

11241  
rej 2



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado

FUNCION SEXUAL Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

## T e s i n a

Que para obtener el grado de :  
ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA

P r e s e n t a :

DRA. ROSALIA FERNANDEZ Y DE LA BORBOLLA

FALLA DE ORIGEN

México D.F.

1986

*Ortega* 20-I-87

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the author or a reviewer, is written over the bottom right portion of the page.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

	PÁGINA
I. INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	2
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	10
II. MARCO TEORICO.....	11
1. ALCOHOLISMO.....	12
1.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.....	12
1.2. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.....	13
1.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.....	15
2. SEXUALIDAD.....	18
2.1. RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	18
2.2. DISFUNCIONES PSICOSEXUALES.....	26
2.2.1. DEFINICIÓN.....	26
2.2.2. CLASIFICACIÓN.....	29
2.2.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES....	30
III. MATERIAL Y METODOS.....	35
3.1. MATERIAL.....	36
3.2. MÉTODOS.....	36
IV. RESULTADOS.....	39
V. CONCLUSIONES Y DISCUSION.....	62
VI. BIBLIOGRAFIA.....	70
VII. ANEXOS.....	74
CUESTIONARIO.....	75
GRÁFICAS.....	84

## I N T R O D U C C I O N

## O B J E T I V O S

LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO SON LOS DE PRECISAR - LA PROPORCIÓN DE HOMBRES ALCOHÓLICOS QUE PADECEN DISFUNCIONES SEXUALES ASÍ COMO GENERAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA RELACIÓN - QUE GUARDA LA PRESENCIA DE DICHAS DISFUNCIONES CON EL SÍNDROME DE DEPENDENCIA AL ÉTANOL.

## A N T E C E D E N T E S

LOS NIVELES ELEVADOS DE ALCOHOL SE ASOCIAN CON ALTERACIONES DE LA RESPUESTA SEXUAL, GENERALMENTE DEBIDO A EFECTOS INHIBITORIOS A TRAVÉS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LOS EFECTOS DEL ABUSO DEL ALCOHOL SON SUMAMENTE COMPLEJOS YA QUE SE INTERRELACIONAN, ADEMÁS DE PRODUCIR CONSECUENCIAS INTERPERSONALES Y SOCIALES.

LAS CREENCIAS ACERCA DE LA RELACIÓN ENTRE ABUSO O USO -- DEL ALCOHOL Y LOS ASPECTOS SEXUALES SON EXTENSAS. MUCHOS VEN EN EL ALCOHOL, A DOSIS MODERADAS, UN AFRODISÍACO; O POR LO MENOS UN DESINHIBIDOR QUE PERMITE QUE LA PERSONA EXPRESE SUS -- SENTIMIENTOS SEXUALES DESDE UN PUNTO DE VISTA MÁS LIBRE.

LA RELACIÓN ENTRE ALCOHOLISMO CRÓNICO Y SEXUALIDAD ES -- OBTIAMENTE COMPLEJA. LAS RAZONES PARA ABUSAR DEL ALCOHOL SON DE VITAL IMPORTANCIA; EN ALGUNOS CASOS EL ALCOHOL SE USA PARA MANEJAR CIERTAS ANSIEDADES SOCIOSEXUALES, SOBRE TODO EN PERSONAS QUE SON SUSCEPTIBLES A DESARROLLAR PROBLEMAS SEXUALES POR RAZONES DE PERSONALIDAD.

LAS CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO SOBRE LAS RELACIONES -- SEXUALES Y SOBRE EL MATRIMONIO SON CONSIDERABLES, SABER QUÉ -- PROPORCIÓN DE ALCOHÓLICOS CAEN DENTRO DE ESTA CATEGORÍA SERÍA UNA TAREA IMPORTANTE AUNQUE DIFÍCIL DE ESTABLECER. NO SOLO -- EXISTEN PROBLEMAS MARITALES Y CONFLICTOS SEXUALES EN EL ALCOHOLISMO SINO QUE EL DESARROLLO DE ÉSTOS INFLUYE CONSIDERABLE-

MENTE, A SU VEZ EN FORMA MUY ADVERSA SOBRE EL PATRÓN DE INGESTA DE ALCOHOL. <sup>(16)</sup> NO ES RARO OBSERVAR QUE LOS ALCOHÓLICOS CON FRECUENCIA BEBEN POR LOS MISMOS PROBLEMAS QUE LES GENERA SU ALCOHOLISMO.

ATHANASION <sup>(1)</sup> EN UNA ENCUESTA REALIZADA EN EL AÑO DE 1970 ENCONTRÓ QUE EL 45% DE LOS HOMBRES Y EL 68% DE LAS MUJERES EN CUESTADOS RESPONDIERON QUE EL ALCOHOL AUMENTABA EL PLACER SEXUAL; 42% Y 21% RESPECTIVAMENTE DIJERON QUE EN REALIDAD DISMINUYÓ EL PLACER SEXUAL. LA APARENTE DIFERENCIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES, AFIRMA AÚN MÁS LA IDEA DE QUE EL ALCOHOL REDUCE LA INHIBICIÓN SEXUAL Y QUE LAS MUJERES SON LAS QUE MÁS FRECUENTE LA TIENEN. TAMBIÉN SE PIENSA QUE ASÍ COMO CIERTA CANTIDAD DE ALCOHOL PERMITE QUE EL DESEO SEXUAL AUMENTE, DOS O MAYORES, ALTERA CONSIDERABLEMENTE LA RESPUESTA SEXUAL. LOS HOMBRES SON MÁS SUSCEPTIBLES A ESTE PUNTO DEBIDO A SU VULNERABILIDAD A LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

MASTERS Y JOHNSON <sup>(13)</sup> EN 1970, ENFATIZARON SOBRE LA IMPORTANCIA DEL ALCOHOL COMO FACTOR ETIOLÓGICO EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE TIPO SECUNDARIO. TÍPICAMENTE UN EPISODIO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ETANOL RESULTA EN FALLAS EN LA ERECCIÓN, LO CUAL GENERA ANSIEDAD IMPORTANTE SOBRE TODA LA ACTUACIÓN SEXUAL DURANTE ESA RESPUESTA, INDUCIENDO AL INDIVIDUO A INGERIR MÁS ALCOHOL EN NO POCAS OCASIONES; CON EL OBJETO DE DISMINUIR LA ANSIEDAD MISMA; FORMÁNDOSE DE ESA MANERA UN CÍRCULO VICIOSO. LO QUE PUDO HABER SIDO UNA INTERFERENCIA FARMACOLÓGICA PASAJERA, SE CONVIERTE AHORA EN UNA IMPOTENCIA PSICOGÉNICA EN

UN INDIVIDUO SUSCEPTIBLE A ELLA. MASTERS Y JOHNSON IDENTIFICARON ESTE MECANISMO EN UN 16% DE LOS CASOS DE IMPOTENCIA SECUNDARIA

A PESAR DE QUE ES COMÚN ASUMIR QUE LOS ALCOHÓLICOS CRÓNICOS TIENEN DIFICULTADES SEXUALES, ES DIFÍCIL ENCONTRAR EVIDENCIAS QUE AVALEN ESTE PUNTO DE VISTA. LEHERE Y SMITH<sup>(11)</sup> EN --- 1973, MENCIONARON QUE 17,000 ALCOHÓLICOS TRATADOS EN SU CENTRO FUERON ENCUESTADOS SOBRE ESTE PUNTO Y QUE POR LO MENOS EL 8% ERAN IMPOTENTES, DEL TOTAL, APROXIMADAMENTE EL 50% DE ESTOS CASOS PERSISTÍA PRESENTANDO IMPOTENCIA AÚN DESPUÉS DE ALGUNOS AÑOS DE ESTAR SOBRIOS. ESTAS CIFRAS NO SON ALTAS, PERO EN EL ESTUDIO NUNCA SE INDICA CÓMO LLEGARON A SU OBTENCIÓN -- TRATÁNDOSE PROBABLEMENTE DE UNA ESTIMACIÓN GRUESA.

WHALLEY EN EL AÑO DE 1978,<sup>(21)</sup> COMPARÓ 50 ALCOHÓLICOS, MAS CULINOS HOSPITALIZADOS, CON 50 CONTROLES, APAREADOS POR EDADES Y OTROS FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS. EL 54% DE LOS ALCOHÓLICOS REPORTARON PROBLEMAS ERÉCTILES, COMPARADO CON UN 28% -- DEL GRUPO TESTIGO, PERO ESTA ENCUESTA SE BASÓ ÚNICAMENTE EN LA PREGUNTA SI ALGUNA VEZ HABÍA SUFRIDO DE IMPOTENCIA O NUNCA LA HABÍAN PRESENTADO, POR LO QUE LOS RESULTADOS NO SON CONFIABLES TOTALMENTE, YA QUE NORMALMENTE UN HOMBRE ATRAVIESA POR PERÍODOS DE IMPOTENCIA POR FACTORES PSICOSOCIALES Y SIN QUE ÉSTO TENGA NINGUNA REPERCUSIÓN DE IMPORTANCIA. JENSEN<sup>(6)</sup> EN 1979, ENCUESTÓ A 100 ALCOHÓLICOS QUE SE ENCONTRABAN BAJO TRATAMIENTO, ENCONTRÁNDOSE UNA FRECUENCIA DE PROBLEMAS SEXUALES DEL 63%. NO SE DEFINIERON CLARAMENTE LOS TIPOS DE PROBLEMAS

SEXUALES QUE PRESENTABAN, PERO AL PARECER LA DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO Y LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL FUERON LAS ALTERACIONES MÁS FRECUENTES. SOBRE MUJERES ALCOHÓLICAS LA EVIDENCIA AÚN ES MENOS SISTEMÁTICA.

CON ESTOS ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS TAN COMPLEJOS, NECESITAMOS CONSIDERAR NO SOLO LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ETANOL SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL, SINO TAMBIÉN LOS EFECTOS TÓXICOS DEL ALCOHOL A LARGO PLAZO, ESPECIALMENTE SOBRE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, HÍGADO Y SISTEMA ENDOCRINO Y POR LO TANTO SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL DEL INDIVIDUO.

#### EFFECTOS TOXICOS DEL ALCOHOL A LARGO PLAZO.

SE HAN DESCRITO UNA GRAN VARIEDAD DE EFECTOS PRODUCIDOS POR EL ABUSO DEL ALCOHOL A LARGO PLAZO, ESPECIALMENTE SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LOS CUALES HAN SIDO CUIDADOSAMENTE DESCRITOS. LEES<sup>(10)</sup> EN 1967 AMPLIAMENTE LOS ESTUDIÓ. LA MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA MÁS COMÚN ES LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA. LOS MECANISMOS ETIOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN SU APARICIÓN AÚN NO ESTÁN TOTALMENTE EXPLICADOS, POR LO MENOS EN ALGUNOS DE LOS CASOS. LA DEFICIENCIA DE TIAMINA ES UN FACTOR QUE CONTRIBUYE A LA APARICIÓN DE ESTA ALTERACIÓN NERVIOSA. LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA PUEDE AFECTAR LA FUNCIÓN SEXUAL DIRECTAMENTE, ALTERANDO LA PERCEPCIÓN DE LOS IMPULSOS SENSITIVOS Y POR LO TANTO LA SENSIBILIDAD ERÓTICA A NIVEL TACTIL.

LOS NERVIOS DEL SISTEMA AUTÓNOMO TAMBIÉN SE DAÑAN<sup>(15)</sup> Y ÉS-  
TO PUEDE DAR COMO RESULTADO EL MISMO TIPO DE ALTERACIÓN DE LA  
ERECCIÓN Y EYACULACIÓN, QUE OCURRE EN LA NEUROPATÍA PERIFÉRI-  
CA DE ETIOLOGÍA DIABÉTICA.

LOS EFECTOS ENDÓCRINOS DEL ALCOHOL SON MUY COMPLEJOS, --  
HAN SIDO REVISADOS RECIENTEMENTE POR VAN THIEL Y LESTER<sup>(19)</sup> EN  
EL AÑO DE 1979. TANTO EL ALCOHOL COMO SU PRINCIPAL METABOLIT-  
TO, EL ACETALDEHIDO, SON TÓXICOS PARA EL TEJIDO TESTICULAR.  
DESPUÉS DE UNA INTOXICACIÓN AGUDA IMPORTANTE, LA TESTOSTERONA  
PLASMÁTICA DISMINUYE EN UN 20% SUS NIVELES, AÚN A LAS 12 Y 20  
HORAS DESPUÉS DE LA INGESTIÓN AGUDA.<sup>(24)</sup> ESTO RESULTA PROBABLE-  
MENTE DE UNA COMBINACIÓN DE LOS EFECTOS TÓXICOS DIRECTOS SO--  
BRE LAS CÉLULAS DE LEYDIG, QUE SON LAS RESPONSABLES DE LA PRO-  
DUCCIÓN DE LA TESTOSTERONA DE ORIGEN TESTICULAR Y DE LA SUPRE-  
SIÓN DIRECTA DE LA LIBERACIÓN DE GONADOTROFINAS HIPOFISIARIAS.  
SI ESA DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE TESTOSTERONA SE PROLONGA PUE-  
DEN OCURRIR ALTERACIONES DEL INTERÉS SEXUAL Y BÁSICAMENTE DEL  
DESEO.

EN HOMBRES OCURRE FRECUENTEMENTE QUE EL DAÑO TESTICULAR  
PROLONGADO SE CONVIERTA EN UNA ATROFIA TESTICULAR VERDADERA.

ES COMÚN ENCONTRAR TAMBIÉN UN AUMENTO DE ESTRÓGENOS, AU-  
NADO A LA DISMINUCIÓN DE TESTOSTERONA, CON UN AUMENTO CONSI--  
GUENTE DE LA PROTEINA ACARREADORA DE DICHAS HORMONAS (SHBG).  
ESTO PUEDE ASOCIARSE A LA APARICIÓN DE GINECOMASTIA Y SI ÉSTA  
ES MUY MARCADA POR SUPUESTO PUEDE INTERFERIR CON EL INTERÉS -

SEXUAL, A TRAVÉS DE UNA RECONCEPTUALIZACIÓN DE LA AUTOIMAGEN DEL SUJETO. LOS MECANISMOS PRECISOS AÚN NO ESTÁN BIEN ESTABLECIDOS.

ES FRECUENTE TAMBIÉN QUE EXISTA LESIÓN HEPÁTICA IMPORTANTE, POR EL MISMO EFECTO TÓXICO DEL ALCOHOL Y EN ÉPOCAS PASADAS SE PENSABA QUE LA ALTERACIÓN HEPÁTICA ERA LA RESPONSABLE DE LAS ALTERACIONES Y DEFICIENCIAS ENDÓCRINAS, EVITANDO LA CONJUGACIÓN DE LOS ESTRÓGENOS A ESE NIVEL Y POR LO TANTO SU INACTIVACIÓN, PERMITIENDO DE ESA MANERA QUE SU VIDA MEDIA SE PROLONGARA MÁS ALLÁ DE LO NORMAL Y DIERA LAS ALTERACIONES DE FEMINIZACIÓN TÍPICAS EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO. EL HÍGADO, AUNQUE JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE, CIERTAMENTE NO ES POR SI SOLO LA ÚNICA EXPLICACIÓN DE LOS CAMBIOS A NIVEL HORMONAL.

#### EFFECTOS FARMACOLOGICOS DEL ALCOHOL

EL ALCOHOL ES UN DEPRESOR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - QUE ALTERA LAS FUNCIONES SENSORAS Y MOTORAS DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA DOSIS INGERIDA. SE PIENSA QUE EL EFECTO DESINHIBIDOR DEL ALCOHOL DERIVA DE UN MODESTO EFECTO DEPRESOR A BAJAS DOSIS Y UNA ALTERACIÓN DE LA RESPUESTA SEXUAL GENITAL SE OBSERVA COMO RESPUESTA, TAMBIÉN DEPRESORA A DOSIS MAYORES. AFORTUNADAMENTE CONTAMOS CON UNA SERIE DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS REVISADOS POR WILSON EN 1977.<sup>(22)</sup> FARKAS Y ROSEN EN 1976, MIDIERON LA RESPUESTA ERÉCTIL UTILIZANDO COMO ESTÍMULO SEXUAL PELÍCULAS DE CONTENIDO ERÓTICO, EN HOMBRES CUYO ALCOHOLISMO ERA CONSIDERADO COMO SOCIAL, VARIANDO LA DOSIS DE ALCO-

HOL, DE TAL MANERA QUE LA CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE ALCOHOL (CSA) QUEDABA FIJA EN 0, 25, 50 Y 75 MG%. ENCONTRARON QUE -- CON LA DOSIS BAJA DE 25 MG% APARECÍA UNA FACILITACIÓN NO SIGNIFICATIVA, PERO DESPUÉS SE ENCONTRÓ UNA DECLINACIÓN PROGRESIVA EN LA RESPUESTA ERÉCTIL, A MEDIDA QUE SE AUMENTABA LA DOSIS PROGRESIVAMENTE TAMBIÉN.<sup>(4)</sup> ESTOS RESULTADOS SON CONSISTENTES CON EL PROBLEMA DE FACILITACIÓN-INHIBICIÓN DESCRITO EN PÁRRAFOS ANTERIORES.

WILSON Y LAWSON EN 1976,<sup>(23)</sup> ELABORARON UNA INVESTIGACIÓN DE GRAN IMPORTANCIA, DIVIDIENDO A LOS SUJETOS DE ESTUDIO EN DOS GRUPOS, UN GRUPO ESPERABA RECIBIR ALCOHOL (VODKA CON AGUA QUINA) Y OTRO GRUPO ESPERABA RECIBIR AGUA QUINADA SOLAMENTE. LA MITAD DE CADA GRUPO RECIBIÓ UNA DOSIS ESTANDAR DE ALCOHOL Y AGUA QUINA Y A LA OTRA MITAD SE LE ADMINISTRÓ ÚNICAMENTE -- AGUA QUINADA SIN CONTENIDO DE ALCOHOL, EN OTRAS PALABRAS, LA MITAD DE SUJETOS DE CADA GRUPO ALCANZABAN SU EXPECTATIVA Y LA OTRA MITAD NO. EL PROMEDIO DE CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE ALCOHOL FUE DE 40 MG%. EN ESTE ESTUDIO APARENTEMENTE NO HUBO ALTERACIÓN DE LA RESPUESTA ERÉCTIL, PORQUE AQUELLOS QUE PENSABAN QUE ESTABAN INGIRIENDO ALCOHOL OBTENÍAN UNA RESPUESTA ERÉCTIL MÁS FUERTE QUE AQUELLOS QUE PENSABAN QUE SOLO ESTABAN INGIRIENDO AGUA QUINADA, SI ACEPTAMOS ESTA EVIDENCIA, TENDREMOS QUE ACEPTAR OBVIAMENTE QUE LAS EXPECTATIVAS DEL SUJETO -- JUEGAN UN PAPEL PREPONDERANTE, AÚN SOBRE EL EFECTO FARMACOLÓGICO, PRESUMIDO PARA ESA DOSIS, UTILIZÁNDOSE EL ALCOHOL SOLO PARA JUSTIFICAR UNA CONDUCTA QUE PROBABLEMENTE FUERA INACEPTABLE EN ESTADO DE SOBRIEDAD. ÉSTO TOMA ESPECIAL RELEVANCIA --

CUANDO SE ANALIZAN LAS OFENSAS Y LAS VIOLACIONES A LA LEY DE LAS PERSONAS ALCOHÓLICAS Y TAMBIÉN DA OTRA PERSPECTIVA AL RECAPACITAR SOBRE LOS EFECTOS DE OTRAS DROGAS SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL.

EL EFECTO FARMACOLÓGICO INHIBIDOR DEL ETANOL, SOBRE LAS RESPUESTAS GENITALES SEXUALES, APARECE CUANDO SE ELEVAN LOS NIVELES DE CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA POR ARRIBA DE LOS 40 MG%.

## JUSTIFICACION

POR EL INCREMENTO QUE SE HA REGISTRADO EN LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y POR LA COMPLEJIDAD DE SUS CAUSAS, NATURALEZA Y MANIFESTACIONES ES NECESARIO DELIMITAR LAS ALTERACIONES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA COMO UNA CONSECUENCIA DEL ABUSO DEL ALCOHOL YA QUE ÉSTAS PUEDEN SER UNA DE LAS CAUSAS DE DESAJUSTE DE LA PAREJA, ADEMÁS DE GENERAR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR SU SOLA PRESENCIA.

LOS PROBLEMAS SOCIALES DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO, ASÍ COMO LA PRESENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES AUNADAS SEGURAMENTE INFLUYEN EN FORMA CONSIDERABLE SOBRE EL PATRÓN DE INGESTA DEL ALCOHOL POR EL PACIENTE.

EN TÉRMINOS GENERALES, LOS ASPECTOS SEXUALES SE ABORDAN POCO EN CUALQUIER TIPO DE PACIENTE, TANTO POR FALTA DE INFORMACIÓN COMO POR NO EXISTIR ESTADÍSTICAS CONFIABLES QUE REVELEN LA SITUACIÓN REAL DEL HOMBRE MEXICANO.

POR OTRO LADO, EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA AL ETANOL, SE ESTÁ TAN PREOCUPADO POR OTROS ASPECTOS DE MANEJO TERAPÉUTICO QUE CASI SIEMPRE SE OLVIDA INVESTIGAR A FONDO SOBRE SU PROBLEMÁTICA SEXUAL, SIN TOMAR EN CUENTA QUE LA ANSIEDAD QUE SE GENERA POR LA ALTERACIÓN QUE PRESENTA PUEDE SER UNO DE LOS PUNTOS FUNDAMENTALES PARA QUE INICIE NUEVAMENTE SU INGESTA Y DE ESA MANERA PERPETUAR Y AGUDIZAR SU PATRÓN DE INGESTA, AUMENTANDO Y PROFUNDIZANDO ASÍ SU PROBLEMÁTICA.

MARCO TEORICO

# 1. ALCOHOLISMO

## 1.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.

NO EXISTE UNA DIVISIÓN EXACTA ENTRE LO QUE ES ALCOHOLISMO Y LO QUE ES BEBER EN EXCESO. EL ALCOHOLISMO SE HA DEFINIDO EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- FRECUENCIA Y CANTIDAD DE ALCOHOL INGERIDA.
- 2.- DEPENDENCIA FÍSICA DEL ALCOHOL.
- 3.- PRESENCIA DE CUALQUIER TIPO DE INCAPACIDAD YA SEA FÍSICA, MENTAL O SOCIAL RELACIONADA CON EL ALCOHOL.

LA DEFINICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ELABORADA EN EL AÑO DE 1952 ES LA SIGUIENTE,<sup>(20)</sup>

"ALCOHÓLICOS SON AQUELLOS BEBEDORES CONSUECUDINARIOS CUYA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL HA ALCANZADO UN GRADO TAL, QUE PRESENTAN UN NOTORIO TRASTORNO MENTAL O UNA INTERFERENCIA EN SU SALUD MENTAL O CORPORAL, EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES, ASÍ COMO EN SU FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO Y SOCIAL, O BIEN AQUELLOS QUE MUESTRAN SÍNTOMAS CUALQUIERA DE LOS ESTADOS MENCIONADOS".

## 1.2. DEPENDENCIA DE ALCOHOL.

EL SÍNTOMA ESENCIAL DEL ABUSO DE ALCOHOL ES UN PATRÓN DE USO PATOLÓGICO DEL ALCOHOL DE UN MES COMO MÍNIMO, QUE PROVOCA DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL.

LOS SÍNTOMAS ESENCIALES DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SON TANTO LA EXISTENCIA DE UNA ESTRUCTURA PATOLÓGICA DE USO DE ALCOHOL O DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL ALCOHOL, COMO LA PRESENCIA DE TOLERANCIA O ABSTINENCIA. LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL TAMBIÉN SE DENOMINA ALCOHOLISMO.

CURSO. DESPUÉS DE CINCO AÑOS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN HÁBITO DE BEBIDA REGULAR, Y CON FRECUENCIA EN EL CURSO DEL AÑO SIGUIENTE, SE DESARROLLA EL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. EL HÁBITO DE BEBIDA DE GRANDES CANTIDADES DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA (ANTES DE LOS 16 AÑOS) SE ACOMPAÑARÁ, CON TODA PROBABILIDAD, DE PROBLEMAS EN LA VIDA ADULTA.

AUNQUE LA DEPENDENCIA Y EL ABUSO DE ALCOHOL PUEDE CONTINUAR HASTA LA VEJEZ, A VECES SUELE REMITIR COMO CONSECUENCIA DEL DESARROLLO DE LAS COMPLICACIONES FÍSICAS QUE LE SON PROPIAS. ALGUNOS SUJETOS CON HISTORIA PREVIA DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA PUEDEN PRESENTAR PERÍODOS OCASIONALES DE BEBIDA SIN EPISODIOS DE INTOXICACIÓN O, EN TODO CASO, EPISODIOS DE INTOXICACIÓN EXCEPCIONALES. ADEMÁS, UN HÁBITO DE BEBIDA MODERADO NO DEBE SER CONSIDERADO PRUEBA SUFICIENTE DE LA AUSENCIA DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN EL PASADO.

TRES SON LAS PRINCIPALES ESTRUCTURAS DE USO PATOLÓGICO Y CRÓNICO DE ALCOHOL. LA PRIMERA ES LA INGESTIÓN REGULAR Y DIARIA DE GRANDES CANTIDADES DE ALCOHOL; LA SEGUNDA ES EL HÁBITO REGULAR DE GRANDES INGESTAS DE ALCOHOL LIMITADAS A LOS FINES DE SEMANA. ESTOS DOS PATRONES SE INCLUYEN EN EL SUBTIPO "CONTÍNUO". EL TERCER PATRÓN SE CARACTERIZA POR LARGOS PERÍODOS DE SOBRIEDAD ENTREMEZCLADOS CON PERÍODOS DE EMBRIAGUEZ DIARIA -- POR GRANDES CANTIDADES DE ALCOHOL QUE DURAN SEMANAS O MESES. ESTE PATRÓN CORRESPONDE AL SUBTIPO "EPISÓDICO".

ANTECEDENTES FAMILIARES. EL ABUSO Y LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ES MÁS FRECUENTE ENTRE LOS MIEMBROS DE UNA MISMA FAMILIA QUE ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL. EL AUMENTO DE LA PREVALENCIA ENTRE LOS HIJOS ADOPTADOS A EDAD MUY TEMPRANA CON PADRES CON ESTE TRASTORNO PROPORCIONA UNA PRUEBA DE LA EXISTENCIA DE UN FACTOR DE TIPO GENÉTICO.

### 1.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SE HACE EN BASE A LOS CRITERIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL BÁSICAMENTE, AUNANDO UN PUNTO MÁS, QUE ESTABLECE LA DIFERENCIA ENTRE ABUSO Y DEPENDENCIA, QUE ES LA PRESENCIA DE TOLERANCIA O ABSTINENCIA, UNA U OTRA, O BIEN DE AMBAS.

A.- PATRÓN PATOLÓGICO DE USO DE ALCOHOL O DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL:

PATRON PATOLOGICO DE USO DE ALCOHOL:

NECESIDAD DIARIA DE ALCOHOL PARA LA ACTIVIDAD ADECUADA; INCAPACIDAD PARA DISMINUIR O DEJAR DE BEBER; REPETIDOS ESFUERZOS PARA CONTROLAR O REDUCIR EL EXCESO DE BEBIDA (PERIODOS DE ABSTINENCIA TEMPORAL O RESTRICCIÓN DE LA BEBIDA DURANTE DETERMINADAS HORAS DEL DÍA); EMBRIAGUEZ (PERMANECIENDO INTOXICADO A LO LARGO DE TODO EL DÍA, DURANTE AL MENOS DOS DÍAS); CONSUMO OCASIONAL DE LICORES PARA ANIMARSE (O SU EQUIVALENTE EN VINO O CERVEZA); PERIODOS DE AMNESIA PARA LOS ACONTECIMIENTOS QUE OCURREN DURANTE LA INTOXICACIÓN (BLACKOUTS); CONTINUACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, A PESAR DE QUE EL SUJETO SABE QUE LOS TRASTORNOS FÍSICOS GRAVES QUE PADECE SE EXACERBAN CON LA INGESTA.

**DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL USO DE ALCOHOL:**

POR EJEMPLO ACTOS VIOLENTOS DURANTE LA INTOXICACIÓN, FALTAS EN EL TRABAJO, PÉRDIDA DE EMPLEO, PROBLEMAS LEGALES (POR --- EJEMPLO, DETENCIONES POR INTOXICACIÓN, ACCIDENTES DE TRÁFICO DURANTE LA INTOXICACIÓN), DISCUSIONES O PROBLEMAS CON FAMI-- LIARES O AMIGOS DEBIDO AL EXCESIVO USO DE ALCOHOL.

**B.- CUALQUIERA DE LAS DOS: TOLERANCIA O ABSTINENCIA:**

**TOLERANCIA:** NECESIDAD DE AUMENTAR LA CANTIDAD DE ALCOHOL PA RA CONSEGUIR EL EFECTO DESEADO, O DISMINUCIÓN NOTABLE DEL -- EFECTO UTILIZANDO DE FORMA REGULAR LA MISMA CANTIDAD DE ALCO HOL.

**ABSTINENCIA:** DESARROLLO DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (POR EJEM PLO, TEMBLOR MATUTINO Y MALESTAR ALIVIADO POR LA BEBIDA) DES PUÉS DE ABANDONAR O REDUCIR LA BEBIDA.

CON EL OBJETO DE QUE QUEDEM COMPLETOS TODOS LOS PUNTOS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, SE AGRE- GAN LOS CRITERIOS REQUERIDOS PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓST ICO DE LA ABSTINENCIA ALCOHÓLICA, MENCIONADA EN EL PUNTO B DE LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DICHA DEPENDENCIA.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ABSTINENCIA ALCOHOLICA:**

**A. ABANDONO O REDUCCIÓN DEL HÁBITO PROLONGADO (ALGUNOS DÍAS O MÁS) DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, AL QUE SIGUE ALGUNAS HORAS DESPUÉS UN GROSERO TENBLOR DE MANOS, LENGUA Y PÁRPADOS Y POR LO MENOS, UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:**

- 1) NÁUSEAS Y VÓMITOS.**
- 2) MALESTAR O CANSANCIO.**
- 3) HIPERACTIVIDAD AUTONÓMICA, POR EJEMPLO: TAQUICARDIA, SUDORACIÓN Y ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.**
- 4) ANSIEDAD.**
- 5) ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO O IRRITABILIDAD.**
- 6) HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.**

**B. TODO ELLO, NO DEBIDO A NINGÚN OTRO TRASTORNO MENTAL O FÍSICO COMO EL DELIRIUM POR ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.**

## 2. SEXUALIDAD

### 2.1. RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

ES UNA RESPUESTA INTEGRAL DEL ORGANISMO QUE ENGLOBA TANTO - CAMBIOS FISIOLÓGICOS A NIVEL DE LA ESFERA GENITAL COMO DE LA EXTRAGENITAL; ES DECIR, ES UNA RESPUESTA QUE INVOLUCRA A TO DO EL ORGANISMO EN SU TOTALIDAD.

EL ESTUDIO INICIAL DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA SE DEBE A - WILLIAM MASTERS Y A VIRGINIA JOHNSON EN 1966, LOS CUALES ESQUEMATIZARON TODOS LOS AJUSTES FISIOLÓGICOS DEL ORGANISMO DE ACUERDO A LAS DIFERENTES FASES POR LAS QUE ATRAVIESA UN SER HUMANO DURANTE EL CICLO DE LA RESPUESTA AL ESTÍMULO SEXUAL - EFECTIVO, EL CUAL PUEDE VARIAR SEGÚN CADA INDIVIDUO.

EL ESQUEMA PROPUESTO POR MASTERS Y JOHNSON HA SUFRIDO ALGU-- MAS MODIFICACIONES AL CORRER DEL TIEMPO, LA PRINCIPAL, HECHA POR LA DRA. HELEN SINGER KAPLAN QUE UTILIZÓ EL MODELO ORIGINAL, LO COMPLEMENTÓ Y ENRIQUECIÓ GRANDEMENTE.

EL ESQUEMA ORIGINAL DE MASTERS Y JOHNSON NO COMPRENDE LA FA- SE DE DESEO; PERO SÍ LAS FASES DE EXCITACIÓN, MESETA, ORGAS- MO Y RESOLUCIÓN. (14)

LA MODIFICACIÓN DE LA DRA. KAPLAN CONSISTIÓ BÁSICAMENTE EN -

AÑADIR UNA FASE PREVIA A LAS ETAPAS PROPUESTAS POR MASTERS Y JOHNSON, INCLUIR LA FASE DE MESETA DENTRO DE LA FASE DE EXCITACIÓN Y LA DE RESOLUCIÓN DENTRO DE LA DE ÓRGASMO (VER FIGURA 1).

EN LAS FASES DE EXCITACIÓN, MESETA Y ÓRGASMO SE PUEDEN UBICAR CAMBIOS FISIOLÓGICOS GRANDES EN DIFERENTES ÓRGANOS; EN CAMBIO, EN LA FASE DE DESEO SÓLO PUEDEN CONSIDERARSE CAMBIOS AL NIVEL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; BÁSICAMENTE SERÍAN CAMBIOS CELULARES DE DETERMINADAS CÉLULAS NERVIOSAS O NEURONAS MISMAS QUE PROPICIAN LA BÚSQUEDA DE SATISFACCIÓN SEXUAL.

A CONTINUACIÓN SE DESCRIBE BREVEMENTE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DE ACUERDO AL ESQUEMA TRIFÁSICO DE HELEN KAPLAN (FIGURA 2). (8) (9)

FASE DE DESEO: LOS CAMBIOS MÁS IMPORTANTES DE ESTA PRIMERA ETAPA PUEDEN UBICARSE EN EL CEREBRO, YA QUE ELLO DA LUGAR A MODIFICACIONES EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE LA PERSONA, LA CUAL EMPIEZA A INTERESARSE POR LA ACTIVIDAD SEXUAL.

LA ACTIVACIÓN DE CENTROS CEREBRALES SEXUALES SE EXPRESA EN EL RESTO DEL ORGANISMO COMO SENSACIONES DIFUSAS O REACCIONES PÉLVICAS VAGAS.

FASE DE EXCITACIÓN: LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA FASE DE EXCITACIÓN EN EL HOMBRE ES LA ERECCIÓN DEL PENE Y EN LA MU-

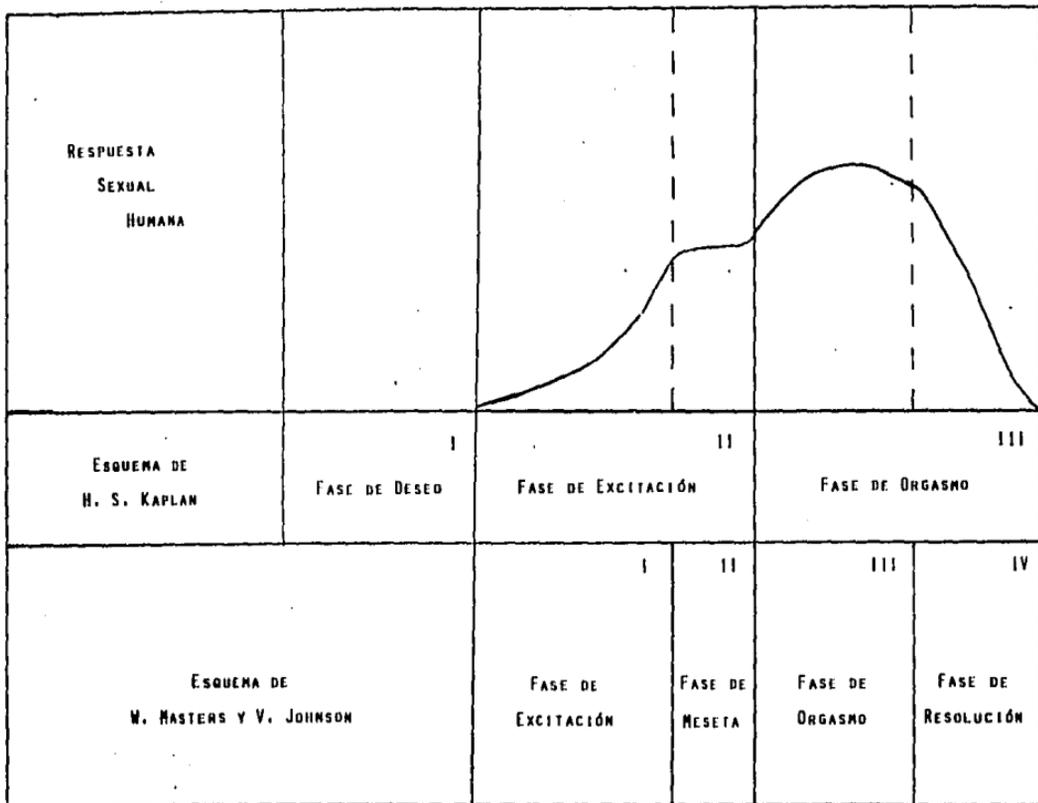


FIGURA 1

## RESPUESTA SEXUAL HUMANA

FASE DE DESEO	FASE DE EXCITACION	FASE DE ORGASMO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE ACTIVIDAD NEURONAL.</li> <li>2. CAMBIOS EN EL ESTADO DE -- ANIMO.</li> <li>3. ACTIVACIÓN DE CENTROS SEXUALES CEREBRALES (SISTEMA LÍMBICO, HIPOTÁLAMO Y ÁREA PREÓPTICA).</li> <li>4. FENÓMENOS PSICOLÓGICOS, -- SUBJETIVOS ACTIVADORES.</li> <li>5. REACCIONES PÉLVICAS VAGAS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. REACCIÓN VASCULAR VASOMOTORA (VASOCONGESTIÓN Y AUMENTO DE FLUJO -- SANGUÍNEO).</li> <li>2. INTEGRACIÓN DEL ARCO REFLEJO.</li> <li>3. ACTIVACIÓN DEL PARASIMPÁTICO.</li> <li>4. AUMENTO DEL TONO MUSCULAR (MIOTÓNIA).</li> <li>5. ERECCIÓN DEL PENE.</li> <li>6. CAMBIO DE COLORACIÓN DEL PENE.</li> <li>7. CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO CREMÁSTER</li> <li>8. CONTRACCIÓN DEL ESCROTO.</li> <li>9. ELEVACIÓN Y ROTACIÓN DE LOS TESTÍCULOS.</li> <li>10. AUMENTO DEL TAMAÑO DE LOS TESTÍCULOS.</li> <li>11. EMISIÓN DE LÍQUIDO (2 A 3 GOTAS) DE LAS GLÁNDULAS BULBO-URETRALES.</li> <li>12. CONTRACCIÓN DE MÚSCULOS DE CONDUCTO DEFERENTE, PRÓSTATA, VESÍCULOS SEMINALES.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACTIVACIÓN DEL SIMPÁTICO.</li> <li>2. CONTRACCIÓN MIOCLÓNICA DE -- MUSCULATURA PERINEAL.</li> <li>3. CIERRE DEL ESFÍNTER INTERNO DE LA VEJIGA.</li> <li>4. CONTRACCIONES INVOLUNTARIAS MIOCLÓNICAS.</li> <li>5. CONTRACCIONES MIOCLÓNICAS -- INVOLUNTARIAS EN LA PLATA--FORMA ORGÁSMICA.</li> <li>6. EYACULACIÓN DEL SEMEN.</li> <li>7. SUDORACIÓN PROFUSA.</li> <li>8. REGRESIÓN AL ESTADIO BASAL DE TODOS LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS GENITALES Y EXTRAGENITALES DURANTE LA RESOLUCIÓN.</li> </ol>

FIGURA 2

JER LA LUBRICACIÓN VAGINAL. ESTOS DOS CAMBIOS GENITALES OBE  
DECEN A MODIFICACIONES Y AJUSTES FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES,  
BÁSICAMENTE EN EL ÁREA CARDIOVASCULAR.

EL CORAZÓN AUMENTA LA FRECUENCIA DE LATIDOS POR MINUTO, POR  
LO TANTO ACELERA LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA, LA CUAL, JUNTO --  
CON EL CIERRE DE LAS VÁLVULAS VENOSAS SON LOS FACTORES RES--  
PONSABLES DE LA ERECCIÓN, DE TAL MANERA QUE ELLA ES UN FENÓ--  
MENO HEMODINÁMICO. LA LUBRICACIÓN VAGINAL ES UN FENÓMENO HE--  
MODINÁMICO TAMBIÉN, YA QUE EL AUMENTO EN LA VELOCIDAD DEL --  
FLUJO SANGUÍNEO Y LA VASOCONGESTIÓN SON LOS FACTORES RESPON--  
SABLES DE ESTE FENÓMENO QUE NO ES OTRA COSA QUE UN TRASUDADO  
DE LAS PAREDES DE LA VAGINA Y NO UNA SECRECIÓN DE LAS GLÁNDU--  
LAS DE BARTHOLIN COMO ANTERIORMENTE SE CREÍA.

ASÍ COMO AUMENTA EL RITMO CARDÍACO, ASÍ TAMBIÉN AUMENTAN LAS  
CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL, DIRECTAMENTE PROPORCIONAL AL GRA--  
DO DE EXCITACIÓN ALCANZADO.

EN LA MUJER LOS CAMBIOS QUE OCURREN A NIVEL DE GENITALES EX--  
TERNOS SON LA ERECCIÓN DEL CLÍTORIS, EL ENGROSAMIENTO Y APLA--  
NAMIENTO DE LOS LABIOS MAYORES Y MENORES Y EL CAMBIO DE COLO--  
RACIÓN DE CLARO A OSCURO, TODO ESTO DETERMINADO POR LOS FE--  
NÓMENOS HEMODINÁMICOS Y CARDÍACOS ANTES MENCIONADOS.

ASÍ MISMO SE PRODUCE ERECCIÓN DE LOS PEZONES TANTO EN EL HOM--  
BRE COMO EN LA MUJER.

HACIA EL FINAL DE LA FASE DE EXCITACIÓN, EL CLÍTORIS SE RETRAE HACIA ATRÁS, SE ABRE EL ORIFICIO EXTERNO DEL CERVIX UTERINO, SE VASODILATA EL TERCIO EXTERNO DE LA VAGINA, ADQUIRIENDO LOS GENITALES UNA COLORACIÓN INTENSA. ESTA EXACERBACIÓN DE LOS CAMBIOS CORRESPONDEN A LO QUE MASTERS Y JOHNSON DENOMINARON FASE DE MESETA. A LA TURGENCIA DEL TERCIO EXTERNO DE LA VAGINA LA LLAMARON PLATAFORMA ORGÁSMICA.

EN EL HOMBRE, LOS TESTÍCULOS AUMENTAN DE TAMAÑO, ROTAN SOBRE SU EJE Y SE ACERCAN AL CUERPO, YA QUE SE CONTRAE EL ESCROTO Y LAS GLÁNDULAS BULBO-URETRALES SECRETAN UNAS GOTAS DE LÍQUIDO CON EL OBJETO DE LIMPIAR LA URETRA.

POR EL MISMO FENÓMENO HEMODINÁMICO, PERO A NIVEL SUPERFICIAL, APARECE UN ENROJECIMIENTO EN LA PIEL O "RUBOR SEXUAL".

DURANTE LA FASE DE EXCITACIÓN OCURREN CONTRACCIONES MUSCULARES VOLUNTARIAS QUE HACEN QUE LA TENSIÓN SEXUAL AUMENTE DADOS LOS FENÓMENOS DE VASOCONGESTIÓN Y CONTRACCIONES MUSCULARES, A ESTA FASE TAMBIÉN SE LE HA DENOMINADO "FASE VASOCONGESTIVA" O "FASE MIOTÓNICA".

FASE DE ORGASMO: ASÍ COMO EN LA FASE DE EXCITACIÓN EL FENÓMENO MÁS IMPORTANTE ES DE TIPO HEMODINÁMICO; EL HECHO MÁS TRASCENDENTE EN LA FASE DE ORGASMO ES MUSCULAR.

LAS CONTRACCIONES MUSCULARES QUE OCURREN EN AMBOS SEXOS EN -

ESTA ETAPA SON INVOLUNTARIAS. A ESTE TIPO DE CONTRACCIONES SE LES LLAMA MIOCLÓNICAS Y DEBIDO A ESTA CARACTERÍSTICA, TAMBIÉN SE LE LLAMA A ESTA FASE MIOCLÓNICA.

EN EL HOMBRE SE PRODUCEN CONTRACCIONES A LO LARGO DE LOS CONDUCTOS DEFERENTES Y DE LA URETRA CON UNA FRECUENCIA DE DÉCIMAS DE SEGUNDO RESPONSABILIZÁNDOSE DE QUE LOS ESPERMATÓZOIDES SEAN EYACULADOS AL EXTERIOR.

EN LA MUJER TAMBIÉN SE PRODUCEN CONTRACCIONES MUSCULARES, -- TANTO UTERINAS COMO VAGINALES.

LAS FRECUENCIAS CARDÍACA Y RESPIRATORIA ALCANZAN SU MÁXIMO, -- LO MISMO QUE EL RUBOR SEXUAL Y LA SUDORACIÓN; QUE EN ESTA -- ETAPA ES SUMAMENTE PROFUSA.

AL FINALIZAR EL ORGASMO SE INICIAN LA RESOLUCIÓN DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE EMPEZARON EN LA FASE DE DESEO Y SE MAN TUVIERON EN LA FASE DE EXCITACIÓN; ESTA RESOLUCIÓN ES PARTE MISMA DE LA FASE DE ORGASMO.

DURANTE LA RESOLUCIÓN, LA MUJER, SI ES ESTIMULADA ADECUADA-- MENTE, PUEDE VOLVER A PRESENTAR OTRO ORGASMO, ES DECIR QUE -- EN TEORÍA LA MUJER TIENE UNA CAPACIDAD MULTIORGÁSMICA.

EL HOMBRE, POR EL CONTRARIO, AL FINALIZAR LA RESOLUCIÓN DEL ORGASMO INICIA UN PERÍODO REFRACTARIO; DE DURACIÓN VARIABLE;

DURANTE EL CUAL NO SÓLO NO RESPONDE A LOS ESTÍMULOS SEXUALES SINO QUE PUEDEN SER DOLOROSOS EN CASO DE CONTINUARLOS.

Á LO LARGO DE LA RESPUESTA SEXUAL PODEMOS ENCONTRAR FACTORES BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS Y ÉSTA EN FORMA INTEGRAL, PUEDE A SU VEZ SER AFECTADA POR RAZONES DE ÍNDOLE SOCIAL.

ESTA RESPUESTA SE PRESENTA DE INTENSIDAD VARIABLE AÚN EN UN MISMO INDIVIDUO Y CON LA MISMA PAREJA, ADEMÁS, ESTE MISMO TIPO DE RESPUESTA SE PRESENTA EN CUALQUIER FORMA DE RELACIÓN - QUE INVOLUCRE LA ESFERA GENITAL, YA SEA HETEROSEXUAL, HOMOSEXUAL O BIEN POR MASTURBACIÓN.

## 2.2. DISFUNCIONES PSICOSEXUALES.

### 2.2.1. DEFINICIÓN.

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. <sup>(9)</sup>

EL CRITERIO DE PERSISTENCIA QUE ES ACEPTADO POR LA MAYORÍA - DE LOS AUTORES ES EL DE 50% DE LOS INTENTOS DE REALIZACIÓN - SEXUAL. <sup>(9) (13)</sup>

LAS DISFUNCIONES SEXUALES PUEDEN SER DE TODA LA VIDA O ADQUIRIDAS, O SEA QUE SE PRESENTEN DESPUÉS DE UN PERÍODO DE FUNCIONAMIENTO NORMAL, PUEDEN TAMBIÉN SER GENERALIZADAS O SITUACIONALES YA SEA QUE SE PRESENTEN LIMITADAS A DETERMINADAS SITUACIONES O CON DETERMINADAS PAREJAS. AUNQUE LA MAYORÍA DE LOS CASOS LAS DISFUNCIONES SEXUALES SE PRESENTAN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL CON UNA PAREJA, EN OTROS DEBE INDICARSE LA PRESENCIA DE TALES DISFUNCIONES CUANDO SE PRESENTAN DURANTE LA MASTURBACIÓN. <sup>(3)</sup>

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. FRECUENTEMENTE NO EXISTEN OTROS -- SIGNOS OBVIOS Y FRANCO DE ALTERACIÓN. ESTE ES PARTICULAR-- MENTE EL CASO DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO, PUESTO QUE ELLO NO SUPONE NECESARIAMENTE UNA AFECTACIÓN DEL RENDIMIENTO. EN -- OTROS CASOS, PUEDE EXISTIR UNA SENSACIÓN VAGA DE NO CUMPLIR

UN CONCEPTO GENERAL MAL DEFINIDO DE NORMALIDAD, O PUEDE EXISTIR UNA GRAN VARIEDAD DE MOLESTIAS TALES COMO DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CULPA, VERGÜENZA, FRUSTRACIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS. CASI INVARIABLEMENTE HAY MIEDO AL FRACASO Y LA APARICIÓN DE UNA ACTITUD DE "ESPECTADOR" (AUTOOBSERVACIÓN) CON UNA EXTREMADA SENSIBILIDAD A LA REACCIÓN DE LA PAREJA SEXUAL. ESTE FENÓMENO PUEDE A SU VEZ REPERCUTIR DESFAVORABLEMENTE SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y LA SATISFACCIÓN SEXUAL Y CONducIR A UNA EVITACIÓN SECUNDARIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y A UNA ALTERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CON LA PAREJA.

EDAD DE COMIENZO. LA EDAD DE COMIENZO MÁS FRECUENTE ES LA PRIMERA ÉPOCA DE LA VIDA ADULTA, AUNQUE LA EYACULACIÓN PRECOZ EMPIEZA MÁS A MENUDO EN LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES. LA EDAD MÁS COMÚN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA ES AL FINAL DE LOS 20 AÑOS Y AL PRINCIPIO DE LOS 30, ES DECIR, AÑOS DESPUÉS DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN SEXUAL MANTENIDA. SIN EMBARGO, LA PRIMERA SEÑAL PUEDE PRESENTARSE MÁS TARDE EN LA VIDA ADULTA, SOBRE TODO EN CASO DE EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA DEL VARÓN.

CURSO. EL CURSO ES EXTREMADAMENTE VARIABLE. TAL COMO SE HA SEÑALADO ANTERIORMENTE, TODAS LAS DISFUNCIONES PUEDEN SER DE TODA LA VIDA O ADQUIRIDAS (APARECIDAS DESPUÉS DE UN PERÍODO DE FUNCIONAMIENTO NORMAL). PUEDEN HALLARSE LIMITADAS A UN EPISODIO ÚNICO Y DE CORTA DURACIÓN O PUEDEN ADQUIRIR LA FORMA DE DISFUNCIÓN EPISÓDICA RECURRENTE. EL DESEO SEXUAL INHI

BIDO PUEDE DESARROLLARSE COMO REACCIÓN A CUALQUIER OTRA DISFUNCIÓN PSICOSEXUAL.

**DETERIORO.** LAS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES, INCLUSO CUANDO SON GRAVES, NO SUELEN ESTAR ASOCIADAS A UNA INCAPACITACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL, PERO PUEDEN ALTERAR SIGNIFICATIVAMENTE LAS RELACIONES CON LA PAREJA SEXUAL.

**COMPLICACIONES.** LAS COMPLICACIONES MAYORES SON LA ALTERACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES MATRIMONIALES O DE CUALQUIER OTRO TIPO.

**FACTORES PREDISPONENTES.** PARECE EXISTIR UNA CORRELACIÓN PEQUEÑA, PERO POSITIVA, ENTRE DETERMINADOS RASGOS DE PERSONALIDAD (Y LA PSICOPATOLOGÍA EN GENERAL) Y LA PRESENCIA DE UNA O MÁS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES. LOS RASGOS HISTRIÓNICOS EN LAS MUJERES VAN ASOCIADOS FRECUENTEMENTE A UNA EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA Y AL ORGASMO INHIBIDO. POR EL CONTRARIO, LOS RASGOS COMPULSIVOS EN LOS HOMBRES, CON FRECUENCIA VAN ASOCIADOS AL DESEO SEXUAL INHIBIDO Y A LA EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA. LA ANSIEDAD PARECE PREDISPONER A LA PRESENTACIÓN DE EYACULACIÓN PRECOZ. CUALQUIER ACTITUD NEGATIVA HACIA LA SEXUALIDAD, DEBIDO A EXPERIENCIAS PARTICULARES, A CONFLICTOS INTERNOS O A PERTENENCIAS A VALORES CULTURALES RÍGIDOS, PREDISPONEN A LAS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES.

**PREVALENCIA.** AUNQUE NO ES EXACTAMENTE DEL TODO CONOCIDA, LA

MAYOR PARTE DE ESTAS ALTERACIONES SE CONSIDERA MUY FRECUENTE, SOBRE TODO, EN SUS FORMAS LEVES.

INCIDENCIA EN CADA SEXO. LA INCIDENCIA EN CADA SEXO VARÍA - PARA CADA DISFUNCIÓN PARTICULAR. EL DESEO SEXUAL INHIBIDO Y EL ORGASMO INHIBIDO SON FRECUENTES EN LAS MUJERES. LA EYACULACIÓN PRECOZ POR DEFINICIÓN SE RESTRINGE A LOS HOMBRES. EL VAGINISMO FUNCIONAL, POR DEFINICIÓN TAMBIÉN, ESTÁ RESTRINGIDO A LAS MUJERES. AUNQUE LA DISPARREUNIA FUNCIONAL SE DEFINE DE TAL MANERA QUE PUEDE TAMBIÉN PRESENTARSE EN EL VARÓN, - ELLO CASI NUNCA OCURRE.

ANTECEDENTES FAMILIARES. NO EXISTE INFORMACIÓN.

### 2.2.2. CLASIFICACIÓN.

LAS DISFUNCIONES SEXUALES SE CLASIFICAN DE ACUERDO A LA FASE DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL QUE SE ENCUENTRA ALTERADA Y EN FUNCIÓN DEL GÉNERO DEL INDIVIDUO.

SE UTILIZARÁ UN MODELO DE CLASIFICACIÓN PROPUESTO POR HELEN SINGER KAPLAN, QUIEN CONCEPTUALIZA LA RESPUESTA SEXUAL COMO UN FENÓMENO TRIFÁSICO.

SE HARÁ MENCIÓN SÓLO A LAS DISFUNCIONES MASCULINAS, QUE SON LAS QUE OCUPAN EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN DE ESTE TRABAJO.

**A.- DISFUNCIONES DE LA FASE DE DESEO (VER FIGURA 3)**

1. DESEO SEXUAL INHIBIDO (DSI).
2. AVERSIÓN SEXUAL (FODIAS SEXUALES).
3. DISRITMIA.

**B.- DISFUNCIONES DE LA FASE DE EXCITACIÓN.**

1. EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA.

**C.- DISFUNCIONES DE LA FASE ORGÁSMICA.**

1. ORGASMO MASCULINO INHIBIDO.
2. EYACULACIÓN PRECOZ.
3. DISPAREUNIA FUNCIONAL.

**2.2.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES MASCULINAS MÁS FRECUENTES.**

LOS CRITERIOS QUE SE UTILIZAN PARA DIAGNOSTICAR ESTE TIPO DE ALTERACIONES SON LOS ESPECIFICADOS EN EL DSM-III<sup>(3)</sup> Y SON LOS SIGUIENTES:

**DESEO SEXUAL INHIBIDO.**

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.**

- A. INHIBICIÓN PERSISTENTE Y PROFUNDA DEL DESEO SEXUAL. EL**

### DISFUNCIONES PSICOSEXUALES

FASES DE LA R.S.H.	FASE DE DESEO	FASE DE EXCITACIÓN	FASE DE ORGASMO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DESEO SEXUAL INHIBIDO (DSI)</li> <li>- AVERSIÓN SEXUAL</li> <li>- DISRITMIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EYACULACIÓN PRECOZ</li> <li>- ORGASMO MASCULINO INHIBIDO</li> <li>- DISPAREUNIA FUNCIONAL</li> </ul>

JUICIO DE ESTA INHIBICIÓN DEBE HACERLO EL CLÍNICO, QUE HA DE TENER EN CUENTA LOS FACTORES QUE AFECTAN AL DESEO SEXUAL, COMO EDAD, SEXO, SALUD, INTENSIDAD Y FRECUENCIA DEL DESEO SEXUAL Y EL CONTEXTO DE LA VIDA DEL INDIVIDUO. EN LA PRÁCTICA, ESTE DIAGNÓSTICO CASI NUNCA DEBE DE HACERSE A NO SER QUE LA FALTA DEL DESEO SEA FUENTE DE MALESTAR PARA EL INDIVIDUO O PARA SU PAREJA. FRECUENTEMENTE, ESTA CATEGORÍA DEBE USARSE EN CONJUNCIÓN CON UNA O MÁS CATEGORÍAS DE LAS OTRAS DISFUNCIONES PSICOSEXUALES.

B. EL TRASTORNO NO ESTÁ CAUSADO SÓLO POR FACTORES ORGÁNICOS (POR EJEMPLO, TRASTORNOS FÍSICOS O MEDICAMENTOS) Y NO ES DEBIDO A OTRO TRASTORNO DEL EJE I.

#### EXCITACION SEXUAL INHIBIDA.

SE HA LLAMADO TAMBIÉN FRIGIDEZ O IMPOTENCIA.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

A. INHIBICIÓN RECURRENTE Y PERSISTENTE DE LA EXCITACIÓN SEXUAL DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, MANIFESTADA POR:

EN LOS HOMBRES, FRACASO PARCIAL O COMPLETO PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCIÓN HASTA EL FINAL DEL ACTO SEXUAL.

B. DEBE COEXISTIR UN JUICIO CLÍNICO DE QUE EL INDIVIDUO REALIZA ACTIVIDADES SEXUALES QUE SON ADECUADAS EN TIPO, IN-

## TENSIDAD Y DURACIÓN.

C. LA ALTERACIÓN NO ESTÁ CAUSADA EXCLUSIVAMENTE POR FACTORES ORGÁNICOS (POR EJEMPLO, ENFERMEDAD FÍSICA O MEDICAMENTOS) Y NO ES DEBIDA A OTRO TRASTORNO DEL EJE I, CORRESPONDIENTE A SÍNDROMES CLÍNICOS O ESTADOS NO ATRIBUIBLES A TRASTORNO MENTAL QUE MEREZCAN ATENCIÓN O TRATAMIENTO Y CÓDIGOS ADICIONALES.

## ORGASMO MASCULINO INHIBIDO.

### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

A. INHIBICIÓN RECURRENTE Y PERSISTENTE DEL ORGASMO MASCULINO, MANIFESTADA POR UN RETRASO O UNA AUSENCIA DE LA EYACULACIÓN, TRAS UNA FASE DE EXCITACIÓN SEXUAL ADECUADA. EL MISMO INDIVIDUO PUEDE REUNIR TAMBIÉN LOS CRITERIOS DE EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA SI EN OTRAS OCASIONES EXISTEN PROBLEMAS CON LA FASE DE EXCITACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. EN TALES CASOS, DEBEN ANOTARSE AMBAS CATEGORÍAS DE DISFUNCIÓN PSICOSEXUAL.

B. LA ALTERACIÓN NO SE HALLA CAUSADA EXCLUSIVAMENTE POR FACTORES ORGÁNICOS (POR EJEMPLO, ENFERMEDADES FÍSICAS O MEDICAMENTOS) Y NO ES DEBIDA A OTRO TRASTORNO DEL EJE I.

## EYACULACION PRECOZ.

### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

A. 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 OR--  
GASMO DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL. EL JUICIO DE "CONTROL RA  
ZONABLE" DEBE SER REALIZADO POR EL CLÍNICO, TENIENDO EN CUEN  
TA LOS FACTORES QUE AFECTAN A LA DURACIÓN DE LA FASE DE EXCI  
TACIÓN, COMO LA EDAD, LA NOVEDAD DE LA PAREJA SEXUAL Y LA --  
FRECUENCIA Y DURACIÓN DEL COITO.

B. LA ALTERACIÓN NO ES DEBIDA A OTRO TRASTORNO DEL EJE I.

#### DISPAREUNIA FUNCIONAL.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

A. EL COITO SE HALLA ASOCIADO A DOLOR GENITAL RECURRENTE  
Y PERSISTENTE, TANTO EN EL VARÓN COMO EN LA MUJER.

B. LA ALTERACIÓN NO ESTÁ CAUSADA EXCLUSIVAMENTE POR ENFER  
MEDADES FÍSICAS Y NO ES DEBIDA A FALTA DE LUBRICACIÓN, VAGI  
NISMO FUNCIONAL U OTRO TRASTORNO DEL EJE I.

LA AVERSIÓN SEXUAL BÁSICAMENTE CONSTITUYE UNA FOBIA, POR LO  
QUE NO SE TIPIFICA EN ESTE RUBRO EN EL DSM-III Y LA DISRRIT  
MIA ES UNA DISFUNCIÓN DE PAREJA DONDE HAY DESACUERDO SOBRE -  
LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES.

## MATERIAL Y METODOS

### III. MATERIAL Y METODOS

#### 3.1. MATERIAL.

#### 3.2. MÉTODOS.

EL MATERIAL UTILIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO FUE UN CUESTIONARIO CONFORMADO POR 77 PREGUNTAS, (\*) DIVIDIDO EN TRES SECCIONES. LA PRIMERA RELACIONADA CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA, COMO SERÍAN: EDAD, SEXO, NIVEL DE ESCOLARIDAD, INGRESOS, ETC. LA SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO TIENE COMO OBJETIVO EL INVESTIGAR LA FUNCIÓN SEXUAL DEL INDIVIDUO Y LA TERCERA BASA SU UTILIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

PARA EL DISEÑO DE DICHO CUESTIONARIO EN SU PARTE DE SEXUALIDAD, SE TOMARON EN CUENTA ALGUNAS PREGUNTAS SELECCIONADAS DEL CAPÍTULO DE VALORACIÓN SEXUAL Y ENTREVISTA PARA TOMAR HISTORIA CLÍNICA SEXUAL SEGÚN LESLIE LoPICOLA Y JULIA H. HELMAN; (12) ASI MISMO SE TOMÓ EN CUENTA PARTE DEL CUESTIONARIO PARA VALORAR LA FUNCIÓN SEXUAL EN HOMBRES, ELABORADO POR EL PROGRAMA DE SEXUALIDAD HUMANA DEL MOUNT SINAI HOSPITAL DE NUEVA YORK. (5)

EN LO REFERENTE A LA SECCIÓN DE ALCOHOLISMO, SE UTILIZARON TODOS Y CADA UNO DE LOS CRITERIOS DEL DSM-III PARA ESTABLE--

(\*) Ver Anexos

CER EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, EN FORMA DESGLOSADA Y FORMULADOS COMO PREGUNTAS. (3)

LA MUESTRA CONSISTIÓ EN 60 HOMBRES: 30 CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, QUE REUNÍAN TODOS LOS CRITERIOS DEL DSM-III PARA SU DIAGNÓSTICO, Y 30 CONTROLES NO ALCOHÓLICOS, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ANTES MENCIONADOS. AMBOS GRUPOS PERTENECIENTES A LA CLASE MEDIA SOCIOECONÓMICA, HABITANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL Y CON UN RANGO DE EDAD QUE FLUCTUABA ENTRE LOS 30 Y LOS 50 AÑOS.

EL GRUPO DE LOS 30 HOMBRES CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SE OBTUVO DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE 24 HORAS, CONFORME IBAN INGRESANDO AL GRUPO Y SE ENCONTRABAN EN CONDICIONES DE RESPONDER EL CUESTIONARIO. LA OTRA PARTE DE LA MUESTRA, QUE SE TOMÓ COMO GRUPO TESTIGO O CONTROL, FUE CONFORMADA TOMANDO COMO FUENTE A LOS EMPLEADOS DE UNA SECUNDARIA Y DE UN RECLUSORIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LA INFORMACIÓN SE OBTUVO APLICANDO EL CUESTIONARIO ANÓNIMAMENTE, EN FORMA VOLUNTARIA, INDIVIDUAL Y PERSONAL, CON LA PRESENCIA DEL INVESTIGADOR Y ACLARANDO DUDAS CADA VEZ QUE ÉSTAS SURGÍAN.

POSTERIORMENTE, SE PROCEDIÓ A CLASIFICAR Y CODIFICAR CADA UNA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO.

PARA EL ANÁLISIS FINAL Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, SE EXCLUYERON ALGUNAS PREGUNTAS, POR NO CONSIDERARSE RELEVANTES PARA ESTE ESTUDIO.

LA INFORMACIÓN OBTENIDA A PARTIR DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A LOS 60 INDIVIDUOS, FUE ANALIZADA CON LA PRUEBA DE JI-CUADRADA PARA HOMOGENEIZAR POBLACIONES Y TAMBIÉN CON LA UTILIZACIÓN DE FRECUENCIAS EXPRESADAS EN PORCENTAJES.

LA HIPÓTESIS ALTERNA DE ESTE TRABAJO ES QUE LAS DOS POBLACIONES REFERIDAS, SON DISTINTAS EN ALGUNOS ASPECTOS DE SU COMPORTAMIENTO SEXUAL.

EL MODELO MATEMÁTICO QUE MUESTRA CÓMO ES LA DISTRIBUCIÓN DE JI-CUADRADA, ES EL SIGUIENTE:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

CON  $k-1$  GRADOS DE LIBERTAD

## RESULTADOS

#### IV. RESULTADOS

LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE  $J_1^2$  Y P PARA OBSERVAR SIGNIFICANCIA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE ALGUNAS OTRAS COMO VIDA ACTUAL EN PAREJA; SEXO DE LA MISMA; PRESENCIA DE ERECCIÓN MATUTINA, UTILIZACIÓN ACTUAL DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y/O MEDICAMENTOS; QUE FUERON ÚTILES PARA COMPARAR LAS DOS MUESTRAS ENTRE SÍ, SE ENCUENTRAN REPORTADOS EN LA TABLA 1. TODAS ESTAS VARIABLES DE INCLUSIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS MUESTRAS RESULTARON NO SIGNIFICATIVAS, POR LO QUE SE PUEDE CONCLUIR QUE NO HUBO DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL ALCOHÓLICO Y QUE POR LO TANTO SÍ FUERON GRUPOS COMPARABLES (TABLA 1).

LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL HECHA EN FUNCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-III DESGLOSADOS SE HALLA REPORTADA EN LA TABLA 2, ENCONTRÁNDOSE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN TODOS LOS CRITERIOS, EXCEPTO EN DOS. EL PRIMERO HACIENDO REFERENCIA A LA REALIZACIÓN DE ESFUERZOS PARA DEJAR DE BEBER POR PERÍODOS MAYORES DE 6 MESES, ENCONTRÁNDOSE QUE DEL GRUPO ALCOHÓLICO SÓLO EL 30% LO HACEN, EL RESTO NO LO INTENTAN. LA SEGUNDA SE REFIERE A LA CONCIENCIA DE QUE EL ALCOHOL PRODUCE TRASTORNOS FÍSICOS GRAVES, DONDE SE OBSERVA CLARAMENTE QUE AMBOS GRUPOS LA TIENEN; EL CONTROL EN UN 93.33% Y EL ALCOHÓLICO EN UN 76.66%.

TAMBIÉN SE REPORTAN EN LA TABLA 2 LAS FRECUENCIAS EXPRESADAS

EN PORCENTAJES AFIRMATIVOS REFERENTES A UN GRUPO Y OTRO CON RESPECTO AL ALCOHOLISMO.

ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE SE ENCONTRÓ UN 100% DE NECESIDAD DE INGERIR ALCOHOL EN EL GRUPO ALCOHÓLICO, CONTRA UN 23.33% DEL GRUPO CONTROL (VER GRÁFICA 24 DE LOS ANEXOS). EN REALIDAD ES UN PORCENTAJE MUY ALTO; SIN EMBARGO OTROS CRITERIOS DE USO Y ABUSO DEL ALCOHOL O DE PATRÓN PATOLÓGICO DE INGESTA NO LOS REÚNEN, POR LO CUAL NO SE LES CONSIDERA DEPENDIENTES DEL MISMO.

DEL GRUPO CONTROL, EL 100% PUEDE DISMINUIR EN FORMA VOLUNTARIA LA INGESTA DE ALCOHOL Y DEL GRUPO ALCOHÓLICO SÓLO LO PUEDE HACER EL 6.66%.

LLAMA LA ATENCIÓN QUE LOS DOS GRUPOS HACEN ESFUERZOS REPETIDOS PARA REDUCIR O CONTROLAR LA BEBIDA; EL CONTROL LO HACE EN UN 16.66%, CONTRA EL 80.00% DE LOS ALCOHÓLICOS. ESTE ESFUERZO SE LLEVA A CABO ESPECIALMENTE DURANTE CIERTAS HORAS DEL DÍA, REPORTÁNDOLO UN 73.33% LOS ALCOHÓLICOS Y UN 6.66% LOS CONTROLES. PARECE SER QUE A CIERTAS HORAS SE INCREMENTA AÚN MÁS LA NECESIDAD DE INGESTA.

TODOS LOS ALCOHÓLICOS (100%) HAN ESTADO BEBIENDO EN ALGUNA OCASIÓN A LO LARGO DE TODO EL DÍA Y EL 93.33% DURANTE DOS DÍAS SEGUIDOS, EN CAMBIO, LOS CONTROLES LO HAN HECHO TODO UN DÍA EL 23.33% Y DURANTE DOS, EL 16.66%.

DEL GRUPO ALCOHÓLICO REFIEREN EL 100% NECESIDAD DE CONSUMIR ALCOHOL PARA "ANIMARSE" U "OLVIDAR LAS PENAS", CONTRA UN 40% QUE REPORTA EL CONTROL. EL 96.66% DEL PRIMER GRUPO REFIERE HABER PRESENTADO PERÍODOS DE AMNESIA Y EL 23.33% DEL CONTROL.

LOS CONTROLES HAN CAMBIADO DE TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EL 36.66% Y LOS ALCOHÓLICOS EL 66.66%.

RESPECTO A DISCUSIONES O PROBLEMAS FAMILIARES POR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, EL 96.66% DE LOS ALCOHÓLICOS Y EL 23.33% DE LOS CONTROLES LOS HAN TENIDO.

EXISTEN DOS PUNTOS IMPORTANTES PARA VALORAR LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y SON LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA CANTIDAD PARA CONSEGUIR EL MISMO EFECTO Y LA DISMINUCIÓN DEL EFECTO DESEADO CON LA MISMA CANTIDAD INGERIDA EN FORMA HABITUAL. LOS ALCOHÓLICOS REPORTARON 90.00% CONTRA UN 0.00% DE LOS CONTROLES PARA LA NECESIDAD DE INCREMENTAR INGESTA Y UN 83.33% CONTRA UN 3.33% DE LOS CONTROLES REFIRIÉNDOSE A LA DISMINUCIÓN DEL EFECTO DESEADO.

EXISTEN OTROS DATOS QUE NOS HABLARÍAN DE LA TOLERANCIA AL ALCOHOL O BIEN LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL MISMO.

ESTOS SÍNTOMAS SON BÁSICAMENTE DE ÍNDOLE NEUROVEGETATIVA Y

SE REPORTAN EN LA PARTE FINAL DE LA TABLA 2. TODOS ELLOS FUERON REPORTADOS POSITIVOS EN EL GRUPO ALCOHÓLICO EN ALTOS PORCENTAJES Y TODAS LAS VARIABLES SE ENCONTRARON ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

VALE LA PENA HACER NOTAR QUE LAS PREGUNTAS QUE HACÍAN REFERENCIA A LA PERCEPCIÓN DE ANSIEDAD (GRÁFICA 24 DE ANEXOS), - DEPRESIÓN (GRÁFICA 25 DE ANEXOS), IRRITABILIDAD (GRÁFICA 26 DE ANEXOS), SE ENCONTRARON EN UN 23.33%, 30.00% Y 23.33% RESPECTIVAMENTE EN EL GRUPO CONTROL, COMPARÁNDOLOS CON UN 96.66% 93.33% Y 86.66% RESPECTIVAMENTE TAMBIÉN, EN LOS ALCOHÓLICOS.

LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA LA REFIRIERON EL 86.66% DE LOS ALCOHÓLICOS Y EL 20.00% DE LOS CONTROLES.

LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES VISUALES FUE POSITIVA EN UN 63.33% DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y NEGATIVA EN 0.00% EN EL GRUPO TESTIGO.

SE INVESTIGÓ EN FORMA GRUESA EL TIPO DE ACTOS VIOLENTOS Y LA FRECUENCIA CON LA QUE INCURRÍAN EN ELLOS MIENTRAS SE ENCONTRABAN EN ESTADO DE INTOXICACIÓN, TANTO LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, COMO LOS INDIVIDUOS PERTENECIENTES AL GRUPO TESTIGO. LAS VARIABLES QUE SE INCLUYERON FUERON, DE MENOR A MAYOR IMPORTANCIA, LAS SIGUIENTES: DISCUTIR CON AMIGOS, REÑIR Y GOLPEAR A OTRAS PERSONAS, PELEAR CON ESPOSA, GOLPEAR A ESPOSA, GOLPEAR A HIJOS, CHOCAR

EL AUTO, ATROPELLAR A UNA PERSONA, AGREDIR CON ARMA BLANCA A OTRA PERSONA Y AGREDIR CON ARMA DE FUEGO, ENCONTRÁNDOSE LO SIGUIENTE: EL GRUPO DE LOS CONTROLES INCURRIÓ EN 40 HECHOS VIOLENTOS EN TOTAL Y EL GRUPO ALCOHÓLICO EN 116.

ALGUNAS PERSONAS DE LOS CONTROLES MARCARON MÁS DE UNA OPCIÓN Y TODOS LOS ALCOHÓLICOS CRUZARON 2 O MÁS OPCIONES EN LAS QUE HABÍAN INCURRIDO (GRÁFICA 23 DE ANEXOS). DE ESTA MANERA SE REGISTRARON 15 CONTRA 29 DISCUSIONES CON AMIGOS EN EL GRUPO CONTROL VERSUS EL GRUPO ALCOHÓLICO; 1 CONTRA 24 RIÑAS O GOLPEAR A OTRAS PERSONAS; 4 CONTRA 20 DE PELEAS CON ESPOSA, 0 CONTRA 12 GOLPEAR A ESPOSA; 0 CONTRA 7 GOLPEAR A HIPOS; 6 VERSUS 15 CHOCAR AUTOS; 0 CONTRA 1 ATROPELLAR A UNA PERSONA; 0 CONTRA 5 AGREDIR CON ARMA BLANCA Y 0 COMPARADO CON 3 AGRESIONES CON ARMA DE FUEGO, TOMANDO PRIMERO EL GRUPO CONTROL EN COMPARACIÓN CON EL GRUPO DE ALCOHÓLICOS.

POR ÚLTIMO SE INVESTIGÓ VERBALMENTE EL NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVABAN CON DEPENDENCIA DEL ALCOHÓL; LO QUE EN LOS GRUPOS DE A. A. SE LES DENOMINA "ACTIVOS". DEL GRUPO DE 30, DOS DE ELLOS LLEVABAN ENTRE 0 Y 5 AÑOS, CINCO ENTRE 6 Y 10 AÑOS, 4 ENTRE 11 Y 15, TRECE DE 16 A 20 AÑOS DE DURACIÓN, 4 ENTRE 21 Y 25 Y DOS TENÍAN UNA DURACIÓN MAYOR DE 25 AÑOS DE ALCOHOLISMO ACTIVO (GRÁFICA 27 DE ANEXOS).

LOS RESULTADOS OBTENIDOS RESPECTO A LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL HAN QUEDADO DIVIDIDOS EN TRES SECCIONES QUE CORRESPONDEN A LAS TRES FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DE ACUERDO AL ESQUEMA DE LA DRA. HELEN SINGER KAPLAN: FASE DE DESEO, FASE DE EXCITACIÓN Y FASE DE ORGASMO (FIGURAS 1 Y 3).

DENTRO DE LA PRIMERA FASE SE EVALUÓ BÁSICAMENTE LA PRESENCIA DE DESEO, ENCONTRÁNDOSE UN 96.66% AFIRMATIVO PARA AMBOS GRUPOS, LO CUAL NO REVELÓ SIGNIFICANCIA ALGUNA. LA FRECUENCIA DE LA VIVENCIA DEL DESEO SEXUAL TAMBIÉN FUE ESTUDIADA, OBSERVÁNDOSE QUE EL 60.00% DE LOS ALCOHÓLICOS LO EXPERIMENTAN CUANDO MENOS 2 VECES AL MES O MÁS, COMPARÁNDOLOS CON UN 83.33% DE LOS CONTROLES, RESULTANDO TAMBIÉN NO SIGNIFICATIVA.

QUIZÁ EL PUNTO MÁS IMPORTANTE A ESTUDIAR DENTRO DE ESTA PRIMERA FASE, FUE LA DISMINUCIÓN DE DICHO DESEO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES; EL GRUPO CONTROL LO REPORTÓ DISMINUIDO AFIRMATIVAMENTE EN UN 10% Y LA CIFRA QUE EL GRUPO CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL OBTUVO FUE DEL 46.66% CON UNA P DE  $< 0.005$  (VER TABLA 3 Y GRÁFICAS 13, 14, 15 Y 16 DE LOS ANEXOS).

LA FUNCIÓN ERÉCTIL FUE EVALUADA COMO PARTE DE LA SEGUNDA FASE DE LA RESPUESTA SEXUAL O FASE DE EXCITACIÓN (FIGURAS 1 Y 3).

SE UTILIZARON CUATRO PARÁMETROS, ENCONTRÁNDOSE TODOS CON UNA P MENOR DE 0.005 Y POR LO TANTO, ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS. LOS RESULTADOS DE LAS FRECUENCIAS AFIRMATIVAS OBTENIDAS EXPRESADOS EN PORCENTAJES FUERON LOS SIGUIENTES (VER TABLA 4):

EN LO QUE SE REFIERE A LA PRESENCIA DEL PROBLEMA PARA EXCITARSE SEXUALMENTE, EL GRUPO CONTROL REPORTÓ UN 33.33% Y EL ALCOHÓLICO UN 46.66%.

INDICARON TENER DIFICULTAD PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCIÓN, EL 10.00% DE LOS INDIVIDUOS NO ALCOHÓLICOS, VERSUS UN 60.00% DE LOS ALCOHÓLICOS.

EL GRADO DE ERECCIÓN SE TRATÓ DE EVALUAR A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DE LA TUMEFACCIÓN PENEANA EXPRESADO EN PORCENTAJE DE INGURGITACIÓN, ENCONTRÁNDOSE QUE EL 13.33% DEL GRUPO CONTROL ALCANZA EL 75% O MENOS DE LA ERECCIÓN TOTAL Y COMPLETA. EL GRUPO ALCOHÓLICO PRESENTA ESTE PROBLEMA PARA ALCANZAR LA ERECCIÓN COMPLETA, EN UN 53.33%. LA DIFICULTAD PARA MANTENER LA ERECCIÓN DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL, TOMANDO COMO PUNTO DE REFERENCIA UN 25% DE LOS INTENTOS O MÁS PARA QUE SE CONSIDERE COMO DISFUNCIÓN SEGÚN CRITERIOS YA ESTABLECIDOS, -

SE DIÓ EN UN 23.33% DE LOS HOMBRES DEL GRUPO CONTROL Y EN UN 66.66% DE LOS DEL GRUPO ALCOHÓLICO (VER GRÁFICAS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9 DE LOS ANEXOS).

EL ESTUDIO DE LA FUNCIÓN ORGÁSMICA (TABLA 5, FIGURAS 1 Y 3) HIZO EN BASE A LA PRESENCIA DE POLUCIONES NOCTURNAS; 13.33% AFIRMATIVO PARA LOS CONTROLES Y 46.66% PARA LOS ALCOHÓLICOS. SE OBSERVÓ AUSENCIA DE CONTROL EYACULATORIO EN UN 46.66% DE LOS CONTROLES Y EN UN 73.33% DE LOS ALCOHÓLICOS.

EL CRITERIO PARA CONSIDERAR LA AUSENCIA DE CONTROL EYACULATORIO COMO DISFUNCIÓN, HA SIDO ESTABLECIDO POR OTROS AUTORES COMO W. MASTERS Y V. JOHNSON, QUE LO CONCEPTÚAN COMO LA PRESENCIA DE LA ALTERACIÓN EN EL 50% DE LOS INTENTOS O MÁS.

EN ESTE ESTUDIO SE ENCONTRÓ QUE EL 70.00% DE LOS ALCOHÓLICOS Y EL 26.66% DEL GRUPO CONTROL, EYACULABAN ANTES DE LO DESEADO EN UN 50% DE LAS OCASIONES O MÁS.

VER GRÁFICAS 17 Y 18 DE LOS ANEXOS.

**NOTA:** TODOS LOS DATOS Y RESULTADOS ORIGINALES SE ENCUENTRAN A DISPOSICIÓN DE QUIEN LOS SOLICITE.

TABLA 1  
VARIABLES DE INCLUSION

N° PROG.	VARIABLE	$\chi^2$	P
1	EDAD	1.24	N. S.
2	ESCOLARIDAD	15.64	N. S.
3	OCUPACIÓN	2.32	N. S.
4	NIVEL DE INGRESO	2.31	N. S.
5	RELIGIÓN	5.51	N. S.
6	NIVEL DE PRÁCTICA RELIGIOSA	4.02	N. S.
18	VIDA ACTUAL EN PAREJA	3.77	N. S.
19	SEXO DE LA PAREJA	1.07	N. S.
21	PRESENCIA DE ERECCIÓN MATUTINA	0	N. S.
37	UTILIZACIÓN ACTUAL DE ALGÚN TIPO ANTICONCEPTIVO	3.30	N. S.
39	INGESTIÓN ACTUAL DE MEDICAMENTOS	1.07	N. S.
41	UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	3.75	N. S.

TABLA 2

VALORACION DE ALCOHOLISMO

SEGÚN CRITERIOS DEL DSM-III

N° PREG.	CRITERIO	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
43	NECESIDAD DE INGERIR ALCOHOL	23.33	100.00	37.3	< 0.005
45	CAPACIDAD PARA DISMINUIR CONSUMO DE ALCOHOL VOLUNTARIAMENTE	100.00	6.66	52.3	< 0.005
46	CAPACIDAD PARA DEJAR DE BERER POR POR COMPLETO EN FORMA VOLUNTARIA	93.33	6.66	45.07	< 0.005
47	REALIZACIÓN DE REPETIDOS ESFUER- ZOS PARA REDUCIR O CONTROLAR LA BERIDA	16.66	80.00	24.1	< 0.005
48	REALIZACION DE DICHSO ESFUERZOS ESPECIALMENTE DURANTE DETERMINA- DAS HORAS DEL DÍA	6.66	73.33	27.78	< 0.005

(VER GRAFICA 1 DE ESTE CAPÍTULO)

TABLA 2  
VALORACION DE ALCOHOLISMO

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
49	REALIZACIÓN DE ESFUERZO POR PERÍODOS MAYORES DE 6 MESES	6.66	30.0	5.45	N. S.
50	INGESTIÓN DE ALCOHOL A LO LARGO DE TODO UN DÍA	23.33	100.00	37.3	< 0.005
51	CONSUMO DE ALCOHOL A LO LARGO DE DOS DÍAS SEGUIDOS	16.66	93.33	35.6	< 0.005
52	NECESIDAD DE CONSUMIR ALCOHOL PARA "ANIMARSE" U "OLVIDARSE DE LAS PENAS"	40.00	100.00	25.7	< 0.005
53	PRESENTACIÓN DE PERÍODOS DE AMNESIA MIENTRAS INTOXICADO	23.33	96.66	33.6	< 0.005

(VER GRAFICA 1 DE ESTE CAPÍTULO)

TABLA 2  
VALORACION DE ALCOHOLISMO

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
54	CONCIENCIA DE QUE EL ALCOHOL - PRODUCE TRASTORNOS FÍSICOS GRA VES	93.33	76.66	3.26	N. S.
56	CAMBIO DE TRABAJO EN LOS ÚLTI- MOS 5 AÑOS	36.66	66.66	49.1	< 0.005
58	DISCUSIONES O PROBLEMAS FAMI-- LIARES DERIDO AL CONSUMO EXCE- SIVO DE ALCOHOL	23.33	96.66	33.6	< 0.005
59	NECESIDAD DE AUMENTAR CANTIDAD DE ALCOHOL PARA CONSEGUIR MIS- MO EFECTO	0.00	90.00	49.1	< 0.005
60	DISMINUCIÓN DEL EFECTO DESEADO CON LA MISMA CANTIDAD INGERIDA	3.33	83.33	39.1	< 0.005

(VER GRAFICA 1 DE ESTE CAPÍTULO)

TABLA 2  
VALORACION DE ALCOHOLISMO

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
	SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN DESPUÉS DE INGERIR O SUSPENDER DURANTE VARIOS DÍAS EL ALCOHOL:				
61	TEMBLOR GRUESO EN MANOS	13.33	83.33	29.4	<0.005
62	TEMBLOR EN LENGUA	0.00	63.33	27.8	<0.005
63	TEMBLOR EN PÁRPADOS	3.33	66.66	26.44	<0.005
64	NÁUSEAS	26.66	96.66	31.1	<0.005
65	VÓMITO	26.66	90.00	24.75	<0.005
66	MALESTAR O CANSANCIO	30.00	90.00	22.5	<0.005

TABLA 2  
VALORACION DE ALCOHOLISMO

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	X <sup>2</sup>	P
67	TAQUICARDIA	20.00	100.00	40.0	<0.005
68	SUDORACIÓN PROFUSA	20.00	86.66	26.79	<0.005
71	PRESENCIA DE ANSIEDAD	23.33	96.66	33.6	<0.005
72	REFERENCIA A SI MISMOS COMO DE- PRIMIDOS	30.00	93.33	25.45	<0.005
73	REFERENCIA A SI MISMOS COMO IRRI- TABLES	23.33	86.66	24.3	<0.005
74	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	20.00	86.66	26.78	<0.005
75	ALUCINACIONES VISUALES	0.00	63.33	27.8	<0.005

TABLA 3  
VALORACION DEL DESEO SEXUAL

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
27	EXPERIMENTA DESEO SEXUAL	96.66	96.66	0	N. S.
29	DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	10.00	46.66	9.93	< 0.005
31	EXPERIMENTA DESEO SEXUAL CUAN DO MENOS 2 VECES AL MES O MÁS	83.33	60.0	4.02	N. S.

TABLA 4  
 VALORACION DE LA FUNCION ERECTIL

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	$\chi^2$	P
7	PROBLEMA PARA EXCITARSE	33.33	46.66	15.02	<0.005
8	DIFICULTAD PARA OBTENER Y MANTENER LA ERECCION ALGUNA VEZ	10.00	60.00	16.48	<0.005
10	ERECCION SOLO DEL 75% O MENOR	13.33	53.33	10.80	<0.005
12	PROBLEMA PARA MANTENER LA ERECCION EN EL 25% DE LOS INTENTOS O MAS	23.33	66.66	11.38	<0.005

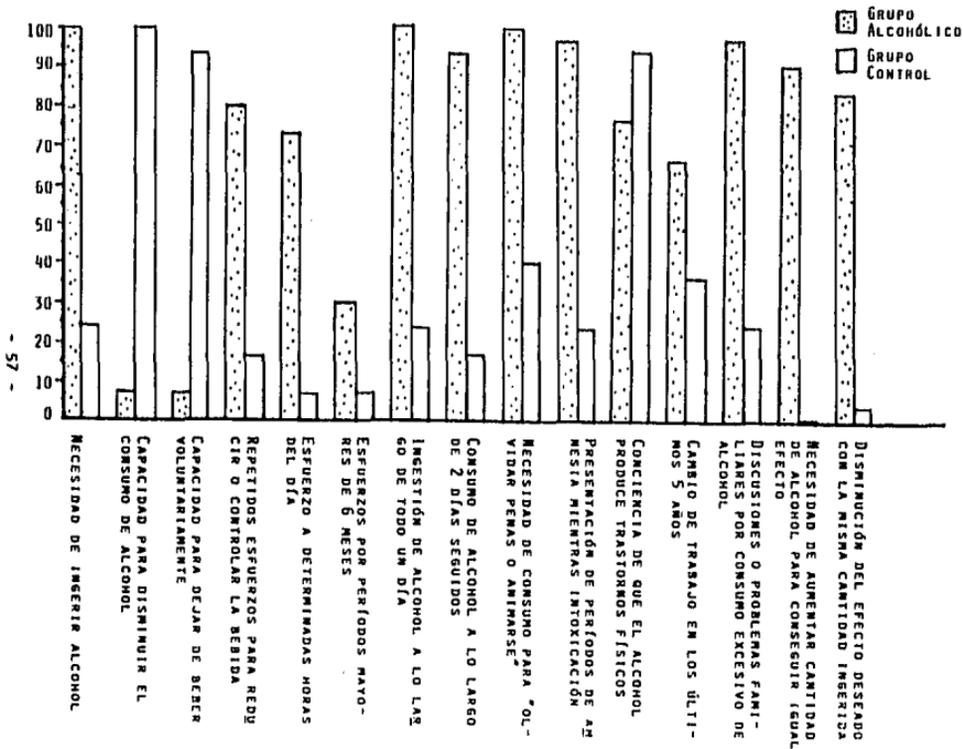
(VER GRAFICA 4 DE ESTE CAPITULO)

TABLA 5  
VALORACION DE LA FUNCION ORGASMICA

N° PREG.	C R I T E R I O	GRUPO CONTROL % AFIRMATIVO	GRUPO ALCOHOLICO % AFIRMATIVO	X <sup>2</sup>	P
23	POLUCIONES NOCTURNAS	13.33	46.66	7.93	0.10
32	CONTROL EYACULATORIO AUSENTE	46.66	73.33	4.44	N. S.
33	EYACULA ANTES DE LO DESEADO EL 50% DE LAS OCASIONES O MÁS	26.66	70.00	11.26	0.10

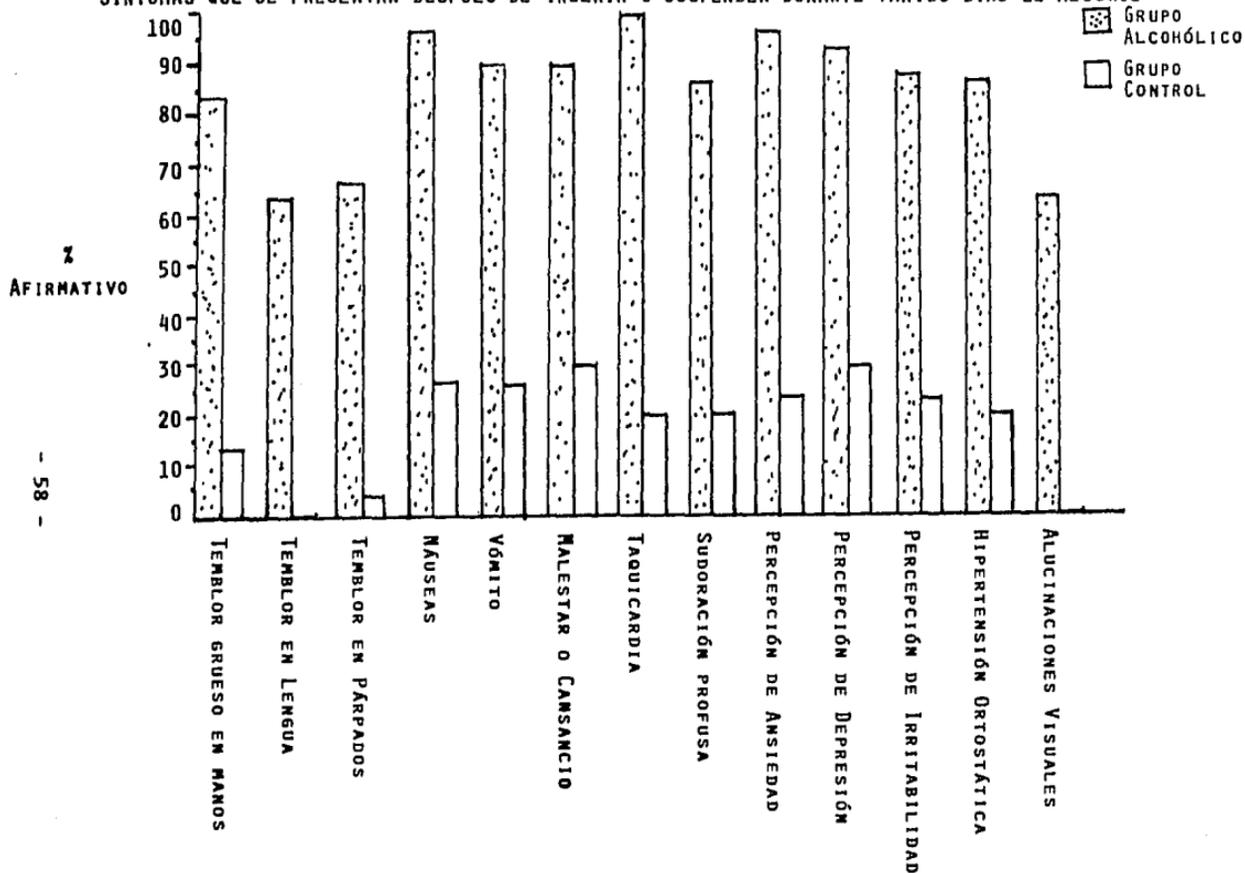
GRAFICA 1 (TABLA 2)

VALORACION DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL



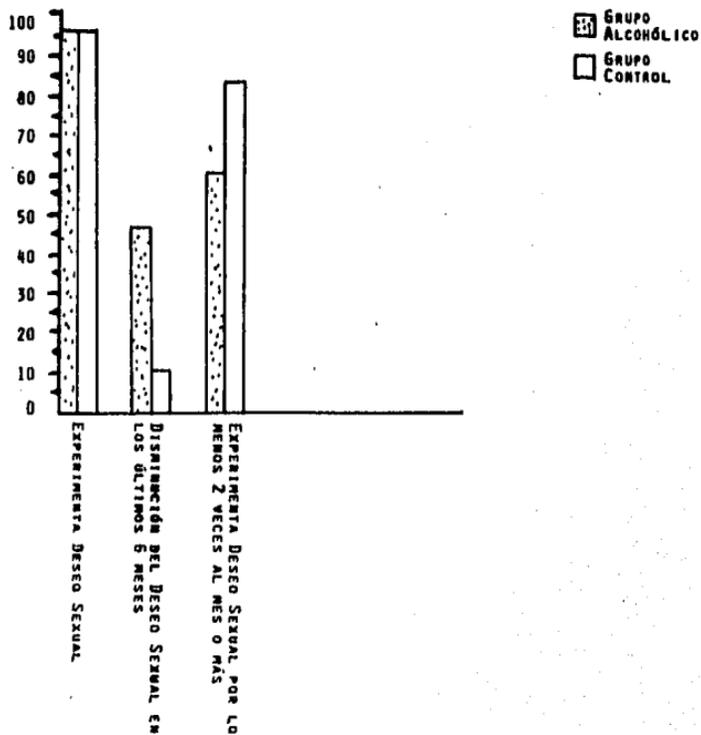
GRAFICA 2 (TABLA 2)

SINTOMAS QUE SE PRESENTAN DESPUES DE INGERIR O SUSPENDER DURANTE VARIOS DIAS EL ALCOHOL



GRAFICA 3 (TABLA 3)  
VALORACION DEL DESEO SEXUAL

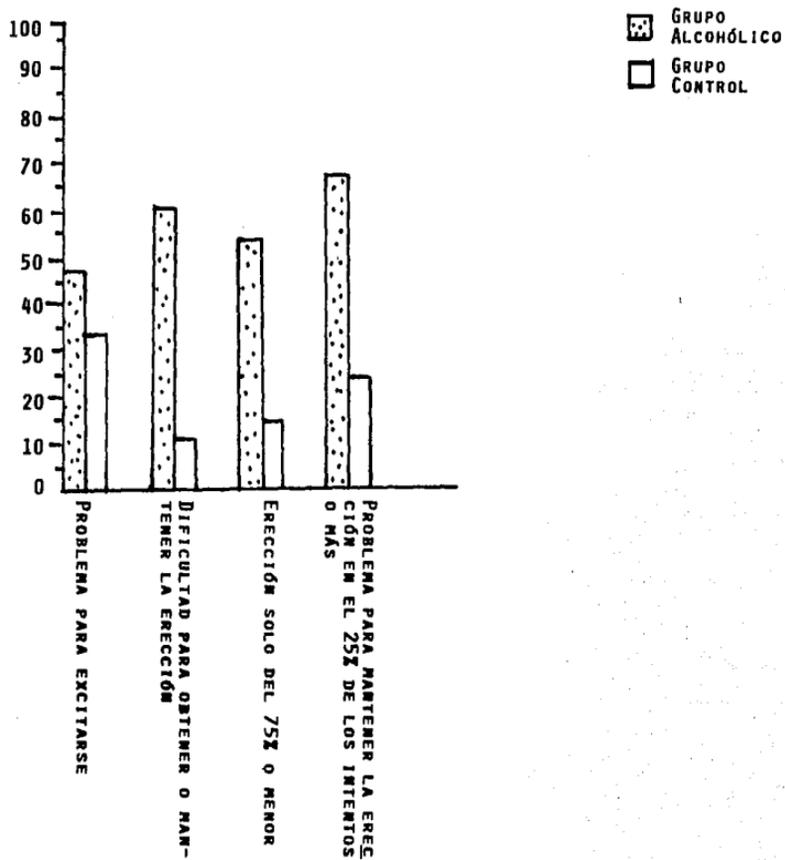
I  
AFIRMATIVO



GRAFICA 4 (TABLA 4)

VALORACION DE LA FUNCION ERECTIL

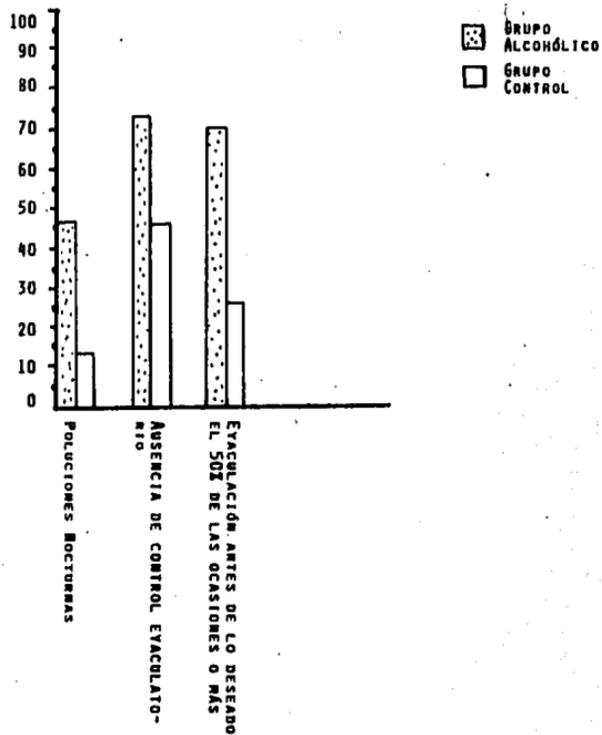
%  
AFIRMATIVO



GRAFICA 5 (TABLA 5)

VALORACION DE LA FUNCION ORGASMICA

I  
AFIRMATIVO



## CONCLUSIONES Y DISCUSION

## V. CONCLUSIONES Y DISCUSION

EN EL PRESENTE ESTUDIO PODEMOS UBICAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN DOS GRANDES APARTADOS; EL REFERENTE AL SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y EL QUE SE RELACIONA CON LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL.

RESPECTO AL PRIMERO SE PUEDE CONCLUIR QUE LOS 30 HOMBRES INCLUIDOS EN EL GRUPO ALCOHÓLICO, REUNIAN TODOS LOS CRITERIOS REQUERIDOS POR EL DSM-III PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y QUE DE LOS 30 INDIVIDUOS INCLUIDOS EN EL GRUPO TOMADO COMO TESTIGO, NINGUNO PRESENTABA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. TODOS LOS CONTROLES PUEDEN DISMINUIR EN FORMA VOLUNTARIA LA BEBIDA; NO ASÍ LOS ALCOHÓLICOS.

DE ÉSTOS, PRÁCTICAMENTE LA TERCERA PARTE HACE ESFUERZOS PARA DISMINUIR LA INGESTA DE ALCOHOL, POSIBLEMENTE LOS OTROS NI SIQUIERA LO INTENTAN. LA DIFICULTAD PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL PARECE SER QUE SE INCREMENTA A CIERTAS HORAS DEL DÍA. OTRO PUNTO IMPORTANTE FUE EL HECHO DE QUE TODOS LOS ALCOHÓLICOS REFIEREN LA NECESIDAD DE INGERIR ALCOHOL, AUNQUE TAMBIÉN LA CUARTA PARTE DE LOS INDIVIDUOS CONTROLES LO INDICAN. TAMBIÉN PARECE SER QUE ESTA NECESIDAD SE HALLA RELACIONADA A ESTADOS AFECTIVOS COMO PERCIBIRSE ANSIOSOS, DEPRIMIDOS O IRRITABLES. DEL GRUPO ALCOHÓLICO, TODOS ASOCIAN ESTOS PUNTOS Y LOS NORMALES EN CASI LA MITAD TAMBIÉN LO REFIEREN DE IGUAL MANERA, SEGURAMENTE DEBIDO AL EFECTO DESINHIBIDOR

Y EUFORIZANTE DEL ALCOHOL A CIERTAS DOSIS.

ESTA NECESIDAD, AUNADA AL AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE CONSUMO, DAN POR RESULTADO CIERTA TOLERANCIA AL ETANOL, DE TAL MANERA QUE POSTERIORMENTE SE REQUIERA MAYOR CANTIDAD DE INGESTA PARA OBTENER EL MISMO RESULTADO, YA QUE CON LA MISMA DOSIS HABITUALMENTE INGERIDA, EL EFECTO ESPERADO APARENTEMENTE HA DISMINUÍDO.

SE ENCONTRÓ TAMBIÉN QUE TODOS LOS ALCOHÓLICOS Y APROXIMADAMENTE LA CUARTA PARTE DE LOS NORMALES HAN BEBIDO DURANTE TODO UN DÍA SEGUIDO Y CASI TODOS LOS ALCOHÓLICOS Y ALREDEDOR DE LA QUINTA PARTE DE LOS CONTROLES LO HAN HECHO DURANTE DOS DÍAS SEGUIDOS.

ES INDISCUTIBLE EL PAPEL QUE JUEGA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA GÉNESIS DE PROBLEMAS DE TIPO LABORAL COMO LO INDICAN LOS CAMBIOS DE TRABAJO FRECUENTES EN ESTOS PACIENTES, ASÍ COMO LA PRESENCIA DE PROBLEMAS FAMILIARES Y DETERIORO EN LA RELACIÓN DE PAREJA. PRÁCTICAMENTE TODOS LOS ALCOHÓLICOS HAN PRESENTADO ESTE TIPO DE PROBLEMAS Y AÚN MÁS LA CUARTA PARTE DE LOS NORMALES REPORTAN DISCUSIONES FAMILIARES DEBIDAS A LA INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL.

NO SERÍA EXTRAÑO OBSERVAR QUE LA INGESTA DE ALCOHOL INCIDA AGUDAMENTE SOBRE UNA PAREJA PREVIAMENTE DISFUNCIONAL Y QUE ÉSTO, AUNADO A LAS ALTERACIONES SEXUALES QUE PRODUCE SU CON-

SUMO MÁS LA ANSIEDAD DE COMPETENCIA SEXUAL EN EL HOMBRE GENERAN TAL ANGUSTIA QUE REPERCUTA SERIAMENTE EN EL PATRÓN DE INGESTA DE ALCOHOL HACIÉNDOLO MÁS FRECUENTE O AGUDIZÁNDOLO, -- LLEGANDO A PRESENTAR FORMAS VERDADERAMENTE SEVERAS; CONSUMIÉNDOSE DE ESA MANERA UN CÍRCULO VICIOSO POR DEMÁS DIFÍCIL DE ROMPER. POR UN LADO, PROBLEMAS DE PAREJA E INGESTA DE ALCOHOL, CUALQUIERA DE ESTOS DOS PUNTOS PUEDEN APARECER PRIMERO, POSTERIORMENTE LA APARICIÓN DE LAS ALTERACIONES SEXUALES GENERANDO MÁS ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IRRITABILIDAD, FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA PERCEPCIÓN DE LA "NECESIDAD", LO CUAL GENERA MAYOR INGESTA Y CON MAYOR FRECUENCIA CON EL OBJETO, -- COMO MENCIONAN ELLOS, DE "ANIMARSE U OLVIDAR LAS PENAS". A SU VEZ EL ALCOHOLISMO SE REVIERTE Y GENERA MÁS PROBLEMAS DE PAREJA, DE FAMILIA Y PROFUNDIZA TODAVÍA MÁS LAS DISFUNCIONES SEXUALES CAUSADAS POR EL ALCOHOL. TOMANDO ÉSTO COMO BASE, -- CONSIDERO QUE UN PUNTO BÁSICO EN LA TERAPIA Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE ALCOHÓLICO ES LA EXPLORACIÓN PRECISA Y ADECUADA DE SU FUNCIONAMIENTO SEXUAL, CUESTIÓN QUE CASI SIEMPRE, POR DESGRACIA QUEDA DE LADO.

TAMBIÉN ES IMPORTANTE OBSERVAR QUE CASI TODO EL GRUPO ALCOHÓLICO Y LA CUARTA PARTE DE LOS CONTROLES HAN PRESENTADO PROBLEMAS DE AMNESIA DEBIDOS A LA INTOXICACIÓN. ESTE PUNTO ES DE VITAL IMPORTANCIA SOBRE TODO CUANDO LO RELACIONAMOS A ACTITUDES Y CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS QUE SE PRESENTAN EN ESE ESTADO. ES SUMAMENTE IMPRESIONANTE LA FRECUENCIA Y LA GRAVEDAD DE ESTE TIPO DE HECHOS VIOLENTOS EN LOS INDIVI--

DUOS ALCOHOLIZADOS. HAY QUE HACER NOTAR QUE SE ENCONTRARON 116 HECHOS VIOLENTOS ENTRE EL GRUPO ALCOHÓLICO CONTRA 40 DEL CONTROL. DE ÉSTOS 5 FUERON AGRESIONES CON ARMA BLANCA Y 3 -- CON ARMA DE FUEGO. REALMENTE SE TRATA DE UNA INCIDENCIA MUY ALTA, TOMANDO EN CUENTA DE QUE ES UNA MUESTRA RELATIVAMENTE PEQUEÑA DE 30 INDIVIDUOS ALCOHÓLICOS.

LOS HECHOS VIOLENTOS QUE REPORTARON EL GRUPO DEL HOMBRES -- SIN DEPENDENCIA AL ETANOL AUNQUE SI EFECTUADOS BAJO LOS EFECTOS DE LA INTOXICACIÓN, SE PUEDEN CATALOGAR COMO ACTOS DE INFINITA MENOR IMPORTANCIA, COMPARÁNDOLOS CON LOS ACTOS EN QUE INCURRIERON LOS ALCOHÓLICOS.

RESPECTO A LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL, COMO SE MENCIONÓ EN EL CAPÍTULO DE RESULTADOS; LOS DATOS OBTENIDOS SE DIVIDIERON O UBICARON EN CADA UNA DE LAS FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL SEGÚN H. S. KAPLAN (VER HOJA DE RESUMEN DE LAS ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN SEXUAL, AL FINAL DE ESTE CAPÍTULO).

INICIANDO EL ANÁLISIS POR LA FASE DE DESEO, SE PUEDE CONCLUIR QUE AMBOS GRUPOS PERCIBEN EL DESEO SEXUAL; SIN EMBARGO, EL - 83% DEL GRUPO CONTROL REFIERE SENTIRLO CUANDO MENOS 2 VECES AL MES O MÁS; DEL GRUPO ALCOHÓLICO SOLO EL 60% INDICA PERCIBIRLO CON ESTA FRECUENCIA.

SE DETECTÓ UNA DISMINUCIÓN DEL DESEO TOMANDO COMO MARCO DE REFERENCIA LOS ÚLTIMOS SEIS MESES A LA FECHA, EL GRUPO ALCO-

TRÓ EN EL 10% DE LOS CONTROLES Y EN EL 60% DE LOS ALCOHÓLI--  
COS, LO CUAL NUEVAMENTE NOS INDICA LA IMPORTANCIA DEL ALCO--  
HOL EN LA GÉNESIS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

POR OTRO LADO, EL GRADO DE ERECCIÓN TAMBIÉN SE VE AFECTADO -  
POR EL ALCOHOL, LA MITAD DE LOS PACIENTES ALCANZA SOLO EL --  
75% DE ELLA, EN CAMBIO, EN LOS CONTROLES SOLO EL 13% ALCANZA  
EL 75% DE ERECCIÓN O MENOS; EL RESTO LA OBTIENEN EN FORMA -  
COMPLETA Y SATISFACTORIA.

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL SE PRESENTÓ EN UN 66% DE LOS ALCOHÓLI-  
COS Y EN UN 23% DE LOS CONTROLES. ESTOS DATOS REVELAN LA AL  
TA INCIDENCIA DE ESTA DISFUNCIÓN, NO SOLO EN LOS PACIENTES -  
CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, SINO TAMBIÉN EN LOS  
HOMBRES "NORMALES" DE CLASE MEDIA SOCIOECONÓMICA DE NUESTRA  
SOCIEDAD.

EL CONSUMO DE ALCOHOL HA SIDO INVOCADO COMO LA SEGUNDA CAUSA  
DE IMPOTENCIA SECUNDARIA <sup>(18)</sup>

RESPECTO A LA FASE DE ORGASMO, LAS ALTERACIONES QUE SE ENCON-  
TRARON SON DE GRAN RELEVANCIA TANTO PARA EL GRUPO ALCOHÓLICO  
COMO PARA LOS NORMALES.

LA AUSENCIA DE CONTROL EYACULATORIO SE ENCONTRÓ EN EL 73% DE  
LOS ALCOHÓLICOS, PERO TAMBIÉN EN UN 46% DE LOS NORMALES, ES  
DECIR, CASI LA MITAD DE LOS HOMBRES MEXICANOS PRESENTA ESTA

DISFUNCIÓN.

POR ÚLTIMO, REPORTAN QUE EYACULAN ANTES DE LO DESEADO, UN 70% DE LOS ALCOHÓLICOS Y UN 26% DE LOS NORMALES, LO CUAL DEMUESTRA CLARAMENTE LA GRAN DIFICULTAD PARA CONTROLAR LA EYACULACIÓN EN FORMA VOLUNTARIA.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL GRUPO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL SON DRAMÁTICOS EN TÉRMINOS GENERALES Y NO MENOS ALARMANTES SON LOS ENCONTRADOS EN EL GRUPO DE HOMBRES -- "NORMALES" DE NUESTRA CLASE MEDIA.

HASTA LA FECHA NO HAY ESTADÍSTICAS MEXICANAS SERIAS Y CONFIABLES PARA PODER COMPARAR LOS DATOS AQUÍ OBTENIDOS EN EL GRUPO DE HOMBRES "NORMALES". ELABORAR ESAS ESTADÍSTICAS SERÍA UN TRABAJO DE INMENSA UTILIDAD PARA PODER CONOCER NUESTRA -- REALIDAD MEXICANA Y NO VIVIR DE ILUSIONES Y FANTASÍAS, LO -- CUAL HACE MÁS RELEVANTE LO QUE ALGÚN DÍA CARLOS MARX MENCIONÓ ACERCA DEL SER HUMANO.

LA EXIGENCIA DE ABANDONAR LAS FANTASÍAS  
ACERCA DE LA CONDICIÓN HUMANA, ES  
LA EXIGENCIA DE ABANDONAR UNA CONDICIÓN  
QUE NECESITE DE FANTASÍAS.

## RESUMEN DE LAS ALTERACIONES DE LA FUNCION SEXUAL

### FASE DE DESEO:

	CONTROLES	ALCOHÓLICOS
PERCEPCIÓN DEL DESEO SEXUAL		
2 VECES POR MES O MÁS.	60%	83%
DISMINUCIÓN DEL DESEO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.	46%	10%
FASE DE EXCITACION:		
PRESENCIA DE PROBLEMAS PARA EXCITARSE.	46%	33%
PRESENTAN DIFICULTAD PARA - OBTENER O MANTENER LA EREC- CIÓN.	60%	10%
ALCANZAN 75% O MÁS DE EREC- CIÓN.	47%	83%
ALCANZARON 75% O MENOS DE ERECCIÓN.	53%	13%
PRESENTAN DISFUNCIÓN ERÉCTIL.	66%	23%
FASE DE ORGASMO:		
CONTROL EYACULATORIO AUSEN- TE (EYACULACIÓN PRECOZ).	73%	46%
EYACULACIÓN ANTES DE LOS DE- SEADO EN UN 50% DE LOS INTEN- TOS O MÁS.	70%	26%

## BIBLIOGRAFIA

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. ATHANASIOU R, SHAVER P, TAVRIS C.: SEX. IN PSYCHOLOGY TODAY. 39-52. JULY, 1970.
2. BANCROFT J: HUMAN SEXUALITY AND ITS PROBLEMAS. CHURCHILL LIVINGSTONE, 1983.
3. DSM-III. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. MASSON, 3A. EDICIÓN, 1980.
4. FARKAS G.M, ROSEN R.C.: THE EFFECT OF ALCOHOL ON ELICITED MALE SEXUAL RESPONSE. JOURNAL OF STUDIES OF ALCOHOL. 37: 265-272. 1976.
5. HUMAN SEXUALITY PROGRAM. MOUNT SINAI HOSPITAL, CUESTIONARIO PARA VALORAR FUNCIÓN SEXUAL MASCULINA. NEW YORK.
6. JENSEN S.B.: SEXUAL CUSTOMS AND DYSFUNCTION IN ALCOHOLICS. I & II. BRITISH JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE 6: (53): 20-32 Y (54): 30-34.
7. KAPLAN H. S: DISORDERS OF SEXUAL DESIRE. SIMON AND SCHUSTER. NEW YORK. 1979.
8. KAPLAN H. S: LA NUEVA TERAPIA SEXUAL. ALIANZA EDITORIAL. 1978.

9. LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. 1982.
10. LEES F.: ALCOHOL AND THE NERVOUS SYSTEM. BRITISH JOURNAL OF HOSPITAL MEDICINE. 264-272. DECEMBER, 1967.
11. LEMERE F, SMITH J.W.: ALCOHOL-INDUCE SEXUAL IMPOTENCE. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 130: 212-213. 1973.
12. LoPICCOLO J. Y LoPICCOLO L: HANDBOOK OF SEX THERAPY. PLENUM PRESS. NEW YORK. 1978.
13. MASTERS, W. H. Y JOHNSON V. E.: HUMAN SEXUAL INADEQUACY. CHURCHILL.LONDON. 1970.
14. MASTERS, W. H. Y JOHNSON V. E.: RESPUESTA SEXUAL HUMANA. EDITORIAL INTERMÉDICA. 1978.
15. NOVAK D.J, VIKTOR M.: VAGUS AND SYMPATHETIC NERVES IN ALCOHOLIC NEUROPATHY. ARCHIVES NEUROLOGY. 30: 273-284. 1974.
16. ORFORD J, OPPENHEIMER E, EGERT S, HENSMEN C, GUTHRIE S.: THE COHESIVENESS OF ALCOHOLISM- COMPLICATED MARRIAGES AND ITS INFLUENCES ON TREATMENT OUTCOME. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY 128: 318-339. 1976.

17. SANDLER M Y GESSA G.L: SEXUAL BEHAVIOR-PHARMACOLOGY AND BIOCHEMISTRY. RAVEN PRESS, NEW YORK. 1975.
18. THE DIAGRAM GROUP: SEX, A USER'S MANUAL. PERIGEE BOOKS. NEW YORK. 1981.
19. VAN THIEL D, LESTER R,: THE EFFECT OF CHRONIC ALCOHOL ABUSE ON SEXUAL FUNCTION. CLINICS IN ENDOCRINOLOGY & METABOLISM. 8: (3): 499-510.
20. VELASCO FERNÁNDEZ R. SALUD MENTAL, ENFERMEDAD MENTAL Y ALCOHOLISMO. ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SUPERIOR. MÉXICO. 1980.
21. WHALLEY L. U.: SEXUAL ADJUSTMENT OF MALE ALCOHOLICS. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA 58: 281-298. 1978
22. WILSON G. T.: ALCOHOL AND HUMAN SEXUAL BEHAVIOUR. BEHAVIOUR RESEARCH & THERAPY. 15: 239-252. 1977.
23. WILSON G. T, LAWSON D. M.; EXPECTANCIES, ALCOHOL AND SEXUAL AROUSAL IN MALE SOCIAL DRINKERS. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. 85: 587-594. 1976.
24. YLIKARI R, HUTTUNEN M, HARKONEN M, ET AL.: LOW PLASMA TESTOSTERONE VALUES IN MEN DURING HANGOVER. JOURNAL OF STEROID BIOCHEMISTRY. 5: 655-658. 1974.

**A N E X O S**

**CUESTIONARIO UTILIZADO  
EN LA INVESTIGACION**

EL OBJETIVO DE ESTE CUESTIONARIO ES EL DE EFECTUAR UNA -  
INVESTIGACIÓN QUE AYUDARÍA A COMPRENDER MEJOR LOS EFECTOS DEL  
ALCOHOL SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL.

POR FAVOR, RESPONDA CUIDADOSA Y HONESTAMENTE CADA UNA DE  
LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO.

LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS BRINDE SERÁ ABSOLUTAMENTE --  
CONFIDENCIAL.

GRACIAS POR SU COOPERACION

GRUPO\_\_\_\_\_

CUESTIONARIO NÚMERO\_\_\_\_\_

-----

POR FAVOR, MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA DE ACUER-  
DO A SU EXPERIENCIA O ESCRIBA CON LETRA CLARA LA INFORMACION -  
QUE SE LE SOLICITA.

- 1.- POR FAVOR, INDIQUE SU EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: \_\_\_\_\_
- 2.- INDIQUE, POR FAVOR, EL GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS TERMINADOS  
PRIMARIA\_\_\_\_\_ SECUNDARIA\_\_\_\_\_ CARRERA TÉCNICA\_\_\_\_\_  
PREPARATORIA\_\_\_\_\_ PROFESIONAL\_\_\_\_\_
- 3.- OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_
- 4.- SUELDO MENSUAL: \_\_\_\_\_
- 5.- RELIGIÓN: \_\_\_\_\_
- 6.- ¿ES USTED PRACTICANTE? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿HA SENTIDO QUE TIENE PROBLEMAS PARA EXCITARSE SEXUALMEN-  
TE? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- 8.- ¿LA DIFICULTAD PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCIÓN HA SI-  
DO ALGUNA VEZ PROBLEMA EN SU VIDA? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

- 9.- ¿CUÁNDO PRESENTA USTED DIFICULTAD PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCIÓN?
- DURANTE EL JUEGO PRE-COITAL \_\_\_\_\_
- DURANTE LA INTROMISIÓN \_\_\_\_\_
- DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL EN SÍ \_\_\_\_\_
- 10.- POR REGLA GENERAL, QUÉ NIVEL DE ERECCIÓN ALCANZA SU PENE (MIEMBRO)?
- TOTALMENTE ERECTO (100%) \_\_\_\_\_
- CASI TOTALMENTE ERECTO (75%) \_\_\_\_\_
- LA ERECCIÓN A MEDIAS (25%) \_\_\_\_\_
- UNA CUARTA PARTE DE LA ERECCIÓN (25%) \_\_\_\_\_
- 11.- ¿CUÁNDO SE INICIÓ ESTA DIFICULTAD?
- HACE \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES
- 12.- ¿EN QUÉ PORCENTAJE DE LAS VECES QUE INTENTA TENER RELACIONES SEXUALES SE PRESENTA ESTA DIFICULTAD?
- SIEMPRE (100%) \_\_\_\_\_
- CASI SIEMPRE (75%) \_\_\_\_\_
- LA MITAD DE LAS VECES (50%) \_\_\_\_\_
- LA CUARTA PARTE DE LAS VECES (25%) \_\_\_\_\_
- NUNCA SE PRESENTA EL PROBLEMA (0%) \_\_\_\_\_
- 13.- ¿SE PRESENTA SIEMPRE CON LA MISMA PAREJA SEXUAL?
- SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 14.- ¿SI TIENE DIFERENTES PAREJAS SEXUALES, ¿SE PRESENTA ESTE PROBLEMA CUANDO TIENE RELACIONES CON CUALQUIERA DE ELLAS INDISTINTAMENTE?
- SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 15.- CUANDO PRESENTA PROBLEMAS PARA LA ERECCIÓN, ¿CÓMO REACCIONA SU PAREJA?
- NO LE IMPORTA \_\_\_\_\_ LO ENTIENDE A USTED \_\_\_\_\_
- LO RECHAZA \_\_\_\_\_ SE ENOJA \_\_\_\_\_

- 16.- ¿HA TRATADO DE BUSCAR ALGUNA SOLUCIÓN O REMEDIO PARA ESTE PROBLEMA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 17.- POR FAVOR, MARQUE CON UNA CRUZ EL TIPO DE AYUDA QUE HA BUSCADO:  
AYUDA PSICOLÓGICA \_\_\_\_\_  
AYUDA MÉDICA \_\_\_\_\_  
CONSEJOS CON LOS AMIGOS \_\_\_\_\_  
REMEDIOS TRADICIONALES \_\_\_\_\_
- 18.- ¿VIVE ACTUALMENTE CON UNA PAREJA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 19.- MARQUE POR FAVOR CON UNA CRUZ EL SEXO DE SU PAREJA.  
ES DEL MISMO SEXO QUE YO \_\_\_\_\_  
ES DE DIFERENTE SEXO QUE EL MÍO \_\_\_\_\_
- 20.- ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO CON ESA PAREJA?  
\_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES
- 21.- ¿TIENE USTED ERECCIÓN AL DESPERTAR POR LAS MAÑANAS?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 22.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA DESPIERTA USTED CON EL PENE ERECTO, POR LA MAÑANA?  
SIEMPRE (100%) \_\_\_\_\_  
CASI SIEMPRE (75%) \_\_\_\_\_  
LA MITAD DE LAS VECES (50%) \_\_\_\_\_  
NUNCA DESPIERTO CON EL PENE ERECTO (0%) \_\_\_\_\_
- 23.- ¿PRESENTA USTED EYACULACIONES DURANTE LA NOCHE, MIENTRAS SE ENCUENTRA DORMIDO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 24.- ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ USTED A MASTURBARSE?  
A LOS \_\_\_\_\_ AÑOS
- 25.- ¿CUÁNTAS VECES SE MASTURBA USTED ACTUALMENTE? (PUEDE INDICARNOS SU FRECUENCIA POR SEMANA O POR MES)  
\_\_\_\_\_ VECES A LA SEMANA \_\_\_\_\_ VECES AL MES

- 26.- ¿PRESENTA USTED PROBLEMAS PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCIÓN DURANTE LA MASTURBACIÓN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 27.- ¿SIENTE USTED DESEO SEXUAL? (GANAS DE TENER RELACIONES SEXUALES) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 28.- ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE LO SIENTE?  
 UNA VEZ AL DÍA \_\_\_\_\_  
 DOS O TRES VECES POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 UNA VEZ POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 DOS O TRES VECES AL MES \_\_\_\_\_  
 UNA VEZ AL MES \_\_\_\_\_
- 29.- ¿PIENSA USTED QUE SU DESEO SEXUAL HA DISMINUÍDO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 30.- ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TENER USTED RELACIONES SEXUALES? A LOS \_\_\_\_\_ AÑOS.
- 31.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA LAS TIENE ACTUALMENTE?  
 UNA VEZ AL DÍA \_\_\_\_\_  
 DOS A TRES VECES POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 UNA VEZ POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 DOS A TRES VECES AL MES \_\_\_\_\_  
 UNA VEZ AL MES \_\_\_\_\_  
 MENOS DE UNA VEZ AL MES \_\_\_\_\_
- 32.- ¿HA TENIDO USTED PROBLEMAS PARA DETENER O "AGUANTAR" LA EYACULACIÓN HASTA QUE REALMENTE LO DESEE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 33.- ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE EYACULA ANTES QUE LO DESEE?  
 SIEMPRE (100%) \_\_\_\_\_  
 CASI SIEMPRE (75%) \_\_\_\_\_  
 LA MITAD DE LAS VECES (50%) \_\_\_\_\_  
 LA CUARTA PARTE DE LAS VECES (25%) \_\_\_\_\_  
 NUNCA (0%) \_\_\_\_\_

34.- ¿HA PRESENTADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA DOLOR DURANTE LA INTROMISIÓN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

35.- ¿HA PRESENTADO ALGUNA VEZ DOLOR DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL EN SÍ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

36.- ¿HA PRESENTADO ALGUNA VEZ DOLOR DESPUÉS DE LA EYACULACIÓN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

37.- ¿UTILIZA USTED O SU PAREJA ACTUALMENTE ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPTIVO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

38.- ¿QUÉ TIPO O MÉTODO DE ANTICONCEPTIVO UTILIZAN ACTUALMENTE? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39.- ¿SE ENCUENTRA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

40.- SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE CUÁLES, POR FAVOR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41.- ANTERIORMENTE HA TOMADO MEDICAMENTOS CON FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

42.- SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR INDIQUE CUÁLES. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43.- ¿SIENTE USTED LA NECESIDAD DE TOMAR ALCOHOL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

44.- ¿SIENTE LA NECESIDAD DE BEBER  
UNA VEZ AL DÍA \_\_\_\_\_  
DOS O TRES VECES POR SEMANA \_\_\_\_\_

UNA VEZ POR SEMANA \_\_\_\_\_

DOS O TRES VECES AL MES \_\_\_\_\_

UNA VEZ AL MES \_\_\_\_\_

MENOS DE UNA VEZ AL MES \_\_\_\_\_

45.- ¿PUEDE USTED DISMINUIR LA CANTIDAD DE ALCOHOL QUE TOMA -  
EN FORMA VOLUNTARIA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

46.- ¿PUEDE DEJAR DE BEBER POR COMPLETO POR USTED MISMO?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

47.- ¿HACE REPETIDOS ESFUERZOS PARA CONTROLAR O REDUCIR EL --  
EXCESO DE BEBIDA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

48.- ¿HACE EL ESFUERZO EN ESPECIAL DURANTE DETERMINADAS HORAS  
DEL DÍA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

49.- O BIEN, ¿HACE EL ESFUERZO POR PERÍODOS DE MÁS DE 6 MESES?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

50.- ¿HA ESTADO TOMANDO ALGUNA VEZ A LO LARGO DE TODO EL DÍA?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

51.- ¿HA ESTADO TOMANDO DURANTE DOS DÍAS SEGUIDOS EN ALGUNA -  
OCASIÓN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

52.- ¿HA SENTIDO LA NECESIDAD DE CONSUMIR LICORES O SU EQUIVA  
LENTE EN CERVEZA O VINO PARA "ANIMARSE" O PARA OLVIDAR -  
LAS PENAS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

53.- ¿HA TENIDO O PRESENTADO PERÍODOS EN QUE SE LE OLVIDAN --  
LOS ACONTECIMIENTOS QUE OCURREN CUANDO SE ENCUENTRA TOMA  
DO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

54.- ¿USTED SABE QUE TOMAR ALCOHOL PRODUCE TRASTORNOS FÍSICOS  
GRAVES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

55.- DE LOS SIGUIENTES EJEMPLOS, POR FAVOR MAQUE CON UNA CRUZ EN LOS QUE HA INCURRIDO CUANDO HA ESTADO TOMANDO:

DISCUTIR CON AMIGOS\_\_\_\_\_

REÑIR Y GOLPEAR A OTRAS PERSONAS\_\_\_\_\_

PELEAR CON ESPOSA\_\_\_\_\_

GOLPEAR A ESPOSA\_\_\_\_\_

GOLPEAR A HIJOS\_\_\_\_\_

CHOCAR EL AUTO\_\_\_\_\_

ATROPELLAR A UNA PERSONA\_\_\_\_\_

AGREDIR CON ARMA BLANCA A OTRA PERSONA\_\_\_\_\_

AGREDIR CON ARMA DE FUEGO A OTRA PERSONA\_\_\_\_\_

56.- ¿HA CAMBIADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?  
SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

57.- ¿CUÁNTAS VECES HA CAMBIADO DE TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?  
\_\_\_\_\_ VECES

58.- ¿HA TENIDO DISCUSIONES O PROBLEMAS FAMILIARES DEBIDO AL USO EXCESIVO DEL ALCOHOL?  
SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

59.- ¿HA SENTIDO LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA CANTIDAD DE ALCOHOL PARA CONSEGUIR EL MISMO EFECTO QUE ANTES?  
SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

60.- ¿SIENTE QUE HA DISMINUIDO EL EFECTO QUE ANTES LE PRODUCÍA LA MISMA CANTIDAD DE ALCOHOL?  
SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SINTOMAS QUE PUEDEN PRESENTARSE CUANDO SE HA TOMADO POR UN PERIODO PROLONGADO DE ALGUNOS DIAS O MAS, O BIEN, DESPUES DE QUE SE SUSPENDE EL ALCOHOL. POR FAVOR, INDIQUE SI LOS HA TENIDO O NO.

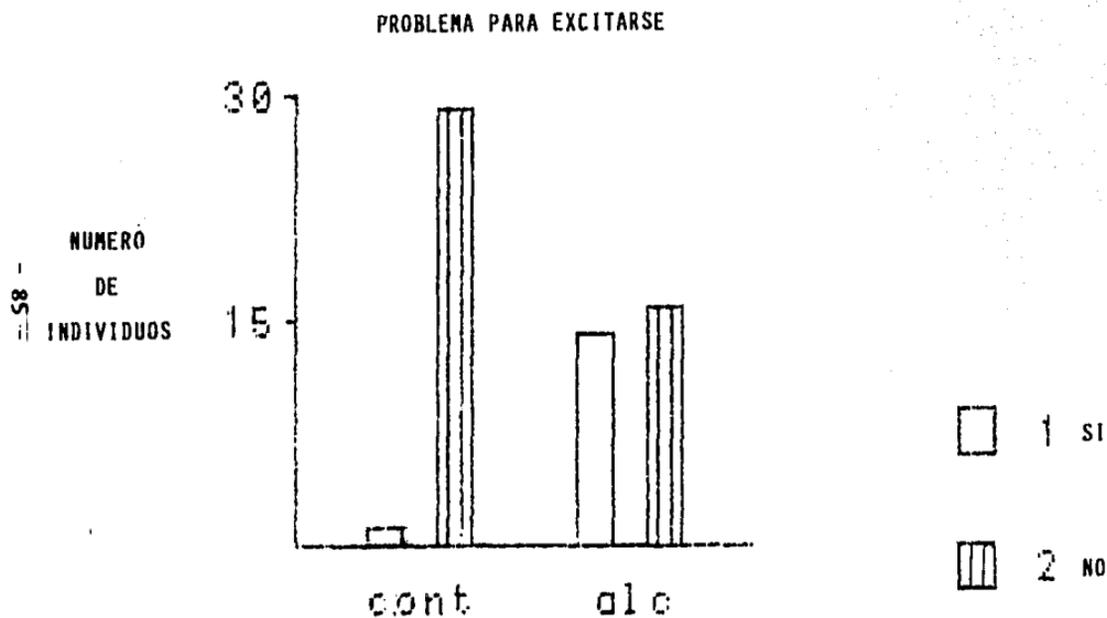
61.- ¿HA TENIDO TEMBLOR GRUESO EN SUS MANOS? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

62.- ¿HA TENIDO TEMBLOR EN SU LENGUA? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

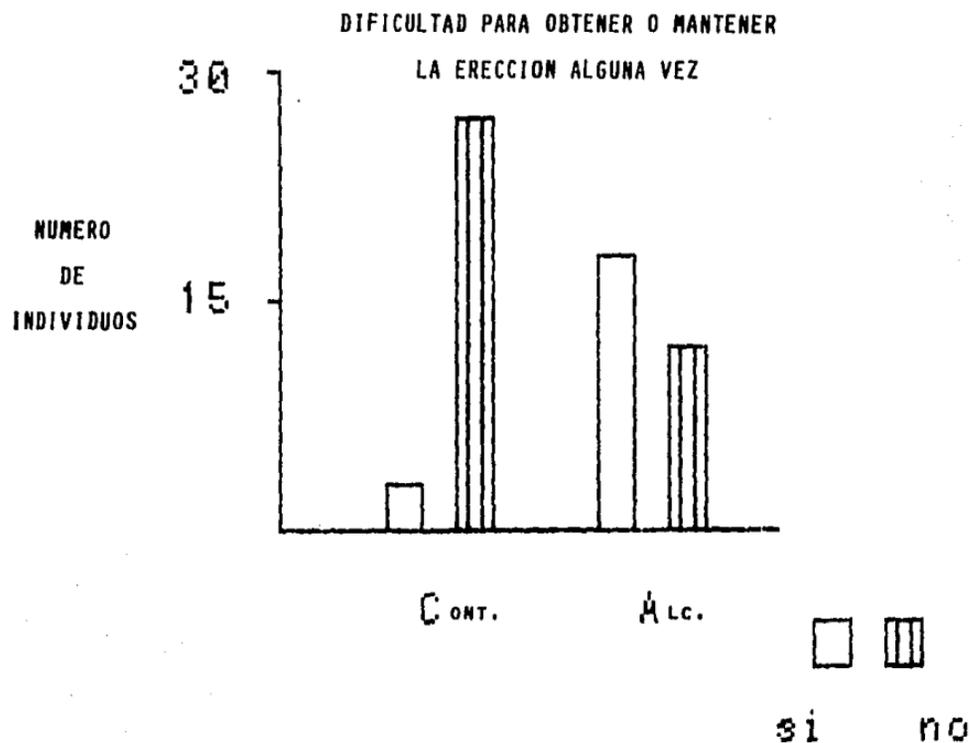
- 63.- ¿LE HAN TEMBLADO LOS PÁRPADOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 64.- ¿HA TENIDO NÁUSEAS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 65.- ¿HA PRESENTADO VÓMITO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 66.- ¿HA SENTIDO EN LAS MISMAS CIRCUNSTANCIAS MALESTAR O CAN--  
SANCIO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 67.- ¿HA SENTIDO QUE LE PALPITA MUY RÁPIDO Y MUY FUERTE EL CO--  
RAZÓN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 68.- ¿HA SUDADO MUCHO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 69.- ¿DURANTE ESE PERÍODO DE TIEMPO, ¿LE HAN TOMADO LA PRESIÓN  
ARTERIAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 70.- SI SE LA HAN TOMADO, LE HAN DICHO QUE LA PRESIÓN ARTERIAL  
ESTÁ  
NORMAL \_\_\_\_\_ BAJA \_\_\_\_\_ ELEVADA \_\_\_\_\_
- 71.- ¿HA SENTIDO ANSIEDAD (NERVIOS)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 72.- ¿HA ESTADO DEPRIMIDO (TRISTE)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 73.- ¿HA ESTADO IRRITABLE (QUE SE MOLESTA POR CUALQUIER COSA)?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 74.- DESPUÉS DE ESTAR ACOSTADO POR UN RATO, ¿SI SE LEVANTA RÁ--  
PIDAMENTE SIETE MAREOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 75.- ¿HA TENIDO VISIONES ALGUNA VEZ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 76.- ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 77.- EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL, POR FAVOR: \_\_\_\_\_
-

## GRAFICAS

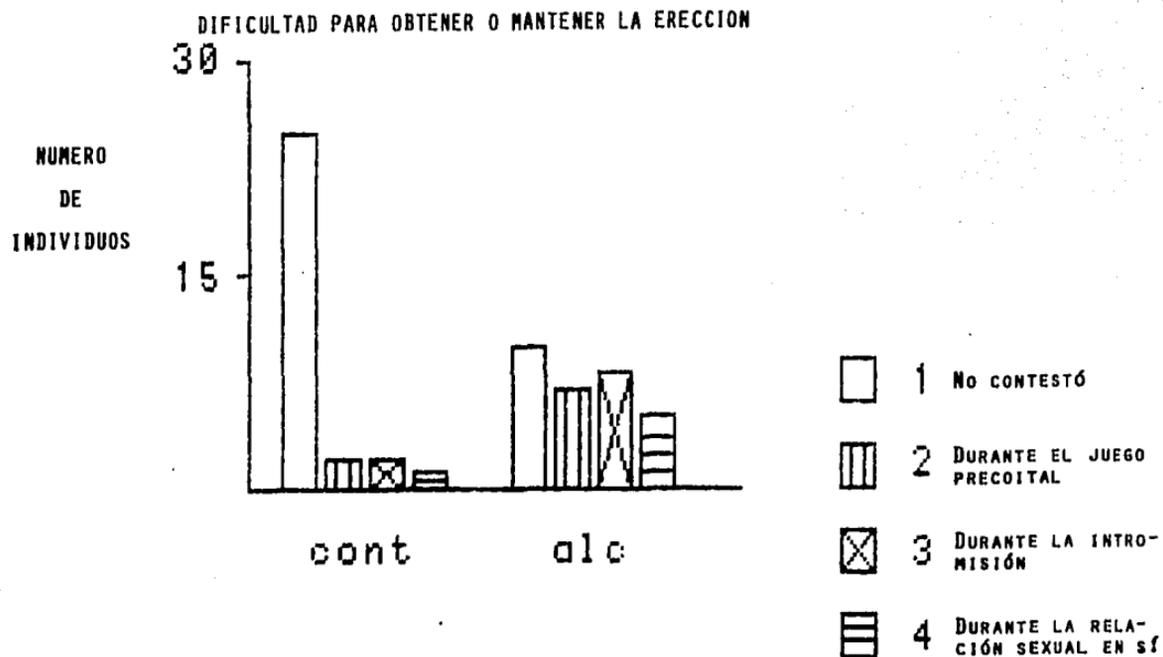
Grafica 1.- Pregunta # 7



Grafica 2.- Pregunta # 8

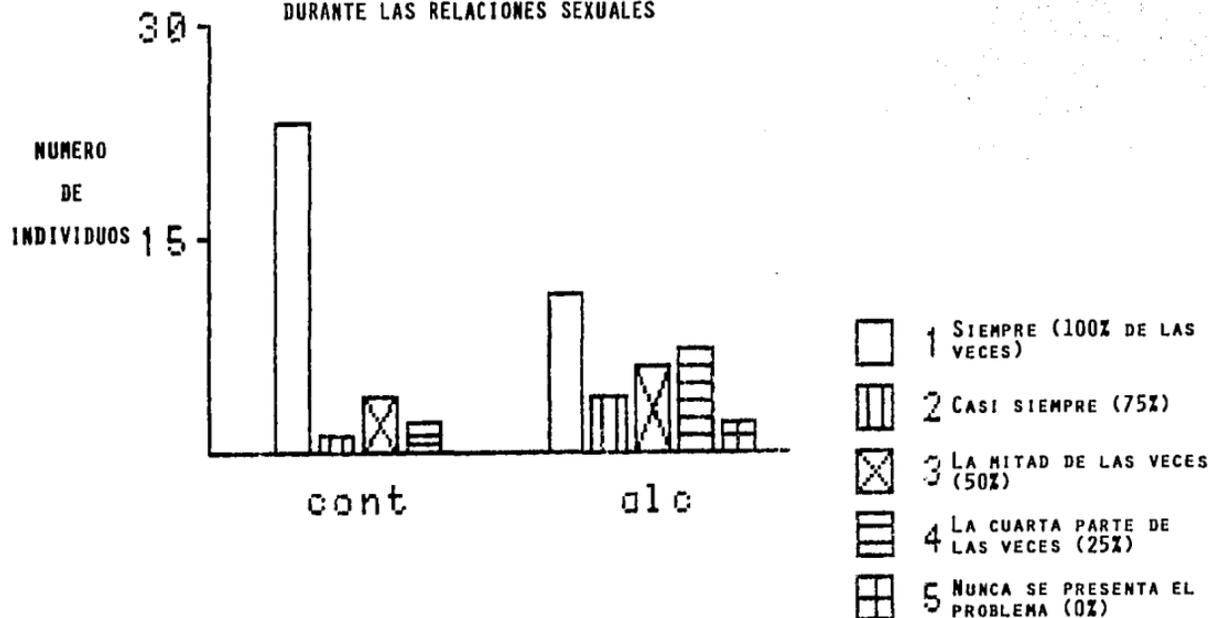


Grafica 3.- Pregunta # 9



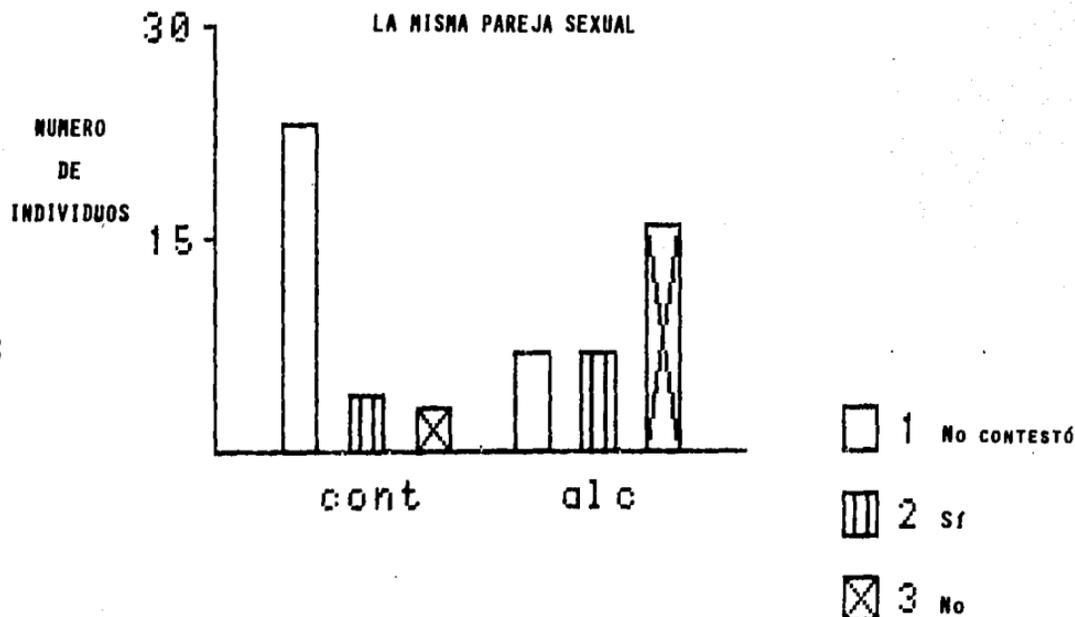
## Grafica 4.- Pregunta # 12

FRECUENCIA DEL PROBLEMA PARA MANTENER U OBTENER LA ERECCION  
DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES



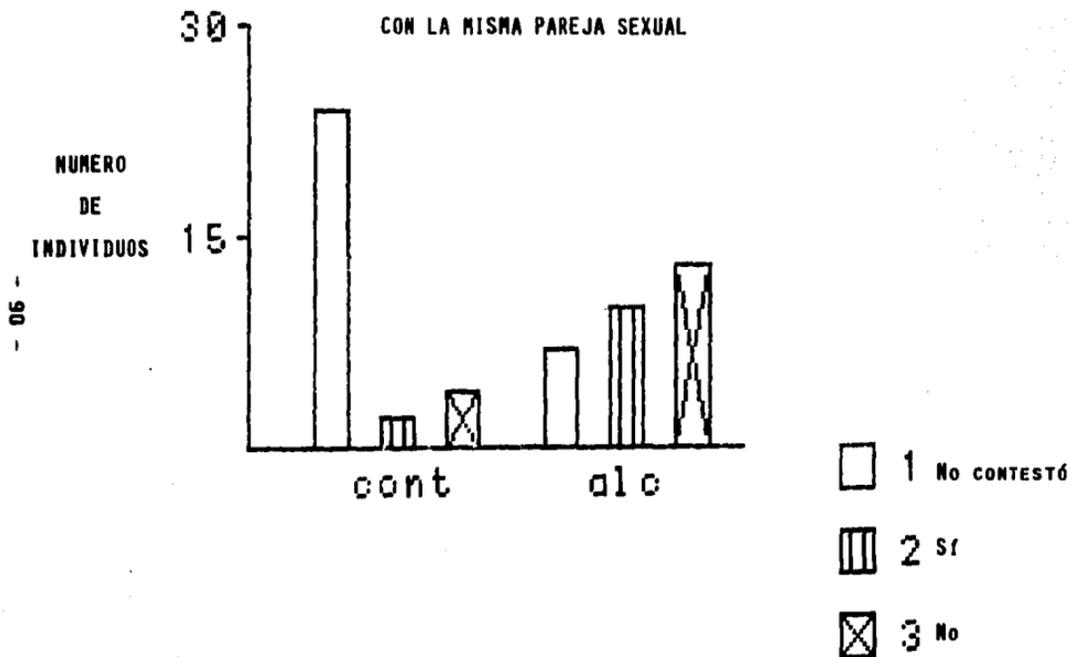
# Grafica 5.- Pregunta # 13

PRESENCIA DE DISFUNCION ERECTIL CON  
LA MISMA PAREJA SEXUAL



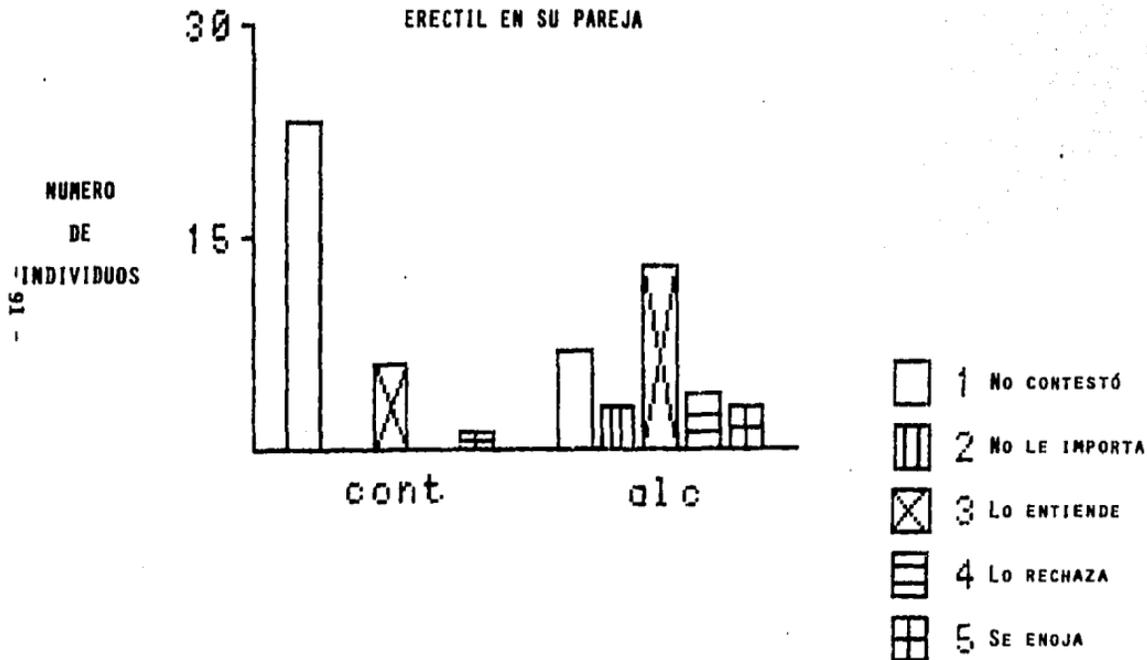
# Grafica 6.- Pregunta # 14

SI EXISTE DISFUNCION ERECTIL, SE PRESENTA SIEMPRE  
CON LA MISMA PAREJA SEXUAL



# Grafica 7.- Pregunta # 15

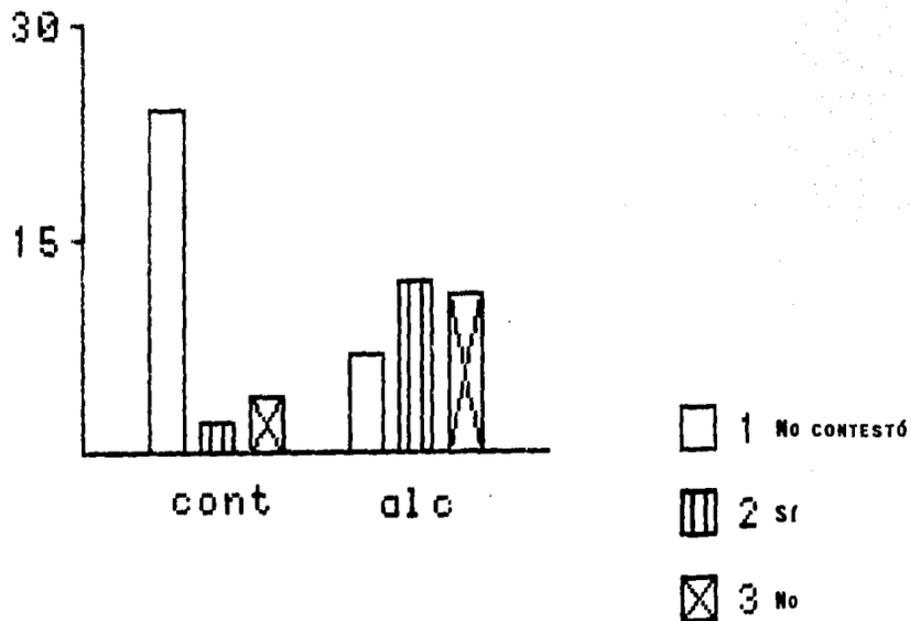
TIPOS DE REACCIONES DE LA MUJER ANTE LA DISFUNCION  
ERECTIL EN SU PAREJA



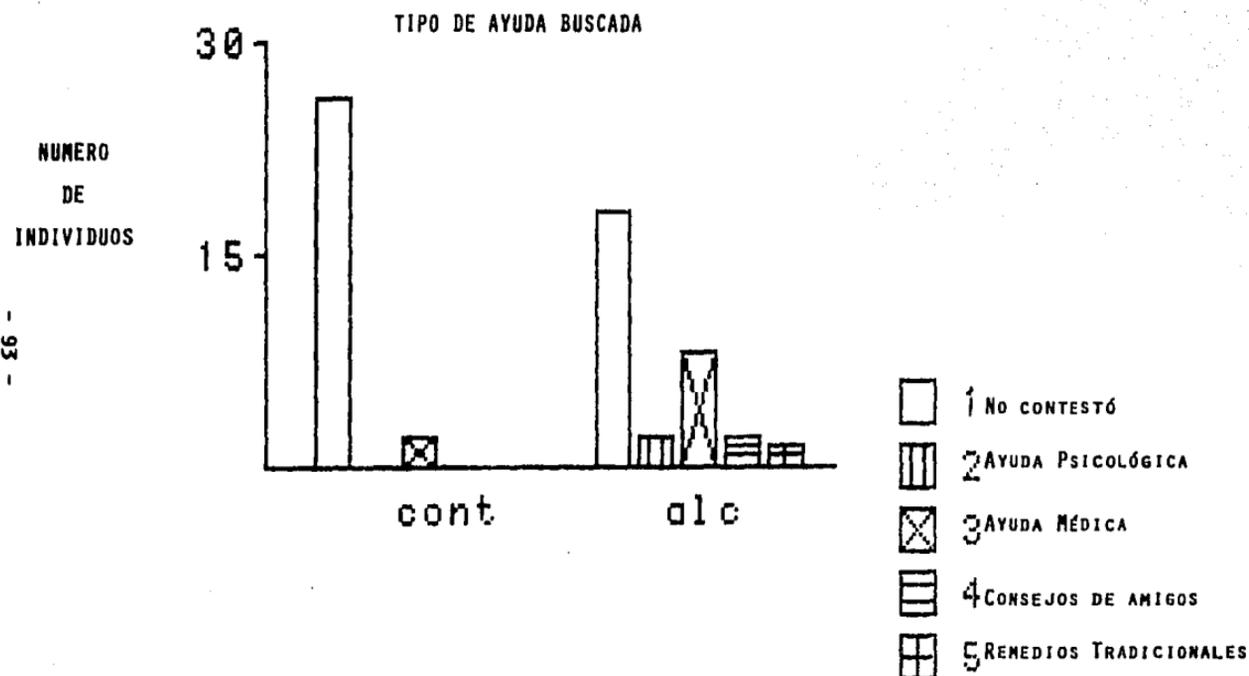
# Grafica 8.- Pregunta # 16

BUSQUEDA DE ALGUN TIPO DE AYUDA PARA LA SOLUCION DEL  
PROBLEMA DE DISFUNCION ERECTIL

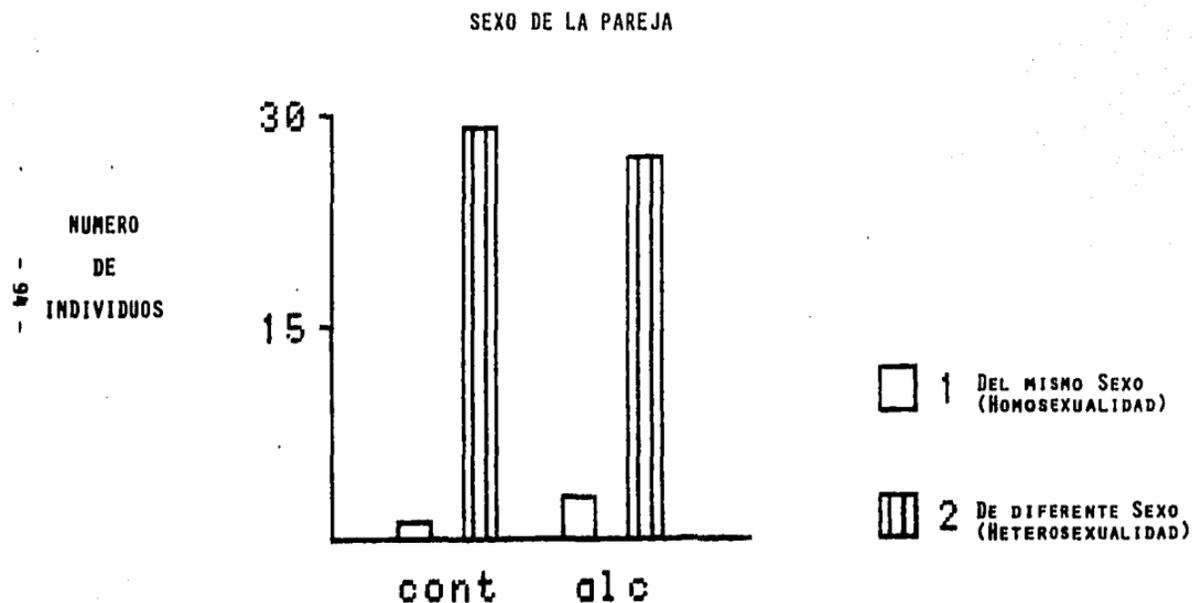
NUMERO  
DE  
INDIVIDUOS



Grafica 9.- Pregunta # 17



Grafica 10.- Pregunta # 19



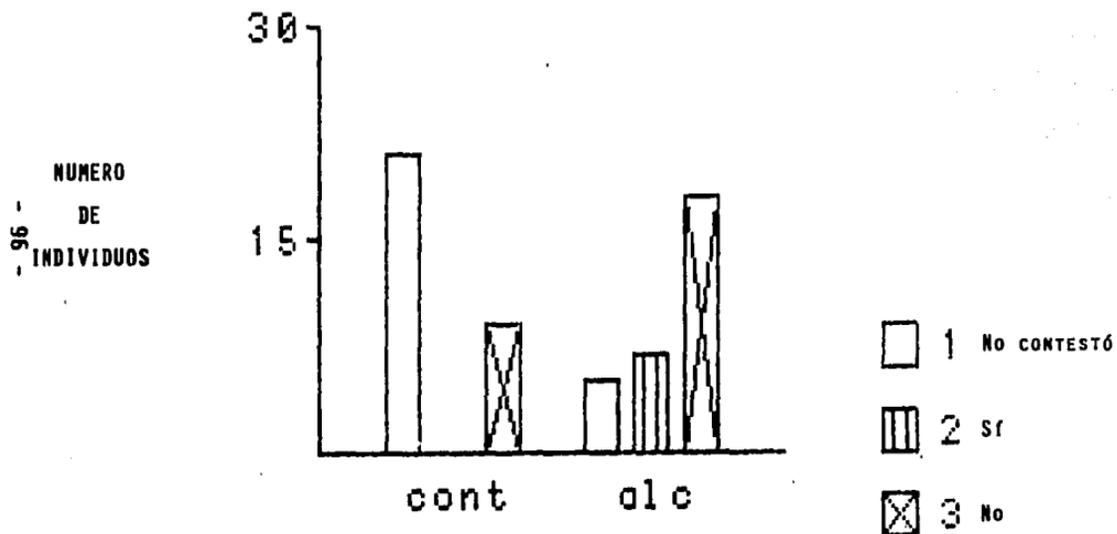
# Grafica 11.- Pregunta # 22

## FRECUENCIA DE ERECCION MATUTINA AL DESPERTAR

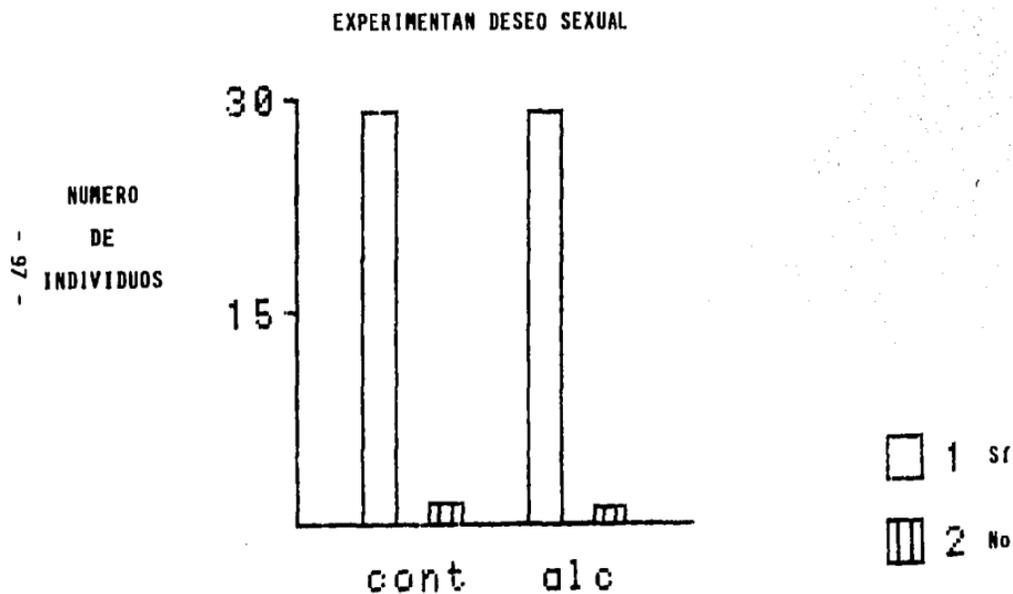


# Grafica 12.- Pregunta # 26

PROBLEMA PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCION  
DURANTE LA MASTURBACION

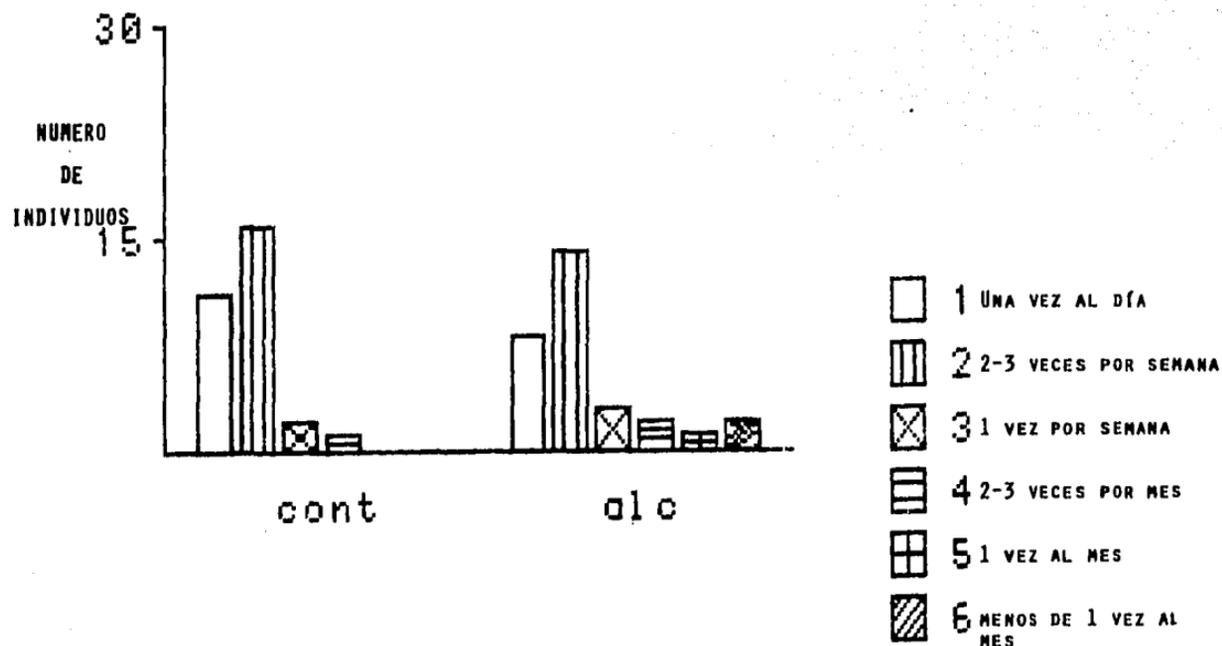


Grafica 13.- Pregunta # 27



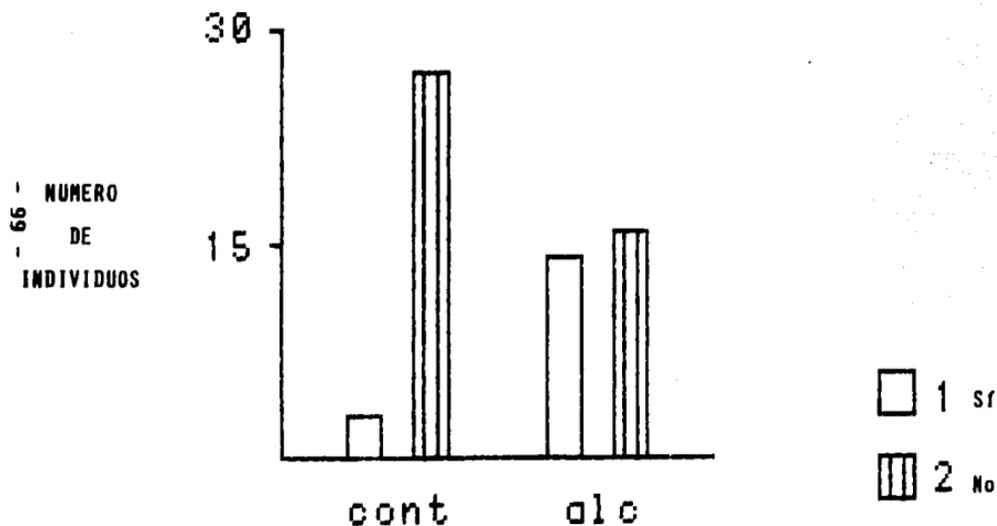
# Grafica 14.- Pregunta # 28

## FRECUENCIA DE DESEO SEXUAL



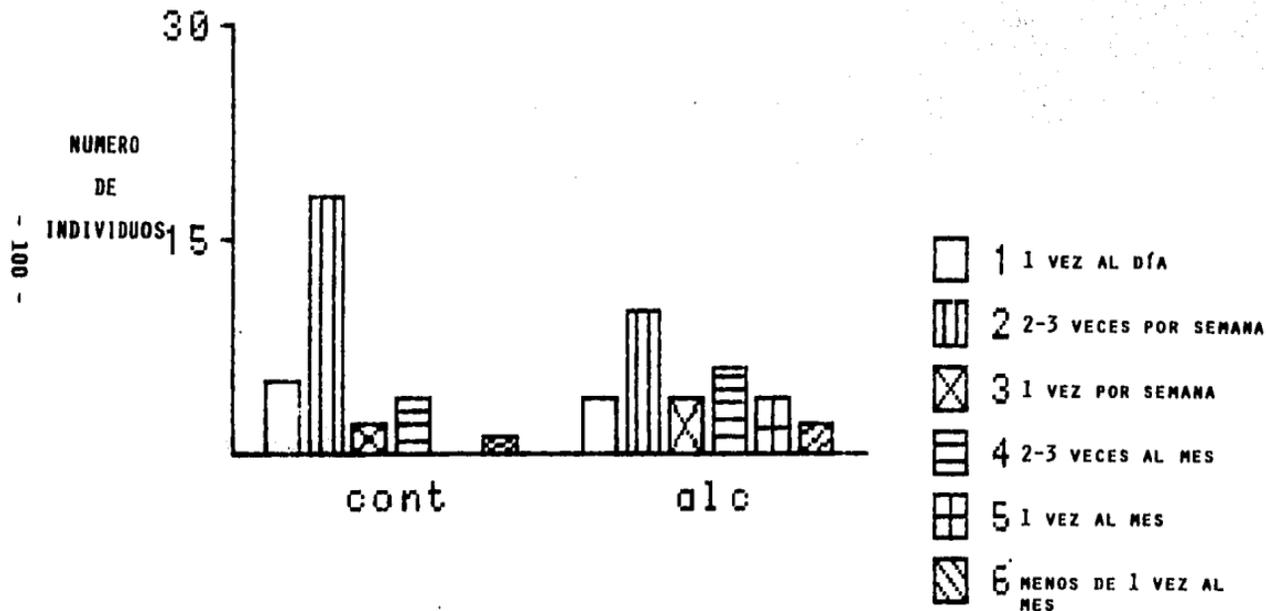
# Grafica 15.- Pregunta # 29

DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES



# Grafica 16.- Pregunta # 31

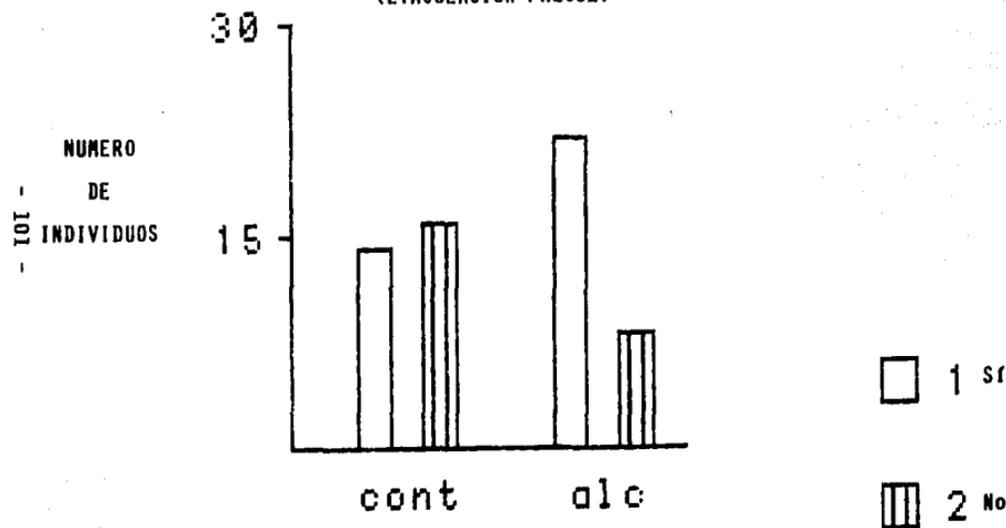
## FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES



# Grafica 17.- Pregunta # 32

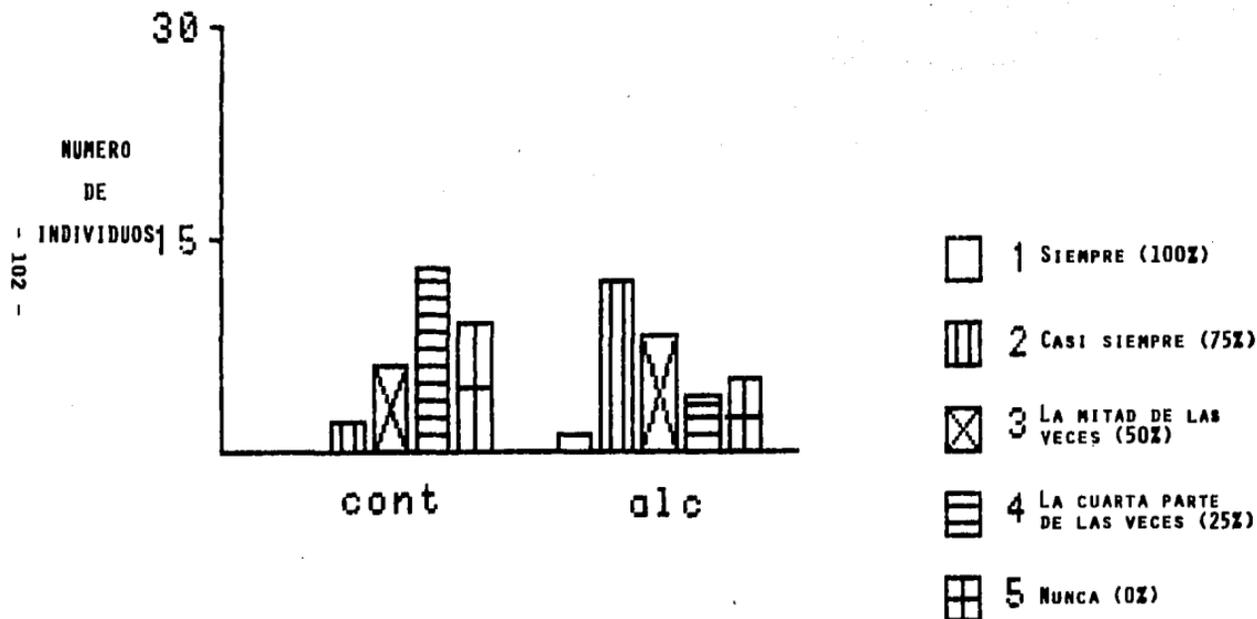
PRESENCIA DE PROBLEMA PARA EL CONTROL EYACULATORIO

(EYACULACION PRECOZ)



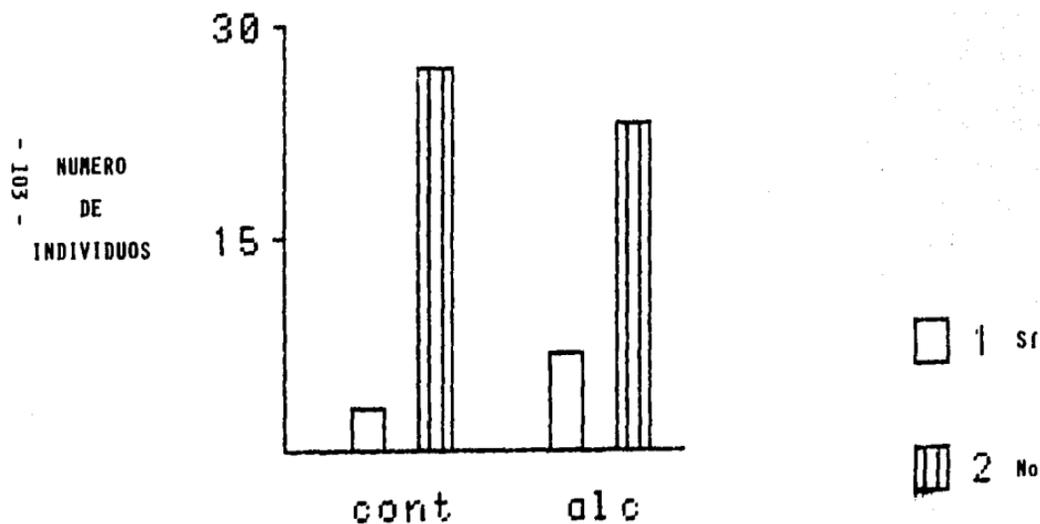
# Grafica 18.- Pregunta # 33

FRECUENCIA DE EYACULACION ANTES DE LO RESEADO



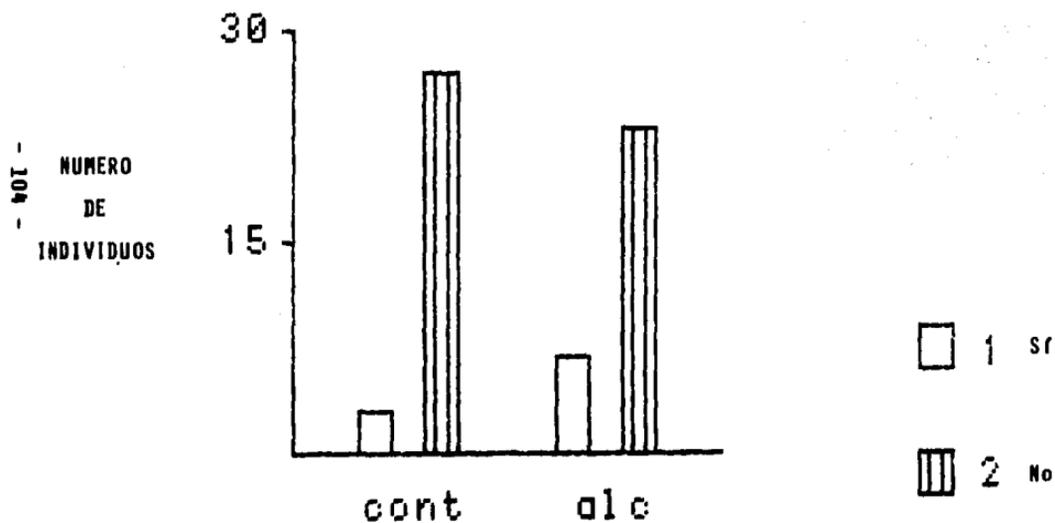
# Grafica 19.- Pregunta # 34

PRESENCIA DE DOLOR DURANTE LA INTROMISION



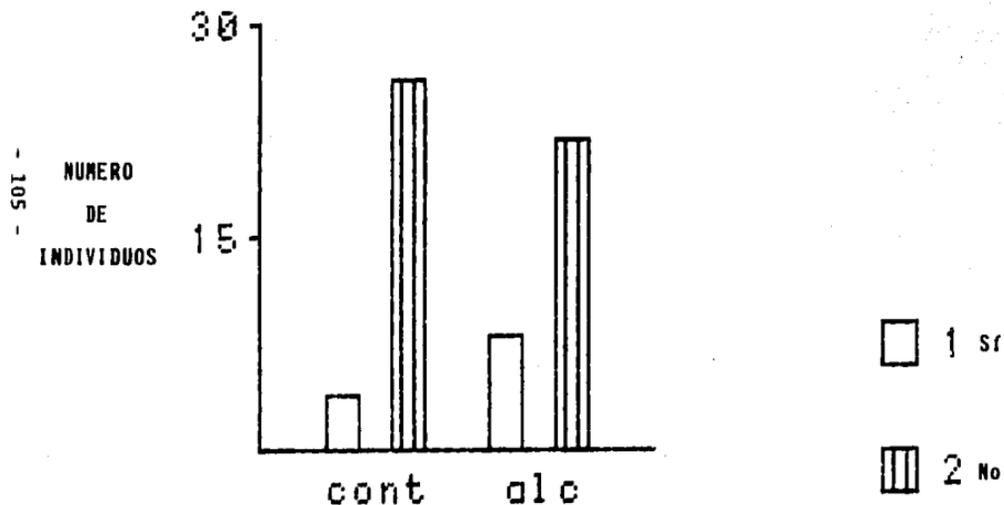
# Grafica 20.- Pregunta # 35

PRESENCIA DE DOLOR DURANTE LA RELACION SEXUAL EN SI



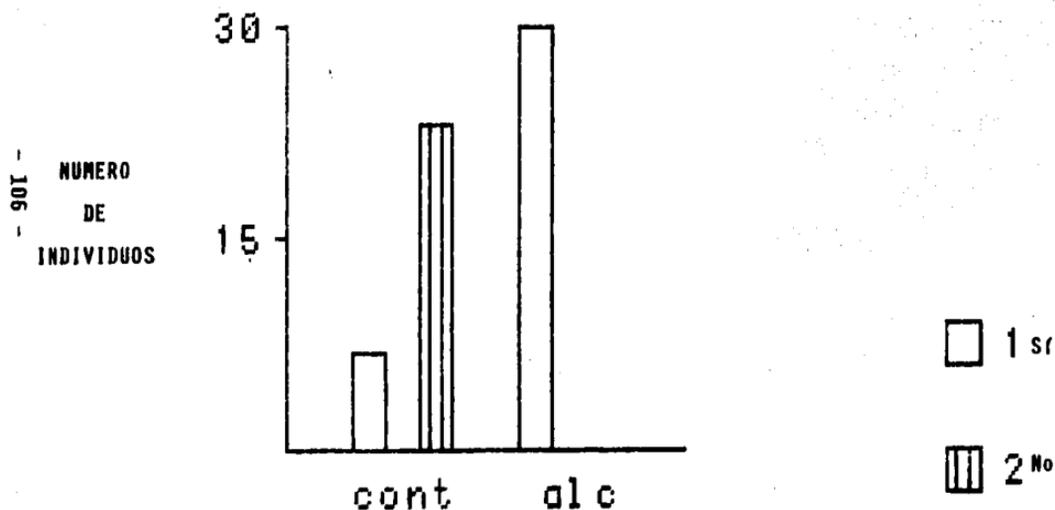
# Grafica 21.- Pregunta # 36

## PRESENCIA DE DOLOR POST-EYACULATORIO



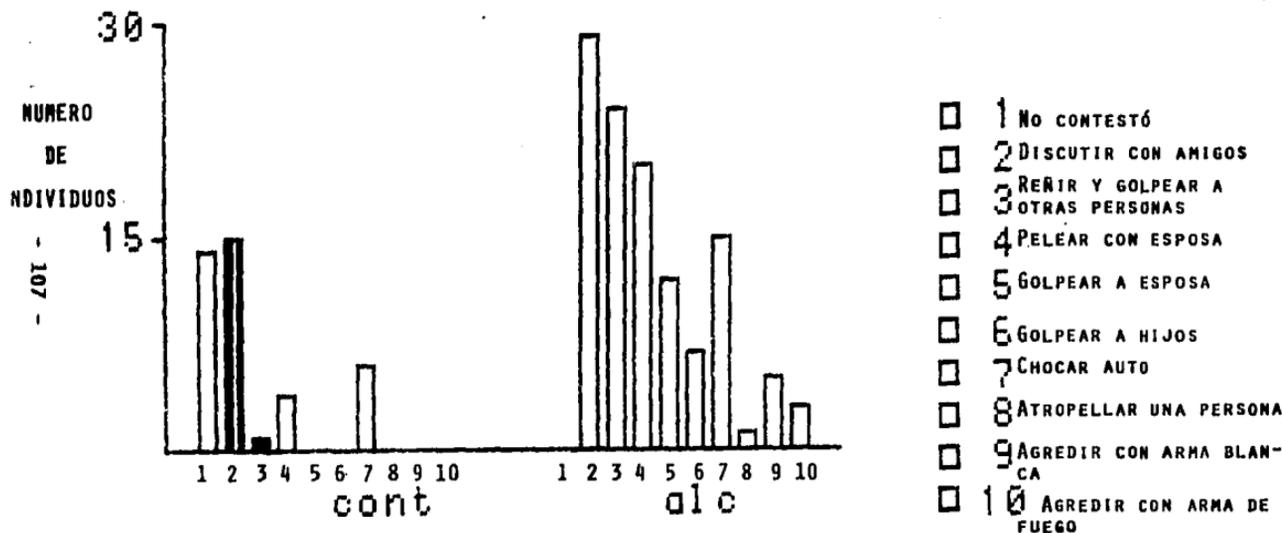
# Grafica 22.- Pregunta # 43

## NECESIDAD DE INGERIR ALCOHOL



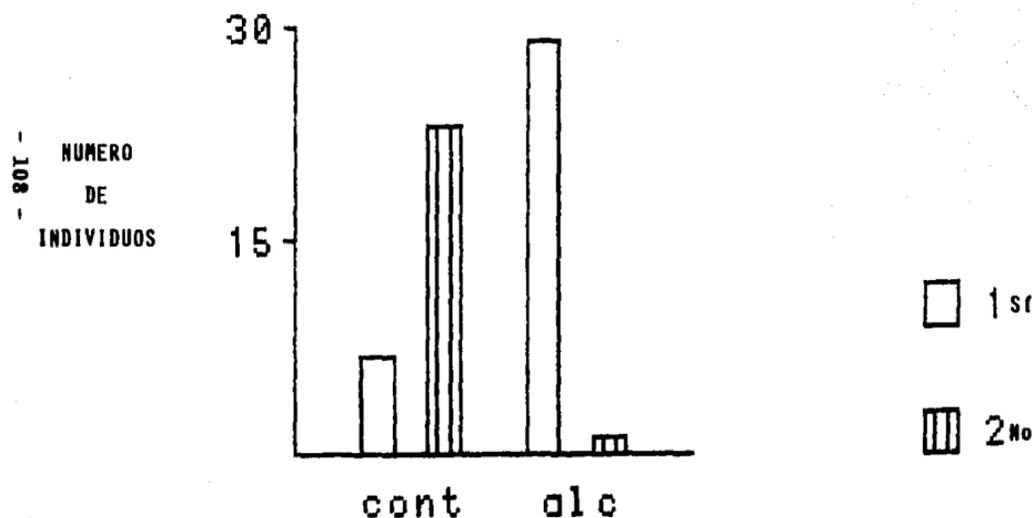
# Grafica 23.- Pregunta # 55

ACTOS VIOLENTOS EN LOS QUE SE HA INCURRIDO ESTANDO  
INTOXICADO CON ALCOHOL



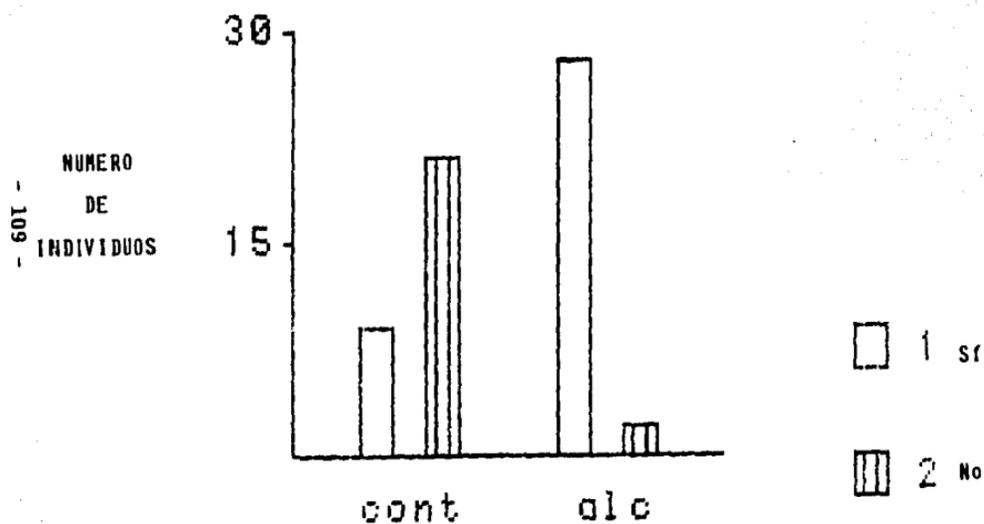
# Grafica 24.- Pregunta # 71

PERCEPCION DE ANSIEDAD

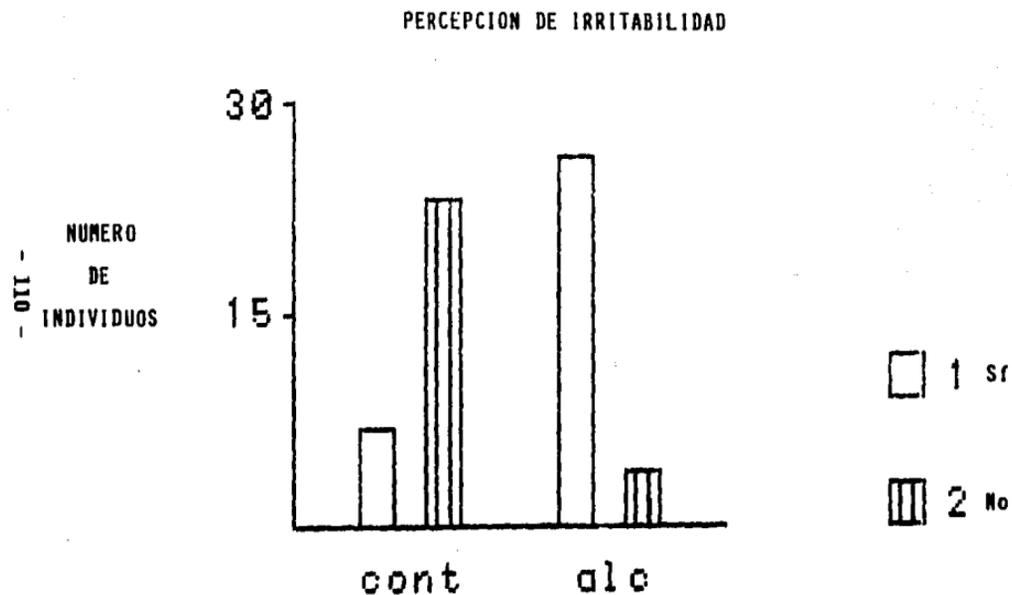


# Grafica 25.- Pregunta # 72

## PERCEPCION DE DEPRESION



Grafica 26.- Pregunta # 73



# Grafica 27.- Pregunta # 78

## DURACION DEL SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

