

11226 110
71.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

UNIDAD ACADEMICA

**DETECCION DE LAS DIFUSIONES SEXUALES EN EL
HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E. PACHUCA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. JUANA DE DIOS ARGELIA PAZ SILVA.

PACHUCA, HGO., DICIEMBRE DE 1997.

**TESIS CON
FALLA LE ORIGEN**



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 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.

DETECCION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN EL HOSPITAL
GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

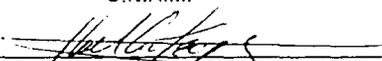
JUANA DE DIOS ARGELIA PAZ SILVA

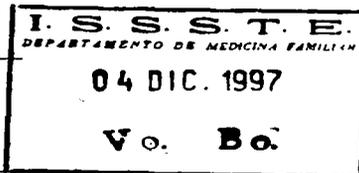
AUTORIZACIONES


DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN PACHUCA, HIDALGO.


DRA. ARACELY GRANADOS DIAZ
ASESOR DE TESIS
I.S.S.S.T.E.


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
SUBDIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.



**" DETECCION DE LAS DISFUNSIONES SEXUALES EN EL
HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA "**

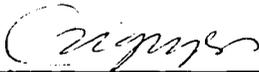
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

JUANA DE DIOS ARGELIA PAZ SILVA

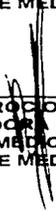
AUTORIZACIONES



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA,
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA. MARIA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**LA MEMORIA DEL AMOR ES LO QUE NOS DA LA CERTEZA DE
QUE HEMOS VIVIDO Y DE QUE NO LO HICIMOS EN VANO.**

EL AMOR ES SIEMPRE POSIBLE, PERO EL OLVIDO NUNCA.

A MIS MAESTROS:

POR ENSEÑARME QUE EL SUPERARME ES UN RETO, QUE EN OCASIONES EXIGE DE NOSOTROS, TODA LA DETERMINACION, DISCIPLINA, Y TENACIDAD DE LA QUE SOMOS CAPACES, TENER MADUREZ Y RESPONSABILIDAD PARA LOGRAR NUESTRA FELICIDAD EN CUALQUIER CAMINO QUE SE ELIJA, Y GRAN PARTE DE MI FELICIDAD ES LA REALIZACION DE ESTE PROYECTO COMO PARTE DE MI FORMACION PROFESIONAL PARA LA CULMINACION SATISFACTORIA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

A MIS PADRES:

AGRADEZCO EL HABER SEMBRADO EN MI, LAS PRECIOSAS SEMILLAS DE ASPIRACIONES Y METAS EN LA VIDA, SOBRE TODO EN MI REALIZACION COMO MEDICO Y EL APOYO BRINDADO DE ACUERDO A TODOS LOS MEDIOS PRECIOSOS QUE DIOS ME HA DADO PARA RECORRER EL CAMINO QUE CONDUCE A LOGRAR LOS FRUTOS, POR LO QUE LES DOY LAS GRACIAS, PORQUE LA CREACION ES JUSTA. LO QUE SEMBRAMOS ES LO QUE COSECHAMOS.

A MIS HERMANAS:

**POR SU ENTUSIASMO, COLABORACION Y CARIÑO BRINDADOS, A LO
LARGO DE TODA MI VIDA, GRACIAS. ¡ LAS QUIERO MUCHO !**

EL PROBLEMA SEXUAL ES TAN ANTIGUO COMO EL HOMBRE.

ANTIGUO Y ACUCIANTE, COMO LO ES Y HA SIDO SIEMPRE LA ALIMENTACION PARA SATISFACER EL OTRO INSTINTO BASICO DEL SER VIVO UNO PARA ASEGURAR LA EXISTENCIA DE LA ESPECIE Y EL OTRO LA DEL INDIVIDUO.

INDICE

MARCO TEORICO	1 -41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
JUSTIFICACION	43
OBJETIVOS	44
METODOLOGIA	45
CONSIDERACIONES ETICAS	47
RESULTADOS	48
DESCRIPTIVOS	48 - 49
GRAFICOS	50 - 71
DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	72
CONCLUSIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
ANEXOS	80 - 85

Marco Teórico

Nuestra cultura nos ha legado un conjunto de valores, normas, creencias y actitudes respecto a la sexualidad, sin embargo, por los procesos de convergencia (aculturación) y difusión (propagación de rasgos culturales de un grupo a otro dentro de la misma cultura) estos valores, normas, creencias y actitudes han experimentado algunos cambios. (18)

Traducir e interpretar la realidad de las influencias culturales, en su unidad y sus matices es una tarea difícil y necesariamente incompleta no solamente por la ausencia de investigación exhaustiva en el tema sino por la complejidad de factores que intervienen en la constitución de lo que hemos dado en llamar cultura Hispano-Indo-Americana.

Nuestras sociedades indígenas demostraron claramente la importancia que daban a la sexualidad por medio de la rica estatuaría erótica o representativa de la maternidad y familia, desafortunadamente destruida en parte por el furor misionero de la conquista. (18)

Eran hasta entonces los chamanes y los brujos los que regulaban la conducta sexual de la época.

De otro lado la cultura española traía influencia de latinidad, cristianismo, Islam y judaísmo. Traía del judeo-cristianismo una visión ascética y culpabilizadora, una noción de la mujer disminuida y aerotizada, del Islam traía ante todo sensualidad y una avanzada cultura del placer. La expresión de la sexualidad era por lo tanto ambigua. Son ahora los sacerdotes y encomendadores y cada vez menos los chamanes quienes regulan la conducta sexual. (18)

Lentamente con el correr del tiempo y con el advenimiento de culturas africanas se mezclan y se detectan normas y actitudes.

En los siglos XIV, XVII y XVIII a la influencia cultural española se hace dominante con algunos rasgos aún más acentuados que en la península. La dualidad de conductas y actitudes que en general se hacen patentes en la formación de pareja; de un lado la institucionalizada por la iglesia y oficialmente permitida, de otro, el concubinato y la poligamia no permitida oficialmente pero reales y admitidas en pro del derecho de pernada". (18)

La sexualidad mirada con un poderoso lente moral, es sin embargo castigada únicamente cuando quien desobedece las normas es mujer o pertenece a las clases bajas. (18)

La influencia europea (Francia e Inglaterra) se hace sentir a finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX.

De Francia llegan (para las clases altas) pequeñas "perversiones" y refinamientos de alcoba, se establecen prostíbulos lujosos y se importan "profesionales" en el ramo, lo que da un irreal toque de elegancia y de cierta legitimación a las crónicas visitas al burdel en pro de un "desahogo" sexual estrahogareño matizado con tintes exóticos. (18)

La doble moral sexual victoriana llega con gran fuerza de Inglaterra y encuentra terreno propicio para prosperar en todas las capas sociales. En efecto no hace más que subrayar la ambigüedad entre la bendición y la condena, el hogar y el burdel, el bostezo y el exceso, lo que parece y no es y lo que es pero no puede parecer, la negación y la exaltación. (18)

La mujer "buena" deber ser asexuada y asexual, sumisa en todos los ordenes, se contraponen la "madre virginal" (reprimida en su expresión) con la "prostituta" portadora del goce y del placer.

El hombre debe ejercer agresivamente su sexualidad, su vida conyugal aséptica y ordenada en contraste con su "otra" vida erótica. Posteriormente la influencia gradual y luego acentuada de Norteamérica y de algunos países europeos trae para algunos grupos la influencia de cambios acelerados: la llamada "evolución sexual". (18)

Según Giraldo los siguientes factores han contribuido a producir cambios acelerados. (18)

- 1.- Las dos guerras mundiales dieron a hombres y mujeres, la oportunidad de desempeñar oficios que anteriormente no eran asignados a su sexo, con lo cual los papeles sexuales sufrieron algunos cambios reales y ganaron en flexibilidad, sin que por eso se perdiera la identidad sexual de las personas.
- 2.- Las investigaciones sexuales pusieron de manifiesto que existía una amplia gama de reacciones e intereses sexuales y que, por lo tanto, los individuos podían participar del "secreto" de otros y sentirse bien con su sexualidad.
- 3.- La popularización de los anticonceptivos y los fenómenos demográficos, así como los de la economía doméstica que obligaron la reducción del tamaño de la familia, definitivamente desligaron la sexualidad de la procreación y obligaron a la gente a decidirse a hacer algo con su necesidad sexual.

- 4.- La industrialización, la urbanización de la influencia religiosa y el desarrollo de la democracia humanista con respecto a la individualidad, fueron los elementos que dieron cabida a la sexualidad como autorrealización personal.
- 5.- Los movimientos liberacionistas y las organizaciones sexuales han impactado el pensamiento y las actividades de nuestra sociedad; también dichos movimientos han cuestionado muchos mitos que antes se tuvieron como verdades y han demandado una libertad sexual de acuerdo con la autorrealización personal. Digna de especial mención es la acción de los movimientos de liberación femenina y de liberación homosexual, los cuales destacan el papel de autorrealización personal a través de la sexualidad y de los derechos humanos sexuales.
- 6.- El alargamiento de la adolescencia y el aumento de la longevidad, junto con otros fenómenos socioeconómicos, han dejado a disposición de los hombres casi la mitad de la vida para gozar de la sexualidad no procreativa.
- 7.- La rebelión de los jóvenes de la segunda mitad de la década de los 60s y de la primera parte de los 70s, cuestiono la rigidez y la hipocresía de las generaciones anteriores con una fuerza social que nunca antes tuvo la rebelión de los jóvenes debido en parte, a su promedio numérico sobre la gente de edad media y avanzada.

Persisten sin embargo, en general, así se manifiesten actualmente de una manera menos clara, las actividades y normas tradicionales hacia el ser sexual masculino y femenino expresado en los fenómenos psico-sociales conocidos como "machismo" y "victimismo" (hembrismo o marianismo) y aparecen cada vez con mas influencia la comercialización y explotación de lo sexual a través de los medios de comunicación masivos. La publicidad comercial entendienddo muy bien la importancia de lo sexual lo utiliza como recurso para vender toda clase de bienes de consumo amen de las revistas dedicadas a la mujer que ofrece en nombre de una pretendida liberación femenina toda clase de "fórmulas mágicas" aunque costosas para el logro de una sexualidad gratificante, vivificante y bella.

Aunque de vieja existencia la asociación sexualidad-violencia aparece cada vez mas marcada y es el tema central de la nueva pornografía "dura" (18)

De esta manera la posibilidad de vivir la sexualidad de una manera positiva esta limitada por una red entretrejida de equívocos ambigüedad, contradicciones y desigualdades. (18)

Conceptos Básicos.

Del estudio de la sexualidad humana se han preocupado diferentes ciencias y disciplinas. La sexología (investigación, estudio y comprensión de la sexualidad humana) comienza apenas a ser reconocida dentro del campo médico y es por eso que se hace necesario una aclaración sobre su concepción, significado y alcances. (17)

La sexología a recorrido un largo camino que comienza en el momento en el que alguien en épocas prehistóricas descubrió que el coito conducía a la gravidez. Recorre inicialmente los terrenos de lo sagrado, vuelve a lo terreno, se adentra en los vericuetos científicos de la biología y la psicología, retorna el conflicto entre lo sagrado y lo profano, excursiona por los campos de la historia, la antropología y hasta de la ideología política. (17)

Este largo camino no ha terminado y el recorrido se complica por la disparidad de criterios sobre lo que es en si misma. Es para unos una ciencia, para otros una disciplina que llama a su auxilio a otras disciplinas. Ciencia o disciplina el acercamiento a la sexología esta aún teñido por la formación académica básica de la persona que de ella se ocupa, pero lo mas importante, esta teñida por la concepción que del ser humano y de su ser y quehacer vital que tenga. (17)

La nueva sexología tiende hacer holística, del conocer integral, de manera que considere como un todo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

Las discusiones sobre algo tan vital y por todos experimentado (sexo y sexualidad) son aun interminables. Dentro de esta situación se plantean una serie de conceptos que sin pretender ser absolutos y definitivos servirán para un marco de referencia teórico. (17)

Lo que es cierto para las relaciones entre los sexos es así mismo cierto para las relaciones sexuales: como Comfort, señaló: la contracepción fue completamente separada, en principio, de los tres usos humanos del sexo: sexo como paternidad, sexo como intimidad total entre dos personas (sexo relacional) y sexo como juego físico (sexo recreativo), el funcionamiento normal, es decir, lo que la sociedad juzga como normal, ha virado desde el sexo reproductivo al sexo racional, y ahora asistimos a progresivos intentos de llegar al sexo recreativo (placer físico acompañado o no de afecto o amor). los varones han manipulado siempre las tres clases de sexo, y las mujeres están descubriendo ahora que también ellas son capaces de acceder a las tres caras del sexo, incluyendo la recreativa. (19)

Sexo biológico.

Lo constituyen aquella serie de características físicas (anatómicas-hormonales) genéticamente determinadas que sitúan a los seres humanos en algún punto de un continuo en donde sus extremos estuvieran el hombre y la mujer reproductivamente complementarios y ejercitantes de esa capacidad. (17)

La combinación cromosómica XX o XY programa la diferenciación gonadal que conducirá a la formación de ovarios o testículos. (19)

Durante cualquier etapa del desarrollo pueden ocurrir hechos o tomarse opciones que alteraran la capacidad reproductiva complementaria de los seres humanos lo que los situara en algún punto del continuum, fue de uno de los dos extremos, pero que de ninguna manera cambiara el hecho de pertenecer al sexo masculino o femenino. (17)

Sexo de asignación social.

Es aquel que se asigna al ser humano en el momento de su nacimiento según sea la apariencia de sus órganos genitales externos, sin embargo antes de la concepción de un ser humano los protagonistas actuales o futuros de esa concepción expresan y actúan anhelos y fantasías sobre el futuro inmediato y mediato de ese nuevo ser.

Anhelos y fantasías que están de una manera importante determinados por los valores culturales de la micro y macro sociedad a la que pertenezcan.

Así, en nuestra cultura tradicional, un ser humano masculino desde su vida intrauterina supuestamente ejecutará movimientos muy activos y contribuirá mejor su potencialidad física de movimientos a un parto más rápido.

Un ser humano femenino desde su vida intrauterina tendrá supuestamente poca posibilidad de movimientos, por su potencialidad física, contribuirá poco al aceleramiento del parto. (17)

Identidad genero - sexo psicológico.

Una vez asignado el sexo al recién nacido durante el proceso de desarrollo este va aprendiendo actitudes y conductas que lo hacen reconocerse como igual a los mayores de su mismo sexo y le permitirán identificarse con ellos. Identidad de género es pues todo lo que se aprende e introyecta para identificarse como perteneciente al sexo masculino o femenino y es por lo tanto un hecho eminentemente psicológico. (17)

Diferenciación psicosexual:

Sexo genético, sexo gonadal y sexo genital normales implican diferencias polares básicas entre los 2 sexos, a ellas se agregan las que conciernen a la conducta sexual fundamentalmente la atracción heterosexual y, complementariamente la mímica, la modalidad kinética, el comportamiento social y el vestido, todo lo cual es el sustrato de la diferenciación psicosexual. Erróneamente, se creyó que la modalidad psicosexual quedaba sellada antes de los tres años, y pasada esta edad resultaría muy difícil reorientarla. Con nuevas observaciones y después de haber ejercido, sin duda, una acción perjudicial en la conducción del tratamiento, está interpretación ha sido descartada. (21)

Donde confluyen el sexo biológico, social y psicológico comienza la sexualidad humana. Impulsada por el "motor" biológico es una fuerza vital que constituye de manera principal de relación del ser humano consigo mismo y con los demás seres humanos. (17)

La función sexual masculina, lo mismo que la femenina en conjunto la función sexual masculina, lo mismo que la femenina, queda sellada desde el momento de la concepción al establecerse el sexo genético, sigue con la diferenciación de los órganos sexuales internos y externos, y a partir del nacimiento se mantiene en un lento proceso de maduración, activo pero no aparente, hasta que se inicia la pubertad, prontamente integrada. Esta función conciste en la plenitud orgánica y funcional de los testículos y de los ovarios así como los órganos y estructuras sexuales accesorias y también de la adecuada actividad de la adenohipófisis y el hipotálamo y del sistema nervioso central en su conjunto. (21)

El no reconocer el sello propio de cada humano imprime a sus sentimientos y conductas, la posibilidad de que estos cambien con el correr del tiempo y la influencia que una determinada cultura o subcultura tienen en la vivencia de la sexualidad, trae como consecuencia la incomprensión y el autoritarismo irracional en la visión y manejo de la sexualidad humana, negando además la posibilidad de que se viva de una manera placentera.

El orgasmo es una experiencia intensamente placentera y liberadora de tensiones que produce una sensación de gratificación emocional y física en ambos sexos. Las sensaciones y respuestas orgásmicas son básicamente iguales o en ambos sexos, pero hay una diferencia importante, que es la eyaculación que acompaña al orgasmo en el hombre. Aunque el énfasis en este capítulo se centra en los aspectos físicos del orgasmo, también son muy importantes la intimidad emocional, la ternura, la sensación de cercanía y el compartir sentimientos profundos, que producen ellos mismos, satisfacción en la relación sexual y enriquecen el orgasmo cuando este se presenta. (18)

Los métodos que con más facilidad producen orgasmo en las mujeres son el uso de vibradores eléctricos y la estimulación oro-genital y manual del clítoris. Las investigaciones recientes indican que la estimulación de la pared anterior de la vagina puede ser altamente placentera para muchas mujeres. En contraste, la mayoría de los hombres reportan que les resulta más fácil y placentero alcanzar el orgasmo a través del coito. Aunque la mayor parte de las mujeres no alcanza el orgasmo tan fácilmente como el hombre, son más capaces de experimentar orgasmos múltiples y la respuesta orgásmica sostenida conocida como status orgasmos. Los factores emocionales como sensación de culpa, ansiedad, enojo o indiferencia juegan un papel importante en la capacidad de respuesta orgásmica tanto en hombres como en mujeres. (18)

Algunos hombres sufren ciertos problemas eyaculatorios y orgánicos. Los hombres que padecen eyaculaciones retrógradas, eyaculan el semen en sentido inverso, hacia la vejiga y no a través del pene. Las cirugías prostáticas, los accidentes a las enfermedades pueden dar origen a esta condición.

Los hombres que sufren anhedonia eyaculatoria, eyaculan con una escasa sensación de placer. Esta disminución en el placer orgásmico por lo general es de origen psicológico. (18)

Las mujeres tienden a reportar mayor variabilidad en la cualidad subjetiva de sus orgasmos que los hombres. La capacidad orgásmica de las mujeres podría representarse con un continuo en uno de cuyos extremos se alcanza el orgasmo a través de fantasías eróticas, mientras que en el otro la respuesta orgásmica se inhibe por completo. La mayoría de las mujeres responden en algún lugar de dicho continuo a través de diversos grados de estimulación genital y no genital. La gran mayoría de mujeres responden de manera orgásmica con más facilidad y de manera regular mediante la masturbación, por el contrario, menos de la mitad de mujeres alcanza orgasmos regularmente a través del coito y la estimulación oro-genital, sin embargo, independientemente de que alcancen o no el orgasmo, la mayoría de las mujeres disfrutan la penetración vaginal. (18)

Respuestas fisiológicas.

La respuesta sexual humana se a dividido en cuatro fases: excitación, meseta, fase orgásmica y fase de resolución. Las fases de excitación y resolución son las mas importantes en términos de duración, mientras que las fases de meseta y orgásmica son intensas pero de menor duración. Estas cuatro fases son similares en ambos sexos excepto que después del orgasmo los hombres entran en un periodo refractario (un estado de resistencia temporal a la estimulación sexual), las mujeres por lo general no entran en dicho periodo y por lo común son capaces de retornar a fases anteriores del ciclo. Hay instrumentos científicos que ayudan a determinar la intensidad de la excitación sexual y de las respuestas orgásmicas en el hombre y la mujer. (18)

El ciclo de respuesta sexual femenino sigue la siguiente secuencia: (1) en la fase de excitación, los senos se alargan y los pezones entran en erección, aparece un enrojecimiento maculopapular sexual en muchas mujeres, los músculos corporales se tensan, aumentan la presión arterial y el ritmo cardiaco, el clítoris se alarga, el canal vaginal se lubrica, la vagina se extiende y se dilata, se oscurece; el útero aumenta de tamaño y empuja hacia arriba al bajo abdomen y se alargan los labios menores y mayores. (2) en la fase de meseta, los senos alcanzan su grado máximo de respuesta, el rubor sexual es intenso, aumenta la tensión muscular y se producen espasmos corpopedales. (18)

Siguen aumentando la presión arterial y el ritmo cardiaco, la respiración se vuelve pesada, el cuerpo del clítoris y su glande empujan hacia a trás sobre el prepucio. Se hace presente la plataforma orgásmica el útero se eleva a su máxima intensidad y se intensifica la fibrilación uterina, y la coloración de los labios menores se hace mas evidente. (3) en la fase orgásmica pueden presentarse contracciones involuntarias del esfínter del recto. Se siguen elevando presión y ritmo cardiaco, el ritmo respiratorio aumenta, se contrae la plataforma orgásmica y se inicia la contracción uterina. (4) en la fase de resolución desaparece el rubor y la erección de los pezones, disminuye la tensión muscular, el ritmo respiratorio, la presión y el ritmo cardiaco recuperan sus valores normales, puede haber transpiración, el clítoris recupera su tamaño normal, disminuye la coloración de los genitales, cesan las contracciones uterinas y dicho órgano regresa a su posición y tamaño normales, y los labios mayores y menores recuperan su tamaño usual. (18)

El ciclo de la respuesta sexual masculino se caracteriza por la siguiente secuencia: (1) en la fase de excitación, 60% de los hombres presentan erección de los pezones el 25% un rubor sexual sarampioniforme, aparece cierto grado de tensión muscular, los testículos se elevan hacia el perineo, aumenta el ritmo cardiaco y la presión arterial y el pene entra en erección. (2) en la fase de meseta se hacen mas evidentes las tensiones de los músculos voluntarios e involuntarios,

aumenta el ritmo respiratorio, siguen aumentando el ritmo cardiaco y la presión arterial, la corona del glande se edematiza y el glande se oscurece, los testículos se acercan aún más al perineo y aumentan de tamaño y finalmente las glándulas de Cowper secretan unas cuantas gotas de flujo mucoso pre-eyaculatorio. (3) en la fase orgásmica hay gran tensión muscular en todo el cuerpo, aumenta la frecuencia respiratoria, se incrementa el ritmo cardiaco y la presión arterial, se distiende el bulbo uretral, se acumula líquido seminal en los conductos eyaculatorios y los órganos sexuales secundarios, la presión sistólica de la próstata impulsa el líquido seminal hacia la uretra y se producen contracciones de diversa intensidad, y el esfínter del recto se contrae. (4) en la fase de resolución, el rubor sexual y la tensión muscular se disipan, la frecuencia respiratoria, el ritmo cardiaco y la presión arterial recuperan sus valores normales, puede haber una reacción transpiratoria, el pene se desentumece, la uretra y su abertura recuperan su tamaño normal, el escroto se contrae de nuevo y los testículos disminuyen de tamaño. (18)

El orgasmo conduce a una liberación de tensiones sexuales tanto en hombres como en mujeres, aunque la preocupación excesiva por los orgasmos simultáneos, la intensidad de los mismos y la simulación pueden disminuir la sensación de placer y crear problemas en las relaciones sexuales. Una vez más, es importante que los factores emocionales de las relaciones humanas están entremezclados con los aspectos físicos y afectan el grado de satisfacción que puede obtenerse en las interacciones sexuales. (18)

Endocrinología, en la conducta sexual y emocional humana. El sexo en ciertos aspectos análogo a la conducta de comer y beber; los estímulos periféricos desempeñan un papel importante en la provocación y dirección de la conducta sexual, los mecanismos neuronales juegan un papel decisivo en la iniciación y organización de los aspectos motores de la conducta sexual y el estado interno es decisivo la presencia de un objeto sexual no provoca siempre conducta sexual. A diferencia de la conducta de comer y beber, la sexualidad no es necesaria para el bienestar biológico (como opuesto al bienestar personal) del individuo.

Es sin embargo evidentemente de importancia decisiva para la supervivencia de la especie.

El sistema endócrino que actúa básicamente como un sistema de retroalimentación complejo, es el mecanismo de control de la conducta sexual. Determinadas hormonas en el macho y en la hembra, los andrógenos, y el estrógeno y la progesterona respectivamente son responsables de los cambios en la morfología y conducta sexual. Estas hormonas son elaboradas y liberadas por el ovario y el testículo con niveles apropiados de hormonas gonadotrópicas y pituitaria. El ciclo del estro en la hembra depende de la actividad interrelacionada del cerebro, la pituitaria, y los ovarios. La HEF y la HL, son ambas vitales para el funcionamiento de los testículos y los ovarios. (23)

El hipotálamo juega un papel integral en el control de la conducta sexual. las acciones nerviosas en el control de la conducta sexual comprenden reacciones del hipotálamo y la pituitaria. Los estudios de los efectos causados por las lesiones en la pituitaria y el hipotálamo anterior han demostrado que mientras las lesiones de cualquiera de las dos estructuras hacen extinguir la conducta sexual, la terapia hormonal puede restaurar dicha conducta sexual solo si se trata de lesiones de la pituitaria. Los estudios de estimulación eléctrica y química del hipotálamo anterior han confirmado los resultados de los estudios de las lesiones e indican que las regiones hipotalámicas son esenciales para la actividad sexual normal tanto en los machos como en las hembras. (23)

El hipotálamo es una región decisiva para la conducta sexual. los diversos sistemas hormonales prestan una función dual debe establecer el sustrato físico necesario para la concepción (formación de espermias y ovulación) y deben generar conducta sexual respectiva. Además del papel de estos sistemas hormonales en la conducta y órganos destinatarios, las hormonas retroactúan así mismo en el cerebro para regular las funciones del hipotálamo y la pituitaria. (23)

La diferenciación sexual humana en macho y hembras se determina naturalmente en gran parte por factores genéticos, nerviosos y hormonales. Sin embargo, la asignación de sexo a un niño por parte de los padres puede ser de efectos profundos en el desarrollo de la conducta sexual y aun en las características biológicas del sexo. La diferenciación psicosexual depende en forma decisiva de la actitud de los padres hacia el niño. (23)

En la emoción pueden distinguirse tres niveles de significación, a saber, el de la experiencia, el de la conducta y el de la fisiología. las respuestas fisiológicas a la emoción están bajo el control del sistema nervioso autónomo, que a su vez se hallan controlado por el hipotálamo, el procencéfalo límbico y ciertas regiones de tallo cerebral. La experiencia, la conducta y la fisiología no son siempre fenómenos consistentes. Uno de los principales problemas para desarrollar teorías acerca de la emoción es el establecer correlaciones estrechas entre estos tres niveles de emoción. (23)

Técnicas del Coito.

Sir James Peget, más conocido por la enfermedad que llevaba su nombre, fue un cruzado de la educación sexual. En el siglo XIX dijo que la ignorancia acerca de los temas sexuales procede ser una notable característica de los sectores más civilizados de la raza humana. Es indudable que debemos hablar sobre las diferentes formas de copular puesto que no hacerlo equivaldría a seguir ignorando muchas cosas. (19)

El arte de amar no solo depende de la calidad de la unión emocional entre dos personas sino que también implica el conocimiento de técnicas sexuales y de la anatomía y biología propia de la pareja. (19)

Posiciones Coitales.

Las crean antiguas posiciones ávidamente imaginadas y frecuentemente probadas se condensan en una serie de posturas básicas con variaciones menores casi ilimitadas.

Tales posiciones se dividen en función de diferentes modalidades: cara a cara; cara - espalda, hombre encima, mujer encima, posiciones pene-vagina, manuales y orogenitales, posición horizontal, sentada, de pie, etc. (19)

Lo habitual en los hombres y las mujeres experimentados es la transición de una posición a otra, comenzando el contacto a partir de una palabra, una mirada, un beso o cualquier otra convención erótica significativa. Se mueven para incrementar el deseo, tocando las zonas erógenas de la pareja hasta la consecución del orgasmo en una o más ocasiones, en uno o ambos miembros de la pareja. Como punto final cada participante en la relación llega a una serena comunión con el otro. Esta secuencia de hechos puede implicar el inicio a partir de las caricias en una determinada posición, la inducción al orgasmo merced a la estimulación oral en otra posición, la introducción del pene en la vagina en una tercera posición y la obtención del orgasmo por parte de otro elemento de la pareja en una nueva posición. Las posiciones son difíciles de describir en una forma estética, pero es importante recordar, que cada una de ellas ha de ser insertada en un marco de movimientos cambiantes. (19)

La palabra coito deriva del latín coitus, que significa "ir juntos" (coire es la combinación de co, simultáneamente, eire, ir). (19)

Órganos de la Sexualidad.

Clitoris:

El clitoris fue descrito por primera vez en la literatura médica por Hipócrates, que lo designó como el lugar de la excitación sexual.

Más recientemente Masters y Johnson describieron el clitoris como el órgano sexual femenino esencial, puesto que el orgasmo depende fisiológicamente de la estimulación clitoriana adecuada. Clitoris deriva del griego que significa sensibilidad a la estimulación voluptuosa y anatómicamente, tiene una red nerviosa que es tres veces mayor a la del pene en proporción a su tamaño. (26)

Pene:

El pene (falo), que Freud designó como el órgano ejecutivo de la sexualidad, ha sido venerado por los hombres y también por las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad. Desde épocas antiguas se han encontrado distintas representaciones del pene en todas las culturas en diversas formas de arte.

La palabra pene deriva del latín y significa caído, y se refiere a la posición colgante en su estado de reposo o flácido.

Tipos de sexo.

La sexualidad humana tiene una referencia múltiple en razón de su complejidad. Incluye el sexo biológico y el sexo psicosexual, en ocho niveles básicos:

- **El sexo cromosómico o genético.-** Establecido en el momento de la concepción y dependiendo del gameto del padre. el sexo masculino esta determinado por la conjunción XY y el femenino por la XX.
- **El sexo citológico cromatinico.-** Se llama cromatina sexual o cuerpo de Barr a una pequeña masa de cromatina situada en algunos núcleos celulares de los tejidos. La frecuencia de su hallazgo citológico varía según el sexo. En las mujeres se encuentra el 40% y el 60%. En las células masculinas, en cambio oscila entre el 0% y el 6%.
El sexo comatínico coincide con el sexo cromosómico casi siempre.

- **El sexo gonadal y hormonal.-** Un diagnóstico del sexo gonadal no puede basarse sólo en la inspección externa del aparato genital, sino requiere examen histológico de las gónadas. Este sexo esta dado por la presencia de tejido funcional testicular u ovárico en el sujeto. En los casos de hormafrodisismo verdadero se encuentran ambos simultáneamente.
- **El sexo germinal.-** Esta dado por la naturaleza de las células reproductoras o germinales que el sujeto produzca.
- **El sexo cerebral.-** Existen diferencias estructurales en el hipotálamo de los sexos. Funcionalmente, las diferencias se expresan en el patrón de actividad cíclica para mujeres y actividad cíclica para hombres.
- **El sexo fenotípico.-** Es el sexo somático o corporal y viene dado por los caracteres sexuales primarios y secundarios. Suele coincidir con el sexo gonadal, excepto en los casos intersexuales, donde puede haber discrepancia parcial o total.
- **El sexo psicológico.-** Confluyen imperativamente los factores socioculturales. El ser humano no solo hereda el bagaje biológico mencionado, sino que de acuerdo con las vicisitudes de su experiencia vital temprana, puede en cierta forma escoger su sexo. El sexo psicológico estaría dado, por una parte por la conciencia y búsqueda del placer erótico del individuo. En este estrato del sexo psicológico se sitúa característicamente la sexualidad humana, con sus elementos de libertad y de conciencia frente a lo biológico: todo el campo del erotismo y la infinita diversidad de conductas sexuales independientes de los fines procreativos.
- **El sexo jurídico.-** "El sujeto-según la ley pertenece al sexo cuya forma tenga." La decisión se toma al momento del nacimiento mediante la simple inspección. Como quedarse inscripto y registrado, figurará legalmente hombre y mujer. (24)

Disfunciones Sexuales

Etiología

En un 10% las disfunciones sexuales la patogénesis es primariamente orgásmica. En un 20% hay factores orgánicos contribuyentes; en el porcentaje restante, 60 a 70% la causa es psicósomática.

En la evaluación de toda disfunción sexual el médico debe hacer un diagnóstico diferencial entre patología orgánica y funcional.

En general las disfunciones orgánicas tienden a ser persistentes y progresivas, en tanto que las funcionales tienden a ser intermitentes, fluctuantes y simultaneamente determinadas.

Las disfunciones orgánicas afectan tanto las prácticas sexuales coitales como las masturbatorias, en el hombre las erecciones espontáneas y las nocturnas asociadas al sueño MOR. (25)

Cualquier enfermedad o proceso nocivo que comprometa el estado general, cause dolor, o fatiga, ansiedad o depresión, puede alterar el funcionamiento sexual del individuo. (ver cuadro) (25)

Disfunciones Sexuales Causas Generales.

Fármacos	Efectos
antiandrógenos (estrógenos ACTH, esteroides)	disminución o inhibición del deseo sexual.
sedantes, alcohol, cocaína, amfetaminas (todos o pequeñas dosis)	aumento del deseo sexual
androgenos - levodopa	aumento del deseo sexual
alcohol-sedantes (dosis altas)	disminución del deseo sexual
alucinógenos	efectos variables, inhibitorios y excitatorios
antipsicóticos	eyaculación retrograda (tioridazina), impotencia, disminución de deseo sexual, disfunción orgásmica.
antidepresivos	disfunción de excitación y orgasmo
anticolinérgicos	disfunción en excitación
antihipertensivos (especialmente guanetidina)	disfunción orgásmica
narcóticos	inhibición del deseo sexual
causas sistémicas	
enfermedad renal y hepática	disminución o inhibición del deseo
diabetes mellitus	impotencia, frigidez
endocrinopatías (hipotiroidismo, hipopituitarismo, enfermedad de Addison y Cushing).	disminución del deseo y trastornos de la excitación.
lesiones del lóbulo temporal.	hipo o hipersexualidad (ocasionalmente parafilias).

(25)

Trastornos sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por inhibiciones del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de la respuesta sexual. Finalmente, existe una clase residual, la de otros trastornos sexuales, para aquellos trastornos del funcionamiento sexual que no se pueden clasificar en ninguna de estas categorías específicas. (1)

Las inhibiciones del ciclo de la respuesta sexual pueden radicar en una o más de sus fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

Al especificar los criterios diagnósticos no se intenta concretar la proporción o el tipo de alteración sexual mínima que se considera necesaria en una disfunción para asegurar el diagnóstico. Este juicio debe realizarlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la frecuencia; la cronicidad, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas del funcionamiento. la frase "recurrente y persistente" en los criterios diagnósticos señala un importante aspecto de tener en cuenta en este tipo de juicios clínicos. (1)

Las disfunciones pueden ser solamente psicógenas o psicógenas y de origen biológico al mismo tiempo, pueden ser de toda la vida o adquiridas (se presentan después de un periodo de funcionamiento normal), generalizadas o situacionales (pero limitadas a determinadas situaciones o con determinadas parejas). (1)

Trastornos del deseo sexual

Criterio para el diagnóstico de deseo sexual inhibido (o hipoactivo)

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

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

Criterio para diagnosticar la aversión al sexo.

- A) **Aversión extrema, persistente o recurrente, hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.**
- B) **El trastorno no aparece solo en el curso de otro trastorno del Eje I (que no sea una disfunción sexual), como un trastorno obsesivo-compulsivo o una depresión mayor.**

Criterio para el diagnóstico de la excitación sexual en la mujer.

A) Se presentan 1) o 2);

- 1.- **Fracaso completo o parcial, persistente o recurrente, en el obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual.**
- 2.- **Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación sexual y de placer en la mujer durante la actividad sexual.**

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

Criterio para el diagnóstico de la erección en el hombre.

A) A se presenta 1) o 2);

- 1.- **Fracaso parcial o completo persistente o recurrente en el hombre en obtener la erección hasta el final de la actividad sexual.**
- 2.- **Falta persistente o recurrente de la sensación subjetiva de excitación y de placer durante la actividad sexual en el hombre.**

A) **No aparece solo en el curso de otro trastorno del Eje I (que no sea una disfunción sexual), como una depresión mayor.**

Trastornos del orgasmo.

Criterio para el diagnóstico de disfunción orgásmica femenina

- A) Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la que tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad sexual que el clínico considera adecuada en cuanto al tipo de estimulación, intensidad y duración. Algunas mujeres llegan al orgasmo durante la estimulación clitorídea no coital, pero son incapaces de alcanzar el orgasmo durante el coito. Si falta la estimulación clitorídea manual; en la mayoría de las mujeres, esta respuesta sexual constituye una variante normal y no justifica el diagnóstico. No obstante, en otras mujeres, este tipo de respuesta se debe a inhibiciones psicológicas que justifican el diagnóstico. Este enjuiciamiento se hace a partir de la evaluación global de la respuesta sexual e incluso puede requerir la prueba terapéutica para su definitiva confirmación. (1)
- B) El trastorno aparece solo en el curso de otro trastorno del Eje I (que no sea una disfunción sexual), como una depresión mayor.

Criterio para el diagnóstico de disfunción orgásmica masculina.

- A) Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una actividad que el clínico considera adecuada en cuanto a tipo de estimulaciones, intensidad y duración. Esta dificultad para llegar al orgasmo normalmente se limita al caso del orgasmo intravaginal ya que el orgasmo es posible con otros tipos de estimulación, por ejemplo masturbación. (1)
- B) El trastorno no aparece solo en el curso de otro trastorno del Eje I (que no sea una disfunción sexual) como una depresión mayor.

Criterio para el diagnóstico de eyaculación precoz

- A) Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona desee. El clínico debe tener en cuenta los factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia de la actividad sexual. (1)

Trastornos sexuales por dolor

A) Criterio para el diagnóstico de dispareunia

B) Dolor genital persistente o recurrente en un hombre o mujer antes, durante o después de la relación sexual.

C) La alteración no esta provocada únicamente por la falta de lubricación o por un vaginismo.

Criterio para el diagnóstico de vaginismo.

A) Aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la vagina que interfiere el coito.

B) La alteración no esta provocada únicamente por un trastorno físico si es debido a otro trastorno del Eje I.

Disfunción sexual no especificada.

Este apartado incluye disfunciones sexuales que no reúnen los criterios de ninguna disfunción sexual específica. (1)

Ejemplos:

1.- Ausencia de sensaciones eróticas, e incluso anestesia completa, a pesar de que los componentes fisiológicos del orgasmo son normales;

2.- Análogo femenino de la eyaculación precoz;

3.- Dolor genital durante la masturbación.

Otros Trastornos Sexuales.

Trastornos sexuales no especificados este apartado incluye trastornos sexuales no clasificables en ninguna de las categorías antecedentes. En algunos casos, esta categoría puede usarse en unión de otro diagnóstico específico cuando sea necesario para explicar o describir el cuadro clínico. (1)

Ejemplos:

- 1.- Sentimientos de inadecuación respecto al cuerpo, al tamaño y forma de los órganos sexuales, el rendimiento sexual u otras características relacionadas con los estándares personales de masculinidad o feminidad;
- 2.- Malestar provocado por conquistas sexuales repetidas u otras formas de adicción sexual no parafilica, que implica el contacto con personas que son usadas como cosas;
- 3.- Malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual (1).

Diagnóstico diferencial.- cuando un trastorno físico explica parcialmente los síntomas de la disfunción sexual pero los factores psicológicos, también contribuyen a su aparición, deben efectuarse ambos diagnósticos (el trastorno físico debe registrarse en el Eje III) y disfunción sexual debe especificarse como psicógena y de origen biológico. La alteración del rendimiento sexual es crónica, invariable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones, sugiere la presencia de un trastorno físico subyacente; puede haber pasado inadvertido hasta ese momento. Cuando otro trastorno mental del Eje I se presenta, no debería diagnosticarse entonces disfunción sexual. Sin embargo, en algunos casos no queda claro si la alteración del funcionamiento sexual antecede al otro trastorno mental o bien es secundario a él (en cuyo caso no deberá ser diagnosticada). (1)

Frecuentemente con la disfunción psicosexual puede coexistir e incluso constituir un factor etiológico; algún trastorno de personalidad. En tales casos la disfunción sexual deberá registrarse en el Eje I y el trastorno de la personalidad en el Eje II. Cuando un trastorno codificado en el Eje V, como problemas matrimoniales u otros problemas interpersonales, es la causa primaria de la alteración, entonces debe diagnosticarse la disfunción sexual y anotar los dos trastornos.

Cuando la estimulación sexual es inadecuada, bien en el modo, en la intensidad o en la duración no debe efectuarse el diagnóstico de disfunción sexual relacionada con la excitación o el orgasmo.

Especificar: solo la psicógena y biológica (nota: cuando el origen es exclusivamente biológico debe codificarse en el Eje III).

Especificar: de toda la vida o adquirida.

Especificar: generalizada o situacional. (1)

Algunos Casos Clínicos en Disfunciones Sexuales

Trastornos del Deseo Sexual y Trastornos Sexuales por Dolor

1.- Lecciones de Música.

Gary y Norma acudieron a una clínica de disfunciones sexuales algunas semanas después de que Norma asistiera al funeral en memoria de su tío. Durante el funeral, recordó de repente ciertas experiencias con su tío ocurridas en la niñez que le inclinaron a pensar en la posible existencia de una base psicológica para sus problemas sexuales.

Gary y Norma solían mantener relaciones sexuales aproximadamente cada uno o dos meses, y solamente ante la insistencia de Gary. Su actividad sexual consistía principalmente en que Gary estimulaba a Norma hasta el orgasmo mediante caricias en los genitales mientras que él se masturbaba para llegar al orgasmo. En un pasado reciente, la pareja había desistido de cualquier intento de penetración, porque Norma presentaba espasmos vaginales que hacían la entrada del pene difícil y dolorosa, cuando no imposible.

En su matrimonio existían otros problemas. Gary trabajaba muchas horas y pasaba gran parte de su tiempo libre visitando a su madre, que era viuda y realizando encargos y quehaceres domésticos para ella. Además sufría un problema de juego patológico y asistía a los circuitos de carreras tres o cuatro veces por semana. Dado que sus ingresos no eran copiosos, las pérdidas de Gary en el juego provocaban graves problemas financieros.

Norma siempre había sentido una fuerte aversión por el hecho de mirar o tocar el pene de su marido. A lo largo de la entrevista, explicó que no tenía idea alguna del origen de esta aversión, hasta el reciente funeral de su tío.

Durante el funeral, se vió sorprendida por un enojo creciente mientras se leía el panegírico. Su tío había sido un concertista mundialmente famoso y era representado y admirado por todos. Al

tiempo que aumentaba su enojo, Norma recordó de repente que su tío la había molestado sexualmente cuando era niña. Desde los 9 a los 12 años de edad su tío había sido su profesor de música. Las lecciones incluían "enseñanza del ritmo" por medio de caricias en el pene al compás del metrónomo. Esto le provocaba una profunda repulsión, pero estaba demasiado asustada para contárselo a sus padres. Finalmente, a partir de los 12 años se negó a continuar con las lecciones, aunque nunca llegó a explicar la razón a sus padres. Manifestó que, en algún momento de su adolescencia, "olvidó lo que le había hecho".

Comentario sobre "Lecciones de Música"

Aparentemente, las traumáticas experiencias sexuales de Norma con su tío cuando era niña la imposibilitan para que, siendo adulta, experimente la actividad sexual como placentera. Norma siente aversión hacia los genitales masculinos y evita la actividad sexual con su marido. Dado que, en el caso de Norma, esto no es síntoma de otro trastorno del Eje I, como por ejemplo una depresión mayor, se emite el diagnóstico de trastorno por aversión al sexo. Además, presenta espasmos persistentes e involuntarios, de los músculos vaginales tan graves que imposibilitan el coito. Esto nos lleva a un diagnóstico de vaginismo. (20)

Diagnostico DSM-III-R:

Eje i: 302.79 Trastorno por aversión al sexo, solo psicógeno, innato
306.51 Vaginismo, solo psicógeno, innato.

Trastornos del Deseo Sexual.

2.- Masters y Johnson.

Un hombre de 33 años, agente de bolsa, solicitó tratamiento a causa de una "impotencia". Cinco meses antes, había fallecido un amigo íntimo por una oclusión coronaria y durante la semana siguiente, el paciente se angustio por el estado de su sistema cardiovascular. Cuando su corazón latía rápido a causa de haber realizado ejercicio, se ponía ansioso por la posibilidad de sufrir un ataque cardíaco. Tenía pesadillas y cuando ello ocurría, se despertaba muy agitado y era incapaz de volver a dormirse. Dejo de jugar tenis y de correr.

El paciente comenzó a evitar las relaciones sexuales, presuntamente a causa de la ansiedad ante el esfuerzo físico. Ello le causó dificultades con su esposa que, sintió que, deliberadamente, le estaba privando de su vida sexual y, asimismo, estaba evitando la posibilidad de que quedara

embarazada, lo cual ella deseaba muchísimo. Durante el último mes, aunque ya no estaba preocupado por su corazón, el paciente había evitado por completo las relaciones sexuales. Afirmaba que, de algún modo, todavía deseaba tener relaciones sexuales, pero cuando la situación se presentaba, no seguía adelante. Llegó a estar trastornado por sus dificultades sexuales que comenzó a tener problemas de concentración en el trabajo. Se sentía fracasado como hombre y como esposo.

Antes de su matrimonio, el paciente no había tenido relaciones sexuales y se había masturbado frotando su pene con la ropa de la cama, sin tocarlo manualmente. Hace cuatro años, a la edad de 29 y después de tres años de matrimonio, buscó tratamiento por su cuenta con la queja de que nunca había intentado tener relaciones sexuales con su esposa. Por su parte, la actividad sexual consistía en llegar a una erección sin que ni su mujer ni él tocasen su pene y que la eyaculación ocurriese frotando su pene sobre el abdomen de su esposa. Era incapaz de tocar los genitales de su esposa con sus manos o permitir que su pene se aproximara a algún punto cercano a los genitales de ella.

El tratamiento consistió en dos semanas de intensa terapia de pareja, usando técnicas desarrolladas por Masters y Johnson, con un éxito extraordinario. El marido comenzó a "flirtear" con otras mujeres, con las que llegaba a situaciones sociales embarazosas, pero sin promiscuidad. La ansiedad de su esposa respecto a su propia sexualidad y la adopción de un rol más pasivo, la llevó a buscar tratamiento por su cuenta. Después de un año de psicoterapia, la ansiedad fue disminuyendo y las relaciones sexuales e interpersonales entre paciente y su esposa habían estado a un nivel satisfactorio hasta que surgió el presente problema.

Comentario sobre "Masters y Johnson".

La reacción de este paciente ante la muerte de su amigo hace cinco meses incluyó una ansiedad grave y una restricción de sus actividades físicas a causa del miedo ante la posibilidad de tener un ataque cardíaco. Si hubiese sido valorado en ese momento, podría haberse diagnosticado un trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso. La ansiedad afectaba su vida sexual y fueron los síntomas sexuales los que, al persistir, determinaron la evaluación.

su problema sexual actual es una recidiva del problema que cuatro años atrás determinó que solicitase terapia sexual: evitación de relaciones sexuales por la ansiedad asociada a ellas. Aunque se refiere a su problema como "impotencia", el diagnóstico de trastorno de la erección del hombre supone que hay una actividad sexual durante la cual el hombre no puede conseguir o mantener una erección y carece de una sensación subjetiva del placer o de excitación. Este

hombre manifestaba una evitación de la relación sexual. La aversión extrema persistente o recurrente y la evitación total o casi total de contacto sexual genital con una pareja sexual se diagnostica como trastorno por aversión al sexo. (20)

Diagnóstico DSM-III-R:

Eje I: 302.79 trastorno por aversión al sexo, sólo psicógeno, adquirido, generalizado.

Trastornos del Deseo Sexual
y
Trastornos Sexuales Por dolor

3.- El Sexo es un Asunto Sucio.

Clara, una secretaria de 33 años de edad, fue remitida por su ginecólogo a una clínica especializada en problemas sexuales. El motivo por el que la envió fue la imposibilidad de realizar el exámen pélvico a causa de las extremas contracciones de los músculos perivaginales.

En la primera visita a la clínica, Clara se mostró muy incómoda cuando explicó sus problemas sexuales. Desde que nació su hijo, dos años antes, había sido incapaz de realizar el coito debido a espasmos vaginales tan extremos que ni el dedo de su marido ni su pequeño dedo podían insertarse en la vagina. No le ilusiona el contacto sexual con su marido y le desanima cuando consigue algún progreso. recientemente su marido la había estado presionando para que quedara otra vez embarazada: A ella le satisface la idea tanto para darle una satisfacción a su marido como a ella misma, que desea tener otro niño.

El inicio de los espasmos musculares perivaginales habían ocurrido anteriormente. Era virgen cuando se casó y durante el primer año no le había sido posible realizar el coito. Tras un año de "matrimonio no consumado", habían visitado a un asesor matrimonial, que les ayudó considerablemente, de manera que fueron capaces de llevarlo a cabo, al menos ocasionalmente, durante los siguientes cinco años. Clara siempre había sentido ansiedad con la penetración vaginal y realmente no le gustaba, aunque con una estimulación adecuada podían llegar a tener orgasmos en algunas ocasiones.

No pudo quedarse embarazada durante los primeros cinco años de matrimonio aparentemente por causa de endometriosis crónica. Cuando finalmente dio a luz el bebé era prematuro, peso solo un kilo y medio y el parto tuvo lugar unas once semanas antes de lo previsto. Clara se sentía culpable

porque creía que había causado el nacimiento prematuro de su hijo a causa de la ingesta de estrógenos para el tratamiento de la endometriosis. Desde que nació el niño sintió miedo a volver a quedarse embarazada y dar a luz posiblemente a otro niño prematuro.

Clara recordaba las dificultades que tuvo su madre al hablarle sobre la menstruación y el sexo. La educación religiosa de Clara excluía cualquier discusión acerca del sexo prematrimonial, la planificación familiar y el aborto, temas todos ellos considerados pecaminosos. No sabía nada del uso del preservativo como medio para control de la natalidad. Reconocía que no sabía donde tenía el clítoris y era incapaz de identificarlo en un modelo. Nunca se había masturbado y de hecho sólo hacía poco que había entrado de lo que era la masturbación. Mostraba aversión hacia el hecho de que su marido le lamiera o chupara zonas de su cuerpo, hechos que describía como "cochinos". Explicó el temor que había tenido toda la vida a que el agua del baño entrara en la vagina y la "infectara". Recordó también sueños en los que algunos objetos grandes y aterradoros penetraban su cuerpo.

Comentario sobre "El Sexo es un Asunto Sucio"

Clara presenta una serie de disfunciones sexuales, pero su principal dificultad actualmente es la contracción de los músculos perivaginales, demostrada, como ocurre a menudo, durante el exámen pélvico. El espasmo involuntario repetido o persistente de la musculatura del tercio extremo de la vagina que interfiere en el coito se llama vaginismo y se clasifica como trastorno sexual por dolor.

Por otra parte, siempre ha sentido aversión por cualquier cosa conectada con el sexo. El hecho de que evite cualquier tipo de actividad sexual genital justifica el diagnóstico de trastorno por aversión al sexo. En las pocas ocasiones en que mantiene relaciones sexuales, indudablemente también le resulta difícil excitarse sexualmente y tener un orgasmo. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de la excitación sexual en la mujer y de disfunción orgásmica femenina parece superfluo en este caso porque el coito se realiza en muy pocas ocasiones.

Diagnostico DSM-III-R:

- Eje I: 302.51 Vaginismo, solo psicógeno, adquirido
302.79 Trastornos por aversión al sexo, innato.

Seguimiento

El tratamiento consistió en una combinación de sesiones conjuntas para tratar la frustración, el enfado y la impaciencia del marido, y asegurar su cooperación en los ejercicios que estaban diseñados para conseguir el placer sensual sin coito (ejercicios de focalización sensorial). Clara también asistió a sesiones individuales y se le administró un agente ansiolítico, el alprazolam, 0.5 mg. dos o tres veces al día.

El tratamiento, sin embargo, se centró principalmente en la dilatación vaginal, utilizando sus propios dedos en una bañera de agua templada. El progreso fue lento y paso por una serie de pasos graduales en los que pudo ir introduciendo al principio la punta del dedo y posteriormente dos o tres dedos a la vez. Cuando se añadió a la dilatación, el ejercicio de focalización sensorial a la dilatación, le seguía desagradando que su marido la chupara, lamiera o la besara; tenía que pasarse mucho tiempo intentando conseguir sentirse bien con su cuerpo. Este aspecto mejoró después con la terapia de grupo para mujeres anorgásmicas.

Al principio fue sometida a observación cada semana y después mensualmente. Clara fue progresando lentamente, hasta que permitió la penetración durante las relaciones sexuales. Aún seguía teniendo miedo al embarazo, aunque su marido utilizaba un preservativo, y temía que el preservativo se rompiera o se deslizara. Después de varios meses más de terapia, su miedo al embarazo disminuyó y el coito pudo realizarse sin medidas anticonceptivas.

Trastornos del Deseo Sexual

4.- El Sr. y la Sra. B.

El Sr. y la Sra. B. han estado casados durante 14 años y tienen tres hijos, entre 8 y 12 años de edad. Ambos son brillantes y con un buen nivel cultural. Los dos provienen de Escocia, de donde se marcharon hace diez años debido al trabajo de la Sra. B. como consultor industrial. Acuden a la consulta con el problema de que la Sra. B. participa en la actividad sexual "como un deber", pero desde que se casaron, nunca ha disfrutado con ella.

Antes de su matrimonio, aunque sólo tuvieron relaciones sexuales en dos ocasiones, la Sra. B. se excitaba mucho besándole y acariciándole y le daba la impresión de estar utilizando su atractivo para "inducir" a su marido a casarse. Sin embargo, se sintió intensamente culpable con respecto a los dos episodios de coito prematrimonial; y durante su luna de miel, empezó a pensar en el sexo

como en una tarea que no podía resultar agradable. Aunque cumplía periódicamente con el coito, casi no sentía ningún deseo sexual espontáneo. Nunca se masturbaba, nunca había llegado al orgasmo, consideraba todas las variaciones, como por ejemplo, el sexo oral, como repulsivas y se inbuía en la fantasía de la desaprobación de su familia si alguna vez realizaba alguna de estas actividades.

La Sra. B. esta casi totalmente segura de que ninguna mujer, ni de generaciones anteriores a la suya, ha disfrutado nunca del sexo y que, a pesar de la "nueva ola" de la sexualidad, sólo las mujeres de mala fama y ordinarios se permiten actuar como "animales". Estas creencias condujeron a un patrón de relaciones sexuales regulares, pero infrecuentes, que, como mucho, resulta servicial y ofrece poco o ningún placer a ella ni a su marido. Siempre que la Sra. B. está apunto de sentirse sexualmente excitada, le viene a la mente numerosos pensamientos negativos, como por ejemplo, "¿que son yo, una furcia?"; "si me gusta, el querrá hacerlo mas a menudo"; o "¿como podría mirarme al espejo después de hacer una cosa como esta?". Estos pensamientos casi inevitables se acompañan de sentimiento de frialdad y de insensibilidad al placer sexual. Como resultado de ello, el sexo resulta invariabilmente una experiencia desagradable. Casi cualquier excusa, como fatiga o el estar muy ocupada, es suficiente para que ella evite racionalmente las relaciones sexuales.

Sin embargo, intelectualmente la Sra. B. se pregunta "¿Me pasa algo malo?". Busca ayuda para descubrir si es normal o no. Su marido, aunque extraordinariamente tolerante con la situación, se siente de hecho muy infeliz con su vida sexual y espera que pueda haber alguna solución.

Comentario sobre "el Sr. y la Sra. B."

Esta paciente busca ayuda debido al problema sexual crónico de la esposa. Claramente, las dificultades sexuales de esta mujer se deben a sus muchas actitudes negativas hacia la sexualidad y no puede explicarse mediante ningún trastorno no sexual del Eje I, como depresión mayor. Tiene que tomarse en consideración el diagnóstico de trastorno por aversión al sexo. Aunque tiene ciertamente una persistente y extrema aversión al contacto sexual genital y le gustaria evitar la actividad sexual, de hecho mantiene relaciones sexuales regulares, aunque infrecuentes. La ausencia persistente de fantasías sexuales y de deseo de la actividad sexual justifica el diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo. Durante el coito, probablemente tampoco se excita sexualmente, por lo que debería considerarse también el diagnóstico adicional de trastorno de la excitación sexual en la mujer.

El diagnóstico de orgasmo femenino inhibido debería añadirse sólo si hubiera muchas ocasiones en que, durante la actividad sexual, ella no fuera capaz de llegar al orgasmo, pero no tuviera ninguna alteración de la excitación sexual (algo extremadamente improbable en este caso).

La ausencia de cualquier alteración significativa por parte del marido refleja en la indicación de ausencia de diagnóstico o de estados codificales en el Eje I, para él. (20)

Diagnostico DSM-III-R:

Esposa:

Eje I: 302.71 Deseo sexual inhibido, sólo psicógeno, innato, generalizado
Descartar: trastorno de la excitación sexual en la mujer.

Marido

Eje I: V71.09 Ausencia de diagnóstico o de estados codificables.

Trastornos del Orgasmo

5.- Miedo a Volar

Lola, una técnica de laboratorio de 25 años, ha estado casada con taxista de 32 años desde hace 5 años. La pareja tiene un niño de dos años y el matrimonio parece armonioso.

El problema que se presenta es la incapacidad crónica de Lola de experimentar el orgasmo. Nunca ha conseguido tener un orgasmo, aunque durante su actividad sexual ha recibido lo que debería ser una estimulación suficiente.

intentado masturbarse y en muchas ocasiones su marido la ha estimulado manualmente con paciencia durante largos periodos de tiempo. Aunque no llega al clímax, siente mucho apego por su marido, experimenta placer erótico cuando hace el amor y se lubrica abundantemente. Según ellos, el marido no tiene ninguna dificultad sexual.

La exploración de sus pensamientos a medida que se acerca el orgasmo revela un sentimiento vago de terror sobre algún desastre indefinido. En general, teme perder el control de sus emociones y normalmente las mantiene bien a raya. Se siente específicamente incomoda y expresa enfado y hostilidad.

El exámen físico no revela ninguna anomalía.

Comentario sobre "Miedo a Volar"

Las dificultades sexuales de Lola, se limitan a la fase orgásmica del ciclo de la respuesta sexual (no tiene ninguna dificultad en el deseo sexual ni en la excitación). Durante el acto sexual existe lo que se considera una cantidad suficiente de estimulación. La indicación de un "vago sentimiento de terror sobre algún desastre indefinido" a medida que se acerca el orgasmo es evidencia de que su incapacidad para llegar al orgasmo representa una inhibición patológica. No existen indicios de ningún otro trastorno del Eje I, ni de un trastorno de físico que pudiera explicar la alteración. Por tanto, el diagnóstico es disfunción orgásmica femenina, inhibición del orgasmo femenino.

Si con el tratamiento se hiciera evidente que el miedo a la pérdida de control fuera síntoma de un trastorno de personalidad, como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, seguiría realizándose el diagnóstico de disfunción sexual. Sin embargo, si la disfunción sexual ocurriera exclusivamente en el curso de otro trastorno del Eje I, como la depresión mayor, la alteración sexual se consideraría un síntoma del trastorno del Eje I, y no se propondría el diagnóstico de disfunción sexual. (20)

Diagnostico DSM-III-R:

Eje I: 302.73 Disfunción orgásmica femenina, sólo psicógena, innata, generalizada.

Trastornos del Orgasmo

6.- El Profesor

Un profesor universitario de 33 años de edad acudió a la consulta con la queja de que nunca había sido capaz de eyacular cuando hacia el amor. No presentaba ningún problema para alcanzar ni para mantener una erección, ni dificultades en estimular a su pareja hasta el orgasmo. No obstante, nunca había podido estimularse hasta lograr la eyaculación y finalmente abandonaba los intentos por aburrimiento. Siempre ha conseguido alcanzar la eyaculación mediante la masturbación, que lleva a cabo al rededor de dos veces por semana, pero nunca ha mostrado deseos de que su pareja le masturbase hasta obtener orgasmo. Previamente se ha resistido a todas las tentativas de sus parejas para persuadirlo de que buscara ayuda médica o psicológica, dado que opinaba que la eyaculación intravaginal carecía de impotencia a menos que, uno deseara tener hijos.

La relación actual del paciente pelagra porque su novia desea casarse y tener hijos. El paciente nunca ha querido tener hijos y se resiste a ser padre, pero debido a las presiones de su novia, se ha visto obligado a solicitar tratamiento. A lo largo de la entrevista, su actitud hacia el problema ha sido de distanciamiento y de desdén. Describe la situación como si fuera un observador neutral, aparentemente con pocos sentimientos.

Comentario sobre "El Profesor"

Este profesor presenta un problema sexual poco corriente. Es capaz de obtener una erección sin dificultad alguna, no tiene problemas para mantener la erección durante las relaciones sexuales (como sucedería en el caso del trastorno de la erección en el hombre), pero es incapaz de lograr un orgasmo durante las relaciones. Cabe destacar que no tiene ningún problema en llegar al orgasmo cuando se masturba, lo cual excluye la posibilidad de que la dificultad se explique mediante una disfunción orgánica. La inhibición persiste de la fase orgásmica masculina no provocada exclusivamente por un factor orgánico (como por ejemplo, un efecto indeseable de ciertos antidepresivos) se denomina disfunción orgásmica masculina. Describimos la alteración como psicógena (no asociada a un trastorno del Eje III), innata (no adquirida después de un período de funcionamiento normal) y generalizada (no limitada a una situación específica).

Existe una indicación de frialdad y de exceso de intelectualización, rasgos que a menudo están presentes en los hombres afectados por este trastorno. Es posible que en base a una información más amplia, quedara justificado un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. (20)

Diagnóstico DSM-III-R:

Eje I: 302.74 Disfunción orgásmica masculina, sólo psicógena, innata, generalizada.

Trastornos del Orgasmo

7.- El Sr. y la Sra. Albert

El Sr. y la Sra. Albert son una pareja atractiva y sociable que han estado casados durante unos 15 años y que acuden a la consulta en plena crisis respecto a sus problemas sexuales. El Sr. Albert, un próspero restaurador, tiene 38 años. La Sra. Albert, que desde su matrimonio se ha dedicado exclusivamente a la educación de los niños y al cuidado de la casa, tiene 35 años. Ella indica que

a lo largo de su matrimonio se ha sentido extremadamente frustrada porque la sexualidad ha sido "siempre desesperante para nosotros". Ahora esta considerando ciertamente la posibilidad de abandonar a su marido.

La dificultad estriba en la rápida eyaculación del marido. Siempre que intentan hacer el amor, el Sr. Albert se pone ansioso, empieza rápidamente con el coito y alcanza el orgasmo o bien inmediatamente después de la penetración o bien después de uno o dos movimientos. Luego se siente humillado, reconoce la insatisfacción de su mujer y ambos terminan con un lapso de penoso silencio. El Sr. Albert tiene varios sentimientos graves de inadecuación y culpa y ella experimenta una mezcla de frustración y resentimiento hacia la "ineptitud y falta de interés" de su marido. Recientemente, han desarrollado un patrón de evitación sexual, que les frustra a los dos, pero que mantiene bajos mínimos su hostilidad.

El Sr. Albert siempre ha sido perfeccionista, enorgulleciéndose de su capacidad para tener éxito en todo lo que se propone. De niño, siempre había sido un "buen muchacho", en un vano esfuerzo por agradar a su exigente padre. Su incapacidad para controlar su eyaculación constituye una fuente de intensa vergüenza y no es capaz de hablar con su esposa sobre sus "fracasos" sexuales. La Sra. Albert es muy sexual, se excita fácilmente con el juego previo, pero siempre ha pensado que el coito era único modo "aceptable" de llegar al orgasmo. El coito con su marido siempre ha resultado insatisfactorio y ella le atribuye toda la responsabilidad de su frustración sexual. Dado que no puede hablar del tema sin sentir rabia, suele evitar hacerlo. Como resultado de ello, han desarrollado otras técnicas para complacerse mutuamente y la sexualidad siempre ha sido un desastre.

En otras áreas del matrimonio, incluyendo la educación de sus dos hijos, la dirección de un restaurante familiar y la actividad social con amigos, los Albert son muy compatibles. A pesar de estos aspectos importantes, sin embargo están apunto de separarse a causa de la tensión producida por su mutua decepción sexual.

Comentario sobre "El Sr. y la Sra. Albert".

Esta pareja acude a la consulta con un problema sexual que amenaza su matrimonio. Dado que el DSM-III-R no incluye la clasificación de alteraciones de las unidades diádicas, es necesario, al centrarse en este tipo de problema de diagnóstico, considerar a cada miembro de la pareja por separado. (Esto no impide que el clínico se centre en la relación cuando considere tanto la manera en que surgió el problema como su posible tratamiento).

La dificultad sexual del marido estriba en que le falta un grado razonable del control voluntario sobre la eyaculación, de modo que invariablemente eyacula casi inmediatamente después de la penetración durante el coito. Como resultado, su mujer nunca esta sexualmente satisfecha y él se siente extremadamente inútil. Dado que la falta de control no se limita a situaciones nuevas y no ocurre sólo después de prolongados períodos de abstinencia, se hace el diagnóstico de eyaculación precoz en el Eje I. Ya que se menciona el "perfeccionismo" del marido y este podría estar relacionado con el desarrollo o la perpetuación del problema sexual, se indican los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos en el Eje II.

Disponemos de poca información sobre las dificultades de la esposa, excepto que tiene un problema conyugal. Con esta limitada información, resulta apropiado el Código V problemas conyugales; debería entenderse, sin embargo, que con más información, podría ser que el diagnóstico se cambiara, por ejemplo, por el de un trastorno de la personalidad. Al marido por supuesto, no se le atribuye el código Problemas conyugales, ya que su problema se debe aparentemente a un trastorno mental del Eje I.

Algunos clínicos podrían tomar en consideración el diagnóstico de trastorno de adaptación tanto para el marido como para la esposa, o para ambos. En el caso del marido, no debería realizarse ese diagnóstico porque el malestar que experimenta parece ser una característica asociada a la eyaculación precoz más que una enfermedad separada. En el caso de la esposa, un diagnóstico de trastorno de adaptación implicaría que la relación ante el problema sexual del marido (su rabia y amenazas de separación) es excesiva y sugiere una significativa psicopatología. Podría ser posible, pero este juicio requeriría más información de la que disponemos. (20)

Diagnostico DSM-III-R:

Marido:

Eje I: 302.75 Eyaculación precoz, sólo psicógena, crónica, generalizada.

Eje II: Rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos.

Esposa:

Eje I: V61.10 problemas conyugales

Trastornos de la Excitación Sexual

8.- Paul y Petula

Paul y Petula han vivido juntos durante los últimos seis meses y están pensando en casarse. Petula describe el problema que los ha llevado a la clínica de terapia sexual.

"Durante los últimos dos meses él no ha podido mantener su erección una vez me ha penetrado".

El psiquiatra se dirige a Paul y le pregunta cómo ve el problema, Paul, con muestras evidentes de incomodidad, esta de acuerdo con Petula y añade: "no sé por qué me ocurre".

El psiquiatra descubre que Paul, de 26 años de edad se ha graduado recientemente en Derecho y que Petula tiene 24 años y que trabajo como encargada de compras en unos grandes almacenes, con notable éxito. Ambos crecieron en familias suburbanas, cultas y de clase media. Se conocieron a través de amigos comunes e iniciaron las relaciones sexuales unos meses después; no recuerdan haber tenido problema alguno en aquella época.

Dos meses después, Paul se trasladó de casa de sus padres al apartamento de Petula. Fue idea de ella y Paul no estaba seguro de estar preparado para dar un paso tan importante. Al cabo de pocas semanas, Paul se dio cuenta de que aunque continuaba excitándose sexualmente y queriendo mantener relaciones sexuales, tan pronto como penetraba a su pareja, empezaba a perder erección y no podía mantener el pene en el interior de la vagina. lo intentaba otra vez, pero entonces su deseo se había desvanecido y era incapaz de lograr una nueva erección.

Después de las primeras ocasiones en que le ocurrió, Petula se enfado de tal modo que le gritaba y le daba puñetazos en el pecho.

Paul, de 80kg. de peso, simplemente se apartaba de su pareja de 40kg. lo cual la enfurecía aun más.

El psiquiatra descubrió que el sexo no era el único tema de disputa en su relación. Petula se quejaba de que Paul no pasaba con ella tiempo suficiente y de que prefería asistir a partidos de béisbol con sus amigos. Incluso cuando estaba en casa, veía todos los acontecimientos deportivos que emitían en la televisión y no mostraba ningún interés en ir a ver películas extranjeras, visitar

museos o ir al teatro con ella. A pesar de estas diferencias, Petula se mostraba ansiosa por casarse con Paul y estaba presionando para que fijara la fecha para la boda.

La exploración física de la pareja no reveló ninguna alteración y ninguno de los dos presentaba evidencia alguna de depresión.

Comentarios sobre "Paul y Petula".

Paul y Petula presentan muchos problemas en los que sería interesante centrarse, como por ejemplo la reticencia del Paul a comprometerse en una relación más estable con Petula y los frenéticos esfuerzos de ella en obtener dicho compromiso. El efecto de estos problemas en el nivel de actividad sexual de Paul es bien claro; es incapaz de mantener su erección hasta llegar al fin de la actividad sexual.

Cuando no existe evidencia de que el trastorno esté provocando únicamente por factores orgánicos (como una neuropatía diabética o ciertos medicamentos), se realiza el diagnóstico de trastorno de la erección en el hombre. (Una disfunción eréctil provocada exclusivamente por factores orgánicos se codificaría como un trastorno físico en el Eje III). Especificamos que el trastorno es adquirido (de inicio reciente) y no innato. (20)

Diagnóstico DSM-III-R:

Eje I: 302.72 trastorno de la erección en el hombre, solo psicógeno, adquirido.

Seguimiento.

Ninguno de los dos deseaba comentar problemas no sexuales. A lo largo de los meses siguientes, recibieron tratamiento mediante ejercicios de focalización sensorial de Master y Johnson. En estos ejercicios, la pareja exploraba medios no genitales de obtener placer sexual, sin la demanda psicológica de tener que demostrar la competencia sexual. Petula presionaba continuamente a Paul para llevar el tratamiento a la práctica. Se veía a sí misma como terapeuta y profesora y a Paul como paciente y alumno. En multitudes de ocasiones, Paul evitaba pasivamente la realización de los ejercicios; pero en el curso de ocho meses, el problema de Paul con el mantenimiento de la erección se solucionó gradualmente. Se casaron tres meses después de finalizar el tratamiento.

Paul y Petula solicitaron tratamiento dos veces más a lo largo de los ocho años siguientes. En ambas ocasiones el motivo de fondo era de nuevo la reticencia de Paul a comprometerse en nuevas obligaciones (comprar una casa, tener hijos). Paul presentó una recurrencia de los problemas de erección y, además, una queja de eyaculación precoz en las contadas ocasiones en que era capaz de mantener una erección intravaginalmente.

Durante el tratamiento se dirigió una mayor atención a su relación en lugar de centrarse exclusivamente en el problema sexual. En el último informe tenían dos hijos, habían comprado una casa en las afueras y el problema sexual de había resuelto de nuevo. (20)

Aspectos terapéuticos

En la fase de orgasmo, del rubro de eyaculación precoz, se utilizó como tratamiento paroxetina en diecisiete pacientes del sexo masculino, no internados, del departamento de psiquiatría asignados aleatoriamente para tratarse con paroxetina o placebo. Después de la primera semana de dosis de 20 mg/ al día el régimen de paroxetina fue incrementado a 40 mg/ al día para cinco semanas. Los pacientes y su cónyuge fueron entrevistados por separado, resultando los pacientes tratados con paroxetina tuvieron una gran mejoría clínica significativamente que los pacientes que se les dio placebo. (2)

Otro tratamiento farmacológico en el tratamiento de la disfunción eréctil fue el uso de la trazodona, estudiado en el departamento de urología, en la república de china, donde los efectos de la trazodona en la erección nocturna fue demostrada en 14 pacientes impotentes, los registros revelan que la trazodona incremento el tiempo total eréctil, y máxima rigidez, mientras esto no tenga un efecto en incremento de la talla de la tumescencia, la trazodona (150 a 200 mg.) Fue administrada diariamente a 35 pacientes de impotencia orgánica durante cinco semanas. Los pacientes fueron evaluados por cuestionario. El estudio mostró una mejoría en el 68.6% de los pacientes que están recibiendo trazodona en contra de 11.4 % de los pacientes que recibieron placebo. En conclusión es muy efectiva en el TX. De impotencia. (3)

Se realizó un estudio en el departamento de sexología, en Irlanda, las razones de abandono por el paciente a una auto-inyección intravenosa programado por disfunción eréctil. Identificando los factores que contribuyen a la frecuencia de abandono de dicho programa. Estudiándose 47 pacientes que fueron tratados con agentes vasoactivos intravenosos quienes frecuentemente fracasaron a las citas que incluyeron en este estudio. Cada paciente completo un cuestionario de administración propia, resultando 30 (64%) que completaron los cuestionarios fueron rechazados. Las razones de abandono son algunas veces por este tratamiento. Conclusiones: la mayoría de los pacientes quienes discontinuarán la terapia intravenosa lo hicieron por razones no relacionadas a problemas asociados con este tratamiento. (4)

En la enf. De huntington's y la presencia de alteraciones sexuales, se elaboró un estudio para valorar la frecuencia y tipo de alteraciones sexuales asociadas con esta enfermedad. En una muestra imparcial de 39 pacientes con h.d. y 32 de sus compañeros, 82 y 66 %, respectivamente, tienen una o más alteraciones sexuales. La más frecuente de estos dos grupos fue una alteración sexual hipoactiva. Significa que pacientes quienes tienen ambos orgasmos inhibidos han aumentado su interés sexual y también una alteración páfílica. Encontrando el apoyo en la hipótesis que alteraciones sexuales entre una frecuencia de pacientes hd y sus compañeros que

pueden tomar un aumento en el interés sexual y alteraciones parafilicas, la asociación entre un orgasmo inhibido, aumenta el interés sexual y las alteraciones parafilicas, que requieran otra investigación que sugiere una teología posible por algunas parafilas. (5).

Psicologicamente basados en un tratamiento de alteración eréctil masculina: se realizo un modelo cognitivo interpersonal, en el departamento de psiquiatría, cuyo tratamiento aprovechado por las alteraciones eréctiles masculinas han mejorado en los años recientes. Ambos enfatizados en el crecimiento medico o quirúrgico aprovechados en un tratamiento cualquiera., No ha cumplido relativamente con la psicología o problemas con dimensiones interpersonales. El artículo presente describe 5 modelos separados por el tiempo limitado de una alteración eréctil masculina de un tratamiento cognitivo-interpersonal. Los principales elementos de este modelo son: psicología educacional e intervención cognitiva; sexual, y reducción de ansiedad realizada; valoración escrita y modificación; resolución de conflicto e incremento en la relación; un entrenamiento en la prevención de la recaída. Aunque fueron intentados básicamente en parejas intactas por el uso de disfunción eréctil pisonea, el modelo pudo ser aplicado solo a hombres o aquellos que tenían dificultades orgánicamente basadas en la erección. Algunos casos de estos ejemplos son prohibidos y limitados por la discusión de este modelo. (6)

Otra experiencia del departamento de urología fue basada en el uso del mesilato de fentolamina, en el tratamiento para la erección satisfactoria con penetración puede ser obtenida en hombres impotentes por administración oral u bucal de la alfa adrenergica antagonista, fentolamina. Este agente es usado también en conjunción con el clorhidrato de papaverina en inyección intravenosa. La observación previa por gwinup, que 50 mg de clorhidrato de fentolamina 1.5 horas antes del resultado del coito en erección en 11 de 16 pacientes, es confirmado. Este estudio, usando fenoxibenzonamina como placebo, fue repetido con sucesos en 36 de 85 pacientes (42.3%) de pacientes. Por que el riesgo y el incremento del tiempo de espera, una forma bucal de mesilato de fentolamina fue administrado 20 miligramos con erección y penetración en 21 de 69 pacientes (31.8%). No hubo una correlación entre el grado de la insuficiencia vascular del pene o la edad y la eficacia de la fentolamina. La fentolamina bucal muestra un incremento en la velocidad circular en la arteria dorsal del pene. La fentolamina produce mínimos efectos secundarios, incluyendo la hipertensión en los pacientes. (7)

La preservación exitosa de potencia en tratamiento de la hiperemia del glande sugiriendo una cirugía de revascularización de la vena profunda del pene. En el departamento de urología de la escuela de medicina de la universidad de tulone orleans, se estudio un caso de un tratamiento exitoso de la hiperemia del glande siguiendo una modificación virag II de la revascularización de

la vena profunda del pene se reporta. La potencia fue reservada usando una técnica de cirugía abierta para ligar una arteria comunicando un segmento venoso. (8)

Beneficios sexuales de 10 efectos secundarios de la fluoxetina, reportándose casos severos de efectos secundarios de la fluoxetina antidepressiva, se sugiere que las dosis terapéuticas de la fluoxetina si puede dar un efecto benéfico en la función sexual en algunos hombres con ataque eréctil y eyaculación precoz (9).

El tratamiento de vaginismo primario es una nueva perspectiva. Este papel de la eficacia incentiva de un modelo de tratamiento de conducta cognitiva para mujeres con vaginismo primario y propuestas a un cambio conceptual de un patrón en conducta a un patrón diferente. El vaginismo primario es visto como un padecimiento somático., Una descripción simbólica o una oportunidad de diferenciación. Cuatro temas relevantes se consideran: 1) dominio contra incompetencia; 2) autonomía contra dependencia; 3) límite contra fusión; y 4) el efecto en la terapia del nivel terapéutico de diferenciación. Cambia en este tiempo particular en la historia concerniente de cambios en un patrón clínico de la cualidad en la frecuencia sexual, de la realización a la experiencia, de la obediencia al dominio, y de la función de la utilización a la potencia sexual. Un caso hecho de la competencia sexual basado en la competencia de si mismo, en lugar de la conducta. Una reevaluación de que sucesos lo constituyen, ambos son del comportamiento y del desarrollo, propuestas en incremento de diferenciación en suma del alivio de los síntomas. (10)

Los cambios después del "cambio". Estrategias de la transición de la menopausia. Del departamento de ginecología y obstetricia., De la Universidad de New Jersey. Donde se estudiaron mujeres que se encuentran en su quinta década de la vida, la descongestión de los folículos ováricos, como ellos hacen la transición de la menopausia pueden tener médicamente consecuencias adversas importantes. Repasar sus necesidades físicas con sus cambios que pueden ocurrir durante este período (incluyendo sangrados irregulares, difusión sexual, y otros síntomas cercanos a la menopausia), e informar a cerca de su tratamientos disponibles considerando sus embarazos las pacientes tienen que estar probando su fertilidad y aquellas quienes desean evitar un embarazo tienen que tener consciencia de los beneficios y riesgos de la terapia anticonceptiva oral. Las altas medidas preventivas tienen que ser discutidas. (11)

Durante el climaterio se registra una disminución en el ritmo sexual, que se hace más evidente en la etapa posmenopáusica.

Tienen cierta influencia las modificaciones vaginales que ocasionan diversos grados de dispareunia.

En la dificultad para el coito desempeña algún papel la menor humedad de la mucosa vaginal, el aporte estrogénico exógeno mejora este síntoma.

La disminución del ritmo sexual asociada a molestias subjetivas y físicas, influyen sobre la libido, con disminución de su nivel. Por ello las modificaciones biológicas y fisiológicas que se presentan durante el climaterio determinan un cambio negativo en la relación de pareja y el grado de satisfacción sexual desempeña un rol de importancia.

Se ha atribuido algún rol a los progestágenos sobre los trastornos, de la esfera sexual, dado que su administración en hombres y mujeres inhibe el deseo sexual. De acuerdo con esta observación, la mujer postmenopáusica, por sus bajos niveles de progesterona, estaría libre de ellos. (22)

La dispaurenia un tipo de dolor pélvico crónico, del departamento de ginecología y obstetricia, se observo que la presencia de dispaurenia como una enfermedad especifica tiene que estar en una parte de la rutina de la historia ginecología. Incluso si la paciente no se hace presente con esta enfermedad como principal, la inclusión regular de la pregunta de si la paciente tiene dolor durante las relaciones puede dirigir su interés físico y emocional, la paciente puede vivir tranquila a no ser que le den una oportunidad. Una vez identificado, el síntoma tiene que estar distribuido potencialmente clínico en ambos problemas orgánico y sexual. Esto permitirá al clínico mantener en mente que la sexualidad secundaria de disfunción pueda iniciarse por problemas orgánicos simples. Si el paciente puede ser avisado de un ataque el proceso continuaría y la terapia seria mejor que únicamente un tratamiento. Justamente si la dispaurenia ocurriera después de un periodo de una buena sexualidad puede ser mas responsable y aprovechado consultando a la oficina de educación sexual, asumiendo que el paciente y su compañero son confortables, cooperativos en el aprovechamiento del problema. La dispaurenia permanente o en una relación mas complicada puede requerir habilidades poseidas por un alto entrenamiento profesional. (12)

La disfunción genitourinaria en un sistema de atrofia múltiple es una alteración caracterizada por un progreso de atrofia neuronal, en algunas situaciones, el sistema nervioso central, algunas que son importantes en el control de la función urogenital. Las características neurológicas de 62 pacientes se describieron con esta condición. Todos los pacientes tuvieron una normalidad uretral o electromiografía del esfínter anal sin alteración, cuando una unidad motora individual de análisis fue realizada, un diagnóstico encontrado de la condición fue la impotencia que ocurre en un 96% de los hombres y es el primer síntoma en un 37%. Los resultados de los síntomas urinarios de una combinación de hiperreflexia del esfínter uretral seguido de una débil falla de contracción. En

hombres con estos síntomas quienes tenían una obstrucción uretral tanto que el 43% sufrían una cirugía del cuello de la vejiga antes de hacer su diagnóstico correcto. La incontinencia de stress ocurrió en un 57% de las mujeres y la mitad de estas fueron intervenidas quirúrgicamente. Los resultados quirúrgicos en ambos sexos fueron muy bajos. El tratamiento de caracterización intermitente, medicación de anticolinérgico y spray desmopresin y una continencia de mejoramiento de un 82%. La importancia de reconocimiento de esta alteración e introduciendo un efectivo tratamiento de tensión nerviosa (13).

Los efectos de histerectomía abdominal en síntomas urinarios y sexuales en un estudio de 102 mujeres que sufrieron histerectomía abdominal por condiciones benignas que se realizaron en un orden de preevaluación y un operativo posterior urinario y síntomas sexuales. El promedio de edad en los pacientes fue de 44.9 años (un rango de 30-65). Las alteraciones urinarias tales como urgencia urinaria, disuria, poliuria, nicturia, y un vaciado lento de la vejiga, sensación residual urinaria, también como el stress y la incontinencia urgente fueron observados antioperativamente de 2,6 y 12 meses posteriores. La dispaurenia, libido y el número de orgasmos fueron evaluados como alteraciones que afectan la vida sexual. Seguidos 12 meses posteriores operativamente, estadísticamente disminuyó en stress la incontinencia, se observó la frecuencia en nicturia. La dispaurenia fue también significativamente menos frecuente y se experimentó un aumento de libido. Se concluyó que la histerectomía abdominal no provocaba síntomas urinarios o sexuales adversos y podrá tener efectos benéficos. (14)

Síndrome de vestibulitis vulvar, en un estudio de exploración de un caso control se evaluó la prevalencia de infección bacteriana genital entre mujeres con este síndrome y la asociación de algunos factores potenciales de riesgo con las consecuencias del síndrome en 57 mujeres calificadas con dispaurenia quienes tenían síntomas por lo menos en 6 meses entre edades de 18 y 35 no embarazadas. Entre casos de prevalencia de infección genital fue más baja con gonorrea (0%), clamidia (0%), tricomonas (0%), micoplasma (0%) gardenella (14%), y candida (8.8%) en particular, las mujeres quienes usaban anticonceptivos orales antes de los 17 años alcanzaron un 11.0 (95%) de intervalo confiable. Comparadas aquellas quienes tuvieron un curso intermedio de 16 años o más, concluyendo que la frecuencia de las causas de infección por el síndrome de vestibulitis vulvar. Los factores hormonales tales como el oc en su uso podrían ser la causa etiología de esta condición. (15)

Tratamiento de resultados psicosociales y sexuales de período temprano de cáncer cervical en 83 mujeres con mínimo de edad de 45 años sucesivamente tratadas con cirugía selectiva o radioterapia por un período de cáncer cervical 16 fueron evaluadas por un tratamiento de 97 semanas posteriores. Se reportaron del 40 al 50 % persistentes por cansancio, por falta de

energía y aumento de peso. El 60% no redujo su padecimiento de su estado funcional. Estos índices por ansiedad y depresión fueron altos que la población en general demuestra por un agotamiento psicológico en pacientes citados libres de cáncer. Estas mujeres reportaron muchos casos acerca del cáncer cervical, comúnmente tendrían a recurrir por esta enfermedad el 91%. Mas de una tercera parte culpadas por esta enfermedad. No había diferencias significativas en resultados funcionales o en un estado psicológico entre grupos tratados por la edad o el tiempo que tenían tratamiento. Los índices de agotamiento psicológico fueron significativamente correlacionados con complementos físicos y resultados funcionales. Por las 61 mujeres quienes estaban en una sexualidad activa, función sexual y un tratamiento posterior fue significativamente bajo en funciones sexuales pacientes tratados estaban reportados por un dolor semejante en un curso intermedio y pérdida de placer. Psicologicamente, tanto como problemas físicos fueron correlacionados altamente por resultados sexuales. El 44% no fueron capaces de hablar con sus compañeros acerca de sus experiencias. La mayoría sentía que necesitaba mas información acerca del cáncer cervical, para su tratamiento y como ayudarse para su rehabilitación. El 49% le gustaría haber tenido un asesoramiento semejante a una patología funcional, física, emocional y un estado sexual de estas mujeres que podrían mejorar sus intereses psicológicos y sexuales dándoles mas atención. (16)

Planteamiento del Problema

Como médicos familiares, nos corresponde preservar y conservar la salud de los individuos, entendiéndose por esta, como el complemento bienestar físico, psíquico y social, dado por el equilibrio de todos los aparatos y sistemas del organismo de cada individuo, del que forma parte las funciones sexuales del hombre y la mujer, ya que estas tienen participación en el ciclo de la respuesta sexual humana, así como en la reproducción, al llegar a cierta edad todo ser humano tiene una vida sexual, esto es un hecho natural que no puede negarse, en el hombre, el problema surge porque la actividad sexual puede ejercerse independientemente del instinto de procreación, lo que representan un numero elevado de consulta las disfunciones en el ciclo de la respuesta sexual humana, que no afecta solo al propio individuo, sino a la pareja y a su entorno, por lo que es importante determinar: ¿Cual es la frecuencia de las alteraciones en el ciclo de la respuesta sexual humana en el Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca, Hgo., de la demanda de consulta externa de medicina familiar?

Justificación

Porque este tema no ha sido investigado nunca en el Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca. Conocer la incidencia de las alteraciones en diferentes fases del ciclo de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres, lo que brindará un mejor diagnóstico, manejo y tratamiento por parte del médico familiar; derivando a las especialidades correspondientes como: urología y psiquiatría cuando así se requiera, evitando un número elevado de consulta, que requiere tiempo, recursos humanos y material de apoyo como laboratorio y gabinete, lo que reducirá los costos beneficiando al hospital, al mejorar la atención por el conocimiento en general de los médicos de primer contacto, (familiares), ya que los niveles operativos de la sexología son multidisciplinarios al englobar la acción de profesionales de varias disciplinas (biológicas, sociales y psicológicas) integrando al individuo como un todo, así como las relaciones familiares que dan origen a tendencias de desviación y/o apartamiento a la sexualidad normal. Esto trasciende por el gran número de usuarios, ya que el universo de estudios es muy grande y el diseño de la investigación nos permitirá ofrecer un mejoramiento en el rendimiento sexual en todo momento, ya sea crónico o adquirido, con una más alta confiabilidad de acuerdo al amplio panorama sobre la magnitud de casos problema, que hasta el momento se ignoraba porque no antecedían estudios previos sobre el tema siendo un problema frecuente de pareja y que el bienestar de esta contribuye a la estabilidad familiar, que es la base de nuestra sociedad. Además en lo personal se me hizo un tema demasiado interesante ya que a mi criterio es una de las ramas de la medicina que tenía menos profundizada, con un sin número de tabúes manifestados en mi entorno a través de la vida que no quise desaprovechar esta gran oportunidad de llevarlo a cabo por medio del presente trabajo que representa un documento valiosísimo de investigación en mi formación médica

Objetivo General.

Determinar la frecuencia de las alteraciones del ciclo de la respuesta sexual humana de los usuarios del Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca.

Objetivos Especificos.

- 1.- Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales por sexo, religión y estado civil.
- 2.- Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales en la fase de deseo en hombres y mujeres usuarios al Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca.
- 3.- Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales en la fase de excitación en hombres y mujeres usuarios al Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca.
- 4.- Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales en la fase de orgasmo en hombres y mujeres usuarios al Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca.
- 5.- Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales por dolor en hombres y mujeres usuarios al Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca.

Metodología

Tipo de estudio: sociomédico, descriptivo, transversal y obsevacional.

Población, lugar y tiempo de estudio: población derechohabiente adulta adscrita al Hospital General de Pachuca (53,389) Hab. (28/02/95), Durante cuatro meses (mayo, junio, julio, agosto de 1995).

Tipo de muestra y tamaño de la muestra: se realizaron 300 encuestas, con método de muestreo aleatorio simple, al azar por cuotas.

Criterios de inclusión: Usuarios adscritos al Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca hombres y mujeres edades de los 18 a los 50 años, con actividades sexual aunque padezcan de alguna enfermedad crónica degenerativa; genitourinaria, y mujeres embarazadas, que supieran leer y escribir.

Criterios de exclusión: No realizándose a pacientes derechohabientes menores de 15 años y mayores de 50 sin vida sexual activa, que no deseen participar.

Criterios de eliminación: eliminándose los cuestionarios incompletos.

Información a recolectar:

Frecuencia de las alteraciones del ciclo de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres, por sexo, religión, estado civil, en la fase de deseo, excitación, orgasmo y disfunciones por dolor.

Variables a recolectar:

Independientes

Cualitativas nominales: sexo, religión, estado civil

Dependientes

Cuantitativas nominales: edad, escolaridad.

Disfunciones sexuales en las fases del ciclo en ambos sexos.

Disfunciones sexuales por el deseo sexual inhibido.

Trastornos de la excitación sexual femenina y masculina

Disfunción orgásmica femenina y masculina

Trastornos sexuales por dolor en el sexo femenino y masculino.

Procedimiento para Captar la Información:

Fuente de recolección de datos primaria: mediante una entrevista piloto elaborada en base al objetivo general de la presente investigación a 5 pacientes para lo cual se modifico antes de su aplicación definitiva misma que se llevo a cabo por médicos previamente capacitados para su adecuación y completo llenado, en la consulta externa de medicina familiar, con esclarecimiento de cualquier término que desconocieran los encuestados, para lograr una correcta captación de datos verídicos, para posteriormente concentrar los resultados obteniendose así la frecuencia de las alteraciones del ciclo de la respuesta sexual humana.

Consideraciones Éticas

El progreso médico está basado en la investigación que debe estar sustentada parcialmente en la investigación, involucrando a seres humanos, relacionada con el bienestar del sujeto, por lo que en la presente investigación en el procedimiento de captación de datos durante las entrevistas piloto y las definitivas, se les explicó a todos los encuestados la finalidad del presente estudio comunicándoles que para detectar las disfunciones sexuales en el Hospital General I.S.S.S.T.E., era necesario su cooperación con datos verídicos, y que el resultado de sus respuestas serían publicadas.

Existiendo facilidad por parte de los sujetos en estudio ya que el riesgo es pequeño, como el stres psicológico al contestar un cuestionario, habiendo la necesidad de solicitar su consentimiento verbal de los pacientes, haciéndoles de su conocimiento la completa confidencialidad de la información, cuyo beneficio incurrirá de los sujetos que participaron a toda la población en general, por la relación riesgo beneficio que hacen el presente estudio investigable; en resumen: protegiendo el máximo de daño físico, psicológico y social, invasión de su vida privada, garantizando el carácter confidencial de su participación teniendo especial cuidado con aquellos sujetos que tengan alta vulnerabilidad como:

Personas de escasos recursos económicos o de bajo nivel académico.

Resultados

Durante el periodo del presente estudio se realizaron en el Hospital General I.S.S.S.T.E. Pachuca 300 encuestas correspondiendo el 49% al sexo femenino y el 51% al sexo masculino de los cuales el 89% eran católicos el 5% sin religión y el 3% evangélicos lo mismo que cristianos por estado civil el 79% casados, el 16% solteros y el 15% de pareja en unión libre; entre las edades de 18 a 50 años con actividad sexual aunque padecieran alguna enfermedad crónica, degenerativa, genitourinaria o mujeres embarazadas.

La detección de alteraciones del ciclo de la respuesta sexual humana de acuerdo a sus fases fue el siguiente:

I.- Trastornos del deseo sexual

- A) Deseo sexual inhibido presentándose el 33.4% ocasionados por: angustia, rutina, miedo, cansancio y enojo; el 25% tuvo esta alteración; el 23.6% por causas de alguna enfermedad; el 12.4% durante el embarazo; y el 17% por devaluación de la autoestima.
- B) Con aversión al sexo, la frecuencia mas alta que nunca presentó esta disfunción fué del 51%, el 26% la presentación, de 1 a 2 veces al mes; el 14% de 3 a 4 veces al mes, el 6% de 10 a mas veces al mes, y el 3% de 5 a 9 veces al mes.

II.- Trastornos de la excitación

- A) Sexual femenina, se presento el 44% de 1 a 2 ocasiones al mes; en el 39% nunca presentaron este trastorno; el 9% de 3 a 4 veces al mes; el 5% de 10 a mas ocasiones y solo el 3% de 5 a 9 veces al mes se presentó.
- B) Sexual masculino. En el 55% de encuestados nunca se presento este trastorno, el 39% de 1 a 2 ocasiones al mes y el 3 % de 3 a 4 veces al mes lo mismo que de 5 a 9 veces al mes.

III.- Trastornos del orgasmo.

- A) Disfunción orgásmica femenina; se encontró solo de 1 a 2 veces al mes en el 42%, de 3 a 4 veces al mes el 28%, nunca presento este trastorno el 25%, de 10 a mas ocasiones en el 5%.

B) Eyaculación precoz; no presentada en el 63% de los pacientes, casi nunca en el 31%, regularmente el 3% y en la mayoría de las veces también el 3%.

IV.- Trastornos por dolor.

A) Dispareunia femenina y masculina. No se presento en el 49.4% de la población encuestada, de 1 a 2 ocasiones al mes en el 32.7%; de 3 a 4 veces al mes el 9.7%; de 5 a 9 ocasiones al mes el 5.6% y de 10 a más ocasiones al mes el 2.6%.

B) Vaginismo nunca se presento en el 39%, de 1 a 2 veces al mes con una frecuencia del 33%, de 3 a 4 veces al mes en el 14%; de 5 a 9 veces al mes el 8.6% y en 10 o más ocasiones en el 5.3%.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

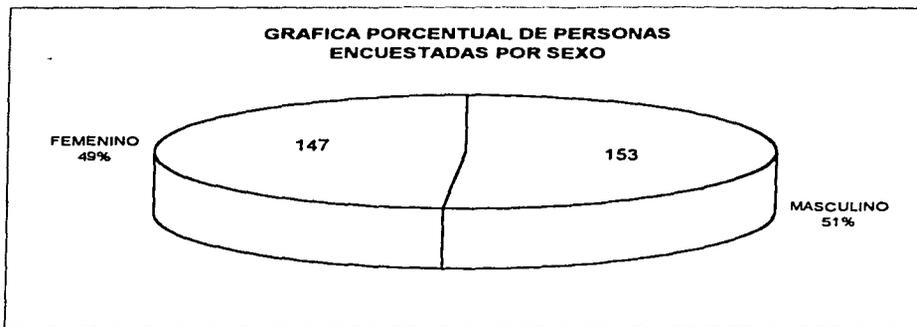
SEXUAL HUMANA

PERSONAS ENCUESTADAS POR SEXO

FEMENINO	147	49%
MASCULINO	153	51%
TOTAL	300	100%

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL
GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



**FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995**

**300 PACIENTES ENCUESTADOS
153 PACIENTES MASCULINOS
147 PACIENTES FEMENINOS**

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

PERSONAS ENCUESTADAS POR RELIGION

CATOLICOS	267	89%
NINGUNA	15	5%
EVANGELICOS	9	3%
CRISTIANOS	9	3%

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

300 PACIENTES TOTAL 100%

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

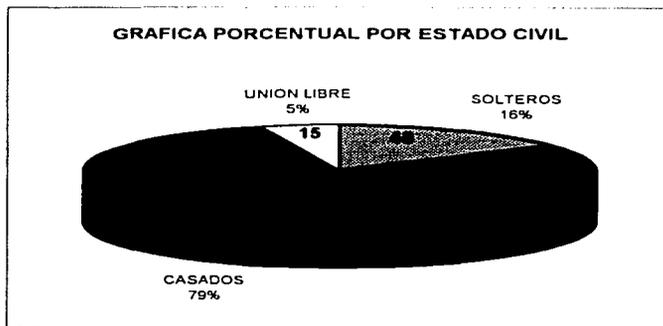
PERSONAS ENCUESTADAS POR ESTADO CIVIL

CASADOS	237	79%
SOLTEROS	48	16%
UNION LIBRE	15	5%

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



**FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995**

300 PACIENTES EN TOTAL

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

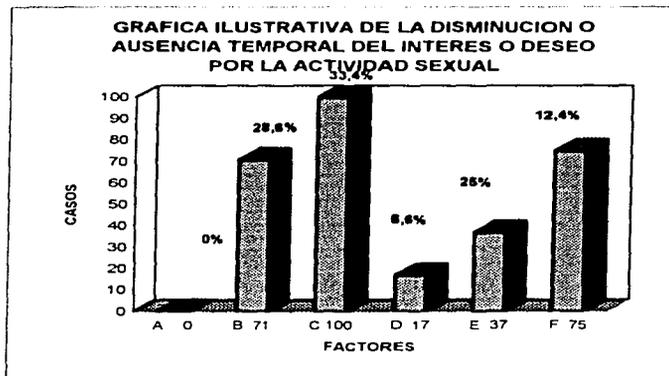
TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

	PRESENTANDOSE	No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	POR INGERIR UNA DROGA	0	0
	ENFERMEDAD	71	23.6
DESEO SEXUAL INHIBIDO	ANGUSTIA, RUTINA, MIEDO CANSANCIO Y ENOJO	100	33.4
	DEVALUACION DE LA AUTOESTIMA	17	5.6
	EMBARAZO	37	12.4
	NUNCA	75	25
	TOTAL	225	75

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- AL ESTAR INGIRIENDO ALGUNA DROGA.
- B.- DURANTE ALGUNA ENFERMEDAD.
- C.- POR ANGUSTIA, RUTINA, CANSANCIO, MIEDO O ENOJO
- D.- DEVALUACION DE LA AUTOESTIMA
- E.- NUNCA
- F.- EMBARAZO

**DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA
SEXUAL HUMANA**

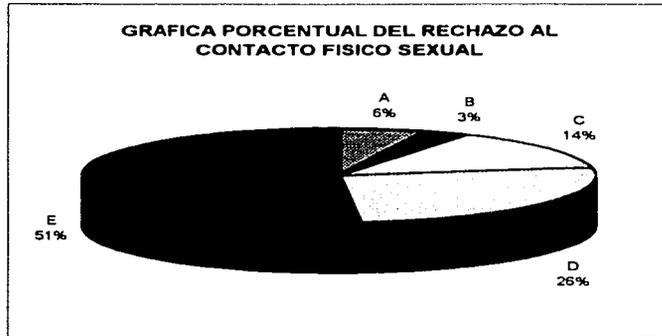
TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

PRESENTANDOSE		No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	10 O MAS VECES AL MES	17	6
	5 A 9 VECES AL MES	8	3
AVERSION AL SEXO	3 A 4 VECES AL MES	42	14
	1 A 2 VECES AL MES	79	26
	NUNCA	154	51
	TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LA ALTERACION DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- 10- O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- D.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

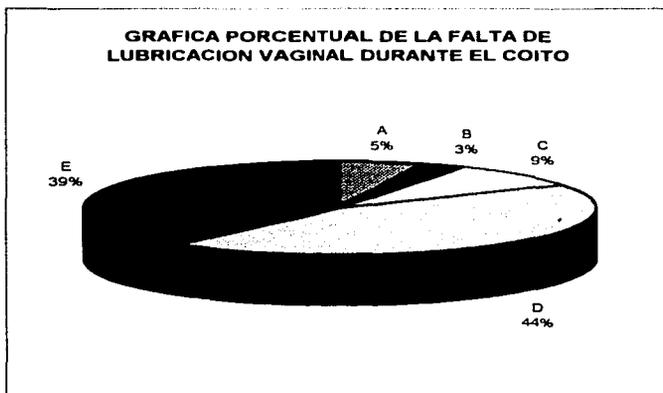
TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL

	PRESENTANDOSE	No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	10 O MAS VECES AL MES	7	5
TRASTORNOS DE LA EXCITACION	5 A 9 VECES AL MES	4	3
SEXUAL FEMENINA	3 A 4 VECES AL MES	13	9
(FALTA DE LUBRICACION)	1 A 2 VECES AL MES	65	44
	NUNCA	58	39
	TOTAL	147	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LA ALTERACION DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- 10 O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- D.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL

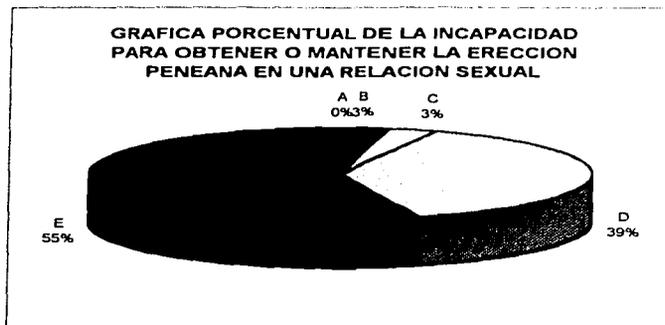
PRESENTANDOSE	No. DE CASOS	FRECUENCIA %
---------------	--------------	--------------

	10 O MAS VECES AL MES	0	0
TRASTORNOS DE ERECCION	5 A 9 VECES AL MES	4	3
EN EL HOMBRE	3 A 4 VECES AL MES	4	3
	1 A 2 VECES AL MES	61	39
	NUNCA	84	55
	TOTAL	153	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- 10 O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- D.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

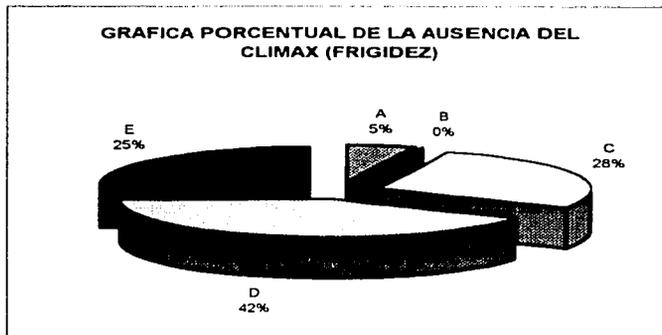
DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA**SEXUAL HUMANA****TRASTORNOS DEL ORGASMO**

	PRESENTANDOSE	No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	10 O MAS VECES AL MES	7	5
DISFUNCION ORGASMICA	5 A 9 VECES AL MES	0	0
FEMENINA	3 A 4 VECES AL MES	41	28
	1 A 2 VECES AL MES	62	42
	NUNCA	37	25
	TOTAL	147	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

DISFUNCION ORGASMICA FEMENINA

- A.- 10 O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- B.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

TRASTORNOS DEL ORGASMO

PRESENTANDOSE	No. DE CASOS	FRECUENCIA %
----------------------	---------------------	---------------------

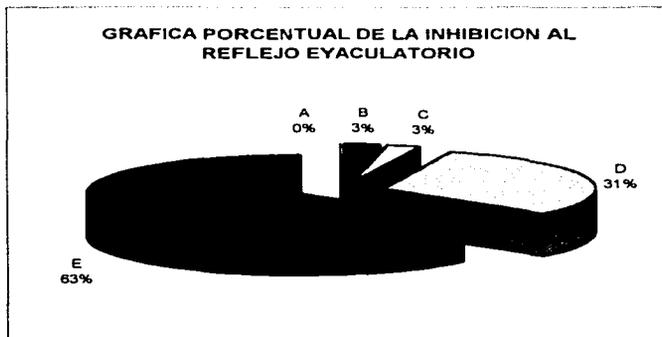
CONTROLA VOLUNTARIAMENTE EL REFLEJO EYACULADOR

	SIEMPRE	0	0
EYACULACION	LA MAYORIA DE LAS VECES	5	3
PRECOZ	REGULARMENTE	5	3
	CASI NUNCA	47	31
	NUNCA	96	63
	TOTAL	153	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LA ALTERACION DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- SIEMPRE
- B.- LA MAYORIA DE LAS VECES
- C.- REGULARMENTE
- D.- CASI NUNCA
- E.- NUNCA

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA

SEXUAL HUMANA

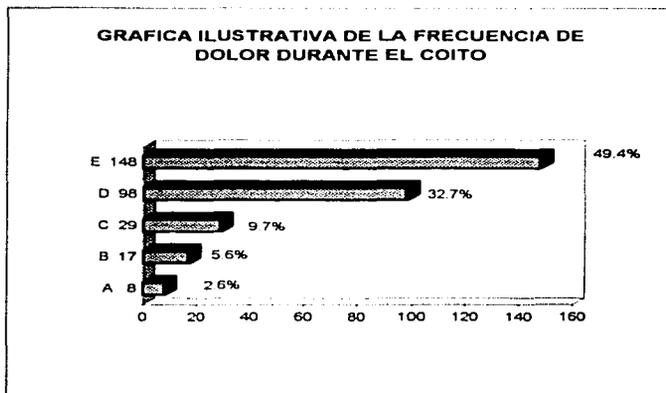
TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD POR DOLOR

PRESENTANDOSE		No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	10 O MAS VECES AL MES	8	2.6
DISPAREUNIA FEMENINA Y	5 A 9 VECES AL MES	17	5.6
MASCULINA	3 A 4 VECES AL MES	29	9.7
	1 A 2 VECES AL MES	98	32.7
	NUNCA	148	49.4
	TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LA ALTERACION DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995

- A.- EN MUCHAS OCACIONES 10 O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- D.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

**DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO DE LA RESPUESTA
SEXUAL HUMANA**

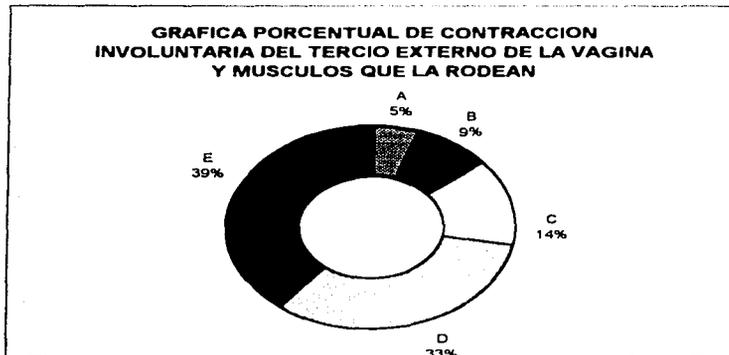
TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD POR DOLOR

PRESENTANDOSE		No. DE CASOS	FRECUENCIA %
	10 O MAS VECES AL MES	8	5.3
	5 A 9 VECES AL MES	13	8.6
VAGINISMO	3 A 4 VECES AL MES	21	14
	1 A 2 VECES AL MES	50	33.1
	NUNCA	59	39
	TOTAL	151	100

FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES USUARIOS DEL HOSPITAL

GENERAL I.S.S.S.T.E. PACHUCA 1995.

DETECCION DE LA ALTERACION DEL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



**FUENTE: ENCUESTA PERSONAL REALIZADA A PACIENTES
USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E.
PACHUCA. 1995**

- A.- 10 O MAS VECES AL MES
- B.- 5 A 9 VECES AL MES
- C.- 3 A 4 VECES AL MES
- D.- 1 A 2 VECES AL MES
- E.- NUNCA

Discusión de los Resultados Encontrados.

El hombre fertiliza, la mujer menstrúa, se embaraza y amamanta, si esto fuera lo determinante, la vida se organizaría al rededor de estas variables, sin embargo no es suficiente, es necesario tener conciencia del contexto social en el que se desarrollan y mantienen los patrones de relación entre los sexos cuyas diferencias, después del análisis, parecen arbitrarias. Siendo la base fundamental de los presentes resultados debido a la ignorancia acerca de los temas sexuales es prevaleciente en la raza humana, por esta razón entre otras es necesario, realizar de manera descriptiva y explícita los hechos más elementales y las variantes más frecuentes de la actividad sexual con el objeto de disminuir los casos de disfunciones sexuales. La prueba de que estos conocimientos son insuficientes en nuestra sociedad está en la actual proliferación de centros que ofrecen esta información en el transcurso del asesoramiento o la terapéutica sexuales en caso de etiología puramente psicógena. Sociedades consideradas como primitivas por nosotros en función de unos determinados parámetros, no lo son en lo absoluto en lo concerniente a la esfera sexual. Por ejemplo, algunas tribus de África Central enseñan a las niñas las diferentes posiciones coitales, como parte de sus ritos puberales, y algunos manuales ancestrales, como el Kama Sutra y el Jardín Perfumado, todavía son ávidamente leídos en la actualidad al contener mucha información correcta y apropiada. (19)

El matrimonio es la relación más compleja de relación humana. Comienza con la relativamente simple experiencia de enamorarse, sigue con la adopción de responsabilidades y se consuma en la procreación y la transmisión de valores de generación en generación. La tradicional conducta diferenciada en razón de los sexos, la fidelidad y el establecimiento de una compleja red de vínculos familiares subyacen en muchos de los estados adoptativos, al margen del compañerismo. Después de todo, el matrimonio es una forma realmente compleja de apareamiento que pueden o no pueden adecuar el funcionamiento del uno al otro. (19)

Esto deriva que las disfunciones sexuales en cuanto al porcentaje más elevado de patogénesis es de causa psicósomática en un 90%. (19)

En un 10% primariamente son de patogénesis orgásmico y en 20% hay factores orgásmicos contribuyentes. (19)

Solo estas cifras se encontraron en referencias bibliográficas, ya que los porcentajes comparativos en el presente trabajo como tal no se encontraron.

En los presentes resultados nos satisface saber que aunque el nivel sobre conocimientos de sexualidad humana es bajo y el de disfunciones sexuales es elevado, nos orienta a pensar que pueden mejorar, disminuyendo estas, ya que era de esperarse para la poca o nula educación sexual de la población en general. Actualmente existe como tratamiento médico el uso de diferentes fármacos como paroxetina en el tratamiento de eyaculación precoz en la fase de orgasmo presente en el 37% del total de pacientes masculinos encuestados, otro tratamiento farmacológico en el tratamiento de disfunción eréctil ha sido el uso de la trazodona cuyo estudio demostró en 14 pacientes impotentes su eficacia en el 68.6%; el uso de mesitato de fentolamina por vía oral en conjunción con el corhidrato de papaverina por vía endovenosa con eficacia en el 31.8%; y la fluoxetina a dosis terapéutica también da un efecto benéfico en eyaculación precoz e impotencia; esta última de acuerdo al presente trabajo de investigación presentada en un 45% del total de usuarios encuestados en donde la preservación exitosa de potencia, también es sugerida la cirugía de revascularización de la vena profunda del pene, como un buen tratamiento así como cuando es de origen psicológico con un modelo cognitivo interpersonal aplicado sólo a hombres con dificultades orgánicamente basadas en la erección mejorando en los años recientes. (3) (8).

En los trastornos de la sexualidad por dolor el vaginismo primario es visto como un padecimiento somático, hay cambios en el patrón clínico usando terapia del nivel terapéutico, el cual se presentó con una frecuencia del 61%, la dispareunia femenina es un tipo de dolor pélvico crónico esta distribuido potencialmente con problemas orgánicos y sexuales. Lo que requiere de habilidades poseídas por un alto entrenamiento profesional; ya que también se puede presentar como efecto de histerectomía abdominal, evaluando la dispareunia, libido y número de orgasmos, se concluyó de acuerdo a estudio que la dispareunia fue significativamente menos frecuente y se experimentó un aumento de libido posthisterectomía, por lo cual se concluyó que esta no provoca síntomas sexuales adversos y podrá tener efectos benéficos, se evaluó en un estudio la prevalencia de infección bacteriana genital como factor potencial de riesgo en la calificación de dispareunia presentándose como trastorno sexual en el 50.6%. (12) (14).

El deseo sexual inhibido reportándose con una frecuencia del 23.6% por enfermedad y en el 33.4% por cansancio, angustia; presentándose estas dos circunstancias en el caso de cáncer cervical. (16).

Siendo necesario el asesoramiento semejante en una patología sexual funcional, física, y/o emocional para mejorar sus intereses psicológicos y sexuales dando más atención.

Sirvan nuestras inquietudes para sembrar en todos los implicados la conciencia clara de ser mejores en conocimiento, habilidad y destreza para resolver la creciente demanda de la patología sexual y con ello proporcionar la atención médica integral.

Conclusiones

- 1.- Se demostró que existen disfunciones sexuales en todas las fases del ciclo en ambos sexos. Con predominio femenino.
- 2.- Dentro de la fase de deseo el deseo sexual inhibido por diferentes etimologías se dió en el 75% disminuyendo en la aversión al sexo presentándose en el 49% en hombres y mujeres.
- 3.- En la fase de excitación femenina el índice de trastornos fúe del 61% mientras que en el sexo masculino del 45%.
- 4.- En la fase de orgasmo la frecuencia de disfunción femenina fúe del 75% y masculina del 37%.
- 5.- En los trastornos sexuales por dolor la dispareunia masculina se dió en el 50.6% y el vaginismo femenino se presentó en el 61%.

Al observar la frecuencia de estos trastornos es evidente que se presentan en un alto índice de la población lo que sugiere que es importante iniciar con psicología educacional y orientación sexual por medios de comunicación masivos, intrahospitalarios ya que influyen otros factores que van mas allá de la relación específica entre el hombre y la mujer, ya que estos rasgos se hallan débilmente unidos al sexo biológico, responden mas bien a las necesidades de una estructura social en un determinado tiempo y espacio, que se presenta a través de estas diferencias, incorporándose al enjambre social y transmitido de generación en generación.

Considerando la importancia de esta esfera del individuo para mantener su integridad personal, familiar y social se debe incentivar de alguna manera al médico familiar para que se prepare asistiendo a cursos de capacitación continua que imparten instituciones privadas y de medicina social que gocen de reconocimiento y prestigio.

Por otro lado, incidir en las autoridades de la unidad para que se incrementen los cursos de educación médica continua en todas las áreas y, particularmente, en la de sexualidad humana y si esto por el momento, no es factible, que se les otorguen facilidades para su asistencia a cursos, talleres y/o conferencias.

Para concluir, hasta donde sea posible, que en las escuelas o facultades de medicina se implemente en forma obligatoria cursos sobre sexualidad humana como parte del plan de estudios, esto para redondear e integrar la mejor preparación de los estudiantes de medicina. ↘

Crítica Constructiva.

En el presente trabajo no se especificó su etiología si era puramente psicógena o psicógena y biológica; generalizada o situacional, y adquirida en relación a sintomatología asociada (sólo en trastornos del deseo sexual inhibido); así como la edad de comienzo, el curso, el deterioro de las relaciones con la pareja sexual, las complicaciones, los factores predisponentes, la prevalencia e incidencia en cada sexo, no obstante se hizo diagnóstico deferencial; cuando la estimulación sexual era inadecuada en el modo, en la intensidad o en la duración. Además que en la mayor parte de casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja; pudiendo mejorar la investigación si se identifican las disfunciones que se presentan durante la masturbación que se omitió esta diferencia, así como las mencionadas al inicio. El enfoque mayor se dió a las alteraciones del rendimiento sexual si este era crónico o adquirido.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Pierre Pichot; trastornos sexuales, Pierre Pichot DMS-III-R manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1ra. Edición, España, Jul. 1988; editorial Massón, S.A. Pags. 333-354.
- 2.- Waldigner - MD; Hengeveld - MW; Zwinderman - ah; paroxetine treatment of premature ejaculation; a double - blind, randomized, placebo - controlled study. Am - J Psychiatry. Sep; 151 (9): 1994 1377-9.
- 3.- Chiang - PH; TSAI - EM; Chiang - cp; the role of trazodone in the treatment of erectile dysfunction. Semin - urol.; 12 (2): May., 1994. 147 - 53
- 4.- Armstrong - DK; Convery - AG; dinsmore - WW; reasons for patient drop - out from an intravenous auto-injection programme for erectile dysfunction. Br -J- Urol. 1994, Jul; 74 (1): 99 - 101
- 5.- Fedoroff - JP; Peyser - C; franz - ML; Folstein = se; sexual disorders in hontingto's disease j- neuropsychiatry - clin - neurosei. 6 (2): 1994 spring;147 - 53
- 6.- Rosen - RC; Leiblum Sr; Spector - IP. Psychologically based treatment por male erectile disorder: a cognitive - interpersonal model. J - sex marital - ther. 20 (2): 1994 summer; 67 - 85.
- 7.- Zornioiti - AW. Experience With buccal phentolamine mesylate for inpotence. Int -j- impot-res. 6 (1) Mar. 1994; 37-41
- 8.- Hellstrom - WJ; candela - JV; Neal de Jr. Successful preservation of potency in treatment of potency in treatment of glands hyperemia following deeppenile vein revascularization. Surgery. Int -j- impot - res. 6 (1): Mar.1994; 1-7.
- 9.- Power - smith - p. Benefical sexual side - effects from fluoxetine . Br -j psychiatry. 164: Feb. 1994; 249 -50.
- 10.- Shaw -j- treatment of primary vaginismus: a new perspective. J-sex - marital - ther. 20 (1): 1994 spring; 46-55

- 11.- Bachman - ga. The changes before "the change" strategies for the transition to the menopause. Postgrad - med. 95 (4): Mar. 1994; 113 - 5, 119-21, 124.
- 12.- Steege -JE; Ling FW. Dyspareunia. A special type of chronic - pelvicpain. Obstet - gynecol clin - north - am. 20 (4): Dec. 1993; 779 -93
- 13.- Beck - ro; betts - CD; fowler - CJ. Genitourinary dysfunction in multiple system atrophy: clinal features and treatment in 62 cases. J- urol. 151 (5): May. 1994; 1336-41
- 14.- Virtamen - H; Makinen J- Tenho -T; kiilholma - pitkanen - y; hirvonen -t. Efects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. Br -j- urol. 72 (6) Dec.1993; 868 - 72.
- 15.- Bazin -S; Bouchard -C; Brisson -J; Morin -C; Meisels -A; Fortier - M. Vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case - control study. Obstet - ynecol. 83 (1): Jan. 1994; 47 -50
- 16.- Cull - A; Cowie - VJ; forquhorson -di; livingstone - Jr; smart - ge; elton - ra. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. Br-j cancer. 68 (6): Dec. 1993; 1216 - 20.
- 17.- Dra. Cecilia Cardinal de M., Dr. Alberto I. Restrepo o.; Sexualidad, parafilias y homosexualidad, disfunciones sexuales; capitulos 8,22 y 23; Hernan Velez a., Jaime Borrego R., Jorge Restrepo M., William Rojas M., Ricardo J. Torog., Luis E. Yepes R.; Fundamentos de medicina psiquiatrica; segunda edicion, 1986, e it. Cib (corporación para investigaciones biologicas) Medellin - Colombia. Pags. 157 a 174,394 a 415.
- 18.- Dr. James Leslie Mccary; dr. Sthpen P. Mccary. orgasmo y disfunción sexual. Dr. James Leslie Mc Lary, Dr. Sthpen P. Mc. Cary, sexualidad humana Mccary editorial manual moderno, cuarta edicion, México-Colombia, 1983, pags. 151-165, 297-323.
- 19.- Harola I. Lief, M.D., sexualidad humana normal y anormal, Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, tratado de psiquiatria, tomo II., Edit. Salvat editores S.A., primera edición, España 1982 pags. 1499-1772.

- 20.- Robert L. Spitzer MD., Miriam Gibbon, M.S.W., Andrew. E. Skdol, M.D. Janet B.W. Williams, D.S.W., Michael B., First, M.D., Trastornos mentales en adultos; Manuel Valdes Miyar; DSM-III-R, manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales - libro de casos edit. Masson Primera edición, Español; 1991, pags. 128-129; 152,153, 168-169; 188-189; 199-200; 213-214; 233-235; 256-258.
- 21.- Rodolfo Q. Pasqualini; Rodolfo Sergio Pasqualini; Síndromes intersexuales, función sexual masculina; RQ. Pascualini y R.S. Pascualini; Endocrinología para ginecología y obstetricia; editorial "El Ateneo"; primera edición; Argentina 1984; pags. 316; 263-264.
- 22.- Mario R. Comparato; hormonoterapia en el climaterio; Mario R. Comparato terapeutica hormonal en ginecología; editorial "El Ateneo"; segunda edición; Argentina; 1990, pags. 224-228.
- 23.- Richard F. Thompson; conducta sexual y emocional; Richard F. Thompson; introducción a la psicología fisiológica; editorial Harla; primera edición; México; 1997, pags. 367-427.
- 24.- Salamanca Rodríguez; sexualidad, Guillermo Vidal; Renato D. Alarcón; psiquiatría; editorial médica panamericana; primera edición; Argentina 1986; pags. 401-429.
- 25.- Dr. Alberto I. Restrepo O., Disfunciones sexuales; Hernan Velez A; Jaime Barrero R., Jorge Restrepo M., William Rojas M., Ricardo J. Toro G., Luis E. Yepes R., Fundamentos de medicina psiquiatrica; editorial corporación para investigaciones biológicas; segunda edición; Colombia. Pags. 401-642.
- 26.- Alfred M. Free D. Man; Harold I. Kaplan; Benjamín J. Sadock; sexualidad normal frente a la anormal; Alfred M. Freedman, M.D., Harold I. Kaplan, M.D., Benjamín J. Sadock, M.D., Compendio de psiquiatría; editorial Salvat; octava edición, España, 1983, pags. 436-463.

ANEXOS

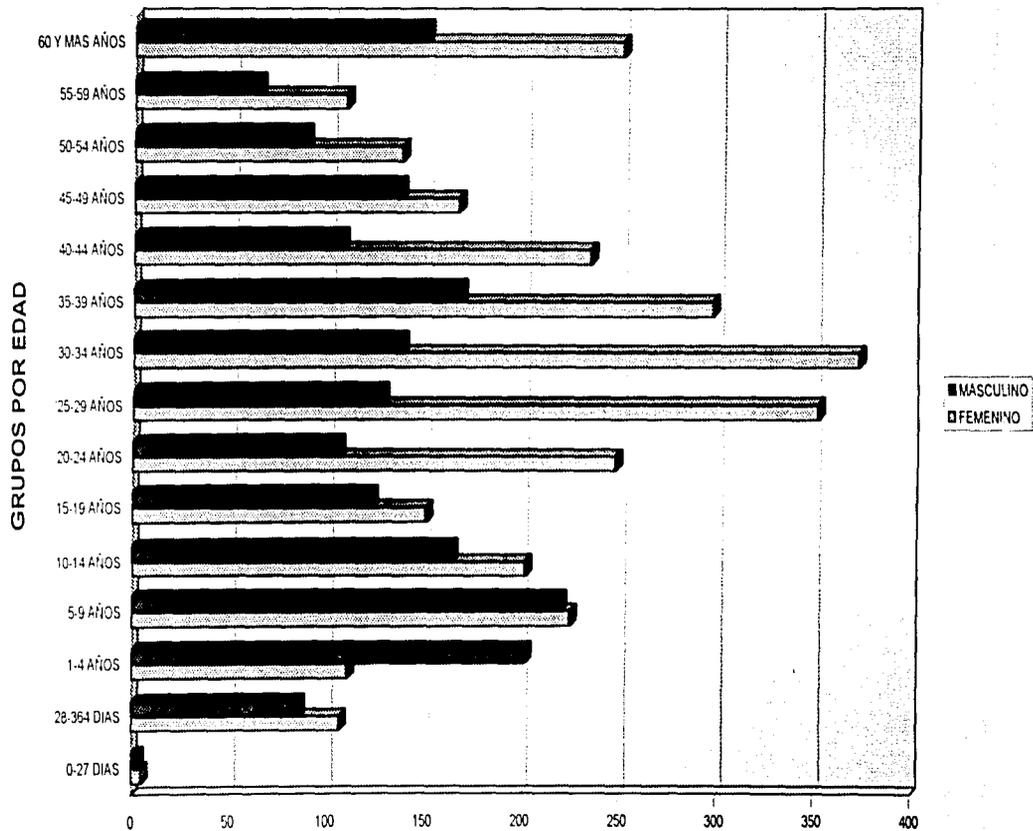
I.S.S.S.T.E.

Hospital General Pachuca

Consultorio No. 12
Piramide de Poblacion

Grupo de Edad	Femenino	Masculino	Total
0-27 Días	5	3	8
28-364 Días	107	86	193
1-4 Años	111	202	313
5-9 Años	225	220	445
10-14 Años	202	164	366
15-19 Años	151	123	274
20-24 Años	248	106	354
25-29 Años	352	128	480
30-34 Años	373	138	511
35-39 Años	298	168	466
40-44 Años	235	107	342
45-49 Años	167	137	304
50-54 Años	138	88	226
55-59 Años	109	64	173
+60 Años	251	150	401
Total	2,972	1,884	4,856

**POBLACION DERECHOHABIENTE DEL CONSULTORIO No. 12
CONSULTA EXTERNA
CLINICA HOSPITAL PACHUCA**



CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

NOMBRE (INICIALES) ___ SEXO ___ EDAD ___ EDO. CIVIL ___ ESCOLARIDAD ___ RELIGION ___

FASE DE DESEO

1.- ALGUNA VEZ HA PRESENTADO DISMINUCION O AUSENCIA TEMPORAL DEL INTERES O EL DESEO POR LA ACTIVIDAD SEXUAL (COITO, MASTURBACION):

A) AL ESTAR INGIRIENDO ALGUNA DROGA B) DURANTE ALGUNA ENFERMEDAD
C) POR ANGUSTIA, RUTINA O CANSANCIO, MIEDO O ENOJO D) DEVALUACION DE LA AUTOESTIMA E) NINGUNA F) EMBARAZO

2.- ¿HA ESTADO INCONFORME EN CUANTO A LA FRECUENCIA DE SUS RELACIONES SEXUALES EN RELACION A SUS DESEOS?

A) EN MUCHAS OCASIONES (MAS DE 10 OCASIONES AL MES) B) CON REGULARIDAD (DE 5 A 9 OCASIONES AL MES) C.- OCASIONALMENTE (DE 3 A 4 OCASIONES AL MES) D) MUY OCASIONALMENTE (DE 1 A 2 OCASIONES AL MES) E) NUNCA

3.- ¿HA TENIDO ALGUNA OCASION ACTITUD DE RECHAZO HACIA EL CONTACTO FISICO CON OTRA PERSONA?

A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (DE 5 A 9) C) OCASIONALMENTE (DE 3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (DE 1 A 2) E) NUNCA

FASE DE EXCITACION

- 4.- ¿HA SENTIDO FALTA DE LUBRICACION VAGINAL DURANTE EL COITO?
- A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA
- 5.- ¿HA PRESENTADO INCAPACIDAD PARA OBTENER O MANTENER LA ERECCION PENEANA PARA LOGRAR UNA RELACION SEXUAL?
- A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA

FASE DE ORGASMO

- 6.- ¿DURANTE LA RELACION SEXUAL HA PRESENTADO AUSENCIA DEL CLIMAX? (FRIGIDEZ)
- A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA
- 7.- ¿PUEDE CONTROLAR VOLUNTARIAMENTE EL REFLEJO EYACULADOR HASTA QUE SU PAREJA SEXUAL ALCANCE SU ORGASMO? (MAXIMO DE EXITACION DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL
- A) SIEMPRE B) LA MAYORIA DE LAS VECES C) REGULARMENTE D) CASI NUNCA E) NUNCA
- 8.- ¿HA PRESENTADO INHIBICION DEL REFLEJO EYACULATORIO Y/O JAMAS HA PODIDO EYACULAR EN SU VIDA?
- A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) SIEMPRE C) CON REGULARIDAD (DE 5 A 9 OCASIONES) D) OCASIONALMENTE (1 A 4) E) NUNCA

TRASTORNOS DE SEXUALIDAD POR DOLOR

9.- ¿HA PRESENTADO ALGUNA ERECCION INTENSA Y DOLOROSA QUE NO VA APAREJADA CON EL DESEO SEXUAL?

A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA

10.- ¿HA PRESENTADO ALGUNA VEZ CONTRACCION INVOLUNTARIA DE LA VAGINA Y DE LOS MUSCULOS QUE RODEAN LA ENTRADA DE LA MISMA?

A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA

11.- ¿HA PRESENTADO DOLOR DURANTE EL COITO?

A) EN MUCHAS OCASIONES (10 O MAS) B) CON REGULARIDAD (5 A 9) C) OCASIONALMENTE (3 A 4) D) MUY OCASIONALMENTE (1 A 2) E) NUNCA