

11226
Feb. 15.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Departamento de Medicina General
Familiar y Comunitaria
I. S. S. S. T. E.
Clínica "Dr. Ignacio Chávez"



Frecuencia de Disfunciones Sexuales en la clínica "Dr. Ignacio Chávez"

T E S I N A

Para obtener el diploma universitario
de especialista en

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P r e s e n t a n :

Dra. Elena Aparicio Mijares

Dra. Ma. del Pilar Matilde Balmori Méndez

México, Febrero de 1986





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

- Introducción.	1
- Justificación.	3
- Generalidades.	4
- Antecedentes y problema.	25
- Objetivos.	27
- Material y métodos.	28
- Hallazgos	34
- Conclusiones.	39
- Anexos.	43
- Citas Bibliográficas.	44

INTRODUCCION:

En la práctica diaria que como residentes de Medicina Familiar hemos tenido, nos encontramos que los problemas de la -- sexualidad existen en diferentes grados de severidad, independientemente de la edad, sexo, estado civil, condición social o estado de salud del sujeto, sin que este tipo de trastornos necesariamente se manifiesten como tales sino detrás de sintomatología inespecífica ó vaga que distrae la atención del médico y hasta del -- mismo que la sufre, olvidándose de que la sexualidad es parte integral de la naturaleza humana. Era, en esta forma tan natural, -- como los primeros pobladores del mundo tomaban a la sexualidad; -- para ellos era una función más.

Es con la aparición del cristianismo que a la sexualidad se le asigna un solo rol: la reproducción. Conforme el ser humano se "civiliza", el concepto de sexualidad progresa con rigidez, hasta llegar a ser tan reprimida que el que se atreviera tan sólo a mencionar algún tópico concerniente a ella, era castigado con -- gran severidad e incluso con la muerte. Sin embargo, "la necesidad sociocultural de que el individuo disimulara sus instintos sexuales no disminuyó su interés general por la sexualidad" (1).

Es hasta después de la segunda guerra mundial que disciplinas como la antropología y las ciencias sociales comenzaron a interesarse en los valores y conductas humanas, pero no tenían conceptos y estándares, dándose así énfasis a los estudios epidemiológicos (2).

En 1954 se inicia una investigación sobre la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual humana en el Departamento -- de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Washington, y hacia 1959 se instituyó un programa coordinado clínico y de investigación sobre los problemas de inadecuación sexual humana, que con-

tinuó hasta enero de 1964 (3) dirigido por los doctores William H. Masters y Virginia E. Johnson, quienes durante la última década - establecieron la anatomía de la respuesta sexual humana a los estímulos sexuales y observaron y registraron algunas variantes fisiológicas (4). Esta es, a grandes rasgos, la historia del estudio de la sexualidad humana, la cual en nuestros días ha cobrado nueva vida y, desgraciadamente, es hasta ahora que en nuestro país apenas comienza a tomarse en cuenta con autores como Juan Luis Alvarez -- Gayou (1983), fundador y actual director del Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX), donde se están llevando a cabo investigaciones en esta área, situación de gran importancia considerando lo que dice el maestro Masters: "Solamente se logrará la aceptación de información sexual si varias culturas desarrollan su propia literatura" (5). Para terminar con la historia, citaremos las palabras de los doctores Haynal y Pasini (6): " Si en el pasado era obligado - hacer niños y el placer sexual era relativamente prohibido ó secundario, en nuestros días parece haberse vuelto problemático y sometido a importantes interferencias sociales, mientras que el placer en sí se ha hecho obligatorio".

JUSTIFICACION:

En la literatura universal existe realmente poca información sobre funciones y disfunciones sexuales si lo comparamos con la gran cantidad de información que se puede encontrar sobre otros aspectos que en realidad no son tan frecuente fuente de patología - en el ser humano.

La sexología está cobrando un gran impulso en uestra sociedad médica, aunque se está encontrando con un sínúmero de problemas para su desarrollo real y rápido como lo merece; sin embargo -- hay gentes muy interesadas en México en hacer de ésta una disciplina con un gran campo de trabajo.

Nunca será posible que un área médica sea totalmente -- aceptada por médicos y no médicos mientras no exista literatura propia y adaptada a las condiciones sociales de cada región del mundo.

Existe poca información mexicana en lo que a disfunciones sexuales se refiere. No se encontró durante la revisión de la literatura para la realización de este trabajo, una investigación en la población general; se encontraron estudios bibliográficos, monografías, etcétera, pero siempre basados en cifras y datos de otras culturas evidentemente diferentes a la nuestra, habiéndose llamado la atención que se encontró que nadie le ha preguntado a la gente lo que siente y piensa acerca de su sexualidad, sobre los problemas que tiene y sobre si ha encontrado ayuda.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DISFUNCIONES SEXUALES

REVISION BIBLIOGRAFICA

A pesar del surgimiento de conocimientos definitivos en las investigaciones realizadas en el campo del funcionamiento sexual, las desventajas proporcionadas por los prejuicios culturales detuvieron de tal manera el progreso de éste campo que no hubo gran concurrencia profesional para llegar a la definición definitiva de la función sexual (7). Dado lo anterior, la definición del término "disfunción sexual" ha sido siempre objeto de controversia entre los autores que se dedican a su estudio, sin que hasta el momento se haya llegado a un concepto universal. Dada la gran cantidad de definiciones que existen, intentamos aquí hablar de las que mejor se adaptan a la condición sexual del mexicano.

Es importante recordar que la mayoría de la gente ha tenido en algún momento de su vida, algún tipo de falla sexual, sin -- que esto necesariamente signifique una disfunción.

Para la doctora Helen Kaplan (8), las disfunciones sexuales son los "trastornos psicossomáticos que impiden al individuo realizar el coito ó gozar de él", mientras que otros autores piensan -- que es disfuncional todo aquel que tiene una conducta sexual que a juicio del propio individuo o de los que lo rodean, es inadecuada.

Dado que la respuesta sexual humana se divide en 5 fases (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) en un orden bien integrado, para el Dr. Levine (9), el término disfunción sexual se refiere a la "incapacidad para experimentar cualquiera de estos eventos en la conducta sexual de la pareja".

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-III) en su edición de 1984 (10), no contempla una definición exacta de las disfunciones sexuales y excluye a las causas orgánicas de su clasificación. El problema para llegar a un acuerdo ha sido tan grave - que a pesar del paso de los años y del gran cúmulo de publicaciones, la terminología sexual no se ha universalizado; una prueba de ello es que aún en algunos medios aún se le llama frigidez a la falla sexual global, cuando este término desechado hace más de una década por la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría.

Para tener una idea aproximada de la magnitud del problema, se citará, a continuación, algunas estadísticas de algunos países, dado que en México no existen estudios de prevalencia o frecuencia en lo que al tema que nos ocupa se refiere. Nizer (11) menciona que "la causa principal de destrucción y divorcio de la unidad familiar de los Estados Unidos reside fundamentalmente en la inadecuación sexual de la pareja".

Kinsey en su estudio de 1948 encontró que el 45% de las mujeres referían siempre tener orgasmo, mientras que las mujeres -- que referían nunca o casi nunca haber tenido orgasmo, fue el 12% de una muestra de 7,780 mujeres (desgraciadamente no se encontró esta publicación y los datos citados fueron tomados de publicaciones de otros autores en los que se hace referencia a este estudio).

Asayama, en Japón (1950) reporta que sólo el 9% de las mujeres referían orgasmo al primer mes de casadas, mientras que en la Unión Americana lo tienen el 49% de las mujeres durante el primer mes de casadas (12).

Un estudio más reciente (Mace, 1971), revela que el médico promedio en los Estados Unidos, halla alrededor de tres enfermos por semana en los cuales existe problema de desajuste sexual y

Wiener (1969), refiere que los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y otros trabajadores en la conducta humana describen que hasta un 75% de sus pacientes tienen problemas sexuales que requieren ayuda (13).

El DSM-III (14), en su edición de 1984 menciona acerca de la prevalencia de las disfunciones sexuales: "No es exactamente conocida; la mayor parte son muy frecuentes, sobre todo en sus formas leves".

Los datos anteriores ponen de manifiesto la gran dificultad en obtener una estadística confiable y real, dado que en ninguna de las bibliografías consultadas se reportan cifras aplicables a población general en ningún país del mundo. En los países latinoamericanos, cuyas características de la población son semejantes a las de nuestro país, tampoco se encuentran estudios a este respecto.

CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Como era de esperarse, al igual que sucede con la definición, existe un sinúmero de clasificaciones para estas alteraciones. Incluso hay quienes se atreven a abordar el tema sin ninguna clasificación. Se mencionarán aquí las clasificaciones de uso más generalizado. Cabe aclarar que nadie ha intentado hacer una clasificación que se adapte a las características psico-socio-sexuales del mexicano.

Según la doctora Kaplan (1974) (15). las disfunciones -- sexuales en el varón se dividen en tres síndromes:

- Impotencia (trastorno de la erección)
- Eyaculación retardada
- Eyaculación precoz.

Los dos últimos se refieren al problema del control del orgasmo.

La misma autora divide a las disfunciones sexuales femeninas en:

- Vaginismo
- Disfunción sexual femenina general (frigidez)
- Disfunción orgásmica.

Esta clasificación se apegaba al estado de conocimientos de fisiología sexual humana hasta ese momento, sin embargo, en la -- actualidad, estos concepto han variado, pues se ha incluido posteriormente la fase de deseo que en esta clasificación no es tomada en -- cuenta. Situación similar sucede con los doctores Masters y Johnson que en su obra "Incompatibilidad Sexual Humana" (16), abordan las -- disfunciones sexuales en la siguiente forma:

MASCULINAS: - Eyaculación precoz
- Incapacidad eyaculatoria
- Impotencia primaria
- Impotencia secundaria

FEMENINAS: - Alteración orgásmica
- Vaginismo

AMBOS SEXOS: - Dispareunia.

La clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (17), no incluye las causas orgánicas, sin embargo es el más actual e incluye todas las fases fisiológicas de la respuesta sexual humana; dado que las causas físicas de las disfunciones sexuales son las menos frecuentes (18), y para los fines de esta investigación no es importante el aspecto primario o secundario de la enfermedad, es sobre esta clasificación en la que se basará el presente trabajo.

Según la American Psychiatric Association (18), las disfunciones sexuales se clasifican en:

- DESEO SEXUAL INHIBIDO
- EXITACION SECUAL INHIBIDA
- ORGASMO FEMENINO INHIBIDO
- ORGASMO MASCULINO INHIBIDO
- EYACULACION PRECOZ
- DISPAREUNIA FUNCIONAL
- VAGINISMO FUNCIONAL.

Todos ellos serán tratados con detalle en el desarrollo de este trabajo.

No es objeto del presente manejar aspectos terapéuticos

de las disfunciones sexuales, dado que el enfoque principal es hacia la existencia de las mismas en nuestro medio, además de que el tratamiento es aún algo tan nuevo que es digno de toda una investigación al respecto.

DESEO SEXUAL INHIBIDO

DEFINICION:

Es la inhibición persistente y profunda del deseo sexual.

"El juicio de esta inhibición debe hacerlo el clínico - que ha de tomar en cuenta los factores que afectan el deseo sexual, como: edad, sexo, estado de salud, intensidad y frecuencia del deseo sexual y el contexto de la vida del individuo. En la práctica este diagnóstico nunca debe hacerse a no ser que la falta de deseo sea -- fuente de malestar para el individuo ó su pareja" (20).

Haynal (21), interesado especialmente en el aspecto psicósomático de la medicina, asocia a estados depresivos exógenos ó endógenos con la inhibición sexual.

Esta alteración ocurre tanto en hombres como en mujeres y se piensa en ella cuando el nivel de interés sexual es menor de lo -- que al individuo le gustaría que fuera.

El paciente, al igual que con otras disfunciones sexuales, acude a consulta por molestias vagas y en muchas ocasiones sin haber - identificado el problema, de ahí la gran importancia de tener presente esta disfunción en la práctica diaria.

La etiología del deseo sexual inhibido no ha sido aclarada satisfactoriamente, sin embargo, se ha asociado a factores orgánicos - como la ingesta de medicamentos (antidepresivos, neurolépticos, algunos diuréticos, antihipertensivos, etc.).

EXITACION SEXUAL INHIBIDA.

Se ha llamado también frigidéz ó impotencia, términos que han sido eliminados de la práctica diaria por el carácter peyorativo con el cual han sido utilizados a nivel popular.

DEFINICION:

Es la inhibición recurrente y persistente de la excitación sexual, manifestada:

- En los hombres, por el fracaso total ó parcial en obtener la erección hasta el final del acto sexual.

- En las mujeres, por el fracaso parcial ó total completo en obtener la respuesta de lubricación ó tumefacción de la excitación sexual hasta el final del acto sexual.

"Debe coexistir un juicio clínico de que el individuo realiza actividades sexuales que son adecuadas en tipo, intensidad y duración" (22).

Para Masters y Johnson (23), la impotencia puede ser primaria ó secundaria, y las definen como "el hombre incapáz de lograr y mantener una erección suficiente como para realizar el coito. Ningún hombre es considerado impotente primario si ha tenido éxito en la introducción del pene en relaciones homo ó heterosexuales, mientras que el secundario presenta por lo menos un signo clínico de introducción exitosa".

En ocasiones, muchos hombres experimentan episodios de fracaso erectivo cuando están fatigados ó distraídos, pero se considera diagnóstico cuando el porcentaje de fallas sobrepasa el 25% de los

intentos (24).

ETIOLOGIA:

Se ha evocado como causa de este síndrome a un síndrome de factores, entre los que se cuentan:

- Alcoholismo (26)
- Dominio materno (26)
- Dominio paterno (26)
- Religión (25)
- Homosexualidad (26)
- Inadecuado consejo (iatrogenia), que ha sido invocada como la causa más frecuente de impotencia (25)
- Restricciones psicosociales (27)
- Desvalorización personal por experiencias degradantes (27)
- Infidelidad conyugal (31)
- Deterioro de la relación de pareja (31)
- Disfunción sexual de la pareja (31)
- Autoimagen corporal deteriorada (31).

Desde el punto de vista psicosomático, se considera a la disfunción eréctil como resultado de estados depresivos y como un mecanismo fundamental en ansiedad centrada en medio al fracaso ó al -- éxito peligroso (28).

En resumen, los aspectos psicodinámicos que se asocian a la impotencia son:

- ansiedad
- culpa
- miedo
- cólera.

En la década de los 50's, se decía que el 50% de las impotencias eran psicológicas puras, pero ahora ya no se puede separar claramente la causa (29). A continuación se mencionan algunas de las causas físicas más frecuentes evocadas como posible etiología de impotencia:

- Anatómicas (malformaciones congénitas, hidrocele, etc.)
- Cardiorrespiratorias (angina de pecho, infarto, insuficiencia cardíaca, etc.)
- Ingestión de drogas (marihuana, solventes, morfina, - etc.)
- Ingestión de medicamentos (antidepresivos, antihistamínicos, neurolépticos analgésicos, etc.)
- Endócrinas (hipofisopatías, adrenalopatías, tiroidopatías, obesidad, diabetes, etc.)
- Neurológicas (neuropatía periférica, tumores, esclerosis, degenerativas, etc.)
- Genitourinarias (cervicitis, vaginitis, prostatectomía, fimosis, climaterio, etc.)
- Hematológicas (anemias, leucemias, etc.)
- Infecciones (venereas, tuberculosis genitourinaria, -- etc.)
- Vasculares (aneurisma, arteritis, esclerosis, etc.)

Por lo menos, el 95% de las veces en que una incapacidad física afecta una respuesta sexual, los síntomas son de importancia secundaria (30).

ORGASMO FEMENINO INHIBIDO

DEFINICION:

"Es la inhibición recurrente y persistente del orgasmo femenino, manifestada con un retraso ó ausencia de orgasmo tras -- una fase de excitación sexual normal en una actividad sexual que el clínico enjuicia como adecuada en cuanto al tipo, intensidad y duración. El mismo individuo puede también reunir los criterios de - excitación sexual inhibida si en otras ocasiones existen problemas en la fase de excitación.

Algunas mujeres son capaces de experimentar el orgasmo durante la estimulación clitoridea no coital, pero son incapaces - de experimentarlo durante el coito en ausencia de estimulación cli toridea manual. Existen pruebas de que en algunos casos este hecho refleja una inhibición patológica que justifica el diagnóstico, -- mientras que en otros representa una variación normal de la respues ta sexual femenina. Esta difícil distinción obliga a una variación y a una evaluación sexual amplia que incluso puede requerir una --- prueba terapéutica" (DSM-III).

Para Masters y Johnson (32), "la alteración orgásmica - describe una condición por la cual ni el sistema de influencias bio físicas ni el de las psicosociales que se requieren para desempeñar una función sexual efectiva son bastante dominantes como para res-- pponder a los estímulos psicosexuales proveídos por la manipulación del compañero, automanipulación ó intercambio coital". En contras-- te, el Dr. Levine (31) evoca una definición más sencilla y biolo-- gista en la siguiente forma: "definición de la fase orgásmica es - la inhabilidad de experimentar orgasmo cuando los niveles de meseta por deseo han sido sobrepasados".

En su estudio en 1953, Kinsey encontró que el 45% de las mujeres referían siempre tener orgasmo. Hunt obtuvo una tasa del 53%

de mujeres que experimentaban orgasmo en los Estados Unidos en 1972 y un estudio en la población francesa revela que esta tasa se encuentra en el 44%. Se debe aclarar que no fué posible localizar las citas de estos autores, por lo que se tomaron de otra fuente en los que hacen mención a ellos y por considerarlos muy importantes se incluyen en esta revisión.

Las mujeres que refieren nunca ó casi nunca experimentar orgasmo en el estudio de Kinsey son el 12%, mientras que en el estudio realizado en la década de los setentas (Hunt) se encontró una cifra del 7% y en Francia 5%, contrastando notablemente con cifras encontradas en el Japón, del 20%. Según Kinsey, la mayor parte de las mujeres logran el orgasmo mientras mayor correlación con la frecuencia del orgasmo en el coito fué la existencia ó no de experiencia previa, 44% no lograron obtener orgasmo en el primer año de matrimonio. La experiencia en masturbación previa al matrimonio mostró una correlación directa con la insidencia de orgasmo y entre las que practicaban la masturbación, sólo 15% no tuvieron orgasmo en su primer año de vida marital (12).

La ortodoxia religiosa es un factor importante en la génesis de la alteración orgásmica. En un total de 193 mujeres estudiadas por Masters y Johnson (32), 41 eran producto de un rígido control religioso; de ellas 18 eran católicas, 16 judías y 7 protestantes.

ETIOLOGIA:

La influencia cultural coloca muy a menudo a la mujer en una posición en la cual debe adoptar, perfeccionar, inhibir e incluso tergiversar su capacidad natural de desempeñarse en el plano sexual para cumplir con su papel genéticamente asignado. Esta es la causa principal de la alteración sexual femenina.

Algunas de las causas más frecuentemente encontradas son:

- Influencia cultural

- Condicionamiento ó, controlado retiro físico ó psicológico de una realización sexual.
- Influencia de la deliberada omisión paterna para comentar ó discutir las funciones sexuales como parte integrante de la vida.
- Represión de la identidad sexual
- No satisfacción de las exigencias de su sistema de valores sexuales.
- Ortodoxia religiosa
- Dominación psicosexual social negativa (carencia de identificación con su compañero).
- Miedo a ser herida
- Miedo al embarazo
- Envidia u hostilidad contra el hombre.

"Como el significado social y emocional de la anorgasmia es diferente al de la impotencia, las mujeres pueden utilizar la supresión de sus propias necesidades sexuales como un arma contra sus parejas. Debido a que la mayoría de las mujeres ahora admiten su deseo sexual libremente, frecuentemente responden a la falta de orgasmo completo con un sentimiento de inferioridad que incrementa la frustración, debido a ésto, muchas mujeres ansiosas ven el acto sexual y lo controlan con impaciencia hostil (33).

Cabe mencionar según Masters y Johnson "que el compañero sexual debe considerar que la cama matrimonial no es sólo su privilegio, sino que representa una responsabilidad compartida y el deber de satisfacer a su esposa durante la relación con él. El descuidado manejo masculino para lograr el orgasmo puede llevar a la mujer a perderse en altos niveles de demanda sexual.

ORGASMO MASCULINO INHIBIDO.

DEFINICION:

"Es la inhibición recurrente y persistente del orgasmo masculino, manifestada por retraso ó ausencia de la eyaculación - tras una fase de excitación sexual adecuada. El mismo individuo pue de reunir también los criterios de excitación sexual inhibida si en otras ocasiones existen problemas con la fase de excitación de la - actividad sexual" (DSM-III) (17).

Esta disfunción, considerada la disfunción masculina me- nos frecuente (35), también se le conoce con los hombres de:

- Incapacidad eyaculatoria
- Inhabilidad para eyacular
- Eyaculación retardada
- Incompetencia eyaculatoria
- Falla eyaculatoria.

Hunt (1972) revela que el 8% de los hombres de más de -- 45 años presentaban falta de orgasmo desde ocasionalmente hasta en - la mayor parte de sus experiencias sexuales y un 7% falla en una cuar- ta parte de las veces en el grupo de edad de 25-44 años. En Francia Simon (1972) encontró que el 2% de los hombres refirieron nunca lo-- grar un orgasmo (34).

Es importante destacar un aspecto controvertido de ésta - disfunción: para Masters y Johnson hasta la actualidad, la eyacula-- ción es sinónimo de orgasmo; sin embargo, datos recientes (12) mues- tran que esta sinonimia no resulta válida puesto que en el hombre -- pueden darse eyaculaciones sin la sensación orgásmica subjetiva, así como también se dan orgasmos que no se acompañan de eyaculación.

Cabe aclarar que los pacientes con disfunción orgásmica rara vez tienen dificultad para lograr ó mantener la erección.

ETIOLOGIA:

La causa más común de inhabilidad eyaculatoria intermitente es el envejecimiento (35), otras causas pueden ser (35, 36):

- Deterioro de la relación con la pareja
- Determinantes intrapsíquicos (miedo, tensión, homosexualidad, dominancia materna, conflicto edípico - no resuelto, etc.).
- Rigidez familiar-religiosa
- Hechos de carácter traumático
- Rechazo hacia la mujer.

Concedamos que "La compañera sexual debe considerar que la cama matrimonial no es solo su privilegio, sino que representa - una responsabilidad compartida y el deber de satisfacer a su esposo durante su relación con ella. El descuidado manejo femenino para lo grar el orgasmo puede llevar al hombre a perderse en los altos nive les de demanda sexual".

EYACULACION PRECOZ

DEFINICION:

" La eyaculación se presenta antes de que el individuo lo desee, debido a una ausencia recurrente y persistente de un razonable control voluntario de la eyaculación y del orgasmo durante la actividad sexual. El juicio de 'Control Razonable ' debe ser realizado por el clínico teniendo en cuenta los factores que afectan a la duración de la fase de excitación, como la edad, la novedad de la pareja sexual y la frecuencia y duración del coito". (DSM-III) (17).

Cabe recordar que Masters y Johnson aún hasta 1981 consideraban que eyaculador precoz era aquél que no podía controlar la eyaculación por lo menos los primeros 30 segundos que seguían a la introducción del pene (el 75% de los hombres eyaculan al rededor de los dos minutos después de la penetración), ó bien para satisfacer a su conyugue, siempre y cuando ésta no sea anorgásmica (3). Aunque la eyaculación prematura ha sido mencionada como la disfunción ---- sexual masculina más frecuente y en un 30% de los pacientes con impotencia secundaria existe el antecedente de eyaculación prematura (35) desafortunadamente en la bibliografía consultada por la realización de éste trabajo no se encontraron otros datos estadísticos.

El hombre con eyaculación precoz nunca tiene problema con el proceso eyaculatorio, su verdadera preocupación es la de autocontrol suficiente como para satisfacer a su compañera. La capacidad reproductiva del paciente eyaculador precoz está altamente conservada.

ETIOLOGIA:

Haynal (6) menciona que la ansiedad explosiva puede manifestarse como eyaculación precoz, siendo su mecanismo fundamental

Esta ansiedad concentrada en miedo al fracaso ó al éxito peligroso.

Se ha evocado como factores condicionantes (35, 36):

- Primera relación con prostituta
- Primera relación apresurada
- Coito interruptus.
- Deterioro de la relación de pareja
- Ignorancia sexual
- Factores intrapsíquicos (Ansiedad reactiva como perpetuadora del problema, conflictos inconcientes que involucran miedo a la mujer).

Factores orgánicos: prostatitis, uretritis, inflamación del verum montarum, etc.

Según Masters y Johnson "la reacción general de las parejas del eyaculador precoz los primeros meses ó años del matrimonio es de tolerancia, con expresiones de confianza de que el problema será resuelto con amor y cooperación mutuas. El se dá cuenta de que la satisfacción sexual de su pareja se encuentra seriamente comprometida y es precisamente la frustración y el desajuste lo que trae a los pacientes a consulta; las esposas reflejan una rebelión general a ser usadas antes que amadas".

DISPAREUNIA FUNCIONAL.

Dis-Malo Pareunus-Apareamiento.

DEFINICION:

"El coito se halla asociado a dolor genital recurrente y persistente, tanto en el varón como en la mujer". (DSM-III) (17).

Esta definición hace la aclaración de que se excluyen - las causas de falta de lubricación, ó vaginismo funcional, aunque Masters y Johnson (38) aún consideran la falta de lubricación como la causa más frecuente de dispareunia.

ETIOLOGIA:

Dado que esta disfunción puede afectar tanto a hombres como mujeres, las causas etiológicas se dividen así: (38).

" MUJERES:

- Infecciones
- Endometriosis
- Cuerpos extraños
- Contacto manual
- Reacciones sensitivas (anticonceptivos vaginales químicos, látex de diafragmas y preservativos).
- Vaginitis senil y postradiación
- Pérdida de interés particular por el compañero sexual
- Laceraciones traumáticas
- Postcirugía ginecológica.

VARONES:

- Fimosis
- Hipersensibilidad del glande (ph vaginal, duchas vaginales, óvulos, espumas, etc.).
- Uretritis posterior
- Traumatismos directos (coito violento, introducción repentina del pene erecto, contusiones, etc.)
- Espasmo prostático (edad avanzada)."

Para Haynal la dispareunia puede ser verdaderamente psicósomática (6) y según Benedek (33) la dispareunia es psicogénica -- cuando el dolor ó el miedo a él es utilizado para hacer el acto sexual imposible ó altamente displacentero.

Siendo en nuestros días el placer sexual tan importante en la consolidación de la unidad conyugal, que injusto es que alguien sufra de dolor al momento del coito sin que un profesional de la salud se interese en su ayuda.

VAGINISMO FUNCIONAL

DEFINICION:

"Existe una historia de espasmo recurrente y persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito". (DSM-III) (17). A ésta definición el Dr. Levine (9) agrega el hecho de que el espasmo ocurre cuando la penetración es inminente.

Para los Dres. Masters y Johnson (39) el vaginismo es: "un síndrome psicofisiológico que afecta la libertad de la mujer en la respuesta sexual, si no en forma total, cuando menos impidiendo la función coital".

Se considera al vaginismo como un síntoma conversivo que puede ser comparado con la eyacuación precoz ó retardada y en éste momento se puede considerar que es una manifestación de inmadurez sexual (33).

Masters y Johnson en 11 años de experiencia solo encontraron 29 casos de vaginismo, cuyos factores etiológicos son múltiples; pero el síndrome es identificado frecuentemente asociado con alteración sexual masculina. En ocasiones la misma alteración masculina --- tiene como agente etiológico la influencia psicosexual inhibitoria de un control muy severo de la conducta social inherente a la ortodoxia religiosa, de los 29 casos mencionados 4 mujeres eran judías, 6 eran católicas y 2 protestantes y de todas ellas 5 compañeros eran impotentes primarios y tenían similar fondo religioso (39).

ETIOLOGIA:

- Ortodoxia religiosa

- Influencia psicosexual inhibida (aunado o no a trauma psicosexual como fobia a la penetración (9).
- Dispareunia
- Homosexualidad
- Factores físicos (patología pelviana)
- Mixtos (orgánicos-psicológicos).

El vaginismo es un clásico ejemplo de enfermedad psicosomática y constituye uno de los pocos elementos dentro del espectro de las alteraciones sexuales femeninas que no puede ser diagnosticado sin reserva por ninguna técnica de interrogatorio ya establecida, siendo sencillo mediante un examen pélvico (39).

Para terminar citaremos al famoso consejero matrimonial - David Mace quien ha sugerido una dimensión adicional al problema del vaginismo. El teoriza que en algunos casos la mujer está diciéndole a su compañero:

"tengo miedo de permitir que entres libremente dentro de mi y abrirte con toda libertad y confianza todo mi ser".

PROTOCOLO DE INVESTIGACION
ANTECEDENTES Y PROBLEMA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Definir el concepto de "disfunción sexual", ha sido -- siempre objeto de controversia, sin que hasta el momento se haya -- llegado a un concepto universal; sin embargo, tomando en cuenta -- que para el medio mexicano no existe una definición precisa, en es -- te trabajo se tomará la que se considere que mejor se adapta a la -- condición sexual de nuestra población. Para la doctora Helen Kaplan (8), las disfunciones sexuales son "trastornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito ó gozar de él". Otros autores piensan que es disfuncional todo aquel que tiene una conducta sexual que a juicio del mismo individuo ó los que lo rodean es inadecuado.

El doctor Levine define al término como "la incapacidad de experimentar cualquiera de los eventos fisiológicos de la conducta sexual de la pareja.

El presente trabajo versa sobre la frecuencia de algunas de las disfunciones sexuales en una clínica de primer nivel de atención con sistema de Medicina General Familiar, relacionándolo con nivel socio-económico, tipo y tamaño de la familia, nivel educacional y ocupación. También se interesa por conocer quien ó quienes -- serían las personas adecuadas para servir como educador sexual en -- su núcleo familiar; así mismo se intenta establecer si se lleva a -- cabo el interrogatorio médico-sexual en la consulta de primer nivel de atención, en forma sistemática.

Es importante ampliar el conocimiento del médico familiar

en el rubro de la sexualidad, ya que la patología de ésta puede - llevar a conflictos intrapsíquicos que son fuente de alteraciones en la personalidad y la conducta, situaciones frente a las cuales el Médico Familiar como experto en consultorio debe estar preparado.

Las disfunciones sexuales son objeto de prevención, curación y rehabilitación y es nuestro interés llamar la atención -- del profesional de la salud hacia este aspecto que es parte vital del ser humano y que, hasta nuestros días, ha sido tabú tanto para el médico como para sus pacientes.

O B J E T I V O S

OBJETIVOS INMEDIATOS.

1. Identificar la frecuencia y tipo de las disfunciones sexuales en una muestra de la población derechohabiente que asiste a la Clínica Ignacio Chávez, ISSSTE.
2. Conocer la relación que existe entre las disfunciones sexuales y algunas variables.
3. Identificar a quien acude al paciente con problemática sexual.
4. Saber si el profesional de la salud se interesa en el aspecto sexual de su población.
5. Esclarecer quién es la persona idónea para actuar como orientador sexual en la familia.

OBJETIVOS ULTIMOS.

1. Proponer al Médico Familiar como alternativa de solución en la prevención, curación (ó canalización) y rehabilitación de las disfunciones sexuales más frecuentes.
2. Sentar bases para futuros trabajos de investigación en la materia.

MATERIAL Y METODOS

Se llevará a cabo un estudio descriptivo en una muestra de la población derechohabiente de la Clínica "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE, compuesta por hombres y mujeres de 15 años y más con vida sexual activa, quienes serán abordados en las salas de espera de -- consulta externa en los horarios matutino y vespertino para el llenado del instrumento durante un periodo de una semana alternando -- cuestionarios, uno para hombres y uno para mujeres.

Los instrumentos de recolección de datos son dos, uno -- para cada sexo (ANEXOS 1 y 2). En ellos se incluyen 24 reactivos -- que para fines de codificación da 26 dígitos computables. El primero de los reactivos es la edad, ya que es importante en los criterios de inclusión y aplicación al estudio. La pregunta número 2 maneja la variable ocupación con 6 categorías de respuesta:

- 1.- Hogar
- 2.- Desempleado
- 3.- Estudiante
- 4.- Técnico
- 5.- Profesional
- 6.- Otros y se solicita especificar.

Esta variable se incluye en el estudio, tratando de correlacionar nivel cultural con presencia ó no de disfunciones sexuales, al igual que la variable que se maneja en el reactivo siguiente, que es grado de escolaridad, con 5 categorías que van desde sabe leer y escribir hasta profesional, pues como ya se ha descrito en la revisión bibliográfica, se ha hallado en otros países una relación directa entre la presencia de disfunción sexual y coeficiente cultura y educacional.

La variable de ingresos económicos se incluye en la pregunta número 4, y con ella se intenta investigar si el nivel económico influye en la presencia de problemática sexual. Se incluyen en ésta, posibles respuestas que van desde \$ 30,000.00 hasta ----- \$ 200,000.00 y más dado que nuestra población derechohabiente es muy heterogénea en lo que a salarios se refiere.

La pregunta diseñada para conocer si la casa en donde habitan es exclusivamente de la familia, se hace con el fin de conocer el tipo de familia, dividiéndola en nuclear y extensa y para tratar de dilucidar si alguno de estos dos tipos influye en la patogénesis de disfunciones sexuales.

La variable siguiente es el número de hijos, que se maneja en la pregunta número 6; ésta se formula para saber si existe relación entre el tamaño de la descendencia y la presencia de alguna disfunción sexual. Hasta esta pregunta, el cuestionario es igual para ambos sexos; posteriormente se aplican reactivos muy específicos para dispareunia e inhibición del deseo sexual, los cuales se contestarán en forma sencilla, solamente tachando un sí ó un no. El lenguaje utilizado en todas las preguntas de contenido sexual trata de ser claro, preciso, accesible a la población a estudiar denominando, por ejemplo, al deseo sexual como "ganas", ya que se consideró un término mucho más claro para los encuentros.

El cuestionario para varones continúa con el reactivo "Tiene usted dificultades para lograr ó mantener la erección?" y se relaciona con satisfacción del encuestado y la pareja (el reactivo sobre satisfacción de la pareja se incluyó en el instrumento para ser utilizado en estudios posteriores, no se incluye en el presente); esta pregunta fue hecha para investigar la presencia de disfunción del tipo inhibición de la excitación sexual masculina sin importar, como ya se aclaró con anterioridad, su carácter de primaria ó secundaria.

Las preguntas 11 y 13 se incluyen en este instrumento - para servir en un estudio posterior, pues el objetivo de la presente no incluye estos aspectos. Estos reactivos servirán en el futuro para conocer si existe selectividad en las disfunciones sexuales, lo cual para Masters y Johnson no tiene importancia, pero otros autores le dan un gran peso en el estudio de las disfunciones.

Con respecto al problema de la eyaculación precoz se -- hace la pregunta directamente con el término "se viene", ya que esta frase es del dominio popular, pero se aclara la referencia a la eyaculación y se contesta con un sí o no descartando en la siguiente pregunta la selectividad que no es incluida en este estudio.

Son 7 preguntas diferentes para mujeres en el cuestionario. Estas diferencias entre los dos cuestionarios son las siguientes:

Posterior a la pregunta sobre dispareunia que se maneja y la intención es la misma que en el caso masculino; la siguiente pregunta se refiere al vaginismo como "Se cierra su vagina y no permite la penetración del órgano masculino?", para contestar en sí ó en no. La última pregunta para mujeres se refiere al problema del orgasmo femenino inhibido utilizando la frase "goce sexual pleno", pues muchas mujeres no conocen el término "orgasmo". La inhibición del deseo es la misma para hombres y para mujeres y por lo tanto se maneja en la misma forma.

Los siguientes reactivos son iguales para ambas modalidades de encuestas.

La siguiente página de la encuesta se contesta en gran parte con sí ó con no y fue diseñada de tal modo que si el encuestado no tiene problema sexual, no las contesta. Las preguntas que --- para fines de este estudio interesan son las 19, que pregunta a --- quién ha recurrido el paciente afecto de una disfunción sexual bus-

cando ayuda. Para próximos estudios se tratará de dilucidar si esto le ha sido de utilidad, etc.

En este reactivo se ofrecen cinco opciones de respuesta:

1. Amigos
2. Maestros
3. Sacerdote
4. Familiares
5. Otros. Se pide especificar.

Pasamos entonces a la pregunta número 23 en la cual se trata de investigar el interés del médico por la vida sexual de los pacientes, la cual será contestada con un simple sí ó no.

Al final de la encuesta se pregunta sobre quién sería la persona adecuada para servir de educador sexual en la familia del encuestado, en la cual se ofrecen 7 opciones:

1. Médico general
2. Médico familiar
3. Amigos
- 4 Maestros
5. Sacerdote.
6. Familiares
7. Otros. Se pide especificar.

Esta última pregunta es la que esperamos que arroja más luz sobre quien, a criterio de la población derechohabiente debe ser responsable sobre su educación sexual, haciéndose notar que se incluyeron posibles respuestas de personas no médicas, pues aunque nosotros pensamos que debe ser el personal de la salud, probablemente la población piense de otra manera.

Este cuestionario será aplicado en forma personal e individual, dando instrucciones directas en forma verbal y escritas en la página frontal del instrumento, hoja que es igual para los cuestionarios de ambos sexos (ANEXO 3). El encuestador se alejará algunos pasos para favorecer la intimidad del encuestado pero permaneciendo al alcance de su vista por si surgiera alguna duda. Las encuestadoras (ambas del sexo femenino), se presentarán debidamente uniformadas.

En la Clínica "Dr. Ignacio Chávez", por ser una clínica modelo de Medicina Familiar y sede de una residencia de esta disciplina, la población derechohabiente está habituada a la presencia de residentes que trabajan investigaciones, algunas de las cuales han requerido la aplicación de cuestionarios. Esto ha producido una cierta disposición del usuario de esta clínica hacia la investigación científica, dado lo cual le resulta familiar y no le incomoda llenar una encuesta.

Se asegurará al individuo que el llenado del cuestionario no es obligatorio ni condicionante de nada.

El hecho de preguntarle a un individuo sobre su sexualidad probablemente le resulte difícil, puesto que él no está acostumbrado a tratar estos aspectos en forma abierta, dada la gran cantidad de tabues sociales, culturales y religiosos que existen. Al respetar su intimidad y asegurarle total confidencialidad, así como al garantizar el fin puramente científico de esta investigación se le permitirá al sujeto contestar el cuestionario sin temor a ser reconocido, situación que podría provocarle malestar y con ello verse falseada la información obtenida.

Además el sujeto puede hacer concientes aspectos de su sexualidad previamente reprimidos ó ignorados hasta ese momento, lo cual para la presente investigación representa el mayor riesgo ético;

este riesgo es digno de enfrentarse tomando en cuenta el gran beneficio que de él puede surgir al empujar al sujeto con alguna inquietud en el ámbito sexual a buscar ayuda ó información que probablemente antes no sabía donde adquirir. También puede suceder que el sujeto concientice algún problema real sin que se decida a buscar ayuda y sea éste, fuente de angustia, ansiedad, etc., que repercutan en su vida cotidiana.

La realización de este estudio fue autorizada por el C. Director de la Clínica (ANEXO 4).

PLANES PARA EL ANALISIS:

En el margen derecho de cada página se designó un espacio como zona de precodificación, con indicación al encuestado de no invadirla; en la cual se resumirá la información obtenida.

Para la edición de los instrumentos en la cantidad necesaria se utilizará fotocopiadora.

Una vez llenados los instrumentos, la información se vaciará en la zona de precodificación de los mismos, para posteriormente ser vaciados en las hojas de codificación de datos (ANEXO 5) en grupos de 20 encuestas por hoja, procediéndose después a organizar los datos en forma de tablas de frecuencias simples.

H A L L A Z G O S
- - - - -

Fue aplicado un total de 273 cuestionarios, de los cuales fueron anulados 7 por mal llenado del instrumento (más del 50% de los reactivos sin respuesta). La distribución de la muestra por consultorios quedó de la siguiente forma: Consultorio 1: 30; 2: 33; 3: 27; 4: 28; 5: 30; 6: 32; 7: 29; 8: 26; 9: 29; sin consultorio: 9. TABLA I.

De los 266 cuestionarios útiles, 137 corresponden a varones (51.4%) y 129 a mujeres (48.86%), con extremos de edad de 15 a 87 años para ambos sexos, de 15 a 72 años para hombres, con un rango de 57 y de 16 a 87 años para mujeres, con un rango de 71. La mediana para el grupo total fue de 34 años, 32 en el grupo de mujeres y 32 en el de varones. La media de edad para varones fue de 35.35 años y para mujeres de 35.83, con una moda para ambos sexos de 29 años.

La muestra estudiada fue dividida en los siguientes grupos etarios: 15 a 15 años (36 individuos, 14%); 26 a 35 años (118 individuos, 24.4%), 46 a 55 años (22 individuos 8%), 56 y más años (22 individuos, 8.3%); TABLAS II Y III.

Como puede observarse en la TABLA IV, el mayor número por grupos de edad correspondió al grupo de 26 a 35 años en ambos sexos, siguiendo el de 36 a 45 años, 15 a 25 años, 56 y más y por último, 46 a 55 años, siendo igual para ambos sexos.

El número total de encuestas positivas para disfunciones sexuales fue de 119, correspondiendo 61 de las mismas a varones (44.85% del total de hombres encuestados) y 58 a mujeres (44.96% del total de mujeres encuestadas) TABLA V. La modalidad de disfunción sexual más frecuente ;entre los varones fueron las foromas mixtas -- con un total de 23 casos, equivalentes al 16.95% del total de la po-

TABLA I
DISTRIBUCION POR MODULOS DE CONSULTA EXTER
NA DE LA POBLACION TOTAL ESTUDIADA

MODULO	VARONES	MUJERES	TOTAL
1	12	18	30
2	16	17	33
3	13	14	27
4	14	14	28
5	17	13	30
6	15	17	32
7	15	14	29
8	13	13	26
9	16	13	29
s/m	7	2	9
TOTAL	138	136	273

s/m = SIN MODULO

SE INCLUYEN LOS CUESTIONARIOS ANULADOS

T A B L A II

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTU- DIADA EN GRUPOS ETARIOS

GRUPO ETARIO*	VARONES	MUJERES	TOTAL
15 — 25	23	13	36
26 — 35	58	60	118
36 — 45	31	37	68
46 — 55	13	9	22
56 y mds	12	10	22
T O T A L	137	129	265

* AÑOS

T A B L A III

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA
POBLACION TOTAL ESTUDIADA EN GRUPOS ETARIOS.

GRUPO DE EDAD*	%
15 ————— 25	1 4
26 ————— 35	4 4. 3
36 ————— 45	2 5. 4
46 ————— 55	8. 0
56 y más	8. 3
T O T A L	1 0 0. 0 %

* AÑOS

T A B L A IV

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO Y GRUPO ETARIO

GRUPO DE EDAD *	V A R O N E S	M U J E R E S
15 ——— 25	17.04 %	10.08 %
26 ——— 35	42.22 %	47.29 %
36 ——— 45	22.96 %	27.91 %
46 ——— 55	8.88 %	6.98 %
56 y más	8.88 %	7.75 %
T O T A L	99.98 %	100.00 %

* AÑOS

T A B L A V

DISTRIBUCION DE LAS DISFUNCIONES POR SEXO

SEXO	NUMERO	%	TOTAL *
MASCULINO	61	44.85%	137
FEMENINO	58	44.96%	129

* TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS

blación masculina estudiada y 37.7% del total de las disfunciones masculinas. TABLA VI. Los detalles de las disfunciones mixtas se desglosan más adelante.

Dentro del grupo femenino se encontró un total de 58 casos con disfunciones sexuales, que corresponde al 44.96% del total de su grupo; el mayor número fue, al igual que en los varones, para las formas combinadas con un total de 33 casos (25.58% de la población total femenina y 56.89% de las disfunciones femeninas) TABLA VII.

El mayor número de disfunciones sexuales masculinas se presentó en el grupo de 26 a 35 años de edad con un total de 26 casos, que corresponde al 42.61% del total de disfunciones masculinas, y la menor frecuencia se presentó en el grupo de 46 a 55 años ---- (8.17%) TABLA VIII. 18 casos (29.5%) fueron de eyaculación precoz, que resultó ser entonces la disfunción sexual masculina no combinada más frecuente; no se encontró ningún caso de dispareunia masculina y la disfunción sexual en varones menos frecuente fue el deseo sexual inhibido con 4 casos que corresponde al 6.55%. TABLA IX.

En mujeres no se encontró ningún caso de vaginismo en su forma simple y de las formas simples más frecuentes fueron el deseo sexual inhibido y el orgasmo femenino inhibido con 10 casos cada una presentándose con mayor frecuencia en el grupo de 36 a 45 años (6 casos, que corresponde al 10.34% del total de disfunciones femeninas) el orgasmo femenino inhibido y en el grupo etario de 26 a 35 años el deseo sexual inhibido con 4 casos que corresponde al 6.89% del total de las disfunciones femeninas. TABLA X.

La mayor frecuencia de disfunciones sexuales femeninas -- fue, al igual que en los varones, en el grupo etario de 26 a 35 años con 26 casos que corresponden al 44.8% del total de las disfunciones femeninas y la menor frecuencia en los grupos de 15 a 25 años y de 46 a 55 años, con 5 casos cada uno (8.61%) TABLA XI.

TABLA VI
DISTRIBUCION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES
EN VARONES

	TOTAL	DISPAREU- NIA	DESEO SEXUAL INHIBIDO	EXCITACION SEXUAL INHIBIDA	EYACULA- CION PRECOZ	MIXTA	TOTAL DE DISFUN- CIONES	SIN DIS- FUNCION
	137	0	4.00	15.00	18.00	23.00	61.00	76.00
DEL TOTAL	100.00%	—	2.94%	11.76%	13.23%	16.95%	44.85%	55.14%
DE LAS DISFUNCIONES HOMBRES	99.9%	—	6.55%	26.22%	29.5%	37.7%	—	—

TABLA VII

DISTRIBUCION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES

	TOTAL	DISPAREUNIA	DESEO SEXUAL INHIBIDO	ORGASMO FEMENINO INHIBIDO	VAGINISMO	MIXTAS	TOTAL DE DISFUNCIONES	SIN DISFUNCION
	129	5	10	10	0	33	58	71
DEL TOTAL	100.00%	3.87%	7.75%	7.75%	—	25.58%	44.96%	55.03%
DE LAS DISFUNCIONES MUJERES	100.00%	8.62%	17.24%	17.24%	—	56.89%	—	—

T A B L A VIII

TIPO DE DISFUNCION Y SU DISTRIBUCION EN HOMBRES POR GRUPOS ETARIOS

GRUPOS*		DISPAREUNIA	DESEO SEXUAL INHIBIDO	EXCITACION SEXUAL INHIBIDA	EYACULACION PRECOZ	MIXTA	TOTAL
15-25	#	—	—	2	5	5	12
	%	—	—	3.27%	8.19%	8.19%	19.65%
26-35	#	—	—	5	10	11	26
	%	—	—	8.19%	16.39%	18.03%	42.61%
36-45	#	—	1	6	1	3	11
	%	—	1.63%	9.83%	1.63%	4.91%	18.00%
46-55	#	—	—	1	2	2	5
	%	—	—	1.63%	3.27%	3.27%	8.17%
56 y mds	#	—	3	2	—	2	7
	%	—	4.91%	3.27%	—	3.27%	11.45%
TOTAL	#						61
	%						99.88%

* AÑOS

T A B L A IX

TIPO DE DISFUNCION Y SU DISTRIBUCION EN HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD

G R U P O S *	DISPAREUNIA		DESEO SEXUAL INHIBIDO		EXCITACION SEXUAL INHIBIDA		EYACULACION PRECOZ		MIXTAS		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15-25	—	—	—	—	2	3.27%	5	8.19%	5	8.19%	12	19.65%
26-35	—	—	—	—	5	8.19%	10	16.39%	11	18.03%	26	42.61%
36-45	—	—	1	1.63%	6	9.81%	1	1.63%	3	4.91%	11	17.98%
46-55	—	—	—	—	1	1.63%	—	—	2	3.27%	3	4.90%
56 y más	—	—	3	4.91%	2	3.27%	2	3.27%	2	3.27%	9	14.72%
TOTAL	—	—	4	6.55%	16	26.17%	18	29.50%	23	37.70%	61	99.90%

* A Ñ O S

T. A B L A X

TIPO DE DISFUNCION Y SU DISTRIBUCION EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS*	DISPAREUNIA		DESEO SEXUAL INHIBIDO		ORGASMO FEMENINO INHIBIDO		VAGINISMO		MIXTAS		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15 - 25	1	1.72%	2	3.44%	—	—	—	—	2	3.44%	5	8.60%
26 - 35	2	3.44%	4	6.89%	2	3.44%	—	—	18	31.03%	26	44.80%
36 - 45	2	3.44%	3	5.17%	6	10.34%	—	—	5	8.62%	16	27.57%
46 - 55	—	—	—	—	2	3.44%	—	—	3	5.17%	5	8.61%
56 y más	—	—	1	1.72%	—	—	—	—	5	8.62%	6	10.34%
TOTAL	5	8.62%	10	17.24%	10	17.24%	—	—	33	56.89%	58	9.90%

* AÑOS

T A B L A XI

TIPO DE DISFUNCION Y SU DISTRIBUCION EN MUJERES POR GRUPOS ETARIOS

GRUPOS*		DISPAREUNIA	DESEO SEXUAL INHIBIDO	ORGASMO FEMENINO INHIBIDO	VAGINISMO	MIXTAS	TOTAL
15 - 25	#	1	2	—	—	2	5
	%	1.72 %	3.44 %	—	—	3.44%	8.6 %
26 - 35	#	2	4	2	—	18	26
	%	3.44 %	6.89%	3.44%	—	31.03%	44.80%
36 - 45	#	2	3	6	—	5	16
	%	3.44%	5.17%	10.34%	—	8.62%	27.57%
46 - 55	#	—	—	2	—	3	5
	%	—	—	3.44%	—	5.17%	8.61%
56 y mds	#	—	1	—	—	5	6
	%	—	1.72%	—	—	8.62%	10.34%
TOTAL	#						58
	%						99.90%

* AÑOS

La forma mixta de disfunción sexual más frecuente en varones fue la combinación de excitación sexual inhibida con eyaculación precoz en 12 casos, que corresponde al 9.55% del total de la población total masculina estudiada y el 52.17% del total de los casos de disfunción masculina mixta. TABLA XII. En mujeres la combinación más frecuente fue el deseo sexual inhibido-orgasmo femenino -- inhibido con 14 casos, que corresponden al 10.85% del total de la población femenina estudiada y el 42.42% de la totalidad de las disfunciones femeninas mixtas. TABLA XIII.

Se encontró que el 100% de los varones dedicados al hogar sufren alguna disfunción sexual, mientras que en los estudiantes 50% la sufren y 50% no. El mayor número de varones entrevistados se situó en el rubro "otros", de los cuales el 41.65% presenta algún tipo de disfunción. Entre los profesionales, el 33.3% tiene problema de tipo sexual TABLA XIV.

En mujeres, el 55% de las dedicadas al hogar no presentan datos de disfunción sexual; la población de estudiantes y técnicas femeninas encuestadas se dividió por partes iguales entre disfuncionales sexuales. Entre las profesionales, la menor parte (46.6%) presentan algún tipo de disfunción. TABLA XV.

Según su escolaridad el total de profesionales masculinos encuestados, el 61.8% no reporta problema sexual, mientras que entre los de educación básica más de la mitad (52.94% presenta algún tipo de disfunción sexual. El 42 y 48% de los encuestados con educación de secundaria y bachillerato respectivamente, presentan problema. TABLA XVI. En lo que toca a mujeres, la tercera parte de las que han cursado secundaria presentan disfunción sexual, a diferencia de las mujeres con educación básica solamente, en las que el 54.5% ofrece datos de disfunción. Se encontraron cifras muy similares en las mujeres con bachillerato y profesional, en las que poco más de la mitad se encuentran libres de problema sexual. TABLA XVII.

El grupo de varones con ingresos económicos más bajos --

TABLA XII

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS COMBINACIONES DE -
DISFUNCION SEXUAL MIXTA Y SU RELACION CON LA -
POBLACION TOTAL EN VARONES.

DISFUNCION *	#	%	DEL TOTAL DE LA POBLACION VARONES
DISP-DESEO-EYAC	1	4.34	0.73
EXIT-EYAC	12	52.17	9.55
DESEO-EYAC	1	4.34	0.73
DESEO-EXIT	2	8.69	1.47
DISP-DESEO	1	4.34	0.73
DISP-EXIT	5	21.73	3.67
DISP-EXIT-EYAC	1	4.34	0.73
TOTAL	23	99.90%	16.91

* DISP = DISPAREUNIA
DESEO = DESEO SEXUAL INHIBIDO
EYAC = EYACULACION PRECOZ
EXIT = EXITACION SEXUAL INHIBIDO

TABLA XIII

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS COMBINACIONES DE -
DISFUNCION SEXUAL MIXTA Y SU RELACION CON LA -
POBLACION TOTAL EN MUJERES.

DISFUNCION *	#	%	DEL TOTAL DE LA POBLACION MUJERES
DESEO-ORG	14	42.42	10.85
DISP-ORG	4	12.12	3.10
DISP-ORG-VAG	2	6.06	1.55
DISP-DESEO	3	9.09	2.32
TODOS	2	6.06	1.55
DISP-VAG	1	3.03	0.77
DISP-DESEO-ORG	5	15.15	3.87
ORG-VAG	1	3.03	0.77
DESEO-ORG-VAG	1	3.03	0.77
TOTAL	33	99.90%	25.58

* DESEO = DESEO SEXUAL INHIBIDO
ORG = ORGASMO FEMENINO INHIBIDO
DISP = DISPAREUNIA
VAG = VAGINISMO

TABLA XIV

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEGUN OCUPACION
EN VARONES

OCUPACION	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
HOGAR	2	100%	—	—	2	100%
ESTUDIANTE	7	50%	7	50%	14	100%
TECNICO	14	50%	14	50%	28	100%
PROFESIONAL	12	333%	24	666%	36	99.9%
OTROS	26	45.6%	31	54.3%	57	99.9%
TOTAL	61	44.8%	76	55.1%	137	100%

T A B L A XV

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEGUN OCUPACION
EN MUJERES

OCUPACION	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
HOGAR	27	45%	33	55%	60	100%
ESTUDIANTE	4	50%	4	50%	8	100%
TECNICO	5	50%	5	50%	10	100%
PROFESIONAL	14	46.6%	16	53.3%	30	99.9%
OTROS	8	38.09%	13	61.9%	21	99.9%
TOTAL	58	44.96%	71	55.04%	129	100%

T A B L A XVI

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEGUN ESCOLARIDAD EN VARONES

ESCOLARIDAD	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%
BASICA	18	52.94%	16	47.05%	34	99.9%
SECUNDARIA	15	41.66%	21	58.33%	36	99.9%
BACHILLERATO	12	48.0%	13	52.0%	25	100.0%
PROFESIONAL	16	38.09%	26	61.9%	42	99.9%
T O T A L	61	44.85%	76	55.15%	137	100.0%

T A B L A XVII

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEGUN ESCOLARIDAD
EN MUJERES

ESCOLARIDAD	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
BASICA	18	54.5%	15	45.5%	33	100%
SECUNDARIA	12	33.3%	24	66.6%	36	99.9%
BACHILLERATO	11	47.82%	12	52.17%	23	99.9%
PROFESIONAL	17	45.94%	20	54.05%	37	99.9%
T O T A L	58	44.96%	71	55.04%	129	100%

presentó mayor porcentaje (64%) de disfunciones sexuales en comparación con los no disfuncionales (36%), mientras que en los grupos de mayores ingresos se encontraron cifras menores al 50% de disfunciones, encontrándose la mayor diferencia en el grupo de ingresos de \$ 70,000.00 a \$ 100,000.00 en el cual el 35% presentó datos de problema sexual, contra el 65% de no disfuncionales. TABLA XVIII. Algo similar se encontró en mujeres, en las que el grupo de menores ingresos presenta mayor porcentaje (57%) de disfunciones sexuales, en comparación con las de mayores ingresos económicos en las que a mayor ingreso, menor frecuencia de problemas sexuales. TABLA XIX.

La mayor parte de los encuestados varones y mujeres, --- pertenece a familia de tipo nuclear (100 de las mujeres y 89 de los varones). Se encontró que de las mujeres, el mayor porcentaje de --- disfuncionales sexuales se encuentra en el grupo de familia extensa, al contrario que en varones en que la mayor frecuencia se encuentra entre los que pertenecen a familias de tipo nuclear. TABLAS XX Y XXI.

Se observó que en tanto en mujeres como en varones la mayor frecuencia de disfunciones sexuales se encuentra en el grupo de 5 ó 6 hijos (57% en varones y 64% en mujeres). El menor número de --- disfunciones en mujeres se encuentra entre las que tienen 7 hijos y en varones entre los que tienen uno y dos hijos. TABLAS XII Y XXIII.

De 136 varones encuestados, 112 (82.3%) reportaron que --- su médico no pregunta intencionalmente sobre su vida sexual, contra el 16.7% que sí lo hace. A las mujeres sí lo preguntan en un 21.7%; en resumen, el médico no pregunta sobre aspectos de sexualidad en un 79.93%. TABLA XXIV.

Más del 64% de los individuos encuestados considera que el Médico Familiar es el más adecuado para brindar orientación --- sexual a sus familias; el 18.79% considera que es el Médico General,

TABLA XVIII

FRECUENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SEGUN
INGRESOS ECONOMICOS EN VARONES

INGRESOS \$	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
NO CONTESTADO	1	100.00%	—	—	1	100.00%
30-69,900	21	63.6%	12	36.3%	33	99.9%
70-99,900	17	35.41%	31	64.58%	48	99.9%
100-149,900	12	41.37%	17	58.62%	29	99.9%
150-199,900	7	38.88%	11	61.11%	18	99.9%
200,000 Y MAS	3	37.5%	5	62.5%	8	100%
TOTAL	61	44.85%	76	55.15%	137	100%

T A B L A XIX

FRECUENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SEGUN
INGRESOS ECONOMICOS EN MUJERES

INGRESOS \$	SI DISFUNCION		NO DISFUNCION		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%
NO CONTESTADO	3	100.00%	—	—	3	100.00%
30-69,900	20	57.14%	15	42.85%	35	99.90%
70-99,900	16	38.09%	26	61.90%	42	99.90%
100-149,900	11	50.00%	11	50.00%	22	100.00%
150-199,000	8	44.40%	10	55.50%	18	100.00%
200,000 y más	3	33.30%	6	66.60%	9	99.90%
T O T A L	58	44.96%	71	55.04%	129	100.00%

T A B L A XX

FRECUENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES
SEGUN TIPO DE FAMILIA (VARONES)

TIPO DE FAMILIA	S I DISFUNCION		N O DISFUNCION		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%
EXTENSA	18	40.90%	26	59.09%	44	99.90%
NUCLEAR	42	47.19%	47	52.80%	89	99.90%
N O CONTESTADO	1	25.00%	3	75.00%	4	100.00%
T O T A L E S	61	44.85%	76	55.15%	137	100.00%

T A B L A XXI

FRECUENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SEGUN TIPO DE FAMILIA (MUJERES)

TIPO DE FAMILIA	S I		N O		T O T A L	
	DISFUNCION		DISFUNCION			
	#	%	#	%	#	%
EXTENSA	14	50.00%	14	50.00%	28	100.00%
NUCLEAR	44	44.00%	56	56.00%	100	100.00%
NO CONTESTADO	—	—	1	100.00%	1	100.00%
T O T A L	58	44.96%	71	55.04%	129	100.00%

T A B L A XXII

DISFUNCIONES SEGUN NUMERO DE HIJOS
(VARONES)

NUMERO DE HIJOS	S I DISFUNCION		N O DISFUNCION		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%
0	14	53.84%	12	46.15%	26	99.90%
1 — 2	20	31.71%	36	64.28%	56	99.90%
3 — 4	17	48.57%	18	51.42%	35	99.90%
5 — 6	4	57.14%	3	42.85%	7	99.90%
7 y más	6	46.15%	7	53.84%	13	99.90%
TOTAL	61	44.85%	76	55.15%	137	100.00%

T A B L A XXIII

DISFUNCIONES SEGUN NUMERO DE HIJOS
(MUJERES)

NUMERO DE HIJOS	S I DISFUNCION		N O DISFUNCION		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%
0	5	38.40%	8	61.53%	13	99.90%
1 — 2	28	49.12%	29	50.87%	57	99.90%
3 — 4	17	38.63%	27	61.36%	44	99.90%
5 — 6	7	63.63%	4	36.36%	11	99.90%
7 y más	1	25.00%	3	75.00%	4	100.00%
TOTAL	58	44.96%	71	55.04%	129	100.00%

T A B L A XXIV

INTERES DEL MEDICO SOBRE LA VIDA SEXUAL
DE SUS PACIENTES (AMBOS SEXOS)

	VARONES		MUJERES		TOTALES	
SI HA PREGUNTADO	22	1617%	28	2170%	50	18.93%
NO HA PREGUNTADO	112	82.35%	100	77.51%	212	79.93%
NO CONTESTADO	2	1.47%	1	0.77%	3	1.12%
T O T A L	136	99.90%	129	99.90%	265	99.90%

3%, el sacerdote, 3% familiares, 2% maestros, 1% amigos y el 8.27 contestó "otros", entre los que incluyeron psicólogos, sexólogos, "especialistas", etc. TABLA XXV.

T A B L A XXV

QUIEN CONSIDERA LA POBLACION ESTUDIADA, QUE DEBE SER EL EDUCADOR SEXUAL DE SU FAMILIA.

P E R S O N A	#	%
MEDICO GENERAL	50	18.79%
MEDICO FAMILIAR	171	64.28%
A M I G O S	2	0.75%
MAESTROS	4	1.50%
SACERDOTE	8	3.00%
FAMILIARES	7	2.63%
O T R O S	22	8.27%
NO CONTESTADO	2	0.75%
T O T A L	266	99.97%

CONCLUSIONES.

No existe punto de comparación en lo que se refiere a la frecuencia de las disfunciones sexuales en general, dado que en la literatura los reportes estadísticos encontrados son grupos seleccionados y no son aplicables a la población general; sin embargo en el presente estudio se encontró que las disfunciones --- sexuales son una entidad frecuente en la población estudiada, dado que sobrepasan el 44% del total para ambos sexos. El presente estudio tampoco es aplicable a población general, pero se considera interesante, dado que es el primero en su línea realizado en nuestro medio, entablar algunas comparaciones con grupos estudiados en el extranjero.

En nuestro estudio, la frecuencia de orgasmo femenino inhibido fue del 7.75% del total de la población femenina estudiada, cifra que es similar a la de los otros estudios ya mencionados en éste trabajo; ésta disfunción en su forma no combinada fue la que se encontró más frecuente en nuestra investigación.

Desafortunadamente no se encontraron datos estadísticos en lo que se refiere a vaginismo funcional, deseo sexual inhibido y dispareunia, dado lo cual no es posible comparar nuestros hallazgos con los de otros grupos, pero se puede concluir que el vaginismo en su forma simple en nuestra población no existe y la dispareunia es menos frecuente que el deseo sexual inhibido y la inhibición del orgasmo femenino, encontrándose éstas dos últimas en frecuencias muy similares.

Coincidiendo con los hallazgos de Masters y Johnson - que refieren que en su grupo la disfunción sexual masculina más - frecuente es la eyaculación prematura, nuestro estudio revela que de las formas simples es precisamente la eyaculación precoz la que ocupa el mayor porcentaje del total de las disfunciones sexuales masculinas, siguiéndole en orden de frecuencia la excitación sexual

inhibida y siendo el más bajo en promedio el deseo sexual inhibido; no se encontró ningún caso de dispareunia masculina. De éstos resultados se desprende que para ambos sexos la etiología psicossomática en las disfunciones con base orgánica en el hombre no se encontraron y en la mujer fueron las menos; de ahí la necesidad de que el profesional de la salud que atiende al primer nivel ponga más atención en los aspectos psicológicos de sus pacientes.

Encontramos que la variedad mixta es la forma más frecuente para ambos sexos: En varones la combinación excitación sexual inhibida con eyaculación precoz y en mujeres deseo sexual inhibido con orgasmo femenino inhibido. Este dato es digno de un análisis más profundo, dado que sería necesaria una entrevista personal con un clínico capaz para confirmar la naturaleza mixta de esta patología, ya que por ejemplo, es difícil para una mujer con dispareunia experimentar orgasmo, sin que esto signifique alteración de la fase orgásmica, e igual puede suceder en el varón.

El grupo de edad más afectado en ambos sexos fue el de 26 a 35 años, y en lo que se refiere a ocupación el grupo más afectado fueron los estudiantes y técnicos en ambos sexos, mientras que los profesionales fueron los menos afectados.

Según Master y Johnson, a mayor escolaridad menor frecuencia de disfunciones sexuales, lo cual no concuerda con nuestros hallazgos en la población estudiada, puesto que a nivel bachillerato se encontraron pocas disfunciones pero éstas aumentan considerablemente en el grupo de estudios profesionales.

Un hallazgo interesante en esta investigación es que a mayor ingreso económico, menor frecuencia de disfunciones sexuales en ambos sexos. De acuerdo al tipo de familia, en varones se encontraron

más disfunciones sexuales en la familia nuclear y en mujeres en familias extensas.

Según el número de hijos se encontró más problema sexual entre los que tienen 5 y 6 hijos pero no se pudo efectuar una correlación directa entre número de hijos y presencia ó no de disfunciones.

Cualquier individuo que siente comprometido su bienestar tiende a buscar ayuda ó consejo; ¿a quien acude una persona con algún síntoma sexual?. En este sentido se trató de contestar ésta pregunta pero la mayoría de los sujetos encuestados no la respondió y la pregunta hubo de ser anulada. ¿Será posible que no busquen ayuda?.

Una conclusión triste es que el médico no pregunta sobre la vida sexual de sus pacientes. ¿Es su propia problemática sexual - lo que lo frena a hacerlo?, ó ¿es su ignorancia en ésta área?. Algunos alegan poco tiempo para cada consulta ó sobresaturación de pacientes, sin embargo 2 ó 3 preguntas son suficientes para tener panorámica general de la sexualidad de un individuo y esto se logra en 5 minutos ó menos. Haciéndolo se podría detectar un gran número de problemas, que con un diagnóstico oportuno evitaría graves consecuencias - en la vida de muchos de ellos.

El Médico Familiar es considerado por los sujetos encuestados como la persona adecuada para ser el educador sexual de su familia; es el egresado de la residencia en Medicina Familiar quien por su preparación en el ámbito psicológico, su interés en el aspecto humano y su enfoque de tipo integral quien en conclusión debe actuar como educador sexual llevando a cabo además algunas medidas de tipo terapéutico y sobre todo como vía de detección oportuna y limitador del daño.

Recordemos que "lo primero es no hacer daño"; lleguemos -

hasta el límite de nuestra capacidad, y tratemos de ampliarla con el conocimiento; reconozcamos el momento ideal para el paciente de buscar apoyo para salvar nuestras limitaciones y así brindar a los pacientes una mejor calidad de vida.

Esperamos que éste trabajo sirva para despertar el interés en el estudio de la sexualidad humana en nuestro medio. Esta es una sencilla investigación que no pretende más allá de lo que marcan sus objetivos pero ojalá que sirva como motivación para realizar nuevos estudios en la materia.

ANEXOS .

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

(NO INVADA ESTE ESPACIO)

1.- EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS.

1 2

2.- OCUPACION:

1. Hogar.
2. Desempleado.
3. Estudiante.
4. Técnico.
5. Profesional.
6. Otros. Especifique _____

3

3.- GRADO DE ESCOLARIDAD:

1. Sabe leer y escribir.
2. Primaria.
3. Secundaria.
4. Bachillerato.
5. Profesional.

4

4.- INGRESOS ECONOMICOS TOTALES DE LA FAMILIA AL MES:

1. De \$30,000 a \$69,990 al mes.
2. De \$70,000 a \$90,990 al mes.
3. De \$100,000 a \$150,000 al mes.
4. De \$150,000 a \$200,000 al mes.
5. Más de \$200,000 al mes.

5

5.- EN LA CASA DONDE USTED HABITA, ¿VIVEN OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN SU ESPOSA Y SUS HIJOS?

1. Sí.
2. No.

6

6.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE USTED?

_____ hijos.

7 8

7.- ¿SUFRE USTED DE DOLOR AL MOMENTO DE UNA RELACION SEXUAL?

1. Sí.
2. No.

9

8.- ¿CONSIDERA USTED QUE SUS "GANAS" DE TENER RELACIONES SEXUALES SON:

1. Pocas.
2. Normales.
3. Muchas.

10

9.- ¿TIENE USTED DIFICULTADES PARA LOGRAR O MANTENER LA ERECCION DURANTE EL TIEMPO SUFICIENTE PARA LOGRAR LA SATISFACCION SEXUAL DE SU PAREJA?

1. Sí.
2. No.

11

10.- ¿PARA LOGRAR SU PROPIA SATISFACCION?

1. Sí.
2. No.

12

11.- SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA A LAS PREGUNTAS 9 O 10, CONTESTE: ¿ESTO LE HA SUCEDIDO CON TODAS LAS PAREJAS QUE HA TENIDO?

1. Sí.
2. No.

13

12.- ¿USTED SE "VIENE" (EYACULA) ANTES DE LOGRAR LA SATISFACCION SEXUAL DE SU MUJER?

1. Sí.
2. No.

14

13.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA, CONTESTE: ¿ESTO LE HA SUCEDIDO CON TODAS LAS PAREJAS QUE HA TENIDO?

1. Sí.
2. No.

15

- 14.- SI TIENE USTED ALGUN PROBLEMA DE TIPO SEXUAL,
CONTESTE: ¿LE PRECUPA? 16
1. Sí.
 2. No.
- 15.- ¿CONSIDERA QUE ES ALGO DE LO QUE DEBA AVERGON
ZARSE? 17
1. Sí.
 2. No.
- 16.- ¿ESTE PROBLEMA HA AFECTADO SU VIDA PERSONAL? 18
1. Sí.
 2. No.
- 17.- ¿HA BUSCADO AYUDA O CONSEJO? 19
1. Sí.
 2. No.
- 18.- ¿HA BUSCADO AYUDA O CONSEJO MEDICO? 20
1. Sí.
 2. No.
- 19.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE "NO"
CONTESTE: ¿A QUIEN LE HA PEDIDO CONSEJO? 21
1. Amigos.
 2. Maestros.
 3. Sacerdote.
 4. Familiares.
 5. Otros. Especifique: _____
- 20.- ¿LE FUE DE UTILIDAD ESTE CONSEJO? 22
1. Sí.
 2. No.
- 21.- SI USTED LO HA MENCIONADO A SU MEDICO, ¿ESTE LE
HA DADO IMPORTANCIA A SU PROBLEMA? 23
1. Sí.
 - 2.-No.

22.- ¿LE HA PARECIDO ADECUADA LA ALTERNATIVA DE SOLU
CION QUE SU MEDICO LE PROPUSO?

24

1. Sí.
2. No.

23.- ¿SU MEDICO LE HA PREGUNTADO ACERCA DE SU VIDA
SEXUAL SIN QUE USTED SE LO HAYA MENCIONADO?

25

1. Sí.
2. No.

24.- ¿QUIEN O QUIENES CONSIDERA USTED QUE SON LAS
PERSONAS ADECUADAS PARA BRINDARLE A USTED Y A SU
FAMILIA ORIENTACION SEXUAL?

26

1. Médico General.
2. Médico Familiar.
3. Amigos.
4. Maestros.
5. Sacerdote.
6. Familiares.
7. Otros. Especifique: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU
COLABORACION.

(1)

ANEXO 2

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

(NO INVADA ESTE ESPACIO)

1.- EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS.

1 2

2.- OCUPACION:

1. Hogar.
2. Desempleado.
3. Estudiante.
- 4.-Técnico.
5. Profesional.
6. Otros. Especifique _____

3

3.- GRADO DE ESCOLARIDAD:

1. Sabe leer y escribir.
2. Primaria.
3. Secundaria.
4. Bachillerato.
5. Profesional.

4

4.- INGRESOS ECONOMICOS TOTALES DE LA FAMILIA AL MES:

1. De \$30,000 a \$69,900 al mes.
2. De \$70,000 a \$90,990 al mes.
3. De \$100,000 a 150,000 al mes.
4. De \$150,000 a \$200,000 al mes.
5. Más de \$200,000 al mes.

5

5.- EN LA CASA DONDE USTED HABITA, ¿VIVEN OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN SU ESPOSA Y SUS HIJOS?

1. Sí.
2. No.

6

6.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE USTED?

_____ hijos.

7 8

(NO INVA-
DA ESTE ES
PAGIO)

- 7.- ¿ SUFRE USTED DE DOLOR AL MOMENTO DE UNA RELACION SEXUAL ?
1. Sí _____
 2. No 9
- 8.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA, CONTESTE: ¿ ESTO LE HA SUCEDIDO CON TODAS - LAS PAREJAS QUE HA TENIDO ?
1. Sí _____
 2. No 10
- 9.- CONSIDERA USTED QUE SUS "GANAS" DE TENER RELACIONES SEXUALES SON:
1. Pocas.
 2. Normales.
 3. Muchas.
- _____
- 11
- 10.- TIENE USTED DIFICULTADES PARA LOGRAR EL GOCE SEXUAL PLENO (ORGASMO) ?
1. Sí _____
 2. No 12
- 11.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA CONTESTE: ¿ ESTO LE HA SUCEDIDO CON TODAS LAS PAREJAS QUE HA TENIDO ?
1. Sí _____
 2. No 13
- 12.- EN EL MOMENTO DEL ACTO SEXUAL, ¿ SE CIERRA SU VAGINA Y NO PERMITE LA PENETRACION DEL ORGANNO MASCULINO?
1. Sí _____
 2. No 14
- 13.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA CONTESTE: ¿ ESTO LE HA SUCEDIDO CON TODAS LAS PAREJAS QUE HA TENIDO ?
1. Sí _____
 2. No 15

14.- SI TIENE USTED ALGUN PROBLEMA DE TIPO SEXUAL,
CONTESTE: ¿LE PREOCUPA?

1. Sí.
2. No.

16

15.- ¿CONSIDERA QUE ES ALGO DE LO QUE DEBA AVERGON
ZARSE?

1. Sí.
2. No.

17

16.- ¿ESTE PROBLEMA HA AFECTADO SU VIDA PERSONAL?

1. Sí.
2. No.

18

17.- ¿HA BUSCADO AYUDA O CONSEJO?

1. Sí.
2. No.

19

18.- ¿HA BUSCADO AYUDA O CONSEJO MEDICO?

1. Sí.
2. No.

20

19.- SI SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE "NO"
CONTESTE: ¿A QUIEN LE HA PEDIDO CONSEJO?

1. Amigos.
2. Maestros.
3. Sacerdote.
4. Familiares.
5. Otros. Especifique: _____

21

20.- ¿LE FUE DE UTILIDAD ESTE CONSEJO?

1. Sí.
2. No.

22

21.- SI USTED LO HA MENCIONADO A SU MEDICO, ¿ESTE LE
HA DADO IMPORTANCIA A SU PROBLEMA?

1. Sí.
- 2.-No.

23

(4)

(NO INVADA ESTE
ESPACIO)

22.- ¿LE HA PARECIDO ADECUADA LA ALTERNATIVA DE SOLU
CIÓN QUE SU MEDICO LE PROPUSO?

24

1. Sí.
2. No.

23.- ¿SU MEDICO LE HA PREGUNTADO ACERCA DE SU VIDA
SEXUAL, SIN QUE USTED SE LO HAYA MENCIONADO?

25

1. Sí.
2. No.

24.- ¿QUIEN O QUIENES CONSIDERA USTED QUE SON LAS
PERSONAS ADECUADAS PARA BRINDARLE A USTED Y A SU
FAMILIA ORIENTACION SEXUAL?

26

1. Médico General.
2. Médico Familiar.
3. Amigos.
4. Maestros.
5. Sacerdote.
6. Familiares.
7. Otros. Especifique: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU
COLABORACION.



EL PRESENTE CUESTIONARIO HA SIDO ELABORADO
CON EL FIN DE CONOCER LA PROBLEMATICA SEXUAL
DE LAS PERSONAS QUE ACIDEN A ESTA CLINICA. DELI
BERADAMENTE SE HA OMITIDO EL NOMBRE Y LOS DATOS
PERSONALES DE QUIEN LO CONTESTA, PUES LA INFORMACI
ON OBTENIDA SERA DE USO CONFIDENCIAL Y CON FI
NES DE INVESTIGACIÓN MEDICA EXCLUSIVAMENTE. TODO
ESTO ESTA ENCAMINADO A MEJORAR LA ATENCION QUE SE
LE BRINDA. POR ESO, SE LE SUPLICA QUE SEA SINCERO
CON SUS RESPUESTAS, CONTESTANDO EN LA FORMA INDI
CADA; ASI SU PARTICIPACION NOS SERA DE GRAN UTI
LIDAD. SI TIENE ALGUNA DUDA, POR FAVOR PREGUNTE.

FECHA

NO. PERSONA

BOBULO

México, D.F., 3 de febrero de 1986.

DR. ANGEL TAVERA MACEDO.
 Director de la Clínica
 Dr. Ignacio Chavez, ISSSTE.
 P R E S E N T E .

Por medio de la presente nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para aplicar una encuesta entre los derechohabientes de esta clínica en las salas de espera los días 3, 4, 6 y 7 de febrero de las 8 a las 20 horas.

Esta encuesta tiene como finalidad la realización de un estudio con fines de tesis, la cual se titula "DISFUNCIONES SEXUALES EN LA GENTE QUE ACUDE A LA CLINICA 'DR. IGNACIO CHAVEZ'".

Agradeciendo de antemano las finas atenciones que se sirva prestarnos, quedamos de usted,

A T E N T A M E N T E


 DRA. MA. PILAR BALMORI MENDOZA


 DRA. ELENA APARICIO MIJARES

Residentes del tercer año de
 Medicina Familiar.

De acuerdo

 001
 DR. ANGEL TAVERA MACEDO.
 Director

C I T A S B I B L I O G R A F I C A S .

- 1.- Masters, William H., Johnson, Virginia E. "Incompatibilidad Sexual Humana". Alteración Orgásmica. P.178. Ed. Intermedica. Buenos Aires. 1981.
- 2.- Levine Edward M., MD., & Ross Nathanael MD. "Sexual Disfunctions and Psychoanalysis". American Journal of Psychiatry. 134:6(pp. 646-651). Jun 1977.
- 3.- Masters William H., Johnson, Virginia E., "Respuesta Sexual Humana". Ciclo de la respuesta sexual. p. 3. Ed. Intermédica. Buenos Aires 1978.
- 4.- Ibidem.
- 5.- Alvarez, Gayou, J.L. "Elementos de Sexología" Prefacio. Interamericana 1983.
- 6.- Haynal, A.- Pasini, W. "Manual de Medicina Psicósomática". p. 184 Ed. Masson. Barcelona/México. 1984.
- 7.- Op. Cit. 1
- 8.- Kablan S. H. "La Nueva Terapia Sexual". tomo 2 p. 354 Alianza Editorial. Madrid 1974.
- 9.- Levine. S.B. Rosenthal M. " Marital Sexual Disfunctions Female Disfunctions. Annals of Internal Medicine. Vol. 86. pp. 588-599. 1979.
- 10.- American Psychiatric Association. DSM-III. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales".

- Trastorno Psicosexual. p. 275. Ed. Masson 1984.
- 11.- Masters, W. H., Johnson V.E. "La Respuesta Sexual Humana". Prefacio IV. Intermédica. Buenos Aires 1978.
 - 12.- Alvarez Gayou, J.L. "Elementos de Sexología". Estudio del comportamiento sexual en el adulto. pp. 37-37 Interamericana 1983.
 - 13.- Mc. Cary, J.L. Mc. Cary S.P. " Sexualidad Humana de Mc. Cary". Disfunción sexual. p. 297. Manual Moderno 4/a Edición México 1983.
 - 14.- Ibidem 10
 - 15.- Kaplan S.H. "La Nueva Terapia Sexual". Tomo 2. Las Disfunciones Sexuales. p. 354. Madrid 1974.
 - 16.- Masters W. H. Johnson V.E. "Incompatibilidad Sexual Humana". Intermédica. Buenos Aires 1981.
 - 17.- Op. Cit. 10.
 - 18.- Masters W.H., Johnson V.E. "Incompatibilidad Sexual Humana". Impotencia secundaria. p. 153. Intermédica. Buenos Aires 1981.
 - 19.- American Psychiatric Association. DSM-III. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales". Trastornos Psicosexuales. pp. 296-296. Ed. Masson. México 1984.
 - 20.- Ibidem p. 293-194.

- 21.- Ibidem 6.
- 22.- Ibidem 19.
- 23.- Masters, W.H., Johnson V.E. "Incompatibilidad Sexual Humana" Impotencia Primaria. p.116. Intermédica. Buenos Aires 1981.
- 24.- Ibidem 18 p. 131.
- 25.- Ibidem 18. p. 157-160
- 26.-Ibidem 18. p. 136.
- 27.- Ibidem 24
- 28.- Ibidem 6. p. 185
- 29.- Levine, S.B. "Marital Sexual Disfunctions: Erectile disfunctions. Annals of Internal Medecine. 85 pp. 342-350. 1976.
- 30.-Op. Cit. 6
- 31.- Op. Cit. 9
- 32.- Haynal A. Pasini, W. "Manual de Medicina Psicósomática. pp. 180-199 Ed. Masson Barcelona/México. 1984.
- 33.- Benedek, T.F.. "Secual Function in Women and their Disturbances". Psychosomatic Medecine (pt.V.) charp. 37. pp. 728-748. 1982.
- 34.- Op. Cit. 12

- 35.- Levine, S.T. "Marital Sexual Dysfunction; Ejaculation Disturbances". Annals of Internal Medicine. 84. pp. 575-79. 1976.
- 36.- Masters, W.H. Johnson V.E. " Incompatibilidad Sexual Humana". Incapacidad Eyaculatoria pp. 100-115. Intermédica. Buenos Aires 1981.
- 37.- Masters W.H., Johnson V.E. "Incompatibilidad Sexual Humana". Eyaculación Precoz. pp. 80-99. Intermédica Buenos Aires 1981.
- 38.- Masters W.H. Johnson V.E. "Incompatibilidad Sexual Humana. Dispareunia. pp. 223-244. Intermédica. Buenos Aires. 1981.