

11226
14
28j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Unidad Médica

CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE

"DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

CUAUTLA, MORELOS

**"TRASTORNOS MAS FRECUENTES EN LA RESPUESTA
SEXUAL HUMANA EN MUJERES DEL CONSULTORIO
2 DE MEDICINA FAMILIAR"**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

Dra. Martha Alicia Bernal Flores

FALLA DE ORIGEN



1995



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

UNIDAD MEDICA

CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

CUAUTLA MORELOS

**"TRANSTORNOS MAS FRECUENTES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
EN MUJERES DEL CONSULTORIO 2 DE MEDICINA FAMILIAR"**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MARTHA ALICIA BERNAL FLORES

"TRASTORNOS MAS FRECUENTES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
EN MUJERES DEL CONSULTORIO 2 DE MEDICINA FAMILIAR"
I.S.S.S.T.E.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIDAD EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARTHA ALICIA BERNAL FLORES

AUTORIZACIONES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE
ENSEÑANZA ISSSTE.

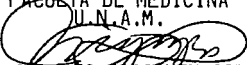
"TRANSTORNOS MAS FRECUENTES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
EN MUJERES DEL CONSULTORIO 2 DE MEDICINA FAMILIAR"
I.S.S.S.T.E.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIDAD EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARTHA ALICIA BERNAL FLORES

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO ARIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

"TRANSTORNOS MAS FRECUENTES EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA
EN MUJERES DEL CONSULTORIO 2 DE MEDICINA FAMILIAR"
I.S.S.S.T.E.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIDAD EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARTHA ALICIA BERNAL FLORES

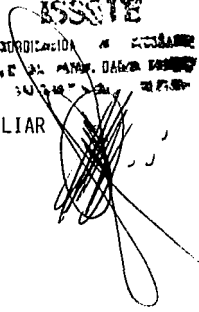
AUTORIZACIONES


DR. CARLOS MORALES VARELA
ASESOR DE TESIS
GINECOOBSTETRA,
ISSSTE, CUAUTLA, MOR.

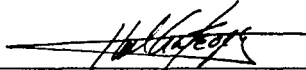

DR. NICOLAS AVILES HERNANDEZ
JEFE DE ENSEÑANZA
ISSSTE CUERNAVACA, MOR.


DRA. ISABEL VALDES JIMENEZ
COORDINADORA DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUAUTLA, MOR.

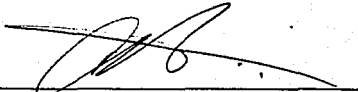



COORDINADORA
DE LA MATERIA
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
LCJ

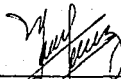
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
JEFATURA DE ENSEÑANZA.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR.



DR. NICOLAS AVILES HERNANDEZ
COORDINADOR ESTATAL DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION MEDICINA FAMILIAR.



DRA. MA. ISABEL VALDEZ JIMENEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESP.
EN MEDICINA FAMILIAR.

I N D I C E

	PAG.
- INTRODUCCION	1
- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO	4
- MODELOS DE ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.	10
- DESCRIPCION DE LOS EVENTOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA	14
- DISFUNCIONES SEXUALES Y SU CLASIFICACION	21
- ETIOLOGIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	25
- FARMACOS Y DROGAS	28
- JUSTIFICACION	30
- HIPOTESIS	30
- OBJETIVO GENERAL	31
- OBJETIVO ESPECIFICO	31
- MATERIAL Y METODOS	31
- ENCUESTA	33
- RESULTADOS	37
- ANALISIS	68
- CONCLUSIONES	71
- BIBLIOGRAFIA	73

INTRODUCCION:

Un tema que siempre ha despertado interés y que ha estado vigente en los grupos humanos de todas las épocas, es el tema de la sexualidad.

Vestigios de su importancia y trascendencia los podemos encontrar en las expresiones más antiguas del arte; la Literatura, la Escultura, la Danza, la Pintura y en las múltiples expresiones de la creatividad humana.

Las mitologías de los pueblos griegos, latinos y antes aún, las alegorías de los sumerios, las teogonías orientales, así como la organización teocrática del pueblo azteca, pueden darnos suficientes elementos acerca de la importancia de la sexualidad en la implicación de la forma de vida de estos pueblos, en la influencia de la educación, en la familia y en la religión.

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos una fuente de placer y aceptación, para otros, la mayoría origina problemas y conflictos de diversa índole. Casi todos los seres humanos viven y actúan sin conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una afectación en la vida individual y social.

La sexualidad es influida desde el periodo prenatal. El sexo y el medio social condicionan la educación, costumbres y expectativas de vida y se reproduce en la vida social, laboral y familiar. Otros aspectos de influencia determinantes son las publicaciones erótico-sexuales abundantes supuestamente de divulgación científica, que refuerzan los grandes mitos y tabúes formados en torno a la sexualidad.

En México, como en otros países latinoamericanos, el sexo y la sexualidad son ocultados y reprimidos a pesar de su presencia constante. Es así como se convierte en un tema tabú del que no se habla y cuando se refieren a él es sólo sobre grandes mitos y tabúes que lo acompañan.

Los niños y niñas crecen sin información científica y objetiva sobre la sexualidad, todo esto contrastando con lo que se da a cualquier otro de los aparatos o sistemas del organismo. Resulta paradójico que se insista en una higiene dental o digestiva y no se considere una sexual, siendo necesario que la educación se de en forma integral tanto en la escuela como el hogar.

Los métodos educativos adecuados a nuestra ideosincrasia se encuentran en proceso de investigación y desarrollo. Los maestros de primaria y secundaria, en el area rural y urbana, deben capacitarse. Diversas investigaciones en varios paises Lief (1976), Burnap y Goden (1967), Alvarez Gayon (1977), han demostrado de no sólo padres, madres y maestros participan de mitos y tabúes respecto a la sexualidad, sino también profesionales del Sector Salud (Médicos, Psiquiatras, Enfermeras, Trabajadoras Sociales), poseen información limitada sobre la sexualidad, basada fundamentalmente en prejuicios y actitudes valorativas.

Es importante que profesionales en las áreas de la salud y social, tengan una información básica en sexología, ya que son las personas con las que primero acuden los jóvenes para aclarar las dudas, conflictos y problemas respecto a su sexualidad. Por otro lado las disfunciones sexuales que se presentan en las persona que tienen una vida sexual activa como la eyaculación precóz y anorgásmia, que por su frecuencia y consecuencia. constituyen un problema muy frecuente en las parejas.

La anorgásmia nos puede originar mujeres frustradas e irritables reflejandose en la casa, familia y sobre todo en los hijos, la mayoría de las veces sin saber porque y manifestándose tan solo como hastio y aburrimiento inexplicable.

Kinsey (1948), demostró que 3 de cada 4 hombres eyaculan antes que transcurran 2 minutos a partir de la penetración. Por otro lado muchos hombres con una formación cultural machista, no saben que la mujer debe tener también orgasmos, o simplemente le restan importancia

considerando sólo su propia satisfacción. Sin duda éstos factores contribuyen a altos porcentajes de mujeres anorgásmicas. En México se presenta en 40 a 45% de las mujeres. La educación inadecuada sobre la sexualidad tiende a perpetuar actitudes sociales que se reflejan en papeles rígidos y estereotipados en ambos sexos, como el machismo del hombre y pasividad y sumisión en la mujer.

Una buena educación sexual a hombres y mujeres ayudará a disminuir la frecuencia de todos estos problemas, por lo que debe capacitarse a todos los profesionales de la salud, ya que son un medio de información científica y detección de disfunciones sexuales en la pareja.

Creemos que por medio de conocimientos apropiados, cada uno de nosotros puede comenzar este viaje para realizarse así mismo, llevando nuestra sexualidad con tanta comodidad como llevamos nuestra piel, con una tranquilidad flexible de poder dar y poder recibir.

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

— *La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre los individuos. No hay otra parte de la vida humana que está en tal grado nublada por mitos y que tenga tanta carga emocional, como la gama de conductas que podamos relacionar con la sexualidad.*

Desde el principio de los tiempos los seres humanos han compartido las mismas inquietudes y se han interrogado sobre muchos misterios en relación a las sexualidad con los que luchamos hoy en día(8).

La sexualidad humana apareció primero como un fenómeno biológico perpetuando la especie, con la aparición del Homo Sapiens, la sexualidad asumió una nueva dimensión, además de perpetuar la especie, se hizo una actividad, que por sí era placentera(11).

En el Antiguo Testamento(8), hace incapie en el sexo dentro del matrimonio, considerandolo una obligación y una alegría que celebra la relación espiritual, además de física entre la mujer y el varón(8).

En la tradición Grecorromana el sexo se hizo secular y ya no un asunto de sacerdotes. La actitud de la época subyacente era el hedonismo. Pablo discípulo de Jesús admitía que el matrimonio era importante para canalizar la pasión y lujuria humana en una relación legítima. Cuando la Iglesia asumió la jurisdicción del matrimonio (hasta entonces el matrimonio había sido todo una cuestión civil), consideraba el sexo, como un asunto grave y pecaminoso(8).

La actitud religiosa de soltería y ascetismo, como forma de vida más deseable, se difundió y dominó gran parte del arte y literatura de los primeros siglos (8).

Este supuesto ideal, de hecho correspondió muy poco a la realidad de la vida cotidiana. En muchos casos, la vida de los sacerdotes y monjas se alejaba mucho de la castidad y el celibato. Al mirar la literatura del siglo XIII se pueden apreciar los secretos de Chaucer en los que hay un humor obsceno y realista acerca de las uniones sexuales (8).

En el siglo XVI, al comenzar la reforma, se criticaban las ideas y creencias (e hipocrecia percibida) de la Iglesia. Las personas comenzaban a viajar largas distancias fuera del hogar y nuevas filosofías y culturas les influyeron.

Del siglo XVI al XVII los protestantes siguieron la tradición hebrea y establecieron el matrimonio como un estado de alegría; se hizo desaparecer mucho el estigma que se había puesto al sexo, y se le acepto dentro del matrimonio; en este periodo del renacimiento se dió rienda suelta al interés en el cuerpo humano y cuestiones sexuales; lo que consta al observar la pintura y la literatura de esa época en donde ^{716 ALEF} crecientemente se aceptaba la belleza del cuerpo.

En la época Victoriana, el sexo era desperdicio de energía, si se sublimaba el impulso sexual, ésta fuerza podría usarse para el trabajo y los grandes logros; las visitas a los museos de arte se conducían por separado para varones y mujeres, para que las pinturas y esculturas de desnudos no se vieran en grupos mixtos.

Los escritores del siglo XIX se ocupaban de las relaciones en forma ascética y simbólica; las personas luchaban más que nunca por suprimir sus inclinaciones naturales, sus sentimientos humanos esenciales, para ajustarse a la actitud manifiesta de esa época.

Al llegar el siglo XX con la primera y segunda guerras mundiales exigió más de la fuerza laboral, ocurriendo un cambio impresionante en los papeles sexuales tradicionales, los largos vestidos y los encajes ya no eran prácticos. Cuando los hombres regresaron de la guerra, habían aprendido que la vida era demasiado valiosa para desperdiciar el tiempo al suprimir uno de sus mayores placeres, el sexo; al mismo tiempo las contribuciones de Freud no sólo hicieron de la sexualidad un tema de estudio y comentario sino que la establecieron como un proceso vital en la formación del ser humano(8).

Actualmente lo que sabemos de la sexualidad ha provenido de muchas disciplinas científicas: de la biología al derecho de la medicina a la sociología. El estudio biológico de la sexualidad se puede dividir en dos categorías: Estudios de la reproducción y estudios de la sexualidad no reproductiva o sea la respuesta sexual humana(8).

La respuesta sexual humana tiene como antecedentes los estudios de Aristóteles, que se basaron en algunas observaciones sobre los cambios que ocurrían en los testículos durante la excitación sexual, a no ser de receptáculo seminal; para la mujer el coito era una carga, las sensaciones y la libertad de reponer sexualmente eran denunciados o negados en ella.

Fué hasta el siglo XX en donde se realizaron varios estudios en los campos Sociológicos y Psicológicos de la investigación sexual donde aparecen muchos pioneros como Henry Haverlock, Sigmund Freud y Alfred Kinsey, por nombrar algunos, que comenzaron a preguntarse porque las personas deseaban la relación sexual, de donde provenía el deseo, y como los deseos pueden satisfacerse.

Las observaciones básicas de Sigmund Freud sobre la Psicología de la sexualidad femenina causaron muchas controversias, ya que sus teorías se fundamentaban desde un punto de vista varonil, y que se derivaron de sus observaciones de mujeres con problemas y conflictos sobre su sexualidad y que acudieron a consultarlo como psicoanalista.

Después en la década final de los cuarentas Kinsey, ilumino el callejón sin salida creado por nuestra ignorancia de lo sexual. Fundó "Institute for Sex Research" en 1947, aún cuando era biólogo las contribuciones principales fueron de tipo sociológico. Sus dos libros *SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN MALE* (1948) y *SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN* (1953), crearon furor en E.U.A., pero señalaron el inicio del campo de la investigación sexual como un estudio científico, legítimo y bien reconocido (8).

Posteriormente en 1964 el Dr. William Masters, Ginecólogo y Obstetra estudió lo que sucede al cuerpo durante la estimulación sexual. Estableció la "Reproductive Biology Research Foundation"; hoy en día "Masters & Johnson Institute" en St. Louis, Missouri. En este centro se estableció en marco para muchos tipos de investigación en el campo de la sexualidad humana. El Dr. William Masters y luego Virginia Johnson, hicieron contribuciones notables y duraderas al conjunto de conocimientos con que contamos hoy en día y que sirven de base para comprender con cierta facilidad los problemas de la respuesta sexual humana, que padecen tanto hombres como mujeres en la actualidad y que es tema de éste estudio.

La respuesta sexual humana, se refiere a una serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano cuando el individuo está bajo la influencia de cierto tipo de estímulos que provocan modificaciones específicas (respuestas) que tiene la potencialidad de desencadenar el orgasmo.

La respuesta sexual humana tiene funciones reproductivas y placenteras. A los estímulos que provoca ésta respuesta se le llama estímulos sexuales.

Es importante señalar que la eficacia de estímulo depende de innumerables circunstancias, la mayoría de ellas subjetivas, es decir, un mismo estímulo aplicado a dos individuos con antecedentes educacionales, culturales, religiosos, etc., diferentes, o bien, el mismo estímulo aplicado al mismo individuo en dos momentos diferentes puede o no resultar efectivo, por eso, la conceptualización del estímulo sexual efectivo debe hacerse en un marco subjetivo(12).

De la serie de eventos (cambios fisiológicos) presentes en la respuesta sexual existen algunos que por su especificidad, aunque no absoluta, se usan para definir operacionalmente los estímulos sexuales; se trata de la erección del pene y la lubricación vaginal. En este sentido un estímulo sexual efectivo será aquel que produce erección del pene o lubricación vaginal en un sujeto rodeado de determinadas circunstancias(12).

Dicho de otra manera, el cuerpo muestra dos respuestas principales a la estimulación sexual que crecen y se resuelven durante las fases del ciclo de la respuesta sexual humana (Masters & Johnson 1966, Kaplan 1979), y son:

La reacción primaria.- Al comenzar la estimulación sexual efectiva, los vasos sanguíneos de los genitales y otras regiones corporales se llenan de sangre para producir aumento de tamaño y cambios de color en los tejidos que intervienen. Este aumento del riego sanguíneo de ciertos tejidos se llama VASOCONGESTION(8).

La reacción secundaria se llama miotonía.- Es el aumento de la tensión muscular a consecuencia de la estimulación sexual.

El sujeto reacciona a la estimulación sexual al mostrar vasocongestión y miotonía en aumento, que alcanza un punto máximo de intensidad durante el orgasmo. El orgasmo es el momento en que el cuerpo en forma involuntaria "se liberan" de éstos estados fisiológicos, los músculos se relajan y los vasos sanguíneos se vacían.

Desde el punto de vista fisiológico, los estímulos sexuales pueden ser clasificados en dos grandes grupos: Los estímulos reflexogénicos y los estímulos psicogénicos.

Estímulos reflexogénicos.- Son los que producen respuesta sexual integrando un arco reflejo relativamente corto, se clasifican aquí todos los

estímulos que activan las terminaciones nerviosas del área genital, las zonas que le rodean así como las víceras cercanas con la vejiga o el recto. La mayor parte de éstos estímulos son de tipo táctil, la información viaja hacia la médula sacra donde puede integrarse al arco reflejo, la información viaja de regreso al área genital donde aparecen los eventos. Sin embargo, el arco reflejo de la respuesta sexual del individuo íntegro es de naturaleza polisináptica por lo que al llegar la información de la médula sacra es enviada hacia centros cerebrales superiores haciendo posible la percepción consciente y placentera del estímulo y la respuesta.

Estímulos psicogénicos.- Son recibidos por todos los otros órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y zonas cutáneas alejadas del área genital), y en la corteza cerebral son interpretados como estímulos sexuales; ahí se generan nuevos impulsos que son enviados a la zona genital y el resto del organismo a través de la médula espinal, y la respuesta se produce. En éste caso se encuentran las imágenes, sonidos, textos, etc., que producen los cambios de la respuesta sexual. Por otro lado los estímulos psicogénicos pueden ser generados en la misma corteza sin necesidad de provenir del exterior; éste es el caso de los recuerdos, fantasías y sueños que provocan respuesta sexual (12).

MODELOS DE ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

MODELO TRIFASICO DE H.S. KAPLAN

La doctora Helen S. Kaplan ha propuesto un modelo trifásico para explicar la respuesta sexual humana. Clasifica cada una de éstas fases por reacciones fisiológicas que son:

- Fase de deseo.
- Fase de excitación.
- Fase de orgasmo.



Estas fases pueden ser explicadas de la siguiente manera: El individuo, encontrándose en estado basal, experimenta cambios en su estado de ánimo, buscando tener satisfacción sexual es decir, entra en fase de deseo; luego el individuo facilita la efectividad de los estímulos que ha creado, a lo que le rodea y empieza a tener cambios específicos (erección del pene o lubricación vaginal según sea el caso) entrando así en fase de excitación; una vez que éstos cambios se establecen completamente el individuo llega a un momento en que la acumulación de estímulos precipita una respuesta breve, interesante, placentera y ocasionando que los cambios de la fase de excitación lleven a que el deseo de más estimulación disminuya; ésta respuesta breve es la fase del orgasmo. Cada una de estas fases tiene componentes fisiológicos, psicológicos y susceptibilidad a la alteración o falla.

MODELO DE MASTERS & JOHNSON

Este modelo divide el ciclo de la respuesta sexual humana en cuatro fases:

- Fase de excitación
- Fase de meseta
- Fase de orgasmo
- Fase de resolución

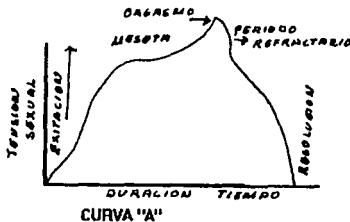
El criterio usado para la proposición de éstas cuatro fases fué el de observar modificaciones anatómicas o fisiológicas en el estado del organismo. No se contemplan en éste modelo la fase de deseo previa a la aparición de modificaciones gruesas observables por los métodos de registro o la observación directa empleados por Masters & Johnson. Ahora pensamos que, de hecho, la fase de deseo también se acompaña de modificaciones fisiológicas pero a nivel de ciertos centros cerebrales que se "activan" o se "desactivan" dependiendo de una variada gama de factores tanto fisiológicos como psicológicos. En realidad los dos modelos no son excluyentes sino complementarios(12).

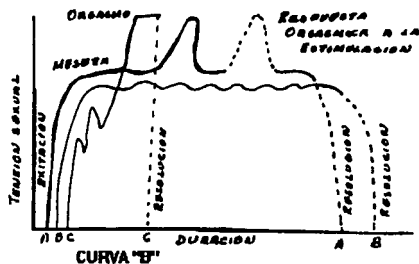
El modelo de Masters & Johnson puede ser representado gráficamente, si se hace una abstracción de todos los cambios observados y se elabora en función de la intensidad de los mismos; se obtiene así el primer parámetro de la curva, denominado tensión sexual; el segundo parámetro es el tiempo. Las curvas de respuesta sexual que se obtienen en ésta forma sirven fundamentalmente para la descripción detallada de cada uno de los cambios del ciclo y, aunque existe una gran variedad individual y circunstancial, éste modelo sigue siendo el más aceptado para fines didácticos, descriptivos y de sistematización.

Existen algunas diferencias entre las curvas de respuesta sexual que se observan en hombres y mujeres; quizá la más importante sea la presencia en el ciclo masculino, denominado período refractario. El

período refractario es un cierto lapso después de la fase orgásmica masculina, en que la aplicación de estímulos que habían resultado efectivos dejan de serlo, y los cambios de la tensión sexual no se vuelven a presentar sino hasta terminar este período, que por cierto tiene gran variación individual y se modifica mucho con la edad del individuo. En la mujer no existe esta condición, por lo que la aplicación de estímulos después de la fase orgásmica, puede precipitar una nueva respuesta orgásmica; ésta es la llamada capacidad multifásica (curva B).

Masters & Johnson describen 3 curvas para la respuesta femenina (ver curva B); sin embargo, la única diferencia manifiesta es la ausencia del período refractario (línea A), las otras dos curvas son condiciones que pueden ser presentadas en el hombre (curva B), la excitación es rápidamente producida y se alcanza el orgasmo tras un breve lapso; en este caso, la resolución también es muy rápida en este patrón de respuesta se encuentra la disfunción masculina llamada eyaculación precoz. Si el patrón es observado en la mujer esto constituye una disfunción sexual (curva B), es una forma de respuesta disfuncionante en la que se alcanzan grados de tensión sexual de la fase de meseta pero no se presenta el orgasmo; aquí la fase de resolución es muy prolongada; cuando este último patrón se presenta en forma persistente, en la condición es catalogada como disfunción sexual (anorgásmia) y aunque de hecho se presenta con mucha frecuencia en la mujer puede también presentarse en el hombre (8).





**CICLO RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER
A, B Y C VARIANTES QUE SE OBSERVAN EN LA MUJER**

DESCRIPCION DE LOS EVENTOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Todos los cambios presentes en el ciclo de la respuesta sexual humana desde el inicio de la fase de deseo, son en última instancia la resultante de eventos fisiológicos básicos, que son como ya se dijo la vasocongestión y miotonía.

FASE DE DESEO

El cambio más importante de esta fase es la aparición del deseo sexual y el fenómeno más evidente es de tipo subjetivo psicológico. el individuo que entra en fase de deseo se muestra interesado en realizar actividades sexuales, receptivo a la estimulación sexual; puede tener sensaciones pélvicas vagas o sentirse en un "estado sexual difuso" sin localizar la experiencia en alguna zona en particular.

El deseo sexual tiene una representación neurofisiológica específica de manera análoga a otros apetitos humanos como el hambre, el sueño, etc. Se piensa que la aparición del deseo sexual se debe a la activación de ciertos centros localizados en el encéfalo. Se han localizado centros de activación y de desactivación del deseo sexual en el sistema límbico, el hipotálamo y la región preóptica. Se cree que existen neurotransmisiones que activan el deseo sexual y otros que los desactivan; la serotonina es un neurotransmisor central que se piensa actúa como inhibidor del deseo sexual en el humano. También sabemos que la activación de estos centros requiere la presencia de andrógenos, tanto en la mujer como en el hombre.

Por último, sabemos que la presencia de determinadas enfermedades como la Diabetes Mellitus así como factores de tipo psicogénico pueden interferir con la fase de deseo, condiciones tales como el stress o la depresión hacen menos probable la aparición del deseo sexual.

FASE EXCITACION

Puede ocurrir estimulación en la fase de excitación por un recuerdo, olor o fenómeno visual; el estímulo físico, como tocamiento, caricia o beso. Muchas personas experimentan culpa cuando la fotografía de una revista o película u otro ser humano los estimula en lo sexual, en especial si la persona es cónyuge de otro o no es una pareja sexual aceptable en el aspecto cultural. No obstante, todo mundo puede ocultar los sentimientos eróticos placenteros que se experimentan de esta forma. Las fantasías y sentimientos sexuales en general no lastiman a nadie. Lo nocivo puede ser la culpa que se experimenta. La capacidad de gustar de sentimientos eróticos en la intimidad de la mente es un testimonio de nuestra humanidad, y deberá disfrutarse.

El escarceo y el magreo es la estimulación corporal que a menudo precede a la cópula, y es por lo regular un factor importante para crear la tensión sexual suficiente para extender la respuesta sexual humana de una fase del ciclo a la siguiente. Masters & Johnson (1966) llaman a éste fenómeno "estimulación sexual eficaz". Si bien el juego sexual termina en el orgasmo, es una tontería decir que este juego sexual debe terminar en el orgasmo para que no sea dañino en lo físico. Algunas parejas, cuando no se interesan en la cópula, evitarán en absoluto los frotamientos o la estimulación; no obstante, el juego sexual puede disfrutarse en si mismo.

Durante la fase de excitación comienzan a ocurrir varios cambios en el cuerpo a consecuencia del aumento de la vasocongestión y miotonía. En estos cambios afectan todo el cuerpo y no sólo los genitales.

La primerísima reacción de la mujer a la estimulación sexual eficaz es la lubricación vaginal. En el transcurso de 10 a 30 segundos después del inicio de la estimulación la pared vaginal produce gotitas de líquido que a la postre se fusionan y forman una cubierta brillante sobre toda la vagina. Esta reacción de "sudación" no se produce por glándulas sino antes bien es consecuencia de la dilatación de las venas que están incorporadas a la pared de la vagina. En un tiempo se creía que la

lubricación se produce en las glándulas de Bartholin y/o Skene (parauretrales). Los datos recientes sugieren que por lo menos en el parto, la reacción de sudación tal vez se debe a glándulas y conductos alrededor de la uretra. Estas estructuras se llaman glándulas prostáticas femeninas (Sevely y Bennett 1978). A medida que la vagina se lubrica, los dos tercios internos, de éste conducto se alargan y ensanchan. A la vez las paredes de la vagina muestran un claro cambio de color y se hacen violeta obscuro.

La primera respuesta del hombre a la estimulación es la erección del pene. Si bien la erección es una respuesta de vasocongestión inmediata, puede transformarse con facilidad por estímulos no sexuales. Algún ruido fuerte (cuando alguien golpea la ventanilla de un coche), los cambios de la iluminación y otros estímulos extraños al medio pueden producir la flacidez del pene.

En la mujer, las mamas reaccionan a la estimulación en la fase inicial por erección de los pezones, reacción causada por contracción involuntaria de las fibras musculares en los pezones. Los cambios de los labios mayores durante la fase de excitación varían según la paridad de la mujer. En las mujeres multiparas los labios mayores se adelgazan y aplanan contra el periné por lo que casi desaparecen. En las mujeres multiparas, los labios mayores se congestionan notablemente. En el hombre el escroto se pone tenso y se engrosa. A la vez ambos testículos se elevan hacia el periné a medida que se contraen los músculos que se asocian con los cordones espermáticos. Los labios menores de la mujer se hinchan a medida que se llenan de sangre. Esta hinchazón a la postre sirven para alargar la vagina.

El clitoris, es el único órgano de la anatomía humana que funciona exclusivamente como receptor de estímulos sexuales y como sitio donde se percibe el placer sexual, comienza a aumentar el diámetro siendo similar a la erección del pene, no respondiendo en forma tan rápida como el citado.

A medida que progresa la fase de excitación en el cuello y el en cuerpo uterino son empujados poco a poco hacia atrás y arriba, la elevación cervical produce un efecto de succión con topografía transcervical en el plano medio vaginal.

FASE DE MESETA

Al llegar a la fase de meseta se produce una intensa reacción vasomotriz en el área vaginal específica. El tercio externo vaginal incluso el vestibulo vulvar, se distiende con sangre venosa. Esta distensión es tan intensa que la luz del tercio externo del tunel vaginal se producen por lo menos un tercio del tamaño alcanzado en la fase excitatoria. A pesar de que ésta vasocongestión localizada se desarrolla como respuesta involuntaria representa un signo seguro que nos indica que se ha alcanzado la fase de meseta. La vasodilatación del tercio externo vaginal junto a la tumefacción de los labios menores constituye la base anatómica de la experiencia orgásmica. Esta zona de vasodilatación de meseta se ha denominado plataforma orgásmica. Dicha plataforma ayuda a la vagina en su función de receptáculo del semen, al confinarlo en el extremo superior de la vagina, si es que ocurre la eyaculación.

El lapso que dura esta fase antes del orgasmo depende de muchos factores: La eficacia de los estímulos, la edad del sujeto y el deseo de alcanzar el orgasmo. Si el deseo y la estimulación no son suficientes, el sujeto no experimentará el orgasmo y, en vez de ello pasará a una fase de resolución duradera. Tampoco en este caso se producen daños fisiológicos si no ocurre el orgasmo, en algunos, tal vez se produzca una sensación mayor del placer sexual, y regresar a la fase de excitación anterior para iniciar de nuevo la estimulación.

Tanto en el hombre como en la mujer esta fase se caracteriza por: Miotonia generalizada, taquicardia que varía de 100 a 175 por minuto, hipertensión arterial, aumento de presión sistólica entre 20 y

80 mm Hg., y diastólica de 10 a 40 mm Hg; También puede haber hiperventilación. Gran parte de estos cambios generalizados se presentan en la meseta tardía.

En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrado.

FASE DE ORGASMO

Al igual que las fases anteriores, en el orgasmo, los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. Ocorre de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 segundos que disminuyen de intensidad y frecuencia. En el hombre las contracciones expulsan el semen. Al iniciarse el semen constituido principalmente por las secreciones de vesículas seminales el conducto deferente y próstata es impulsado hasta la porción peneana de la uretra y provoca la sensación eyaculatoria inminente, hay, sin embargo, retardo de unos segundos hasta su aparición en el meato urinario. Este retardo origina la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

En la mujer las contracciones musculares características de esta son similares a las del hombre.

Algunos autores dirían que la similitud termina en cuanto que la mujer no eyacula. Sin embargo, en 1978 Sevely Lowndes y Bennett plantearon la posibilidad de que haya una eyaculación en una mujer a través de la uretra durante el orgasmo. Sustentan su hipótesis en la existencia, demostrada histológicamente, de tejido glandular diseminado en los intersticios periuretrales que consideran como un remanente de glándulas prostáticas en la mujer. La (próstata femenina), como la llaman estos autores pueden originar esas eyaculaciones de la que la clínica y literatura hablan.

Esto se ha estudiado con mayor profundidad y vinculado a la existencia del punto de Graffenberg (Laddas y Cols 1983) conocido como "punto G" zona muy inervada situada en la pared anterior de la vagina por detrás y a la altura del pubis; su estimulación produce sensaciones intensas, algunas refieren (lo que les provoca temor) la sensación de orinar; si la estimulación continúa puede sobrevenir una eyacuación, pero no consiste en orina. Es importante señalar que no todas las mujeres tienen "punto G" ni presentan esta respuesta.

El orgasmo no es una reacción puramente genital, ya que en otras fases de la respuesta sexual hay una importante participación de otros órganos y sistemas. Se producen contracciones involuntarias de diversos grupos musculares periféricos y de la musculatura facial que paradójicamente provoca muecas y gestos faciales que pudieran identificarse como dolor cuando se trata de uno de los momentos de mayor placer del ser humano. Cohen, Cols y Heath (1976) demostraron que existen cambios electroencefalográficos en la lateralidad hemisférica, en las frecuencias y tipos de actividad cerebral.

La preparación subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: Pareja, ambiente, clima, hora, fantasías y mil más. Simplemente el orgasmo es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión através de un máximo de la misma, después de la cual queda una lasitud y tranquilidad total.

FASE DE RESOLUCION

Cuando los eventos orgásmicos han sucedido una o varias veces sobreviene la fase de resolución, que consiste en la involución de los fenómenos que originan las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales. En la mujer la plataforma orgásmica desaparece

debido a que las contracciones orgánicas drenan la vasocongestión. el útero vuelve a la posición de anteroversión, la vagina y el clitoris disminuyen de tamaño y los labios menores y mayores vuelven a su situación original. En el hombre se pierde la erección en dos fases, una inicial rápida y parcial y una final lenta que llega a la flacidez total hasta que los testículos descienden al escroto. En ambos sexos los cambios generalizados retornan a las condiciones basales y puede aparecer una fina capa de sudación en todo el cuerpo.

Respecto a la fase de resolución, Masters & Johnson, observaron que la mayor o menor rapidéz de la misma tiene relación directa con la duración de la fase de excitación y meseta. Por lo general los hombres de nuestra cultura están condicionados a fases de excitación y meseta muy breves y las mujeres a fases prolongadas; por lo tanto ellos tendrán resoluciones cortas y ellas largas.

La fase de resolución en general es el momento en que la mayoría de las parejas sexuales pueden compartir la ternura de su relación, compartir sus sentimientos uno hacia el otro. Esto es más agradable si ambos miembros de la pareja pueden sentir la misma satisfacción de la experiencia sexual. El resplandor de esta experiencia puede oscurecerse a un grado considerable, si un miembro de la pareja no ésta satisfecho y rehusa o duda en aceptarlo ante su pareja. Si un miembro de la pareja llega al orgasmo y el otro con frecuencia no lo hace (suponiendo que lo quiera) hay un defecto que debe corregirse. Todos los conocimientos que sabemos hoy en día sobre los procesos corporales no bastaran para resolver los problemas familiares, sentimentales y en general de todo lo que les rodea originados por falta de comunicación sobre las necesidades sexuales.

FASE REFRACTARIA

En ambos sexos después de la resolución se presenta una fase en la que el umbral de respuesta a un estímulo sexual es elevado, y se denomina periodo refractario. Su duración es variable, más corta en jóvenes que en los individuos mayores. También se incrementa en el hombre después de la primera eyaculación en una sola sesión de relación sexual.

El periodo refractario tiene una relación con una actitud y educación respecto a la sexualidad erótica, a sus fines y desarrollo. En la medida que la educación sexual deje de plantear situaciones diferenciales drásticas entre hombres y mujeres, se lograrán respuestas fisiológicas más naturales en uno y otro sexo. Esto evidenciará que las respuestas sexuales en ambos sexos tiene mayor similitud que la que se piensa.

DISFUNCIONES SEXUALES Y CLASIFICACION

Se conceptualiza la disfunción sexual como la alteración más o menos persistente, de alguno o de todos los eventos que conforman el ciclo de la respuesta sexual humana.

El diagnóstico, comprensión y diseño de técnicas terapéuticas adecuadas se facilitarán cuando más se comprenda la fisiología de las disfunciones los factores etiológicos que deben ser considerados por el profesional de la salud en los niveles orgánico, psicológico y social. El criterio de persistencia que es aceptado por la mayoría de autores es el de 50% de los intentos de realización sexual. No deben clasificarse como disfuncionante a la pareja o individuo que posee un nivel habitual de actividad sexual sin falla pero que en alguna ocasión (por ejemplo falla eréctil post-ingesta excesiva de alcohol o ausencia de orgasmo en la mujer por fatiga) sufre de una alteración.

CLASIFICACION

Masters & Johnson clasifican las disfunciones como masculinas y femeninas; después Helen Kaplan (1974, 1975 y 1979) en un intento de clasificación fisiológica los consideró como las que la alteración se encuentra, ya sea en la fase vasocongestiva (excitación y meseta) o en la mioclónica (orgasmo), para agregar las que denominó alteraciones del deseo sexual. Desafortunadamente éstos enfoques resultan parciales, por lo que hace dos años J. L. Alvarez Gayou (1992) presentó y utilizó una clasificación (adelante mencionada) lo cual ha mostrado ser comprensible y de mayor utilidad para la valoración fisiológica de los casos y diseño de estrategias terapéuticas eficaces.

En este sentido las disfunciones sexuales se clasifican en función de la fase del ciclo de la respuesta sexual propuesta por Masters & Johnson a cuyas cuatro fases se agregan dos: La fase de estímulo sexual efectivo y refractaria, para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase, bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas.

***Fase de estímulo sexual efectivo.**- El decremento de esta fase se le llama Apatía Sexual, se caracteriza por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.*

*Cuando disfunción consiste en **incremento** en uno de los miembros de la pareja, se le denomina **Disritmia Sexual**, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.*

*Helen Kaplan (1979) en su libro más reciente hace un análisis interesante de la **apatía** y **disritmia**, a las que denomina deseo sexual inhibido o hipoactivo.*

En cuanto a la fase de excitación, debe recordarse que el fenómeno predominante es la vasocongestión, cuyas manifestaciones son: Lubricación vaginal y erección. Un **incremento** en esta fase no producirá propiamente una disfunción ya que no es frecuente la consulta por "exceso de lubricación" o "erecciones demasiado firmes", con diferencia del priapismo que es una manifestación de diversos generalizados, caracterizándose por no acompañarse de deseo sexual.

El decremento- Produce ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir **hipolubricación e incompetencia eréctil**.

En la fase de meseta, el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase) mas que por la intensidad de la misma.

El incremento provoca **incompetencia eyaculatoria** en el hombre, y en la mujer **preorgasmia**. No confundir la anorgasmia con la preorgasmia, la primera es trastorno de la fase de orgasmo (mioclónica), la segunda es un trastorno de la fase de meseta (fase vasocongestiva).

El decremento provoca disfunción en el hombre y no en la mujer. En aquél, la eyaculación se produce antes de la penetración o en el momento de ésta.

En la fase de **orgasmo**, un incremento producirá el fenómeno denominado multiorgasmia en ambos sexos y no es una disfunción. En cambio, el **decremento** constituye la anorgasmia.

En la fase de resolución.- El aumento no provoca disfunción por ser muy rápida. En cambio cuando es más lenta puede provocar **dispareunia** en ambos sexos porque persiste la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perineales. Esta situación casi siempre es consecutiva a una orgasmia que impide que las contracciones liberen la congestión. Otra situación que puede presentarse es la hipersensibilidad del pene o el clitoris que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

Las disfunciones que son: dispareunia y vaginismo no son disfunciones de una fase en especial, pues pueden presentarse en cualquiera de ellas.

Es importante señalar que la alteración de cualquiera de las fases necesariamente anula la posterior. Debe recordarse que los mecanismos neurológicos que median la respuesta sexual son diferentes para las fases vasocongestiva y mioclónica. De este modo se puede tener el caso de una mujer que secreta moco escaso, pero tiene orgasmo y sin embargo presenta dispareunia durante la excitación, meseta y orgasmo. Esta clasificación permite diferenciar el tipo de alteración.

En general se considera que las disfunciones pueden ser **primarias** cuando siempre han existido **secundarias** si aparecen después de un período de funcionamiento adecuado.

Así mismo pueden ser **selectivos** si se presentan en una persona y en otro no y **situacionales** cuando solo se manifiesta bajo determinadas circunstancias.

Por otro lado, pueden considerarse **fisiológicas** cuando la causa es un impedimento para que se presenten los fenómenos fisiológicos, o **subjetivas** si aún existiendo las fisiológicas no hay percepción subjetiva del fenómeno, o sea la excitación y orgasmo.

ETIOLOGIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En todos nosotros existe el impulso biológico de unirnos en lo sexual. Sin embargo, la forma en que contestamos a este impulso se aprende, conforma, reprime y moldea por la cultura y contexto biológico en el que vivimos. Si se nos ha enseñado que el sexo es malo, tal vez nos veamos inhibidos en lo que se refiere a la manifestación de nuestros impulsos. Al comprender la naturaleza "aprendida" de la conducta sexual, se hace desaparecer cierta parte del misterio. Es reconfortante saber, si mostramos una conducta sexual particular que es disfuncional o problemática, no debemos vivir siempre con ella, por el contrario, pasarían la mayor parte de su tiempo sufriendo por esto. Este sufrimiento tiende a ocupar todos los campos de vida y recordarse constantemente. Los problemas sexuales crean mucha tensión, depresión y angustia, y por lo tanto afectan todas las relaciones de la persona y sus sistemas de vida.

Es evidente que la etiología de las disfunciones sexuales tendrán que considerarse multifactorial, partiendo de que la sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo y que la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (O. M. S. 1975).

De este modo la mayoría de los problemas sexuales son de naturaleza psicógena, social, cultural y biológica.

Entre las psicogénicas que directamente o indirectamente se convierten en causa de una disfunción sexual, son el carácter, personalidad, mecanismos de defensa y ansiedad en que las condiciones y situaciones frustrantes o amenazadoras para el individuo provocan un conflicto que puede afectar su respuesta sexual; otras causas subyacentes son: El aprendizaje negativo a temprana edad, ortodoxia religiosa, o simplemente falta de información adecuada sobre los procesos corporales.

Las causas sociales se refieren a las condiciones específicas de un grupo social, que en forma directa o indirecta puede afectar la respuesta sexual de las personas, puede ser entre otras los mitos y tabúes prevalecientes así como factores referentes a la educación.

Los factores biológicos pueden ser de tres tipos: naturales, patológicas y iatrogénicas, incluyendo en esta última categoría a las causas quirúrgicas y farmacológicas. Las biológicas se refieren a los factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la función sexual dentro de éstas las que se refieren a los factores anatomofisiológicas, producto del desarrollo del individuo, constituyen las causas naturales. Cuando se trate del efecto que diversas enfermedades y padecimientos tienen sobre la respuesta sexual nos referimos a causas patológicas. Por último las iatrogénicas son las provocadas por los tratamientos terapéuticos, directamente o como efecto colateral: Ya sean farmacológicas y quirúrgicas según sea el tipo de acción terapéutico que originen la disfunción.

Entre los factores etiológicos patológicos se encuentran las diversas enfermedades locales o generalizadas; entre las locales de los órganos genitales ya sea el origen congénito, degenerativo o infeccioso. Las enfermedades urológicas y ginecológicas por contigüedad anatómica pueden afectar la respuesta sexual de los pacientes. Podrá causar apatía sexual el infarto al miocardio, e insuficiencia renal, artritis, así como también padecimientos menos graves como gripe, fracturas ósea, migrañas, etc.

Las disfunciones en la fase congestiva inicial o excitación que se manifiesta en la mujer por hipolubricación, puede ser consecuencia del hipoestrogenismo posmenopáusico así como de lesión del eje hipotálamo y hipófisis-ovario.

En el hombre como en la mujer diversos síndromes neurológicos, endócrinos y vasculares alteran esta fase; entre ellos, lesiones de la médula espinal, diabetes mellitus, cirrosis hepática y síndrome de Cushing.

Las disfunciones de la fase de meseta son: eyaculación precóz en el hombre y preorgasmia en la mujer.

Los padecimientos que en especial afectan la fase mioclónica son insuficiencia renal y diabetes mellitus. A menudo se han visto en pacientes de ambos sexos, casos de anorgásmia fisiológica y subjetiva que se deben a una atomía de la musculatura pubococcigea por excesiva relajación que los hace insensibles a diversos tipos de estimulación.

En la mujer la disfunción específica es el vaginismo, que consiste en la contractura espástica de la musculatura del tercio distal de la vagina y perineo que puede ser dolorosa, pudiendose presentar en cualquier fase de la respuesta sexual femenina. No hay causas orgánicas, patológicas específicas para esta disfunción, sin embargo, en general, cualquier padecimiento que cause dispareunia puede producir vaginismo.

La dispareunia en cualquiera de las fases de la respuesta sexual en el hombre y en la mujer es quizá la disfunción que mas requiere de un estudio cuidadoso para descartar causas patológicas, como son: malformaciones congénitas, retroversión uterina, vulvitis, vaginitis, uretritis, cervicitis, cualquier tipo de proceso infeccioso, herpes genital. Son causa de dispareunia la vaginitis atrófica por deficiencia estrógenica presente en mujeres posmenopáusicas, padecimientos anorrectales y lesiones del ligamento ancho, presencia de remanentes del himen o integridad del mismo y lesiones traumáticas del canal vaginal.

Introgénia.- Muchas técnicas quirúrgicas pueden provocar efectos indeseables en la respuesta sexual como es el caso de la histerectomía, mastectomía, etc.; es cierto que muchas veces no podrán evitarse los efectos secundarios, pero una actitud profesional del cuidado integral de la salud obliga a contribuir a la tensión del trastorno provocado.

FARMACOS Y DROGAS

La apatía y la disritmia, como funciones de la primera fase de la respuesta sexual, pueden aparecer con relativa facilidad en ambos sexos.

Se ha informado que algunos de los tranquilizantes potentes del tipo de las fenotípidas y butirofenomas pueden disminuir el deseo y por lo tanto provocar apatía sexual. Entre los tranquilizantes menos potentes, el clorodiazepóxido y diazepam en dosis altas provocan pérdida del deseo sexual.

La espirolactona, antagonista competitivo de la aldosterona también produce apatía sexual(5).

Los fármacos antihipertensivos como: clonidina, metildopa, guanetidina y reserpina, tienen efectos adversos en la función sexual(5).

El propanolol, metoprolol e hidralacina producen menos efectos sobre la respuesta sexual.

Los anticolinérgicos en general pueden producir incompetencia eréctil y quizá también hipolubricación en la mujer por su efecto inhibitor de la acetilcolina de las fibras parasimpáticas posganglionales.

Se tienen informes de algunos autores en cuanto a que los anticonceptivos orales provocan apatía sexual (Royal College of General

Practitiones 1974), aunque sin que esto sea aceptado y establecido, Jehu (1979) plantea la posibilidad de que ésta se deba a hipolubricación que a veces provocan los anticonceptivos orales.

La deficiencia de testosterona en mujeres produce una marcada disminución de la libido y la respuesta sexual (10).

En el grupo de los diuréticos, las tiazidas producen incompetencia eréctil y quizá en 50% de los pacientes que las usan en forma continua, al igual que el ácido etacrínico y la furocemida; al parecer, esto se debe o bien al efecto hiperglucémico o la disminución del potasio que producen estos fármacos.

La actividad sexual no se detiene cuando ataca la enfermedad, sino que solamente cambia, muchas veces para mejorar. No hay momento alguno de la vida de la persona en que requiera de más amor, calor y ayuda que cuando ocurre alguna enfermedad. El tocamiento y los abrazos tal vez sean aún más importantes de lo que se considera, y deberán recetarse en abundancia. La persona incapacitada se encuentra muy aislada por el temor de que al tocarla se excitará. Experimentar sentimientos eróticos tal vez se^o exactamente lo que el médico prescriba para restablecer el sentimiento de autovalía y el bienestar de la persona enferma.

JUSTIFICACION

Uno de los problemas mas frecuentes con los que se enfrenta el médico general o familiar, son los problemas de tipo sexual, que padecen las mujeres de diferentes edades y que por lo común por pudor no lo consultan enmascarandose con molestias pélvicas o espalda bajas e imprecisas que por lo general se diagnostican com "neuróticas".

Por lo anterior nos podemos dar cuenta que en la práctica médica no se le da mucha importancia a la sexualidad, pasando por alto un interrogatorio adecuado de la historia sexual de la mujer, que nos proporcionaria una información general de la magnitud de las alteraciones sexuales que padecen.

El estudio de este grupo de pacientes pretende, darnos una orientación de cual es el problema o problemas que origine, se presenten éstos transtornos, y seguir los caminos adecuados para dar una mejor atención y manejo de su problemática; mejorando así la relación íntima de la pareja, logrando una buena armonía familiar, una adecuada información sexual para que en lo futuro éstos den una óptima educación sexual a sus hijos.

HIPOTESIS

Mediante el estudio de éste grupo de pacientes se comprobará la falta de una adecuada educación sexual, así como la falta de comunicación con la pareja y los tabües que existen en nuestra población, que impide hablar de sexo y despejar sus dudas o falsas ideas que tienen sobre el mismo.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia y los porqué de la respuesta sexual humana en mujeres del consultorio No. 2 de Medicina Familiar de la Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo" de Cuautla, Morelos.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar y jerarquizar los porqué de la respuesta sexual humana y posibles soluciones a los problemas detectados.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio socio-médico, prospectivo, de tipo transversal, observacional, abierto, escogiendo a un grupo de pacientes del sexo femenino, el cual mediante una encuesta personal y anónima se identificó los trastornos y disfunciones sexuales más frecuentes y los porqué de la respuesta sexual humana.

Se tomó un grupo de pacientes entre los 19 y 44 años de edad pertenecientes al consultorio No. 2 de Medicina Familiar de la Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo" de ISSSTE de Cuautla, Mor.

Tomando en cuenta la pirámide poblacional del consultorio, se encontraron 602 pacientes del sexo femenino de esta edad, tomando un 10% del total, siendo ésta, de 60 pacientes. Se utilizó como criterios de inclusión: Mujeres entre 19 a 44 años, vida sexual activa de por lo menos un año, aceptación voluntaria a la realización del la encuesta, que pertenecieran a la población adscrita al consultorio 2 de Medicina Familiar. Como criterios de exclusión: Mujeres menores de 19 años y

mayores de 44 años, negativa ó falta de cooperación en la encuesta, pacientes con tendencia homosexual.

Las 60 pacientes se estudiaron sin ningún riesgo en la investigación ya que fué personal y anónima.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"
CUAUTLA, MOR.
MEDICINA FAMILIAR
CONSULTORIO NO. 2**

ENCUESTA

- 1.- Edad _____ Edo. Civil _____ Escolaridad _____
Religión _____
- 2.- Antecedentes Gineco-Obstétricos
Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____ Menarca _____
- 3.- ¿Que enfermedades padece? _____ Diabetes _____ H.A.S _____
- 4.- ¿Toma algún medicamento en especial? _____
- 5.- En su juventud, usted estaba enterada ¿que era la menstruación? _____
- 6.- ¿Cómo se enteró? _____
- 7.- Cuando usted regla, ¿Cuál es su comportamiento o rutina?

- 8.- ¿A que edad tuvo conocimiento de las relaciones sexuales? _____
- 9.- ¿A que edad tuvo conocimiento de cómo es un embarazo? _____
- 10.- ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? _____
- 11.- ¿Qué sintió? _____
¿Le gusto? _____ ¿Fue dolorosa? _____ ¿Indiferente? _____
¿Porqué? _____

12.- *¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?* _____
¿Porqué? _____

13.- *¿Platica de sexo con su pareja?* _____ *¿Porqué?* _____

14.- *Si calificara del uno al diez sus relaciones sexuales, ¿Que calificación les daría y porqué?* _____

15.- *¿Tiene deseos sexuales?* _____ *¿Porqué?* _____

16.- *¿Se excita?* _____ *¿Porqué?* _____

17.- *¿Sabe qué es un orgasmo?* _____

18.- *¿Lo ha experimentado alguna vez?* _____

19.- *Si no lo ha experimentado, ¿Cuál es la razón?* _____

20.- *¿Su pareja le satisface sexualmente?* _____

21.- *¿Su pareja le ayuda a satisfacerse?* _____

22.- *¿Alguna vez se ha sentido agredida sexualmente?* _____

23.- *¿Cómo fué?* _____

24.- *¿Tiene iniciativa en sus relaciones sexuales?* _____

25.- *¿A su pareja le gusta que tenga iniciativa?* _____

- 26.- *¿Ha tenido alguna enfermedad venérea o infección?* _____
¿Cuál? _____
- 27.- *¿Ha tenido alguna enfermedad de tipo ginecológico?* _____
- 28.- *¿Esto ha repercutido en su vida sexual?* _____
- 29.- *¿Sabe que es una masturbación?* _____
- 30.- *¿Alguna vez lo ha experimentado?* _____
- 31.- *¿Con qué frecuencia?* _____ *¿Porqué?* _____

- 32.- *¿Practica sus relaciones sexuales en diferentes posiciones?* _____
- 33.- *¿Ha perdido el apetito sexual o ha aumentado?* _____
- 34.- *¿El miedo al embarazo hace sus relaciones insatisfactorias?* _____
- 35.- *¿Duermen solos en un cuarto?* _____
- 36.- *¿Cuándo han sido más satisfactorias sus relaciones sexuales?*
Al inicio _____ *Intermedio* _____ *Actualmente* _____
- 37.- *¿Se siente agusto con su cuerpo actualmente?* _____ *¿Porqué?* _____

- 38.- *¿Piensa que influye su apariencia física en su vida sexual?* _____
- 39.- *En la convivencia diaria con su pareja ¿qué importancia le da al sexo?* _____

40.- *¿Le interesa informarse sobre la sexualidad?* _____ *¿Porqué?* _____

41.- *¿Platica con sus hijos sobre sexo?* _____

42.- *¿Con quién consulta problemas de tipo sexual?* _____

RESULTADOS

Se encuestaron 60 pacientes del sexo femenino, comprendidas entre 19 y 44 años de edad, con un promedio de 2 a 3 por edad, siendo las de 44 años las más numerosas (ver gráfica).

Con respecto a su Edo. Civil (ver gráfica) las más numerosas son las casadas con un número de 41 (68.3%), divorciadas 6 (10%), unión libre 5 (8.3%) y solteras 8 (13.3%).

En cuanto al grado de Escolaridad (ver gráfica) Primaria 4 (6%), Secundaria 15 (25%), Preparatoria 8 (13%), Profesionista 33 (55%).

De religión (ver gráfica) Católicas 48 (80%), Protestantes 8 (13%), Adventistas 4 (6%).

No recibieron información sobre su menstruación (ver gráfica) 40 (66%), informadas 20 (33%). Cuyas fuentes de información fueron hermanas 18 (30%), amigas 25 (41%), padres 12 (20%), escuela 5 (8%).

Edad en que se informaron sobre las relaciones sexuales (ver gráfica) las más numerosas fueron las de 17 años 18 (30%), de 18 años 11 (18%), de 16 años 9 (15%), de las otras edades de las pacientes encuestadas con un promedio de 2 a 5 por edad.

En información sobre el embarazo (ver gráfica) a los 18 años 14 (23%), seguidas las de 17 años 13 (21%).

*Iniciaron sus relaciones sexuales (ver gráfica) las más numerosas son a los de 20 años 12 (20%), seguidas de 17, 18 y 19 años con 10 pacientes (16%). **RESPECTIVAMENTE***

La sensación en su primera relación sexual (ver gráfica) agradable 30 (50%), desagradable 23 (38%), indiferente 7 (11%).

La frecuencia de las relaciones sexuales (ver gráfica), las más numerosas con 14 pacientes (23%) una vez por semana, dos veces por semana 13 (21%), tres veces por semana 8 (13%), tres, dos, una vez por mes respectivamente 6 (10%), una vez por día 4 (6%).

Informadas sobre lo que es orgasmo (ver gráfica) si-30 (50%), no-30 (50%).

Alcanzaron el orgasmo (ver gráfica) si-14 (23%), no-18 (30%), ocasionalmente 28 (46%).

Tienen deseos sexuales (ver gráfica) si-26 (43%), no-16 (26%), ocasionalmente 18 (30%).

Se excitaban (ver gráfica) respondieron que si-35 (58%), no-17 (28%), y en forma ocasional 8 (13%).

La forma de excitación (ver gráfica), con juegos amorosos-35 (58%), revistas y películas 19 (31%), sueños 6 (10%).

Satisfacción con su pareja (ver gráfica), si-16 (26%), no-28 (46%), ocasionalmente 16 (26%). Con ayuda de su pareja para su satisfacción sexual (ver gráfica), si-20 (33%), no-32 (53%), ocasionalmente 8 (13%).

Las pacientes con iniciativa sexual (ver gráfica) si-21 (35%), no-39 (65%).

Las pacientes que hablan con su pareja de sexo (ver gráfica), si-24 (40%), no-30 (50%), en forma ocasional 6 (10%).

Las pacientes que saben que es masturbación (ver gráfica), si-30 (50%), no-30 (50%). La practicaron; si-14 (23%), no-38 (63%), ocasionalmente 8 (13%) (ver gráfica).

Agresión sexual; violación 3 (5%), no-57 (95%) (ver gráfica).

Pacientes con presencia de enfermedades, se observó (ver gráfica), infecciones vaginales 20 (33%), histerectomía 3 (5%), H.A.S. 3 (5%), diabetes mellitus 4 (6%), epilepsia 1 (1.6%), ninguna 29 (48%).

Se encontraron controladas con métodos de Planificación Familiar (ver gráfica), DIU -27 (45%), hormonales-16 (26%), métodos locales-5 (8%), salpingoclasia-12 (20%).

La importancia que le dan al sexo las mujeres (ver gráfica), si-41 (68%), no-7 (11%), poca-12 (20%).

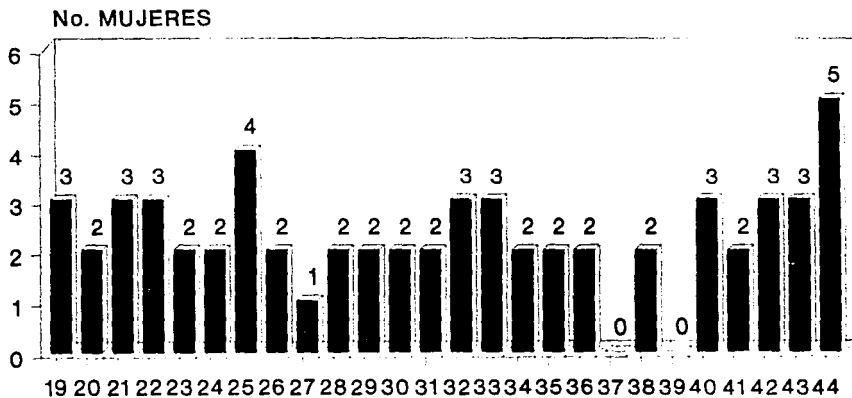
El interés por informarse sobre temas de sexualidad (ver gráfica), si-51 (85%), no-9 (15%).

Las pacientes que platican de sexo con sus hijos (ver gráfica), si-20 (33%), no-40 (66%).

Pacientes que consultan sobre problemas sexuales (ver gráfica), con médicos del sexo masculino-2 (3%), con médicos del sexo femenino-8 (13%), con amigas -17 (28%), y no consultan con ninguna persona -33 (55%).

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS POR EDAD



EDAD EN AÑOS

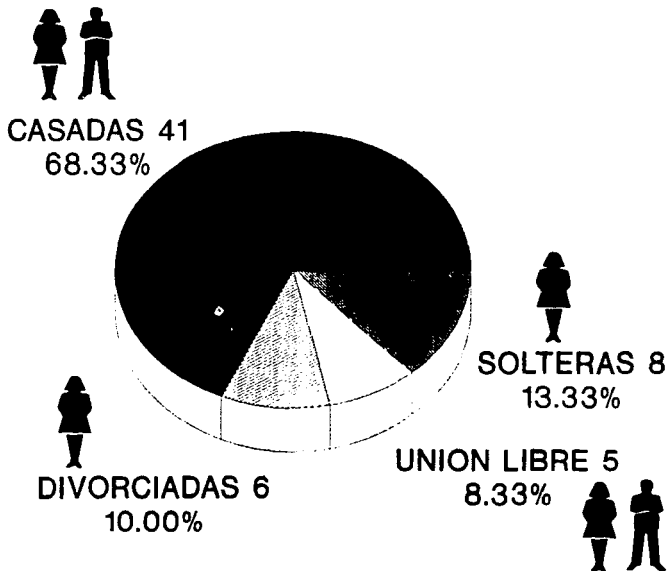


TOTAL ENCUESTADAS 60

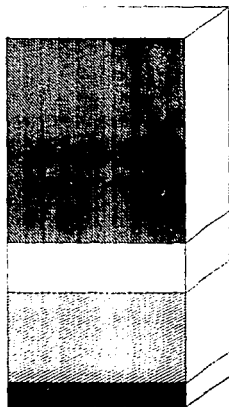


RESPUESTA SEXUAL HUMANA

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



RESPUESTA SEXUAL HUMANA ESCOLARIDAD



PROFESIONISTA 33
55.00%

PREPARATORIA 8
13.33%

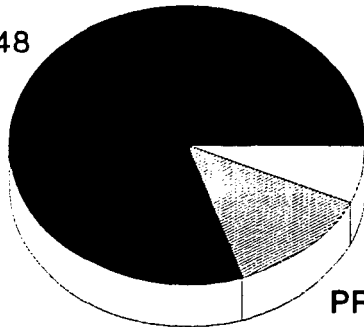
SECUNDARIA 15
25.00%

PRIMARIA 4
6.67%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

RELIGION

CATOLICA 48
80.00%

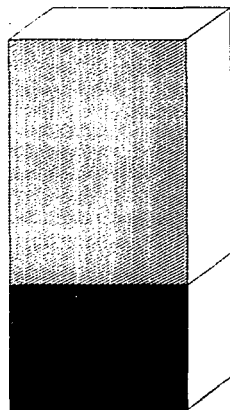


ADVENTISTA 4
6.67%

PROTESTANTE 8
13.33%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Recibieron información antes
de la primera menstruación

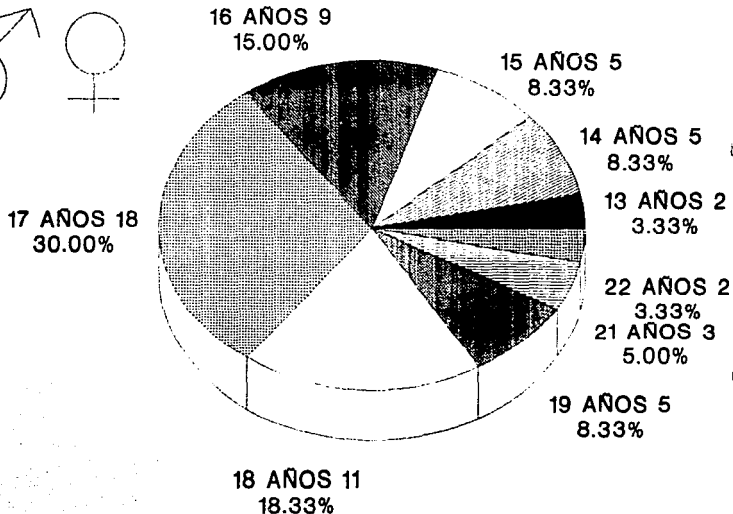


NO INFORMADAS 40
66.67%

INFORMADAS 20
33.33%

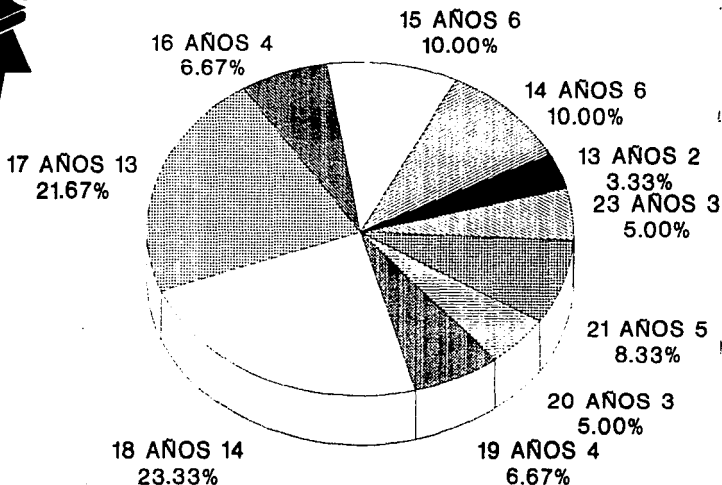
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

EDAD DE INFORMACION SOBRE LA RELACION SEXUAL



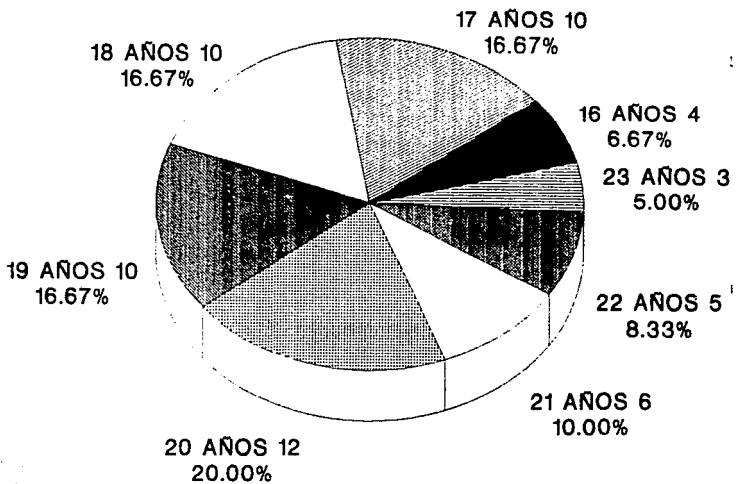
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

EDAD DE INFORMACION SOBRE EL EMBARAZO



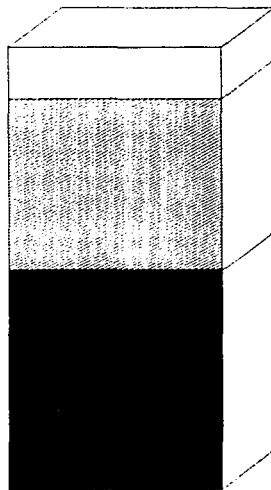
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

VIDA SEXUAL ACTIVA



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Sensación en la primera
relación sexual



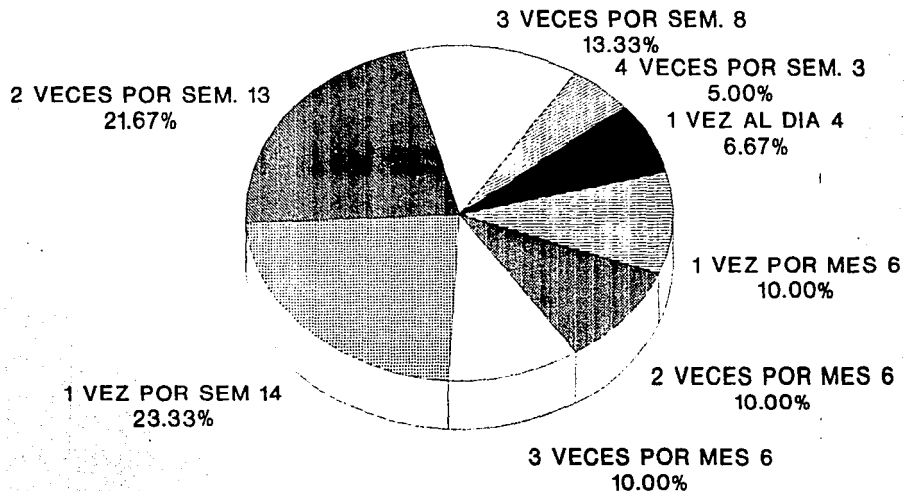
INDIFERENTE 7
11.67%

DESAGRADABLE 23
38.33%

AGRADABLE 30
50.00%

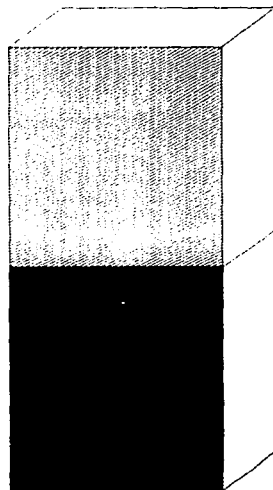
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

FRECUENCIA ACTUAL DE LAS RELACIONES SEXUALES



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

INFORMACION SOBRE EL ORGASMO

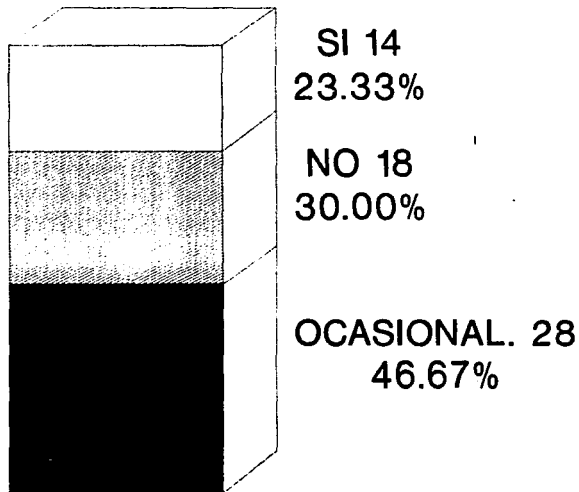


SI 30
50.00%

NO 30
50.00%

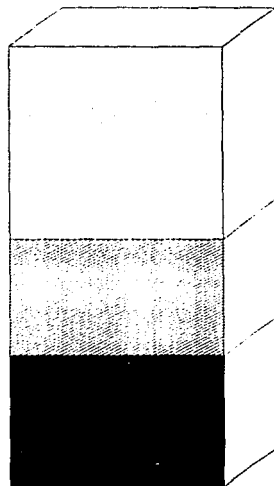
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

RELACIONES SEXUALES ORGASMICAS



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

DESEOS SEXUALES



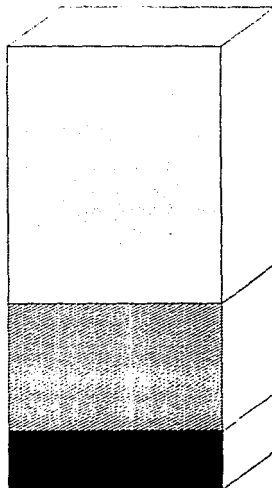
SI 26
43.33%

NO 16
26.67%

OCASIONAL. 18
30.00%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

EXCITACION



SI 35
58.33%

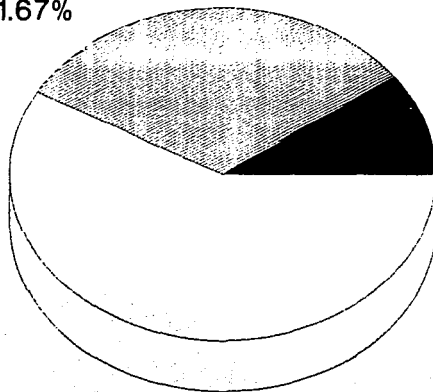
NO 17
28.33%

OCASIONAL. 8
13.33%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

METODOS DE EXCITACION

REVISTAS, PELICULAS 19
31.67%

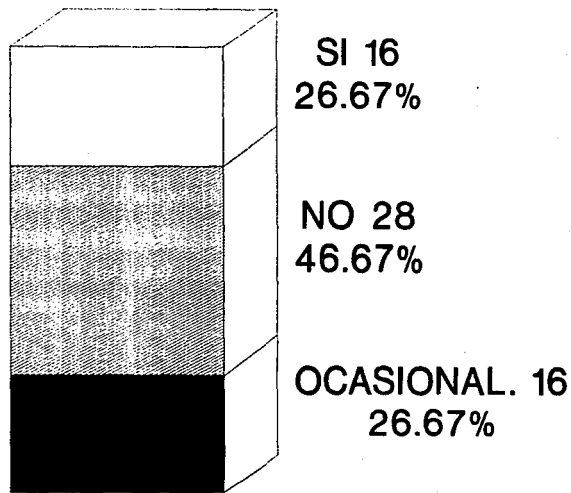


SUEÑOS 6
10.00%

JUEGO AMOROSO 35
58.33%

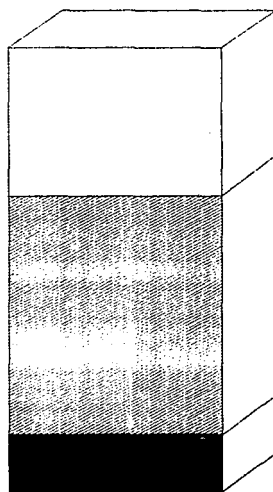
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

SATISFACCION CON SU PAREJA



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Ayuda de su pareja para
su satisfacción sexual



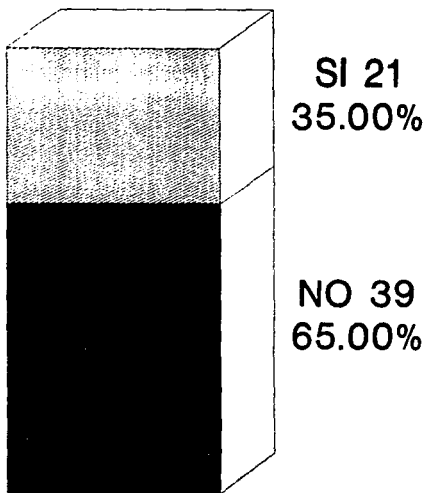
SI 20
33.33%

NO 32
53.33%

OCASIONAL. 8
13.33%

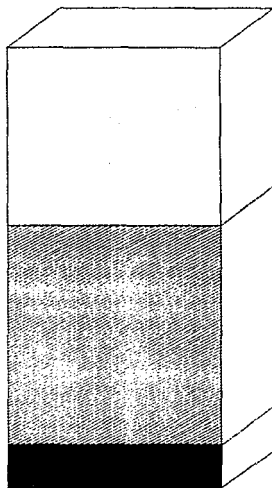
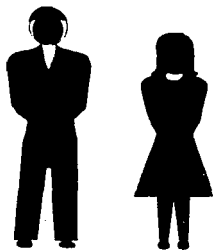
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Pacientes con iniciativa
en sus relaciones sexuales



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Comunicación de sexo con su pareja



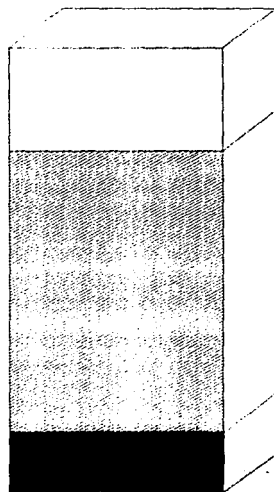
SI 24
40.00%

NO 30
50.00%

OCASIONAL. 6
10.00%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

PRACTICAS MASTURBATORIAS



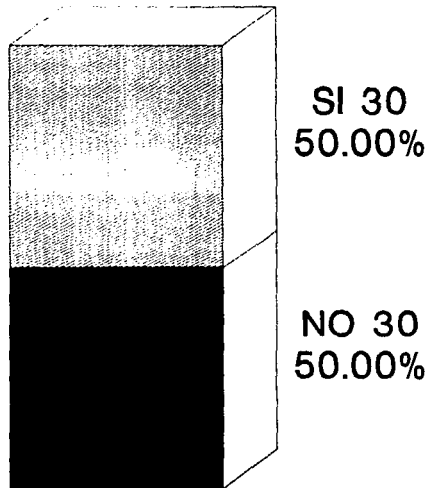
SI 14
23.33%

NO 38
63.33%

OCASIONAL. 8
13.33%

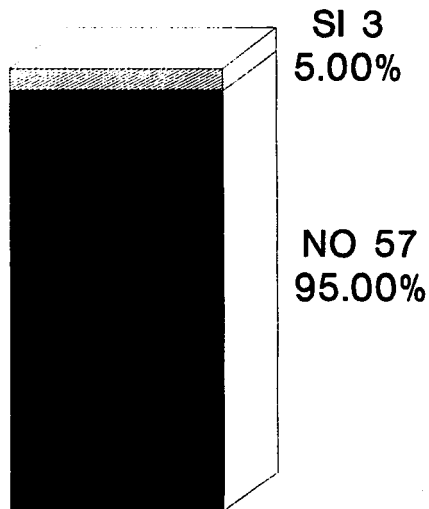
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

INFORMACION SOBRE MASTURBACION



RESPUESTA SEXUAL HUMANA

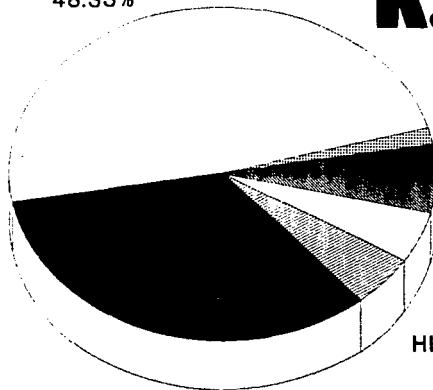
AGRESION SEXUAL



RESPUESTA SEXUAL HUMANA ENFERMEDADES



NINGUNA 29
48.33%



EPILEPSIA 1
1.67%

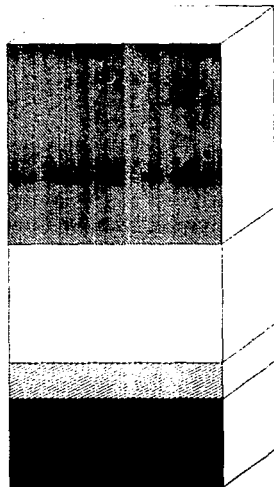
DIEBETES MELLITU
6.67%

HIPERTEN. ART. SIS.
5.00%

HISTERECTOMIA 3
5.00%

INFEC. VAGINAL. 20
33.33%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



DIU 27
45.00%

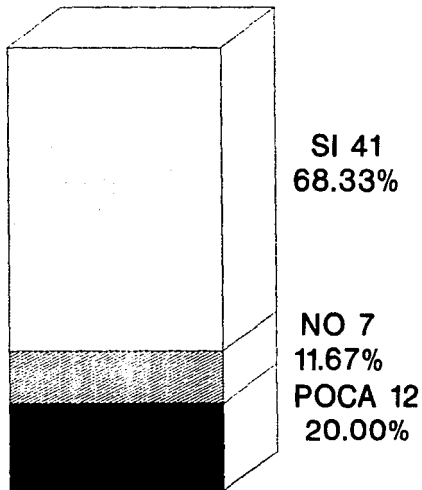
HORMONALES 16
26.67%

APOYO 5
8.33%

SALPINGOCLASIA 12
20.00%

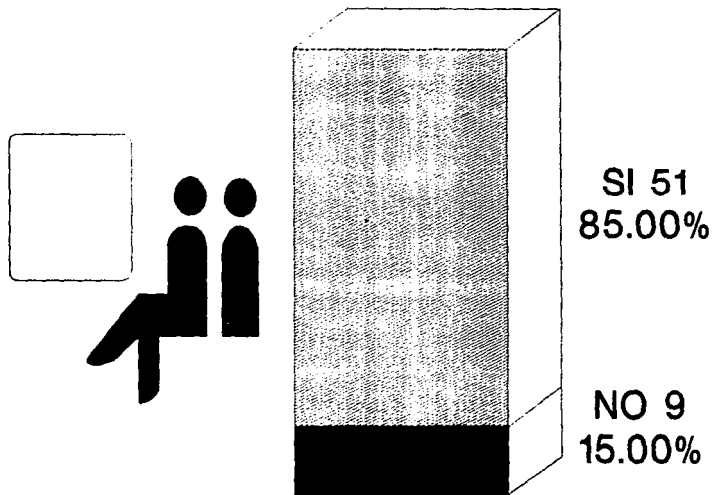
RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Importancia que le dan las mujeres
encuestadas al sexo

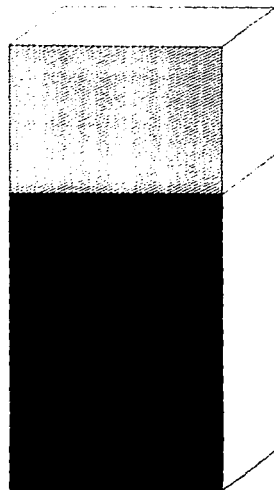
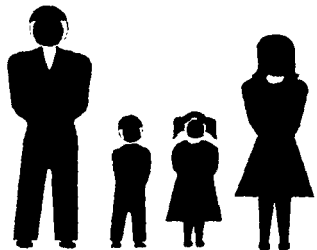


RESPUESTA SEXUAL HUMANA

INTERES EN INFORMACION DE TIPO SEXUAL



RESPUESTA SEXUAL HUMANA COMUNICACION CON LOS HIJOS SOBRE SEXO

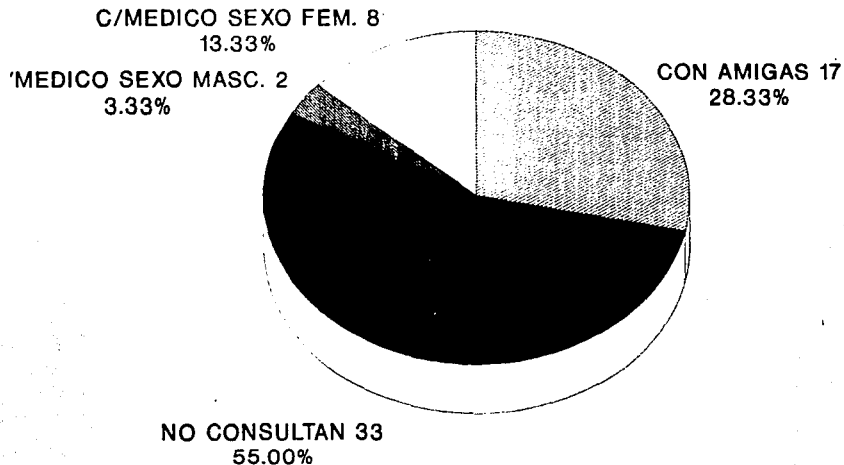


SI 20
33.33%

NO 40
66.67%

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

CONSULTA SOBRE PROBLEMAS SEXUALES



ANALISIS

Se encuestaron 60 pacientes, observandose que al principio del interrogatorio, la mayoría iniciaba contestando con cierta reserva y timidez, pero a medida que avanzaba el interrogatorio, las pacientes tenían mucha inquietud y abides por despejar todas las dudas, temores y problemas que tienen en su vida íntima. Es de hacerse notar el hecho de que la persona que la encuestara fuera mujer y al mismo tiempo su médico familiar, rompiendose de manera sorprendente las barreras de prejuicios, creandose un ambiente de confianza y cooperación.

De las 60 pacientes encuestadas hubo de 2 a 3 por edad, siendo las más numerosas las de 44 años, la mayoría casadas, siendo un número pequeño las divorciadas, las que viven en unión libre y solteras.

Gran parte de ellas profesionistas 55% de predominio Católico.

Observandose que el 66% no fueron informadas sobre la menstruación antes que sucediera sino hasta el momento de presentarse, siendo la fuente de información con mayor frecuencia las amigas, siguiendole las hermanas y en pequeña proporción la escuela, solo el 33% fueron las informadas por sus padres. En cuanto a su comportamiento durante la menstruación refieren ser igual que siempre evitando unicamente tener relaciones sexuales por medida higiénica.

La información sobre las relaciones sexuales las recibieron y la experimentaron al momento que iniciaron su vida sexual a partir de los 16 años en adelante, solo un pequeño grupo a partir de los 13 años de edad recibieron la información por revistas y compañeras en la escuela.

En cuanto al conocimiento del embarazo la mayoría lo supo con un promedio de edad de 17 y 18 años unos meses después de haber iniciado su vida sexual, ya que quedaron embarazada, las de menor edad lo aprendieron en la escuela.

Inician su vida sexual activa a partir de los 16 años conforme aumenta la edad aumenta el número de pacientes llegando a un 20% a los 20 años, disminuyendo a los 23. El 50% de ellas teniendo una experiencia agradable pues se realizó por amor a su pareja, el 38% fué desagradable, doloroso y con sensación de culpa, provocado, unas por la falta de información y otras por la actitud machista de su pareja.

La frecuencia actual de las relaciones, se observo estuvo condicionada por la falta de la pareja, ya que se encuentran trabajando en otra ciudad, otras por falta de interés y la mayoría por que sus parejas eyaculan rápidamente y solo en forma ocasional llegan al orgasmo siendo el 46%.

El 43% de las pacientes refieren tener deseos sexuales, el 58% llegó a tener excitación sexual mediante juegos amorosos, con revistas y películas 31% y el 10% en sueños.

El 46% refirió no tener satisfacción sexual ya que su pareja eyacula rápidamente, reprimiendo así sus deseos sexuales como la excitación aludiendo las dejan a la mitad, haciendolo unicamente por cumplir con su pareja. Solo el 33% de las encuestadas son ayudadas por su pareja a satisfacerse.

El 35% de las pacientes tienen iniciativa sexual, el 65% no, pues les da pena o porqué sus esposos las pueden juzgar como libianas, o no es adecuado en una madre de familia.

Refieren tener información sobre masturbación el 50% practicandola el 23%, en forma ocasional, el 13%, algunas buscando satisfacción sexual actualmente y la mayoría antes del matrimonio.

La comunicación o platicas sobre sexualidad que realizan las parejas es del 40% siendo el tema más frecuente el porqué no quiere la paciente tener relaciones sexuales y no precisamente para mejorarlas, el

50% no platica pues refieren les da pena y no tienen confianza para tratar ese tema con su pareja. Se encontró tres pacientes violadas por sus padres, provocando serios problemas en su vida sexual actual.

El 33% presentó infecciones vaginales, el 5% Histerectomía, otros 5% Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus 6% y, el 1% con Epilepsia provocando la mayoría serias repercusiones en su vida sexual por falta de información.

Todas las pacientes tienen un método anticonceptivo, viendose que le dan importancia a la planificación familiar.

El 68% de las encuestadas le dan mucha importancia al sexo ya que refieren que teniendo relaciones sexuales, tienen contenta a su pareja, pues de otra manera repercute muy seriamente en su vida familiar, otras refieren mantener unida a la pareja. El 66% no habla de sexo con sus hijos, algunos porque son pequeños, otras porque no saben como, y la mayoría por pena.

El 55% no consulta con nadie sobre problemas sexuales pues refieren les da pena hablar sobre su vida íntima, el 28% lo prefieren hablar con sus amigas ya que hay más confianza, el 13% con médico del sexo femenino, y el 3% con médico del sexo masculino.

El 85% mostro gran interés en informarse sobre sexualidad ya que juzgan es importante para aprender y poder mejorar sus relaciones íntimas, así como para saber como tratar ese tema y dar una buena información a sus hijos.

CONCLUSIONES

Del grupo de pacientes encuestadas se hace notar que tienen un promedio de edad de 31 años, la mayoría Católica, con un predominio de escolaridad profesional, con una deficiencia desde los inicios de la adolescencia de una educación sexual adecuada, viéndose que el gran número de las encuestadas no recibió ninguna información en la pubertad de lo que es la menstruación, recibiendo de las hermanas y las amigas, lo mismo pasa con las relaciones sexuales y el embarazo que llegan a enterarse al momento de iniciar su vida sexual activa y al quedar embarazadas respectivamente, siendo placenteros los primeros contactos sexuales, y aunque teniendo actualmente como promedio una frecuencia de una relación sexual por semana, éstas pacientes ocasionalmente llegan a tener relaciones orgásmicas, a pesar que la mitad de ellas tienen una relativa información sobre el orgasmo.

Cabe hacer notar que la mayoría muestra excitación y deseos sexuales, por medio de juegos amorosos, sin embargo la mayor parte manifiesta insatisfacción con su pareja, ya que éste no ayuda a su culminación debido probablemente a que no existe una comunicación sexual adecuada, por lo tanto no hay una participación e iniciativa por parte de ellas.

Se observó que la mayoría le dan importancia e interés en adquirir información de tipo sexual, para mejorar su vida íntima y poder informar en forma adecuada a sus hijos, cabe señalar que el grupo encuestado lleva diferentes métodos de Planificación Familiar.

Por otra parte hay una gran inhibición por consultar al médico de todo lo que se refiere al sexo, prefiriéndolo comentar con amigas las cuales pueden dar una información equivocada o incompleta.

Es importante que el médico logre la confianza del paciente para poder hablar de los problemas sexuales y detectar las disfunciones y así ayudar a las parejas a tener una plena comunicación y mejorar su vida

sexual, así como también promover una información adecuada para que los padres transmitan, educación sexual a sus hijos, tomando la sexualidad con naturalidad y como un don que la naturaleza nos da para mostrar AMOR.

Se ha estado mencionando a la educación sexual como una de las armas más adecuadas e importantes con que contamos para poder llegar a tener una vida sexual sana. Pero para poderla transmitir, juzgo es básico:

Preparar a los médicos en forma adecuada para saber detectar y manejar todos los problemas que se presentan en la Respuesta Sexual Humana, y para lograrlo, se propone llevar a cabo ciertas acciones como son:

A nivel universitario instituir la materia de sexología saliendo así las nuevas generaciones bien preparadas para poder atender bien los problemas que se derivan de ella.

A nivel institucional.- Dar cursos de educación sexual a trabajadoras sociales, enfermeras, maestros, padres de familia adolescentes, mediante mesas redondas, pláticas, peneles, etc., con una posición humanista, definida, a buscar el bienestar del individuo, la familia, y de toda la comunidad.

FE DE ERRATAS

PAG. 6 - 3er. párrafo

DICE: Ocurría en los testículos durante la excitación sexual, a no ser de receptáculo seminal.

DEBE DECIR: Ocurría en los testículos, durante la excitación sexual, en los siglos XVII y XIX la mujer no tenía ningún rol sexual, a no ser de receptáculo seminal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander B. *Taking the sexual- history Am. Fam. Phycician*, 1981:23: 145-151.
- 2.- Alvarez Gayou. *Elementos de Sexología Ed. Interamericana* 1979.
- 3.- Alvarez Gayou. *Sexoterápia Integral Ed. El Manual Moderno* 1986.
- 4.- Davenport, W. H. 1977. *Sex in Cross-Cultural Perspective. Pages 115-163 in F. A. Beach, Ed. Human Sexuality in Four Perspective. The Johnson Hopkins. University Press. Baltimore, Maryland.*
- 5.- Duncan-L; Bateman-DN. *Función Sexual en las Mujeres ¿Producen algún impacto las drogas antihipertensoras?. Centro Regioanl de Drogas y Terapias, Unidad Wolfson Inglaterra. Prevención de Drogas Nueva Zelanda 1993.*
- 6.- Dunnig-P *Sexualidad en mujeres con Diabetes. Consejeros-Paciente Educación. Irlanda 1993.*
- 7.- Getty-A; Bannan-HM. *El sexo, la verdad y la plática de las mujeres: Lo que mamá nunca te enseñó. Centro de Salud Estudiantil, Univerisdad Atlantica de Florida. U. S. A. 1993.*
- 8.- Gotwald. Willian H. y Golden Gale. *Sexualidad, la experiencia humana. Ed. El Manual Moderno 1983. México.*
- 9.- Kaplan, Helen S. *"Disorden of sexual desire". Simon and Schuster, New York, 1979.*

- 10.- Kaplan H. S. Oweitt-T. *Síndrome de deficiencia andógena femenina. Programa de Sexualidad Humana. "Hospital Cornell" SO: Sexo-Marital-Terapia.* 1993 CP. Estados Unidos de América.
- 11.- Katchadouriana y Lunde, T. *Las bases de la sexualidad humana. Continental. México, 1979.*
- 12.- *La Educación de la Sexualidad Humana. Familia y Sexualidad. Tomo 1 Consejo Nacional de Población (CONAPO). México.*
- 13.- *La Educación de la Sexualidad Humana. Familia y Sexualidad. Tomo 2 Consejo Nacional de Población (CONAPO). México.*
- 14.- Masters, Willian H. & Johnson, Virginia E. *"Respuesta Sexual Humana" Ed. Intermédica. Buenos Aires 1978 (de la ed. original por Litle Brown, Boston, 1966).*