA DE ORIGEN

objetivo. Más raramente pueden existir alteraciones solo subjetivas, sin signos objetivos de disfunción; o al revés, inhibiciones del funcionamiento sin consciencia de que sean desagradables.

FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES DE ACUERDO AL DSM-III-R

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

Criterios para el diagnóstico del deseo sexual inhibido o hipoactivo (302.71).

A.- Ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan al funcionamiento sexual.

B.- El trastorno no aparece solo en el curso de otro trastorno del eje I (que no sea una disfunción sexual) como la depresión mayor.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por aversión al sexo (302.79).

A.- Aversión extrema, persistente o recurrente hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

B.- Igual que el anterior.

TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL

Criterios para el diagnóstico del trastorno de la excitación sexual en la mujer (302.72).

A.- Se presentan 1) o 2)

1) Fracaso completo o parcial, persistente o recurrente en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual.

FALLA DE ORIGEN

2) Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación sexual y de placer en la mujer durante la actividad sexual.

B.- Igual.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de la erección en el hombre (302.72).

A.- Se presenta 1) ó 2)

1) Fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual.

2) Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual en el hombre.

B.- Igual.

TRASTORNOS DEL ORGASMO

Criterios para el diagnóstico de disfunción orgásmica femenina (302.73).

A.- Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer, tras una fase de excitación sexual normal en el transcurso de una actividad sexual que el clínico considera adecuada en cuanto al tiempo de estimulación, intensidad y duración.

B.- Igual.

Criterios para el diagnóstico de disfunción orgásmica en el hombre (302.74).

FALLA DE ORIGEN

A.- Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual normal. Esta dificultad se limita al orgasmo intravaginal.

B.- Igual.

Criterios para el diagnóstico de eyaculación precoz (302.75).

A.- Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima ó antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR

Criterios para el diagnóstico de dispareunia (302.76)

A.- Dolor genital persistente o recurrente en un hombre o una mujer antes, durante o después de la relación sexual.

B.- La alteración no está provocada únicamente por falta de lubricación o por vaginismo.

Criterios para el diagnóstico de vaginismo (306.51).

A.- Aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere con el coito.

B.- La alteración no está provocada únicamente por un trastorno físico ni es debido a otro trastorno del eje I.

FALLA DE ORIGEN

BILIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN MD, D'ATILIO JP, ANTONI MH, CAMPBELL BM.:
Assesment of erectile dysfunction in diabetic men: The
clinical relevance of self-reported sexual functioning.
J. Sex. Marital. Ther. 17: 191-201 1991.
- 2.- BAHREN W, SCHERB W, GALL H, BECKERT R, HOLSKL-G.:
Effects of intracavernosal pharmacoterapy on self-
esteem, perfomance anxiety and partnership in patients
with chronic erectile dysfunction Eur. Urol. 16:175-180
1989.
- 3.- BROWN A, KENT GG.: Factors associated with the decision
to refer patients with anxiety disorders or sexual
dysfunction. Fam. Pract. 9: 32-35 1992.
- 4.- CARROLL JL, BAGLEY DH.:Evaluation of sexual satisfactiun
in partners of men experiencing erectile failure.
J.Sex.Marital. Ther. 16:70-78 1990.
- 5.- COBIAN S.: Casos atendidos en la A.M.S.S.A.C. Memorias
del 1er. Congreso Estatal de Salud Mental. DIF.
Puebla 290-294. 1992.
- 6.- GONZALEZ G.: Evaluación sexológica y psiquiátrica de los
problemas de la disfunción sexual. Memorias del 1er.
Congreso Estatal de Salud Mental. DIF. Puebla 288-289
1992.
- 7.- KAPLAN HI, SADORCK BJ.: Comphrensive textbook of
Psychiatry Fifth edition. Vol I Fifth edition 1989.
- 8.- KAPLAN HS, La nueva terapia sexual. Alianza editorial
1990.
- 9.- KAPLAN PH.: Post-traumatic stress syndrone and sexual
dysfunction. J.Sex.Marital. Ther. 15: 74-77 1989.
- 10.- MASTER W, JOHNSON V, Kolodny Sexualidad Humana tomo 3.
568.
- 11.- Mc CABE MP.: The contribution of sexual attitudes and
experiences during chilhood and adolescence to adult
sexual dysfunction. Sex. Marit. Ther. 4: 133-141 1989.
- 12.- Mc CARY J, Mc CARY S.: Sexualidad Humana de Mc CARY.
4a. edición 1993.

- 13.- MILAN RJ, Jr, Kilmann-PR, Boland- JP.: Treatment of secondary orgasmic dysfunction. A two- to six-year follow-up. Arch-Sex Behav. 17: 463-480 1988.
- 14.- O'GORMAN - EC, BOWNES IT, DINSMORE WW.: Sexual and marital dysfunction and polypartnerism in sexually transmitted diseases (STD) clinic attenders. IR. J. Psychol. Med. 7: 32-35 1990.
- 15.- O'GORMAN EC, McCAFFERTY FG.: Sexual interest measurements in couples and its relation to sexual dysfunction. Sex. Marital. Ther. 3: 239-243 1988.
- 16.- OLMOS E, TOLEDO F, HERNANDEZ J.: Anguish disorders with agoraphobia and sexual dysfunction. An. Psychiatry. 8: 135-238 1992.
- 17.- PATTERSON DG, O'GORMAN EC.: Sexual anxiety in sexual dysfunction BR. J. Psychiatry. 155: 374-378 1989.
- 18.- PLANTE TG, KERNS RD, YELLING W, HAYTHORNTHWAITTE J.: Using the biopsychosocial model to predict nocturnal penile rigidity in men with erectile dysfunction. J. Sex. Marital. Ther. 15: 247-254 1989.
- 19.- QUINN MM, WEGMAN DH, GREAVES IA, HAMMOND SK, ELLENBECKER MJ, SPARK RF, SMITH ER.: Investigation of reports of sexual dysfunction. Am. J. Ind. Med. 18: 55-56 1990.
- 20.- REINISCH J.: Nuevo Informe Kinsey sobre sexo. 1a. edición 201-214 1992.
- 21.- RUBIO E.: Terapia sexual sistémica. Memorias del 1er. Congreso Estatal de Salud Mental. DIF. Puebla 278-282 1992.
- 22.- RUST J, GOLOMBOCK S, COLLIER J.: Marital Problems and sexual dysfunction: How are they related?. BR. J. Psychiatry. 152: 629-631 1988.
- 23.- SCHIAVI RC.: Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. J. Sex. Marital. Ther. 16: 23-33 1990.
- 24.- SIMPSON WS, RAMBERG JA.: sexual dysfunction in married female patients with anorexia and bulimia nervosa. J. Sex. Marital. Ther. 18: 44-54 1992.

- 25.- VEERECKEN RL.: Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction. Psychosom. 51: 126-134. 1989.
- 26.- VOLLMER SA, WELLS KB.. How comfortable do first-year medical students expect to be when taking sexual histories?. Med. educ. 22: 418-425 1988.

QUESTIONARIO

El presente cuestionario es autocalificable y está diseñado para detectar alteraciones frecuentes de la función sexual. Su objetivo es brindar información para planear los servicios de salud.

Agradecemos de antemano su sincera y valiosa colaboración. Por nuestra parte, aseguramos la confidencialidad de los datos referidos.

Encuadros se plantean algunas preguntas respecto a su funcionamiento sexual durante los últimos 6 meses (si no especifican lo contrario). Encierre en un círculo o complete con la respuesta correspondiente.

Para cualquier aclaración dirijase con los investigadores.

EDAD _____ SEXO: (H) (M) EDO. CIVIL: _____
OCUPACION _____ RELIGION _____
PREFERENCIA HETERO HOMO BISEXUAL OTRA _____
PAREJA ESTABLE SI NO NUMERO DE PAREJAS ACTUALES _____
EDAD DE INICIO Y FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES _____

- 1. ¿HA BAJADO SU DESEO DE TENER SEXO?-----SI-NO-?
2. ¿HA DEJADO DE TENER PENSAMIENTOS O FANTASIAS SEXUALES?SI-NO-?
3. ¿CREE QUE SE DEBA A SU CARACTER?-----SI-NO-?
4. ¿SE HA SENTIDO DEPRIMIDO?-----SI-NO-?
5. ¿DURANTE EL JUEGO SEXUAL SE LE DIFICULTA LOGRAR LA ERECCION O LA LUBRICACION?-----SI-NO-?
6. ¿ESTO LE SUCEDE SOLO EN CIERTAS SITUACIONES?-----SI-NO-?
¿CUALES? _____
7. ¿TAMBIEN LE SUCEDE CON LAS ERECCIONES MATUTINAS?-----SI-NO-?
8. ¿ESTO LE OCURRE DE UN TIEMPO A LA FECHA?-----SI-NO-?
9. ¿SE "PRENDE" (EXCITA)DURANTE EL ACTO SEXUAL?-----SI-NO-?
10. ¿SE "APAGA" (INHIBE) DURANTE EL ACTO SEXUAL?-----SI-NO-?
11. ¿SE "VIENE" (EYACULA) MUY RAPIDO EN EL ACTO SEXUAL?---SI-NO-?
12. ¿SIENTE QUE NO PUEDE "VENIRSE" (LLEGAR AL CLIMAX)?----SI-NO-?
13. ¿SIEMPRE LE HA OCURRIDO ASI?-----SI-NO-?
14. ¿SOLO LE OCURRE BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS?-----SI-NO-?
¿CUALES? _____
15. ¿LE OCURRE CUANDO SE TOCA USTED SOLO/A?-----SI-NO-?
16. ¿SIENTE DOLOR DURANTE EL ACTO SEXUAL?-----SI-NO-?
DESCRIBALO _____
17. ¿LE OCURRE SOLO EN CIERTAS SITUACIONES?-----SI-NO-?
18. SI ES MUJER ¿ES DIFICIL QUE LA PENETREN GENITALMENTE?--SI-NO-?
19. ¿LE ANGUSTIA MUCHO EL CONTACTO SEXUAL?-----SI-NO-?
¿POR QUE? _____
20. ¿SUFRIO USTED ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA?-----SI-NO-?
21. ¿LE HAN VIOLADO SEXUALMENTE?-----SI-NO-?
22. ¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON UN FAMILIAR DIRECTO?---SI-NO-?
23. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?-----SI-NO-?
¿CUAL? _____
24. ¿LE INTERESARIA RECIBIR AYUDA EN ESTE SENTIDO?-----SI-NO-?
25. ¿LO HA COMENTADO CON SU MEDICO?-----SI-NO-?
¿QUE LE SUGIRIO? _____

FALLA DE ORIGEN

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.

Tezoquipa 28, Col La Joya, Deleg. Tlalpan. 14000 Mexico, D.F. Tel. 573-3460

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE. PARA EL CLINICO.

FICHA CLINICA: NOMBRE: _____
 SEXO _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____ RELIGION _____ OCUPACION _____
 LUGAR DE RESIDENCIA _____ TELEFONO _____

Marque con una cruz los criterios presentes.

- ___ Disminución persistente o recurrente de deseo de actividad sexual.
- ___ Disminución o ausencia de fantasías o pensamientos alrededor de temas sexuales
- ___ Evitación continuada del contacto genital, la acción genera angustia
- ___ Lo anterior no se debe a una depresión mayor, o un trastorno obsesivo
- ___ No tiene o pierde una reacción de excitación corporal Fem. lubricación
 Masc. erección
- ___ No tiene o se pierde el sentimiento subjetivo de estar excitado durante la actividad sexual y se ha descartado un trast. afectivo.
- ___ El reflejo orgásmico está ausente, o es difícil de alcanzar aún bajo estimulación adecuada en la actividad sexual.
- ___ El paciente no controla su eyaculación.
- ___ Hay dolor intenso durante la actividad sexual.
- ___ Hay imposibilidad para la cópula, por contracción de la musculatura pélvica (vaginismo).
- ___ Tiene dudas acerca de su sexualidad, o su conducta sexual.
- ___ Siente problemas relacionados a su orientación sexual. Especifique _____

CRITERIOS DE INCLUSION PARA ESTUDIO DE PGE₁.

- ___ Sexo masculino y mayor de 18 años.
- ___ Quejas de impotencia por más de 3 meses, sin erecciones matutinas.
- ___ Heterosexual, con pareja estable (monógamo preferentemente)
- ___ El paciente y la pareja desean la corrección de la impotencia.
- ___ Ambos estarían de acuerdo en participar en el estudio.