

11226  
2 ej 54



**Universidad Nacional Autónoma de México**

División de Estudios de Post-grado  
Unidad de Medicina Familiar No. 2  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*[Firma manuscrita]*

“ ANORGASMIA FEMENINA Y  
DINAMICA FAMILIAR ”

*[Firma manuscrita]*

**TESIS**

Que para obtener el Grado de:  
ESPECIALISTA EN  
**MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:  
**Dra. Teresita Hozada Contreras**



H. Puebla, de Zaragoza, Febrero de 1988

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES	5
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	27
RESUMEN	29
BIBLIOGRAFIA	30

## INTRODUCCION.

Resulta interesante para muchos médicos observar en la consulta externa de medicina familiar que frecuentemente se presentan mujeres en edad fértil y con práctica sexual activa refiriendo una amplia gama de alteraciones orgánicas como por ejemplo: hipertensión arterial, obesidad exógena y múltiples síndromes dolorosos, los cuales al efectuar un interrogatorio exhaustivo han aflorado sus sentimientos de alteración en la dinámica familiar con su pareja como fondo principal de su padecimiento.

Los datos obtenidos por la anamnesis en este tipo de mujeres han captado francas características de anorgasmia referidos por las pacientes como períodos demasiado cortos en la fase de excitación durante la relación sexual, represión tanto cultural como religiosa por parte de su pareja a la libre manifestación de su sexualidad, y no en escasas ocasiones hasta nulidad de placer sexual.

Todo parece indicar que la etiología de este problema es multifactorial dividida en tres grandes grupos: a) orgánicos, b) sociales y c) psicológicos. Por lo anterior es necesario hacer hincapié en el factor social, dentro del cual incluiremos a la religión la que parece no esclarecer los límites permitidos dentro de la convivencia íntima de una pareja, tergiversando por completo los pocos conocimientos que la mayoría de las mujeres tienen al respecto, identificando algunos de los procedimientos sexuales como anormales

prohibidos y en última instancia como pecado.

Esta gran influencia social repercute notablemente en la inhibición de la sexualidad femenina y sobre todo en la dinámica familiar de la pareja.

## JUSTIFICACION

Se observó en un determinado número de pacientes femininas en edad fértil y con vida sexual activa se presentaban a la consulta externa de medicina familiar refiriendo sintomatología inespecífica y al profundizar en el interrogatorio se han encontrado determinadas alteraciones referentes a la relación sexual de etiología multifactorial.

Creemos que estas alteraciones en la relación sexual de las parejas son un factor desencadenante de disfunción en la dinámica familiar y que existe la necesidad de profundizar en estos aspectos.

Consideramos primordial hacer resaltar la importancia que tiene una orientación sexual básica previa al matrimonio y de preferencia en la adolescencia, incluyendo programas bien estructurados y obligatorios a nivel de enseñanza media, ya que hemos visto que aún en nuestros días de avanzada tecnología los conceptos básicos sobre sexualidad son deficientes y en muchos casos nulos.

El interés de este estudio no lleva la finalidad de hacer una extensa descripción de la sexualidad y de sus trastornos, sino más bien de como esas alteraciones pueden influir sobre la dinámica familiar. Por otro lado la notable carencia de conocimientos en la población general sobre el tema y el poco interés de la pareja por su disfunción reflejado en la escasa consulta solicitada por este motivo, obligan a preocuparse por la educación de estos conocimientos -

tanto en los medios educativos como en los medios de salud.

El médico familiar encargado de la promoción de la salud individual y familiar tiene el compromiso ineludible de conocer los aspectos más generales de este tema ya que en su medio se van a identificar estos problemas.

Sería conveniente que instituciones dentro del campo médico como el Instituto Mexicano del Seguro Social, hicieran énfasis en la creación de departamentos dedicados exclusivamente a la orientación sexual y promover su difusión, ya que consideramos que sería una gran ayuda para abatir estos problemas.

La creación de un grupo médico integrado a nuestro parecer por: médico familiar, ginecólogo, psicólogo y terapeuta sexual sería de infinito valor para la atención de las parejas con disfunción de la dinámica familiar inducida por anorgasmia en la mujer.

## ANTECEDENTES

Hasta tiempos muy recientes el mensaje más extendido y aceptado en todas las etapas de la vida de la mujer era que la sexualidad debía ser reprimida, que fueran "buenas" posponiendo sus sentimientos y actividades sexuales hasta después del matrimonio.(1,2) El mismo Sigmund Freud en su tiempo dijo al respecto: "La naturaleza ha determinado el destino de la mujer mediante la belleza, la gracia y la dulzura", - limitando en cierta forma la libre expresión de la sexualidad femenina.(3)

Tales situaciones han hecho un rol limitante condicionando una ignorancia casi total de la mujer al conocimiento real de la sexualidad femenina desde sus inicios básicos de anatomía (4,5,6), fisiología y lo concerniente a los grados de excitación del hombre y la mujer descritos ampliamente - por Masters y Johnson como ciclo de respuesta sexual tanto masculina como femenina con sus cuatro fases que van desde: 1.- Fase de excitación, 2.- Fase de meseta con duración más prolongada en la mujer que en el hombre, 3.- Fase de orgasmo y 4.- Fase de resolución en el hombre con un período refractario y en el cual la mujer puede llegar a ser multiorgásmica.(5)

El orgasmo femenino ha sido descrito según la historia como una entidad psicofisiológica. Desde el punto de vista fisiológico es un breve proceso de liberación física del aumento del flujo sanguíneo y de la miotonía como respuesta -

al estímulo sexual. Mientras que desde el punto de vista -- psicológico es una percepción subjetiva del pico de reac--- ción física al estímulo sexual obtenido como último punto - en la progresión, así como profundamente integrado en la -- condición de la existencia humana.

Otra concepción de orgasmo más específica es la que lo define como un tipo de excitación sexual que culmina con -- contracciones rítmicas y pulsátiles de la vagina y una sen- sación de relajación y liberación de tensión.(7)

La mujer que carecía de impulso sexual se denominaba - "Frigida", lo cual es ambiguo según lo señala Mac Cary por- que puede significar cosas distintas para personas distin- tas. Lo anterior es considerado por Masters y Johnson como- disfunción orgásmica cuando su respuesta sexual deja consis- tentemente de alcanzar el clímax orgásmico. Distinguen tam- bién dos categorías de disfunción orgásmica como son: Prima- ria en la cual la mujer jamás ha logrado tener un orgasmo - en toda su vida y la secundaria o situacional donde la mu- jer de esta categoría ha logrado el orgasmo en algún momen- to de su vida pero por algún motivo sexual ya no es capaz de conseguirlo. A todo este concepto de disfunción sexual ac- tualmente se le conoce con el concepto de ANORGASMIA ó sin- orgasmo.(1,4,7)

Diversos autores coinciden en que la etiología de la a- norgamia es muy amplia ya que intervienen múltiples facto- res en los cuales se incluyen: a) orgánicos como diversas -

alteraciones en la inervación de la pélvis, enfermedades en dócrinas como diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipertiroidismo, síndrome de Cushing, alteraciones a nivel hepático o bien alteraciones congénitas en el tamaño del clitoris o adherencias de éste (4,7,8,9,10), b) sociológicos o de relación que comprenden problemas con el método sexual del compañero y afán desmesurado por egoísmo que destruye la atmósfera romántica dando lugar al resentimiento (1,5). Por último c) psicológicos cuya participación en la relación sexual es de casi un 95% en la obtención de un orgasmo manifestadas por alteraciones de tipo cultural reflejándose en nuestro medio por la exposición durante la infancia a un ambiente familiar de rigidez y ortodoxia religiosa que tiende a inculcar a las mujeres directa o indirectamente una actitud negativa hacia la desnudez y la libre manifestación de la sexualidad, creando sentimientos de culpabilidad y en ocasiones de resentimiento con la pareja por las formas de expresión de la sexualidad al parecer consideradas como algo prohibido y aún hasta llega a considerarse como pecado (1, 3,6,11).

Ese rol impuesto a la mujer, hace que ella vea su función sexual como medio para proporcionar un receptáculo alvarón al cual se le supone equivocadamente con un mayor impulso sexual, y secundariamente a esto la mujer aume un papel pasivo del cual recibe mínima cantidad de placer. Por otra parte es importante hacer mención de que existen algu-

nas mujeres que relacionan al coito con dolor físico, lo --  
cual puede condicionarlas en grado importante a la repul---  
sión y rechazo a su pareja sexual, creando a su vez serios-  
trastornos como ansiedad y llegar hasta a la depresión por  
sentirse incomprendidas y limitadas en la manifestación de  
sus inquietudes dentro del terreno sexual.

Toda esta inmensa carga emocional propicia en gran me-  
dida severa repercusión en la interrelación de la pareja --  
con deficiencia de la comunicación, ocasionando distancia--  
miento tanto físico como emotivo de la pareja sexual y como  
resultado lógico repercusión a nivel familiar creando con-  
flictos en su dinámica de grupo fundamental como piedra an-  
gular en la formación de la sociedad.(8,11,12,14,16)

## MATERIAL Y METODOS

En la unidad de Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano de Seguro Social de Puebla se realizó el estudio de "Anorgasmia femenina y dinámica familiar ", para lo cual se seleccionaron 25 casos de mujeres con vida sexual activa y con una sola pareja sexual que cursan con anorgasmia, detectadas por interrogatorio dirigido a aspectos de sexualidad. Una vez detectadas se les aplicó un cuestionario en el que incluyó dos secciones, la primera referente a sus conocimientos generales sobre sexualidad y la segunda dirigida a su interrelación de pareja en la dinámica familiar.

El cuestionario aplicado fué directo y constó de 31 preguntas para la medición práctica del estudio.

Se citó a la pareja sexual de las pacientes para aplicarles la parte referente a interrelación de la pareja y dinámica familiar en el cual se incluye una forma de APGAR familiar modificado para la pareja.

Se dieron pláticas a cada pareja en cuatro ocasiones con intervalo de una semana entre cada una de ellas, impartidas en la UMF. No.2 de Puebla sobre conocimientos básicos de anatomía y fisiología de los órganos genitales, motivandolos a experimentar la relación sexual que desconocían.

Finalmente después de dos meses se volvió a cuestionar los mismos aspectos iniciales para valorar los resultados obtenidos por la información recibida en forma individual.

### RESULTADOS

De la encuesta realizada a 25 parejas encontramos que las edades en las mujeres fluctuaron entre los 15 y 60 años con predominio en los grupos de edades de 25 a 29 años con 24% y de 30 a 34 años con 20%. En los hombres encontramos que la edad mínima fué de 19 años y la máxima de 59, con el mayor promedio en el grupo de edad de 25 a 29 años con 24%.

( Tabla 1 )

### ANORGASMIA FEMENINA Y DINAMICA FAMILIAR

TABLA No.1

DERECHOHABIENTES DE LA UMF No.2 ENCUESTADOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO	
	No.	%	No.	%
15 a 19 años	2	8	1	4
20 a 24 "	3	12	3	12
25 a 29 "	6	24	6	24
30 a 34 "	5	20	4	16
35 a 39 "	3	12	2	8
40 a 44 "	3	12	2	8
45 a 49 "	2	8	3	12
50 a 54 "	-	-	3	12
55 a 60 "	1	4	1	4
TOTAL	25	100	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

El estado civil de las parejas que participaron en el estudio es el siguiente, casados por lo civil 84%, por la religión católica 72%, por otra religión 4% y el 16% restante corresponde a las parejas que se encuentran en unión libre. (Tabla 2)

ESTADO CIVIL DE PAREJAS DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS

TABLA No. 2

FORMA DE ESTADO CIVIL	No.	%
Matrimonio civil	21	84
Religión católica	18	72
Otra religión	1	4
Unión libre	4	16
TOTAL DE PAREJAS	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

Referente a la escolaridad de los participantes observamos que el 36% de mujeres recibieron instrucción primaria sólo el 4% de ellas instrucción profesional y el 12% de mujeres fueron analfabetas. En cuanto a los hombres el 52% recibió educación primaria, 4 % educación profesional y 4% -- sin instrucción. (Tabla 3 )

ESCOLARIDAD DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS AMBOS  
SEXOS

TABLA No. 3

ESCOLARIDAD	SEXO FEM.		SEXO MASC.	
	No.	%	No.	%
Nula	3	12	1	4
Primaria	9	36	13	52
Secundaria	5	20	6	24
Preparatoria	1	4	1	4
Profesional	1	4	1	4
Otras	<u>6</u>	<u>24</u>	<u>2</u>	<u>8</u>
TOTAL	25	100	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

Se encontró que 64% de las mujeres encuestadas se dedican al hogar y el 36% restante trabajan, siendo empleadas de comercios en un 16%. Esto varía en el hombre ya que el 100% de ellos tenían ocupación, predominando los obreros con el 28%, seguido de empleados y choferes ambos con 16% de frecuencia. (Tabla 4 y 5)

OCUPACION DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS SEXO FEMENINO

TABLA No. 4

OCUPACION	No.	%
Secretaria	2	8
Empleada	4	16
Profesional	1	4
Obrera	2	8
Hogar	16	64
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

OCUPACION DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS SEXO MAS CULINO

TABLA No. 5

OCUPACION	No.	%
Carpintero	1	4
Panadero	2	8
Plomero	2	8
Chofer	4	16
Tablajero	2	8
Obrero	7	28
Empleado	4	16
Profesional	1	4
Mecánico	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

Respecto a si las mujeres entrevistadas habian recibido en alguna ocasion orientacion sexual encontramos que el 44% de ellas si la recibieron generalmente de amistades en 12%, por medio de revistas 4% y en la escuela el 28%. El 56 por ciento restante nunca habian recibido orientacion sexual. ( Tabla 6 )

DERECHOHABIENTES FEMENINAS QUE RECIBIERON ORIENTACION SEXUAL Y FUENTE DE INFORMACION

TABLA No. 6

RECIBIERON ORIENTACION SEXUAL	FUENTE DE INFORMACION	No.	%
NO	- - - - -	14	56
SI	Amistades	3	12
"	Revistas	1	4
"	Secundaria	5	20
"	Preparatoria	2	8
TOTAL		25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

Se interrogó sobre conocimientos generales de anatomía y fisiología de los órganos genitales a las pacientes anorgásmicas, obteniendo respuestas en algunos casos ambíguas - con un 44 % de frecuencia, así mismo 44% de las pacientes -

negaron por completo saber sobre lo cuestionado. Por lo tanto sólo el 12 % refirieron ciertos conceptos no muy explícitos pero reales.

Acerca de si las pacientes sentían miedo o vergüenza - de tocar aspectos referentes a la sexualidad obtuvimos que el 60% de ellas sí experimentaban estos sentimientos exponiendo sus motivos. El 40% restante refirió no tener ningún temor al conversar sobre algo que consideran normal o simplemente son cosas interesantes para conocer a fondo. (Tabla 7)

SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA O MIEDO AL HABLAR DE SEXUALIDAD EN DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS DEL SEXO FEM.

TABLA No. 7

MOTIVOS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Así me educaron	5	20	-	-
Son cosas íntimas	2	8	-	-
Por ignorancia	2	8	-	-
Antes era prohibido	6	24	-	-
Con Médico	-	-	3	12
Con mi pareja	-	-	1	4
Es algo natural	-	-	4	16
Me interesa el tema	-	-	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>40</b>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

Los conocimientos sobre el término "EXCITACION" obtenidos por el interrogatorio fueron diversos con un 40% de acierto; el resto de las mujeres tienen conceptos equivocados, lo cual hasta cierto punto se refleja enormemente con las respuestas emitidas que se mencionan en la siguiente tabla. ( Tabla 8 )

CONCEPTO DE EXCITACION EN DERECHAHABIENTES DEL SEXO FEMENINO ENCUESTADAS.

TABLA No. 8

CONCEPTO	No.	%
Lo ignoro	3	12
Deseo de contacto sexual	5	20
Caricias entre un hombre y una mujer	4	16
Sensación de placer durante la relación sexual	10	40
Relación sexual	3	12
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

El concepto específico de lo que significa "ORGASMO" - fué respondido en 20% de las pacientes anorgásmicas, con un alto índice de ignorancia del concepto en un 64% y el resto de las participantes refirieron ideas erróneas. ( Tabla 9 )

CONCEPTO DE ORGASMO EN DERECHAHABIENTES DEL SEXO FEMENINO ENCUESTADAS

TABLA No. 9

CONCEPTO	No.	%
Lo desconozco	16	64
Eyacuación masculina	1	4
Momento en que finaliza la relación sexual	1	4
Relación sexual	1	4
Placer máximo de la relación sexual	5	20
Sensación de rechazo de la relación sexual	1	4
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

La respuesta acerca de los sentimientos de placer o -- atracción por la relación sexual de las mujeres encuestadas fué: el 52% respondió sentir placer o atracción mientras el 24% refirió que sólo en algunas ocasiones la sentían, el 16 por ciento mencionó desagrado y un 8 % mostraron renuencia-absoluta. ( Tabla 10 )

SENTIMIENTOS DE PLACER O ATRACCION POR LA RELACION -  
SEXUAL EN DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS

TABLA No. 10

RESPUESTA	No. de Pacientes	%
Sí tengo esos sentimientos	13	52
Sólo a veces	6	24
Desagrado	4	16
No los tengo	<u>2</u>	<u>8</u>
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

El 24% de las mujeres consideró adecuado que ellas pro-  
picieran el inicio de la relación sexual, mientras que otro  
24% opone que eso le corresponde a los hombres; por otra --  
parte, la influencia de las costumbres morales en las parti-  
cipantes afloró mostrando 12% cuya opinión fué que eso no -  
es decente, o bién que el tomar la iniciativa era prohibido  
por su pareja 20%. ( Tabla 11)

OPINIONES DE DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS SOBRE EL INICIO DE LA RELACION SEXUAL POR PARTE DE LA MUJER

TABLA No.11

OPINIONES	No. pacientes	%
Eso no es decente	3	12
Me averguenza	3	12
Si es adecuado	6	24
Eso le corresponde al hombre	6	24
Es inapropiado para la mujer	2	8
Si lo considero bien, pero a mí esposo le parece malo	5	20
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

En cuanto a la parte afectiva de la pareja sobre los motivos que tienen para permanecer unidos, las respuestas-obtenidas de las mujeres fueron 75% a causa de sus hijos, - 48% por el compromiso matrimonial sobre todo religioso; 40% por amor a su pareja. Es necesario hacer notar que esto se prestó a la emisión de más de un motivo por el cual se estipula que el porcentaje esta basado en forma independiente - a las 25 pacientes encuestadas. ( Tabla 12 )

MOTIVOS DE UNION DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS EMITIDOS  
POR LAS MUJERES

TABLA No. 12

MOTIVO	%
Por nuestros hijos	75
Por compromiso matrimonial (Religioso)	48
Nuestro amor	40
Compromisos económicos	12
Edad avanzada de ambos	4
Afecto a mi pareja	4

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

El 84% de las mujeres refirieron no tener la suficiente confianza en su pareja para comunicarse sobre lo más conveniente para ambos dentro de la relación sexual, exponiendo sus motivos como: La educación de mi esposo no lo permite 24%, incapacidad de la mujer para afrontar el tema 24%, no tener preparación previa para saber lo conveniente ó no-8%. En cambio, sólo el 16% de las mujeres si tienen comunicación. ( Tabla 13 )

MOTIVOS DE CONFIANZA EN LA COMUNICACION DE ASPECTOS  
SEXUALES EN DERECHAHABIENTES ENCUESTADAS

TABLA No. 13

MOTIVOS	NO. PACIENTES	%
Mi esposo me brinda confianza	4	16
La educación de mi esposo no- se lo permite	6	24
Se molesta mi esposo cuando - lo intento	6	24
A mi no me gusta hablar esto	5	20
No estamos preparados para -- ese tipo de comunicación	2	8
Mi esposo me ignora cuando lo intento	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

El 40% de las pacientes anorgásmicas consideró que los problemas dentro de la sexualidad de la pareja causan desunión; el 32% opinó que es necesaria una buena relación sexual para la unión de la pareja; 20% refirieron que es fundamental, en oposición a un 8% que piensan que no es necesario. ( Tabla 14 )

INFLUENCIA DE LA RELACION SEXUAL EN LA UNION O DESUNION  
DE LA PAREJA SEGUN LAS DERECHAHABIENTES ENCUESTADAS

TABLA No. 14

OPINIONES	No. PACIENTES	%
Causa de separación cuando no es adecuado	10	40
Es necesario para la unión de la pareja	8	32
Es fundamental	5	20
No siempre es necesario	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

En relación a la pregunta formulada a las mujeres encuestadas acerca de considerar si su pareja deseara algo de la relación sexual que para ellas fuera malo o anormal obtuvimos que: el 32% determinó que eran malos los cambios de posición; otro 32% tachó de anormal la relación oral; el 12 por ciento refirió mala una frecuencia elevada y 4% opinó que su participación activa en la relación sexual era mal vista por su pareja.

El 56% de las mujeres se preocupan porque sus parejas

logren su máxima satisfacción en la relación sexual con la finalidad de que: no busquen sustituto 28%; para mantenerlo feliz 16%; y porque es obligación de la mujer 12%. El 44% -- restante opina que no se preocupa por la satisfacción de su pareja ya que: los hombres se preocupan solos 20%; no hace falta 12% y sólo me comporto igual que él lo hace conmigo 12 por ciento. ( Tabla 15 )

OPINION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SOBRE SU PREOCUPACION POR LA MAXIMA SATISFACCION DE SUS PAREJAS

TABLA No. 15

OPINIONES	No. PACIENTES	%
Sí para tenerlo feliz	6	24
Sí para que no busque sustituto	7	28
Sí es mi obligación	3	12
No hace falta	3	12
El solo se preocupa	5	20
Hago lo mismo que él	3	12
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

En la primera encuesta sobre el APGAR de la pareja en la dinámica familiar obtuvimos una media de la calificación en el sexo femenino de 4; con un 4% que obtuvieron cero y 4% con nueve; observandose la mayor frecuencia entre dos y tres de calificación en un 40 %. En el sexo masculino la media -- fué de 3 puntos, con 4% que obtuvieron uno de calificación -- al igual que 4% en la mayor calificación de nueve. (Tabla - 16 )

#### A P G A R DE LA PAREJA

EN DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS AMBOS SEXOS:

##### PRIMERA PARTE

TABLA No. 16

CALIFICACION	No. PACIENTES SEXO FEM.	%	No. PACIENTES SEXO MASC.	%
0 PUNTOS	1	4	-	-
1 "	1	4	1	4
2 "	5	20	3	12
3 "	5	20	7	28
4 "	4	16	5	20
5 "	3	12	3	12
6 "	2	8	2	8
7 "	1	4	1	4
8 "	2	8	2	8
9 "	1	4	1	4
10 "	-	-	-	-
TOTAL	25	100	25	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

En la segunda encuesta realizada sobre APGAR de la pareja en la dinámica familiar al finalizar el estudio obtuvimos un incremento en la media de la calificación con un resultado de 6. En relación a la comprobación de los resultados del estudio por el método estadístico de Chi cuadrada encontramos que fue:  $P < 0.01$ . (Tabla 17 )

**A P G A R DE LA PAREJA**  
**EN DERECHOHABIENTES ENCUESTADAS SEXO FEMENINO**  
**FASE COMPARATIVA**

TABLA No. 17

CALIFICACION	PRIMERA ENCUESTA	%	SEGUNDA ENCUESTA	%
0 PUNTOS	1	4	-	-
1 "	1	4	1	4
2 "	5	20	2	8
3 "	5	20	2	8
4 "	4	16	3	12
5 "	3	12	4	16
6 "	2	8	5	20
7 "	1	4	2	8
8 "	2	8	4	16
9 "	1	4	1	4
10 "	-	-	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

$p < 0.01$

Respecto a los resultados de la segunda encuesta de APGAR en la dinámica familiar al finalizar el estudio obtuvimos un 28 % de deserción en los varines ya que no se presentaron más para la conclusión del estudio. Se logró un incremento en la media ya que alcanzaron 4 puntos.

La comprobación por el método estadístico de Chi cuadrada nos marcó un  $p < 0.001$ . ( Tabla 18 )

#### A P G A R DE LA PAREJA

#### EN DERECHO HABIENTES ENCUESTADOS SEXO MASC. FASE COMPARATIVA

TABLA No. 18

CALIFICACION	PRIMERA ENCUESTA	%	SEGUNDA ENCUESTA	%
0 PUNTOS	-	-	-	-
1 "	1	4	1	5.5
2 "	3	13	2	11.0
3 "	7	28	3	16.5
4 "	5	20	4	22.0
5 "	3	12	3	16.5
6 "	2	8	2	11.0
7 "	1	4	1	5.5
8 "	2	8	-	-
9 "	1	4	2	11.0
10 "	1	4	-	-
TOTAL	25	100	18	100.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

$p = < 0.001$

## CONCLUSIONES

1.- Resultó obvio el bajo porcentaje de conocimientos - generales sobre sexualidad humana y muy en especial acerca -- del ciclo de respuesta sexual que tienen las mujeres en nues- tro medio, ya que son contadas las fuentes de este tipo de - información aún en niveles de enseñanza media y superior. -- Consideramos que ésta es la causa en gran medida del proble- ma disfuncional de la mujer en la sexualidad.

2.- Al existir mujeres con disfunción sexual (Anorgas- mia) se4 presentan conflictos de resentimiento para la pare- ja alterando su interrelación y repercutiendo en la dinámica familiar.

3.- Se observó que después de pláticas impartidas sobre orientación sexual y conocimientos básicos sobre el ciclo - de respuesta sexual en ambos sexos a las parejas, hubo mejo-- ría en cuanto a su comunicación en aspectos sexuales, tal -- vez por una mayor comprensión de ambos ó bien por el nuevo - conocimiento adquirido.

4.- Notamos un gran interés por parte de las mujeres -- participando 100% en el estudio y sobre todo porque se diri- gió a ambos conyuges al mismo tiempo.

5.- La deserción de 28% de los varones en el estudio ha

bla del desinterés ó probablemente del grado de egofismo masculino por no intentar mejorar las condiciones respecto a la manifestación de la sexualidad en la mujer.

6.- No existen sitios específicos y accesibles a cualquier nivel de atención médica, de un departamento de orientación sexual al cual puedan dirigirse las personas que tengan interés en una información sobre sexualidad, pero impartida por una persona ampliamente capacitada.

7.- Consideramos necesaria la creación de un grupo médico integrado por un Médico familiar, un Ginecólogo, un Psicólogo y un Terapeuta sexual el cual estuviera al alcance de la institución de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras dependencias de salud, lo cual sería de gran valor para la atención de las parejas con disfunción de la dinámica familiar por anorgasmia femenina.

## RESUMEN

Se efectuó un estudio sobre Anorgasmia femenina y dinámica familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Puebla Pue. del Instituto Mexicano del Seguro Social, incluyéndose a 25 parejas.

A las mujeres anorgásmicas se les aplicó un cuestionario para evaluación de conocimientos generales de sexualidad humana y sobre APGAR de la pareja. A los varones sólo se les cuestionó sobre APGAR DE LA PAREJA.

Se impartieron pláticas individuales a cada pareja en 4 ocasiones con intervalos de una semana para dar principios básicos de orientación sexual y conocimientos sobre el ciclo de respuesta sexual propiciando en la pareja la libre comunicación de conceptos poco manejados por ellos.

Dos meses después se aplicó la segunda sección del cuestionario a hombres y mujeres obteniendo un discreto incremento en la calificación de APGAR de la pareja.

El grado de significación en las mujeres fué de  $p < 0.01$  y en los hombres de  $p < 0.001$ , con lo cual consideramos de importancia la creación de departamentos de orientación sexual en centros de salud.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bess BE, Warren FZ. Some mistaken ideas men about women's sexuality. Medical aspects of human sexuality 1982;16:101-17.
- 2.- Kolodni RC, Masters WH, Johnson VE. Disfunciones sexuales - en la mujer. En Tratado de medicina sexual 3a. ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salvat, 1985:414-24.
- 3.- Bishop HG. Orgasmo. 3a. ed. México: Delilah Communications - New York, 1980:1-120.
- 4.- Masters WH, Johnson VE. Orgasmo femenino. En Masters WH, Johnson VE, eds. Respuesta sexual humana. Buenos Aires, Argentina: Intermédica, 1981:115-26.
- 5.- Neubardt SB. Anatomic-physiologic factors in female anorgasmia. Medical aspects of human sexuality 1981;15:32-6.
- 6.- Pierson EC. Orientación ginecológica para la mujer sexualmente activa. En Burchel RC, ed. Clínicas obstétricas y ginecológicas. México: Interamericana, 1985:250-56.
- 7.- Zax M, Cowen EL. Trastornos sexuales. En Zax M, Cowen EL, eds. Psicopatología y psiquiatría. México, D.F.: Interamericana, 1979:250-66.
- 8.- Semmens JP. Consecuencias de la eyaculación prematura y la impotencia en la mujer. En Semmens FJ, eds. Clínicas obstétricas y ginecológicas. México: Interamericana, 1978:239-50.
- 9.- Shainess N. Sexual problems of women. J. Sex Marital Ther 1974;1:110.
- 10.- Tordjam G. Nouvelles acquisitions dans l'étude des orgasmes féminins. Contraception fertl sex 1979;7/3:215-22.
- 11.- Garber B, Garber K. Female orgasm: Role of puboboccegeus-muscle. J. Clin. Psychiatry 1979;40/8:348-51.
- 12.- Scialli AR. Adverse sexual effects of livers disease in-

women. Medical aspects of human sexuality 1985;19:70-6.

- 13.- Mac Cary JI. Sexualidad humana. ed. México, D.F.: El manual moderno, 1976:4-28.
- 14.- Netter A. Educación sexual. ed. Madrid, España: Editorial-- Salvat, 1976:58-66.
- 15.- Rispa R. Sexualidad y vida sexual. ed. Barcelona, España:-- Editorial Aula Abierta Salvat, 1982:2-5.
- 16.- Gotwald WH, Holtz GG. Sexualidad la experiencia humana. ed México, DF: Manual Moderno, 1983:12-5.