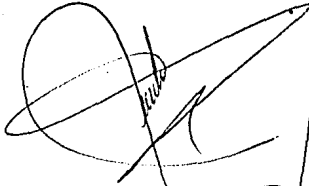


11241
1 ej 11

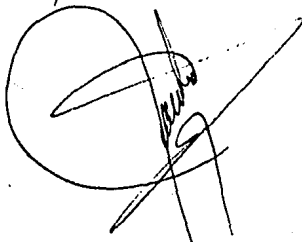
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

TESINA

"DISFUNCIONES PSICOSEXUALES
SECUNDARIAS EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS DE LA CONSULTA
DE PRIMERA VEZ".


Autora: Dra. Ma. Dolores A. Mayoral García.
Asesor: Dr. José Guadalupe Mercado Verdín.


Diciembre de 1986.





11241, 20-I-87

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Historia.

La vida humana está indisolublemente ligada a su sexualidad. Parte vital que permite su permanencia como especie y que constituye la fuente de placer mas intensa conocida. Como tal, a lo largo de la historia está unida a aspectos estéticos, económicos, demográficos, políticos, y por ende, también a los restrictivos, que junto con los culturales han modelado los diversos enfoques y acercamientos en su estudio.

Es fácil y común pensar que el estudio sistemático de la misma es obra de nuestro siglo XX, mas, sin embargo en todas las culturas antiguas encontramos diversas muestras no solo plásticas, sino acuciosas e indagadoras acerca de la naturaleza de la sexualidad, sus manifestaciones y algunas de sus patologías. Tal vez uno de los legados mas conocidos sean los libros del Kama sutra y el Ananga Ranga, herencia de la cultura Indú.⁽¹⁾ Dentro de la época clásica, los griegos consideraban al amor sexual como uno de las manifestaciones artísticas mas elvadas, y la actividad homosexual era considerada como deseable y prestigiosa.⁽¹⁾

En América, el código Mendocino hace amplia alusión a las costumbres sexuales de los aztecas, mostrando ante todo los aspectos restrictivos que ésta cultura tenía como necesarios.⁽²⁾ En Oaxaca, aún es factible ver las estelas de connotaciones claramente sexuales de los pueblos zapotecas, en la zona arqueológica de Monte Alban.⁽²⁾

Sin embargo, la anatomía, fisiología y otros factores que influyen en la respuesta sexual humana iniciaron su estudio a partir de las magistrales y ya clásicas investigaciones de A. Kinsey y Masters y Johnson.^(1,2,3)

Estas permiten el desarrollo de conceptos básicos que hacen posible la investigación científico y dan origen a

la sexología como rama del conocimiento humano.

Helen Singer Kaplan (1964), empero, es la primera investigadora interesada en objetivizar el conocimiento de la respuesta sexual, sus alteraciones y su posible relación con los transtornos psiquiátricos. A través de sus estudios se ha logrado desarrollar una serie de técnicas terapéuticas adecuadas para el tratamiento de los problemas sexuales, para los cuáles solo se contaba con concejas populares o bien, técnicas sumamente sofisticadas como la Analítica creada por Freud y discípulos. (3)

A pesar de que en la actualidad existen en el mundo gran número de investigadores abocados al estudio de la sexualidad humana, hay muy pocos que lo hagan en relación a los trastornos psiquiátricos con respecto a la misma. Para citar a algunos: Beck, Watson, Levine, Margaux, aparte de los ya mencionados anteriormente. (1,2,3,4)

Antecedentes.

Dentro de la bibliografía especializada, la mención de los transtornos psiquiátricos y su relación con las disfunciones sexuales, a excepción de pocos estudios, los demás, no pasan de ser meros relatos anecdóticos no avalados por una investigación científica.

Arietti (1967), señala que aproximadamente un 75% de enfermos depresivos muestran transtornos del deseo sexual.

Crisp (1979), encontró un número variable de transtornos sexuales en 375 pacientes de la consulta psiquiátrica de primera vez. Los pacientes con transtornos de ansiedad, los alcohólicos y aquellos que cursaban con trastornos depresivos, eran los que con mayor frecuencia reportaban una disminución de su actividad sexual desde que su problema psiquiátrico se inició. (6)

Watson y Cols. (1979), reportan que el 30% de mujeres y el 14% de hombres atendidos por problemas sexuales tenían o habían presentado anteriormente algún padecimiento psiquiátrico. (7)

Beck (1967), encontró que la pérdida de interés sexual se reportaba en el 67% de pacientes gravemente deprimidos, cifras parecidas se encontraron en pacientes con enfermedad maniáco-depresiva. (8)(14)(16)

Kaplan (1974), informa que la queja de una disfunción sexual, muchas veces es uno de los primeros síntomas de un síndrome depresivo. Según esta autora, una de las causas de disfunción sexual puede ser un síndrome generalmente mal reconocido en la clínica psiquiátrica: El de fobia generalizada descrito en 1971 por Donald Klein y Cols. (3)

Gittleson y Levine (1969), en un estudio de pacientes masculinos esquizofrénicos, reportaron que en un 30% las alucinaciones involucraron a los genitales; en un 20% ésto fue experimentado como un cambio en estos últimos. En otro estudio, pero con pacientes femeninas, las cifras fueron semejantes. (9,13)

En base a estudios clínicos, se sabe que entre mas temprano se instalan las manifestaciones de una esquizofrenia; mas afectada se verá la vida sexual de estos pacientes. (3,4,5,13) Sin embargo, no se ha visto que en estos trastornos, el apetito sexual se vea afectado, pero como se revisó anteriormente, en el curso de los episodios agudos, los delirios y las alucinaciones pueden involucrar los aspectos genitales de estos enfermos. (13,18)

Existen muchos reportes en la literatura mundial, que marcan el papel, ciertamente comprometedor de los psicofármacos y de las sustancias psicoactivas además del alcohol, en algunas alteraciones de la respuesta sexual, pero para los fines de esta investigación, solo se mencionan

como factores coadyuvantes que alteran la vida sexual del paciente psiquiátrico. (3,4,5,15,19,20)

En México, López Gibson (1981), reporta la relación entre disfunción eréctil y alcoholismo. Rodríguez M. (1981) intenta encontrar la frecuencia de disfunciones psicosexuales en una población de pacientes psiquiátricos. Desgraciadamente los resultados no se encuentran aún publicados. (21,22)

Dentro de los estudios mas recientes, Purley y Gusse (1981), reportan una relación estadísticamente significativa, entre trastornos neuróticos e indifferencia sexual y dispareupnia. (12)

En esta breve exposición bibliográfica es notoria la falta de investigaciones actualizadas, y el hecho de que la gran mayoría van enfocadas a la búsqueda de una interacción entre patología orgánica psiquiátrica y disfunción sexual.

Justificación.

Dado que toda la patología psiquiátrica afecta no solo las funciones mentales del individuo, sino también a toda su vida de relacion, por lo tanto, su actividad sexual será también afectada en alguna proporción. Sin embargo, el desconocimiento- por factores sociales y educacionales- de los trastornos sexuales, por parte del médico psiquiatra, impiden, por un lado el diagnóstico de los mismos, y, por otro, la posibilidad de ayudar al paciente a la resolución de esos trastornos, no permitiendole entonces una cabal recuperación e integración a una vida normal.

Desde este punto de vista, la atención integral del paciente psiquiátrico, clinicamente debe abordarse mostrando interés por los aspectos sociales, sexuales y culturales que se ven afectados por su patología mental. Es

to no podrá realizarse en la medida que se desconosca como los padecimientos sexuales afectan a la población psiquiátricamente enferma.

Conceptos básicos.

Dado que es importante para los fines de ésta investigación determinar que disfunciones sexuales afectan a la población psiquiátrica, se hace necesaria la explicación de ciertos conceptos básicos y marco teórico fundamental.

Respuesta sexual humana; " Secuencia ordenada y muy racional de acontecimientos fisiológicos, cuya meta consiste en preparar los cuerpos de dos miembros del sexo opuesto para que se cumpla la reproducción de la especie. Para que el acto sexual tenga éxito, los órganos genitales de cada uno de los miembros de la pareja deben experimentar una serie de cambios intensos en cuánto a su forma y función tomando como punto de partida un nivel basal".^(3,23)

Masters y Johnson, en sus estudios del coito en parejas humanas determinaron 4 fases en la respuesta sexual humana, para los fines del estudio explicaremos las fa--ses modificadas de Singer Kaplan:

Fase I Deseo; "Fantasías sobre actividad sexual y en las ganas de tener actividad sexual".

Fase II. Exitación; "Sensación subjetiva de placer sexual, acompañada de cambios fisiológicas;

En el Hombre; tumescencia peneana que conduce a la erección, además de secreción de las glándulas de Cowper.

En la mujer: Vasocongestión generalizada de la pelvis, además lubricación vaginal y tumefacción de genitales externos, aparece la plataforma orgásmica (estrechamiento del tercio externo de la vagina), tumescencia de los senos y

alargamiento y ensachamiento de los dos tercios internos de la vagina.

Fase III. Orgasmo: Punto culminante del placer sexual, con sensación de liberación de tensión, contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductivos intrapelvicos.

En el hombre: Sensación de eyaculación inminente, a la cual sigue emisión del semen ocasionada por las contracciones prostáticas, de las vesículas seminales y la uretra.

En la mujer: Contracciones, a veces experimentadas subjetivamente, en otras, factibles de ser sentidas por la pareja, de la pared del tercio externo de la vagina e incluye el útero.

En el hombre y la mujer existen fenómenos motores involuntarios como rotación de la pelvis.

Fase IV. Resolución: sensación de relajación general, de bienestar y relajación muscular.

En el Hombre: existe un período refractario a la erección durante cierto lapso de tiempo, que depende de la edad y el estado de salud del individuo. (3,23,24)

En la Mujer: Pueden responder a una estimulación posterior casi de inmediato.

Entendido lo anterior, es factible entonces poder hablar de alteraciones de la respuesta sexual humana a las que nos referiremos de ahora en adelante como : Disfunciones psicosexuales, cuándo no exista causa orgánica evidente en la génesis del problema.

Así, las disfunciones psicosexuales son todos aquellos desórdenes sexuales, donde se consideran a los factores psicológicos como de una significación etiológica importante en la presentación de estas alteraciones. (24)

Existen en ambos sexos, y se clasifican como primarias aquellas en las que el trastorno se presenta de manera ex-

clusiva. Son secundarias cuando se presentan concomitante a otro trastorno, por ejemplo, padecimiento psiquiátrico.

En la clasificación recientemente elaborada por la Asociación Psiquiátrica Americana existen las siguientes: Hombres; Inhibición del deseo sexual : Se caracteriza por una inhibición profunda y persistente del deseo sexual, se habla de ella, cuando constituye una fuente de malestar para el individuo, frecuentemente se asocia a otras disfunciones psicosexuales.

Excitación sexual inhibida o Disfunción eréctil (anteriormente llamada impotencia): caracterizada por incapacidad para obtener y/o mantener la erección hasta el final del acto sexual.

Orgasmo Masculino inhibido (o eyaculación retardada) caracterizada por: Inhibición recurrente y persistente del orgasmo manifestada por retardo o ausencia de eyaculación, después de una fase de excitación adecuada.

Eyaculación prematura (o precoz) : La eyaculación se presenta antes que el individuo lo desee, debido a una ausencia persistente y recurrente de un razonable control voluntario de la eyaculación y el orgasmo durante la actividad sexual.

Dispareupnia Funcional: El coito se encuentra asociado a dolor genital persistente y recurrente. En la Mujer: existe también el Deseo Sexual inhibido con las mismas características que en el hombre.

Excitación Sexual Inhibida Femenina: caracterizada por el fracaso parcial o completo para obtener y/o mantener la respuesta de lubricación y tumefacción de la excitación sexual hasta el final del acto sexual.

Orgasmo Femenino Inhibido (antiguamente denomi

nada Anorgasmia) caracterizada por: Una inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por un retraso o ausencia de orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, también se habla de ella, en algunos casos en los que es imposible alcanzar orgasmos a través de la actividad coital en ausencia de estimulación clitoridiana.

Dispareupnia Funcional: Como en el caso del género masculino, se habla de ella, cuando se encuentra dolor recurrente y persistente asociado al coito.

Vaginismo, es una condición patológica caracterizada por un espasmo involuntario recurrente y persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que puede ocurrir antes, durante o después de la penetración penéana.

Marco teórico.

No es posible en la actualidad ofrecer una teoría que explique satisfactoriamente el cómo se produce las disfunciones sexuales. Sin embargo existen algunas formulaciones clínicas y experimentales a partir de las cuáles se puede comprender como se concatenan los fenómenos psicopatológicos para originarlas.

Para H.S. Kaplan, los síntomas sexuales no son una defensa contra la ansiedad, son, mas que nada síntomas psicofisiológicos que se presentan allí donde las defensas - psíquicas son incapaces de proteger al individuo en contra de una inundación emocional que lo desborda. Así, el síntoma real es una manifestación de los concomitantes fisiológicos nocivos de una emoción dolorosa que interfiere con los delicados reflejos sexuales.

Ahora bien, aproximadamente el 10% de pacientes con disfunciones psicosexuales cursan con alguna otra alteración orgánica (diabetes mellitus, abuso de drogas o alcohol, patología local de los órganos sexuales, uso de medicamentos), lo que hace obligatorio descartar estas cau

sas en todo paciente con alteraciones sexuales.

Se sabe que la depresión, el stress, la fatiga, dañan de una manera profunda a la sexualidad. Pero la manera en que éstos estados emocionales interfieren con la respuesta sexual no está aclarado aún. Se postula, por ejemplo que el stress crónico disminuye las concentraciones plasmáticas de testosterona, probablemente a un descenso en la actividad hipotálamo-hipofisiaria, lo cuál se traduce, en una disminución del deseo sexual y de la respuesta sexual en general. Un aumento en los corticoesteroides (producidos en momentos de gran tensión emocional) pueden ocasionar también una disminución del apetito sexual debido a su efecto antiandrogénico.

Se ha especulado en la actualidad el papel que las monoaminas cerebrales tales como la serotonina juegan en la génesis de los trastornos depresivos endógenos y su relación con el notorio descenso del deseo sexual en es os padecimiento.

Con este panorama de las investigaciones, son los abordajes psicológicos los que de alguna manera proporcionan mayor claridad en el estudio de las disfunciones psicosexuales. Kaplan distingue dos tipos de causas fundamentales;

1.- Inmediatas; Se habla de cierta incapacidad para practicar una conducta sexual efectiva, ocasionada principalmente por la carencia de conocimiento sexual (ignorancia), siendo esta la mas frecuente en la clínica de los trastornos sexuales.

La ansiedad sexual, es la segunda en orden de frecuencia, ésta puede originarse por temor al fracazo, por una demanda de realización, o por una necesidad excesiva por complacer al compañero.

Existen además algunas defenzas intelectuales en contra de los sentimientos eróticos, como es el caso del -

"rol de espectador" en el cuál el individuo tiene la tendencia a juzgar su propia actividad sexual.

Por último se menciona a la incapacidad para comunicarse.

2.- Profundas, también llamadas intrapsíquicas, están fundamentadas en los descubrimientos de Sigmund Freud, sobre el inconciente, el desarrollo del impulso sexual, explicando que algunas disfunciones psicosexuales son el resultado de experiencias traumáticas tempranas infantiles que de alguna manera interfirieron con el desarrollo sano del impulso sexual permitiendo su fijación a etapas anteriores o bien, que son el resultado de un conflicto proveniente de estas experiencias. Se mencionan como importantes un complejo de edipo no resuelto.

Existen fuertes controversias aún a la teoría freudiana, puesto que, como aproximación no toma en cuenta otras influencias particularmente importantes como la cultura y otros aspectos aprendidos de la respuesta sexual.

Planteamiento del problema.

Desde esta perspectiva, y sabiendo que el acto sexual es una secuencia ordenada y compleja de fenómenos fisiológicos y hormonales fácilmente influenciados por los efectos de una excitación emocional aguda o crónica y que los pacientes psiquiátricos cursan con todos estos factores, es posible suponer que las disfunciones psicosexuales se encuentren frecuentemente en ellos.

Este estudio, entonces, pretende conocer en un entorno psiquiátrico la cantidad de pacientes afectados, ya sea de manera directa o asociada, por disfunciones psicosexuales.

Hipótesis.

Las disfunciones psicosexuales secundarias son comunes en los pacientes psiquiátricos.

Objetivos.

Demostrar que las disfunciones sexuales secundarias son comunes en los pacientes psiquiátricos.

Establecer cuáles son las disfunciones psicosexuales mas frecuentes en los pacientes psiquiátricos.

En base a lo anterior, se intentará mejorar el diagnóstico integral del paciente. Ya que el conocimiento preciso de estos trastornos redundará en una mejor integración del paciente a su vida normal tanto familiar como social.

Metodología.

Diseño: Es un estudio observacional y descriptivo.

Variables: Estan constituidas por la presencia de enfermedad o trastorno psiquiátrico clinicamente apreciable, y, por otro lado, por la presencia de disfunción psicosexual clinicamente manifestada.

Definición de variables: Por trastorno psiquiátrico se entiende: " Un síndrome o patrón psicológico o conductual clinicamente significativo que aparece en un individuo y que se encuentra asociado en forma típica con un síntoma perturbador, o bien, con deterioro de una o más áreas de funcionamiento. Se infiere que se trata de una disfunción biológica, psicológica y conductual, que no solo está referida a la relación del individuo con la sociedad".⁽²⁴⁾

Por disfunción psicosexual se entiende: "A desordenes sexuales, donde se consideran a los factores psicológicos como de una significación etiológica importante en la presentación de éstas alteraciones."⁽²⁴⁾

Recolección de datos: Fueron obtenidos a través de entrevista psiquiátrica y por un cuestionario de disfunciones psicosexuales elaborado para este fin, además de la ho-

ja de preconsulta, en pacien tes psiquiátricos que solici taron consulta de la. véz.

Todos los datos de la ficha de identificación del pa ciente fueron ordenados de la manera siguiente:

Nombre del paciente.....
Edad..... Género..... Ocupación.....
Escolaridad..... Estado Civil.....
Fecha de la consulta..... Diagnóstico psiquiatrico.
.....
Masturbacion : a) Sí b) No Edad de Inicio.....
Relaciones Heterosexuales; a) Sí b) no Edad de Inicio..
Frecuencia de Actividad Coital :
a) Diaria b) Semanal c) Mensual d) Mas del mes.
Control anticonceptivo: a) Sí b) No
Que Tipo?:
a) Hormonales b) D.I.U c) Salpingooclasia d) Ritmo e) O
tros. Cuáles?.....

Estos datos formaban parte del cuestionario de dis funciones psicosexuales.

La sintomatología psiquiátrica fué obtenida según cri terios diagnósticos del DSM III, en el orden siguiente:

- a) Trastornos mentales orgánicos.
demencias preseniles
por uso y abuso de sustancias.
- b) Trastornos esquizofrénicos.
- c) Trastornos paranoides.
- d) Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados.
- e) Trastonos afectivos mayores.
- f) Otros trastornos afectivos no especificados.

g) Trastornos por ansiedad;

Trastornos fóbicos.

Estado de ansiedad

h) Trastornos somatoformes.

i) Trastornos adaptativos.

j) Trastornos de la personalidad.

La sintomatología de Disfunciones Psicosexuales secundarias fue obtenida del cuestionario de Disfunciones Psicosexuales cuyo formato se ofrece a continuación;

Puesto que las disfunciones sexuales se comportan de manera diferente en hombres y mujeres, se tuvo la necesidad de elaborar dos formas; una para el género masculino y otra más para el femenino.

Validación del Instrumento:

Para la realización de ésta se escogieron 24 pacientes con disfunción psicosexual comprobada provenientes de la consulta particular de médico sexólogo y 24 familiares de pacientes psiquiátricos presumiblemente sanos a los cuales se les aplicó el cuestionario y los resultados fueron calculados por la prueba: "tabla de 4 casillas";

<u>Hombres.</u>	Enf	Sanos
P	8	1
N	3	10

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A+C} \times 100 = \frac{8}{8+3} \times 100 = 72.7\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B+D} \times 100 = \frac{10}{1+10} \times 100 = 90.9\%$$

$$\text{Valor Predictivo} = \frac{K}{A+B} \times 100 = \frac{8}{8+1} \times 100 = 88.8\%$$

<u>Mujeres.</u>	Enf.	Sanos
P	9	2
N	4	11

(14)

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A+C} \times 100 = \frac{9}{9+4} \times 100 = 69,2\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B+D} \times 100 = \frac{11}{2+11} \times 100 = 84,6\%$$

$$\text{Valor predictivo} = \frac{A}{A+B} \times 100 = \frac{9}{9+2} \times 100 = 81,8\%$$

La validación global tuvo estos resultados:

	E	S
P	17	3
N	7	21

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A+C} \times 100 = \frac{17}{17+7} \times 100 = 70,83\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B+D} \times 100 = \frac{21}{3+21} \times 100 = 87,50\%$$

$$\text{Valor predictivo} = \frac{A}{A+B} \times 100 = \frac{17}{17+3} \times 100 = 85\%$$

Cuestionario de Disfunciones Psicosexuales.

Este cuestionario debe ser aplicado a pacientes del género masculino.

Conteste marcando con una X la opción que el paciente considere adecuada a su caso.

1.- Su deseo sexual ha disminuído?;

- a) Si b) No

2.- Si Ha disminuído, esto ha sido:

- a) Leve b) Moderado c) Severo.

3.- Esta situación se presenta desde;

- a) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.
- b) Desde que inición con su padecimiento psiquiatrico.

 Cuánto tiempo?.....

4.- ¿ Ha tenido problemas para mantener su erección?;

- a) Si b) No.

5.- Si ha tenido problemas estos hán sido:

- a) No poder mantener una erección completa hasta el final de la relación sexual en todas las relaciones sexuales que intenta.
- b) Solo alcanza parcialmente la erección, pero esto es ocasional.
- c) Muy rara vez no puede alcanzar la erección completa.

6.- Esta situación se presenta desde;

- a) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico
- b) Que inició con su padecimiento psiquiátrico.

 Cuánto tiempo?.....

7.- Ha tenido problemas con el control de su eyaculación?;

- a) Si b) No.

Continúa Cuestionario de Disfunciones Psicosexuales (M).

8.- Si ha tenido problemas, estos hán sido:

- a) Siempre termina antes de lo que desea en todas las relaciones sexuales que intenta.
- b) Ocasionalmente termina antes de que lo desee.
- c) Muy rara vez termina antes de que lo desee.

9.- Esta situación se presenta desde:

- a) Que inició con su problema psiquiátrico.
 - b) Antes de iniciar con su problema psiquiátrico.
- Cuánto tiempo?.....

10.- ¿ Ha tenido problemas en la presentación de su orgasmo?:

- a) Si. b) No.

11.- Si ha tenido problemas, estos hán sido:

- a) Imposibilidad o retraso para alcanzar su eyaculación y orgasmo en todas las relaciones sexuales que intenta.
- b) Ocasionalmente presenta esta imposibilidad o retraso en la presentación de su eyaculación y orgasmo.
- c) Muy rara vez presenta esta imposibilidad o retraso.

12.- Esta situación se presenta desde:

- a) Que inició con su padecimiento psiquiátrico.
 - b) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.
- Cuánto tiempo?.....

13.- Ha presentado dolor genital durante el coito?:

- a) Si. b) No.

14.- Esta situación se presenta:

- a) En todas las relaciones sexuales que intenta
- b) Ocasionalmente
- c) Muy rara vez.

15.- Esto ocurre desde:

- A) Que inició su padecimiento psiquiátrico.

Continúa Cuestionario de Disfunciones Psicosexuales (M)

b) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo?.....

16.- Su actividad sexual:

a) Es satisfactoria.

b) Es insatisfactoria

17.- Esto ocurre desde:

a) Que inició con su padecimiento psiquiátrico.

b) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo?.....

18.- Aparte de lo mencionado anteriormente presenta Ud.

alguna otra molestia respecto a su actividad sexual?;

a) Sí. b) No.

Cuáles?.....

Questionario de Disfunciones Psicosexuales Secundarias.
Este cuestionario debe ser aplicado a pacientes del Género Femenino.

Conteste marcando con un X La opción que la paciente considere adecuada para su caso.

- 1.- ¿Su deseo sexual ha disminuído?
a) Sí b) No.
- 2.- Si ha disminuído, esta ha sido:
a) Leve b) Moderada c) Severa.
- 3.- Esta situación se presenta:
a) Desde antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.
b) Desde que inició con su padecimiento psiquiátrico.
Cuanto tiempo?.....
- 4.- Ha tenido problemas para sentirse lubricada y/o exita durante su actividad sexual?:
a) Sí b) No.
- 5.- Si ha tenido problemas estos han sido:
a) No exitarse ni lubricarse nunca, aunque su pareja o Ud. misma se estimule por tiempo suficiente.
b) Se exita y lubrica pero esto ocurre de manera ocasional.
c) Se exita y lubrica, pero siente que no es de manera suficiente.
- 6.- Esta situación se presenta desde:
a) Que inició con su padecimiento psiquiátrico.
b) Antes de iniciar con su padecimiento psiquiátrico.
Cuánto tiempo?.....
- 7.- ¿Ha tenido problemas con la presentación de su orgasmo?:
a) Sí b) No.
- 8.- Si ha tenido problemas estos han sido:
a) Nunca alcanza orgasmos aunque su pareja o Ud misma se estimule por tiempo suficiente.
b) Solo alcanza orgasmos cuando se masturba.

Continúa Cuestionario de Disfunciones Psicosexuales (F).

c) Ocasionalmente no puede alcanzar orgasmos.

Esta situación se presenta desde:

a) Que inicio padecimiento psiquiátrico.

b) Antes de iniciar padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo antes?.. .. .

10.- ¿Ha presentado dolor genital durante el coito? :

a) Sí B) No.

11.- Esto se presenta:

a) En todas las relaciones sexuales que intenta.

b) Ocasionalmente.

c) Muy rara vez.

12.- Esta situación viene ocurriendo desde:

a) Que inicio con su padecimiento psiquiátrico.

b) Antes de iniciar su padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo?.....

13.- ¿Ha presentado problemas para la penetración durante el acto sexual?:

a) Sí b) No.

14.- Si ha presentado problemas estos han sido:

a) Sensación de que se " cierra" ocasionandole mucho dolor durante todas las relaciones sexuales que intenta.

b) Ocasionalmente presenta esta sensación.

c) Ocurre muy rara vez.

15.- Esto se presenta desde:

a) Que inicio padecimiento psiquiátrico.

b) Antes de iniciar padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo antes?.....

16.- Su actividad sexual:

a) Es satisfactoria

b) Es insatisfactoria.

Continúa Cuestionario de Disfunciones Psicosexuales (F)

17.- Esto ocurre desde:

a) Antes de iniciar padecimiento psiquiátrico.

b) Desde que inició padecimiento psiquiátrico.

Cuánto tiempo antes?.....

18.- Aparte de lo mencionado anteriormente, presenta Ud.
alguna otra molestia respecto a su actividad sexual?:

a) Si b) No.

Cuales?

Unidad de Investigación.

Se estudió un total de 63 pacientes que acudieron a la consulta psiquiátrica de la vez, en el servicio de Urgencias del Hospital "psiquiátrico" Fray Bernardino de Alvaréz" de la Secretaría de Salud, sito en la Ciudad de México, de el día 7 de julio de 1986 al 7 de agosto del mismo año y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- 1.- Pacientes de ambos sexos mayores de 18a.
- 2.- Pacientes que hayan terminado la instrucción primaria.
- 3.- Pacientes de Consulta psiquiátrica de primera vez.
- 4.- Pacientes que no hayan recibido tratamiento farmacológico por lo menos 4 meses antes de la entrevista.
- 5.- Pacientes que no hayan recibido tratamiento psiquiátrico anterior.

Estos criterios fueron elaborados sobre la base de que el tipo de entrevista y cuestionario exigían del paciente cierta complejidad para poder contestarlas, y por otro lado, controlar adecuadamente la presencia o no de fármacos, los cuáles alteran muchas veces la respuesta sexual, lo que habría sido un factor de sesgo en el estudio.

Criterios de Exclusión.

- 1.- Pacientes analfabetas.
- 2.- Pacientes mayores de 65a.
- 3.- Pacientes psicóticos o portadores de un síndrome orgánico cerebral agudo, que ameritaban internamiento.
- 4.- Pacientes con padecimiento neurológico demostrado.
- 5.- Pacientes con otro padecimiento físico concomitante.
- 6.- Pacientes de la consulta subsecuente.

Estos fueron elaborados tomando en cuenta que los pacientes psicóticos agudos difícilmente podrían contestar el cuestionario, misma condición en la que se encontrarían los pacientes analfabetas.

Procedimiento de selección.

Todos los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de selección, fueron captados de manera diaria a través del servicio de Urgencias y en todos ellos se realizó entrevista psiquiátrica, aplicación por un médico del cuestionario, exploración física completa y, si el caso lo ameritaba exploración armada, como en el caso de dos pacientes femeninas.

Los datos obtenidos fueron clasificados en dos grandes capítulos:

- a) sintomatología psiquiátrica, corroborándose diagnóstico, en base a que cumplieran los criterios para trastornos mentales del DSM III.
- b) Sintomatología de disfunción psicosexual obtenida del cuestionario y ordenada de la manera siguiente:
 - 1.- En el cuestionario para hombres, las preguntas 5,8, 11, y 14 contestadas con el inciso a) se interpretaron como una disfunción psicosexual comprobada. (C)
 - 2.- Las preguntas 5,8,11 y 14 contestadas con el inciso B) se interpretaron como una disfunción psicosexual probable. (P)
 - 3.- Estas mismas preguntas marcadas con el inciso c) se interpretaron como una disfunción psicosexual en Duda (D)
 - 4.- Las preguntas: 1,4,7,10,13 contestadas con el inciso B) fueron interpretadas como No existe disfunción psicosexual. (NE).
 - 5.- Las preguntas 3,6,9,12,15 y 17 fueron en función del tiempo, siendo agrupadas en 2 rubros:
 - a) Antes del padecimiento psiquiátrico.
 - b) Cuando inició el padecimiento psiquiátrico.

Igual distribución se realizó con las pacientes del género femenino.

Los datos generales de los pacientes se distribuyeron por género, edad, escolaridad como se observa en las tablas

de resultados.

Resultados.

Durante el mes en el que se realizó el estudio, se atendieron en el servicio de Urgencias un total de 942 pacientes, de los cuáles 432 ameritaron internamiento, 510 fueron canalizados a la consulta externa, de estos 384 fueron subsecuentes, y de la vez 148, solo cumplieron los criterios de inclusión 63 pacientes siendo descartados 85 pacientes.

De estos 63 pacientes, 27 eran hombres y constituían el 42.8% de la muestra total, el 57.1% eran mujeres, que en número sumaron 36.

El 52.3% estaba ubicado en el grupo de 18 a 28 años de edad, siguiéndole el grupo de 29 a 38 a. con un 31.7%.

En la distribución por diagnósticos, el porcentaje mayor correspondió a los trastornos afectivos no específicos en el grupo de mujeres con un 17,4%. En los varones lo fué el grupo de trastornos derivados por el uso y abuso de sustancias con un 12.6%, siguiéndole los trastornos de la personalidad en un 9.52%. Por último los trastornos de ansiedad reportaron un 7.93% para ambos sexos.

En cuánto al tiempo de inicio de padecimiento psiquiátrico, se encontró que el 46.0% estaba en el grupo de 1 a 5 años , luego el grupo de 5 a 10 años con un 26.98%. Los pacientes que reportaban un padecimiento psiquiátrico de menos de un año de evolución correspondió al 20.63%.

La escolaridad de los pacientes de la muestra se distribuyó de la manera siguiente; Para educación primaria, la cifra fué de un 30.15% predominando las mujeres con un 20.6% a diferencia de los hombres que obtuvieron un 17.4% en educación secundaria. El 11.1% de los pacientes tenían estudios profesionales y el 22% el bachillerato o equiva-

lente.

En la distribución por empleo, se encontró que el 25.3% tenían empleo fijo, un 23.8% estaban desempleados y un porcentaje similar se desempeñaba como ama de casa.

El 47.2% de los pacientes estaban casados, predominando las mujeres con un 30.15%. El 39.6% eran solteros, con un predominio de hombres de un 20.63%. Un 9.52% de la muestra estaban divorciados o separados, en número igual para hombres y mujeres.

En el estudio se encontró que el 100% de los hombres se masturbaban, mientras que el 50% de mujeres lo hacía también.

La frecuencia de actividad coital se encontraba distribuida de la manera siguiente: Un 36.50% lo hacía de manera semanal, sugerentemente predominan los hombres con un 22.22%, mientras que la proporción de mujeres para esa frecuencia fué de 14.28%. Sin embargo, en la frecuencia diaria se reporta un 12.60% para mujeres contra un 1.58% de varones. En este estudio, el 14.2% de mujeres reportaron no tener actividad coital, pero 5 de las 9 se masturbaban con cierta regularidad.

La edad de inicio de relaciones heterosexuales fue en un 69.84% para el grupo de 15 a 20 a. de edad, siendo seguido por el grupo de 21 a 25a. con un 14.28%.

El 26.98% de mujeres utilizaban algún método anticonceptivo, contra el 100% de hombres que no utilizaba ninguno.

En la investigación de las disfunciones sexuales se encontró una disminución del deseo sexual en hombres del 14.28% (calificada como severa), mientras que las mujeres lo hicieron en un 15.87%, de ellos, 2 hombres y 11 mujeres lo reportaron como iniciado antes del padecimiento psiquiátrico, y 17 hombres mas 16 mujeres lo reportaron

como iniciado junto con el padecimiento psiquiátrico.

Para disfunción eréctil se encontró que 7 pacientes la reportaban, siendo comprobada clínicamente, haciendo un 25.9% de la muestra total de hombres. La edad de presentación se situaba entre los 29 a 38a. de edad. (18.25%).

15 pacientes reportaron eyaculación prematura (55.5%) pero solo se comprobó en el 37.03% (10 pacientes), siendo la edad más frecuente entre los 29 a 38 a. de edad. - De los 15 pacientes, 13 la habían presentado antes de su padecimiento psiquiátrico y 2 junto con su padecimiento psiquiátrico (alcoholismo).

La Eyaculación retardada se comprobó en un paciente (3.70%), la cuál se había iniciado junto con su padecimiento psiquiátrico (1.45%).

El dolor asociado al coito fue encontrado en 4 hombres, sin embargo no fue posible integrar un síndrome de dispareupnia funcional, puesto que no se presentaron a la 2a. entrevista. En 2 mujeres (5.55%) se comprobó clínicamente la presencia de una Dispareupnia funcional.

La excitación sexual inhibida femenina se encontró en 7 pacientes femeninas (19.44%), siendo más frecuente en el grupo de 18 a 28 a. de edad (8.33%) y en el grupo de 39 a 48 a. (8.33%), 6 de ellas lo reportaban como iniciado antes del padecimiento psiquiátrico, y una como iniciado junto con el padecimiento psiquiátrico (85.7% y 14.2% respectivamente).

En dos mujeres del grupo de 18 a 28a. de edad (5.55%), y en 3 del grupo de 39 a 48 a. (8,33%), se comprobó disfunción orgásmica, una de ellas de éste ultimo grupo lo presentaba como motivo de consulta (lo cuál representa el 1.58% de motivo de visita al psiquiatra en esta muestra). Todas las pacientes habían iniciado con su problema antes de enfermar psiquiatricamente.

El vaginismo, como síndrome, se pudo comprobar en 2 pacientes (2.5% de la muestra), con edades incluidas dentro del grupo de 18 a 28 a. de edad. Para éste diagnóstico hubo necesidad de exploración armada en ambos casos, siendo corroborado ampliamente el diagnóstico. Estas dos pacientes fueron canalizadas para ayuda especializada, dada la severidad del problema.

Se encontró en la muestra total, que el 23.80% de los hombres tenían una vida sexual satisfactoria, mientras que solo el 14.28% de mujeres la reportaba. En el grupo femenino un 42.85% se quejaban de insatisfacción sexual contra un 19.04% de hombres. El 41.26 % de los reportados como insatisfechos lo habían sido desde antes de su padecimiento psiquiátrico, y el 20.63% habían iniciado insatisfacción nunto con su padecimiento psiquiátrico.

El tiempo en años de insatisfacción sexual como queja se incluyó en el grupo de 1 a 5a. con un 46.5%.

Conclusión.

En nuestra muestra de 63 pacientes, se encontraron 54 con síndromes de disfunción sexual comprobada, lo cuál representa el 85.71% de la muestra total, con lo que se corrobora la hipótesis de que las disfunciones psicosexuales son comunes en los pacientes psiquiátricos.

Problemas pendientes.

Dado que el estudio es descriptivo, es parte de un proyecto a futuro poder determinar la relación que existe entre el padecimiento psiquiátrico y una disfunción psicosexual específica.

Es importante también poder esclarecer como la resolución o mejoría del padecimiento psiquiátrico coadyuva a la mejoría de una disfunción psicosexual.

Recursos.

En la presente investigación se utilizaron los siguientes:

a) Sujetos de Estudio: 63 pacientes provenientes de la consulta de Urgencias del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez".

Equipo: Para el Diagnóstico y entrevista con los pacientes se utilizaron los consultorios del mencionado servicio.

Para el Diagnóstico de Disfunción psicosexual se utilizó el formato de cuestionario de disfunciones psico sexuales elaborado para éste fin y validado en el mes de mayo de este año.

b) Recursos Humanos :

Médicos Residentes del servicio de Urgencias del citado hospital.

Médico especializado en bioestadística.

Médico sexólogo.

Bibliografía.

- 1.- Niesvizky I. R., Historia de la Sexualidad. Ed. Archivo personal., ed.1984.
- 2.- F.C.E. "Historia de los pueblos mesoamericanos" Ed. Alianza Editorial. ed.1984., pp.88-116.
- 3.- Singer Kaplan H. La nueva terapia sexual. Ed. Alianza Editorial. ed. 1981. pp.27-262.
- 4.- Bancroft.J. Human Sexuality and its problems.,Ed. Churchill Livingstone. ed.1983 pp. 348-364.
- 5.- Freedman y Kaplan. Tratado de Psiquiatría. "La experiencia sexual". Ed. Salvat. ed. 1981
- 6.- Crisp.A.H. "Sexual psychopathology in the psychiatric clinic". British Journal of Clinical Practice.ed.1979. pp.13-21.
- 7.- Watson. J.P. "Sexual behaviour relationship and mood". British Journal of Clinical Practice. ed. 1979. pp.23-

- 8.- Beck.A.T. "Depression clinical, experimental and theoretical aspects". Ed. Starpless Press. ed. 1967.pp. 116-122.
- 9.- Gittleson.N.L. Levine. S. "Subjetive ideas of sexual change in male schizophrenics". Ed. British Journal of Psychiatry. ed. 1969. pp.772-82.
- 10.- López.G.E. "Disfunción eréctil y Alcoholismo" Ed. I. M.P. ed. 1984.
- 11.- Rodríguez.M. "Frecuencia de disfunciones psicosexuales en pacientes psiquiátricos". Ed. IMSS.ed. 1981.
- 12.- Purley.J.J. Cohen.M.C. "Observations on clinical aspects of Hysteria". Ed. Journal of The American Medical Association. ed. 1981.pp.902-09.
- 13.- Connolly.F.H. Gittleson.N.L. "The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia". Ed. British Journal of Psychiatry. ed.1971.pp.443-44.
- 14.- Woodruff.R.A. "The natural history of affective disorders: simptoms of 72 patients at the time of index hospital admission". Ed. Journal of Psychiatric Research. ed.1976.pp.225-63.
- 15.- Bells.S. "Amphetamine adiction and disturbed sexuality". Ed. Archives of General Psychiatry.ed.1981.pp. 313-22.
- 16.- Cassidy.W.L. Flanagan.N.B. "clinical observations in maniac-depressive disease". Ed. Journal of American Medical Association.ed.1957.pp 624-28.
- 17.- Clayton.P.J. Pitts.F.N. "Affective disorders. Manía". Ed. Comprehensive Psychiatry.ed.1965.pp.313-22.
- 18.- Small.F. Small.G. "Sexual behaviour and mental illness".

- Ed. British Journal of Medicine. ed.1976.pp.710-36.
- 19.- B.M.J. "drugs and male sexual function". British Medical Journal.ed.1979.pp.883-84.
- 20.- Catalan.J. Bradley.M. Gallwey.J. "Sexual disfunctions and psychiatric morbidity in patients attending a clinic for sexually trasmitted disease". Ed. British Journal of Psychiatry.ed.1981.pp.292-96.
- 21.- Masters.W.H., Johnson.E.V., La respuesta sexual humana.Ed. InterMédica.ed.1981.pp.80-142.
- 22.- A.M.A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.Ed.Masson.ed.1983.pp.19-24,290-96.
- 23.- Greist.H.J.,Jefferson.W.T. Tratamiento de los trastornos mentales. Ed.Manual Moderno. ed.1986.pp.277-92.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

GENERO	18 a 28a		29 a 38a		39 a 48a		49 y +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	14	22	9	14.2	4	6.3	-	-	27	42.8
MUJERES	19	30	11	17.4	6	9.52	-	-	36	57.1
TOTAL	33	52.3	20	31.7	10	15.87	-	-	63	100

Tabla 1.- Distribución de los pacientes de la muestra, por género y grupos de edad.

DISTRIBUCION POR AÑOS DE INICIO DE
PADECIMIENTO PSIQUIATRICO

GENERO	- de 1a.		1 a 5a.		5 a 10a.		10 a 15a.		+ de 15a.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	6	9.52	9	14.28	11	17.46	-	-	1	1.58
MUJERES	7	11.1	20	31.74	6	9.52	2	3.17	1	1.58
TOTAL	13	20.63	29	46.03	17	26.98	2	3.17	2	3.17

Cuadro 1. Tiempo en años de inicio de padecimiento psiquiátrico, por sexos.

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO Y GENERO

DIAGNOSTICO	H.		M.	
	No	%	No	%
TRANSTORNOS MENTALES ORGANICOS	2	3.17	2	3.17
TRANSTORNOS POR USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS	8	12.6	-	-
TRANSTORNOS ESQUIZOFRENICOS	-	-	2	3.17
TRANSTORNOS PARANOIDES	1	1.58	-	-
TRANSTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS	-	-	1	1.58
TRANSTORNOS AFECTIVOS MAYORES	1	1.58	2	3.17
TRANSTORNOS AFECTIVOS NO ESPECIFICADOS	3	4.76	11	17.4
TRANSTORNOS POR ANSIEDAD	5	7.93	5	7.93
TRANSTORNOS SOMATOFORMES	-	-	4	6.34
TRANSTORNOS DISOCIATIVOS	-	-	1	1.58
TRANSTORNOS PSICOSEXUALES	-	-	2	3.17
TRANSTORNOS FICTICIOS	-	-	1	1.58
TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD	6	9.52	4	6.34
CONDICIONES NO DEBIDAS A TRANSTORNO MENTAL	1	1.58	1	1.58
TOTAL	27	42.8	36	57.1

Cuadro 2. Trastornos y porcentajes de los mismos de los pacientes de la muestra.

DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD

GENERO	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO		PROFESIONAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	6	9.52	11	17.4	7	11.1	3	4.76
MUJERES	13	20.6	12	19.0	7	11.1	4	6.34
TOTAL	19	30.15	23	36.5	14	22.2	7	11.1

Tabla 2. Grupos de escolaridad de los pacientes.

(34)

EMPLÉO.

GENERO	PROFESIONIS.		EMP. O. COM.		SUBEMP.		CAMPEÑO		AMA CASA		NINGUNO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	2	3.17	7	11.1	4	6.34	4	6.34	-	-	10	15.8
MUJERES	3	4.76	9	14.2	4	6.34	-	-	15	23.8	5	7.93
TOTAL	5	7.93	16	25.3	8	12.69	4	6.34	15	23.8	15	23.8

Tabla 3. Distribución de los pacientes según su empleo.

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

GENERO	SOLTERO		CASADO		UNION L.		DIVOR. O SEP.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	13	20.63	11	17.4	-	-	3	4.73
MUJERES	12	19.04	19	30.15	2	3.17	3	4.73
TOTAL	25	39.6	30	47.2	2	3.17	6	9.52

Tabla 4. Estado civil de los pacientes muestreados.

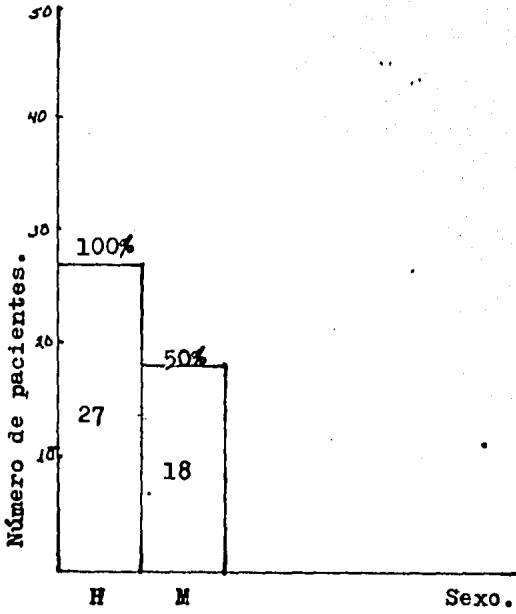


Fig.1. Masturbación por sexos.

DISTRIBUCION POR ACTIVIDAD COITAL

GENERO	DIARIA		SEMANAL		MENSUAL		MAS DE 1 MES		NO TIENEN	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	1	1.58	14	22.22	5	7.93	7	11.1	1	1.58
MUJERES	8	12.60	9	14.28	7	11.1	3	4.76	9*	14.2
TOTAL	9	14.28	23	36.50	12	19.04	10	15.87	10	15.87

(*) Cinco pacientes no tienen actividad coital, pero se masturban mínimo una vez por semana.

Tabla 5.

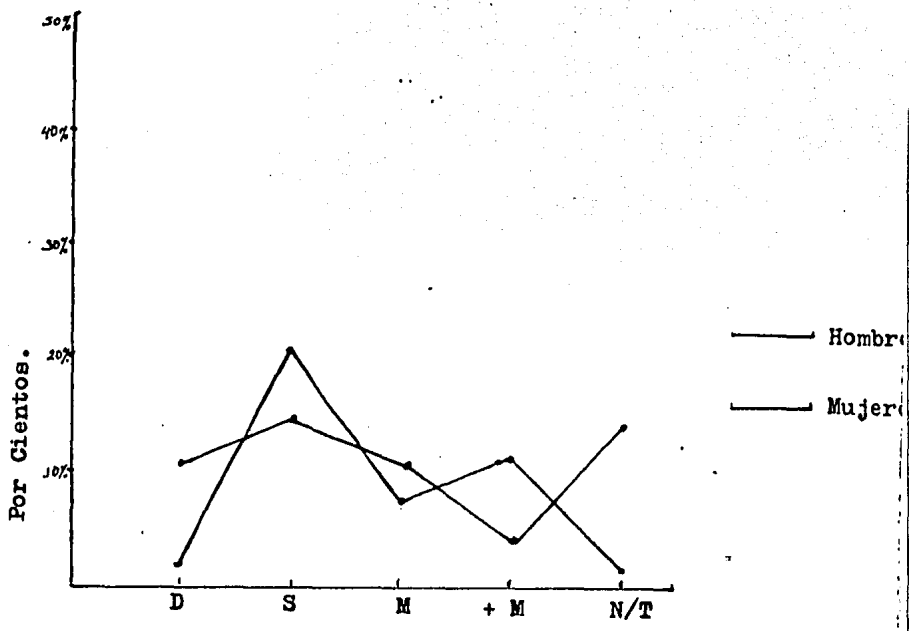


Fig.2 Distribución porcentual de actividad coital en Hombres y Mujeres.

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

GENERO	14a. y -		15 a 20a.		21 a 25a.		26a y +		No Tienen VSA	
	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	2	3.17	22	34.92	2	3.17	-	-	1	1.58
MUJERES	1	1.58	22	34.92	7	11.1	-	-	6	9.52
TOTAL	3	4.73	44	69.84	9	14.28	-	-	7	11.1

Tabla 6. Edad de inicio de actividad sexual en Hombres y Mujeres.

DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GENERO	HORMONALES		QUIRURGICOS		D.I.U.		RITMO		NINGUNO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	-	-	-	-	-	-	-	-	27	42.85
MUJERES	5	7.93	5	7.93	8	12.69	1	1.58	17	26.98
TOTAL	5	7.93	5	7.93	8	12.69	1	1.58	44	69.84

Tabla 7. Relación de Hombres y Mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL

GENERO	LEVE		MODERADO		SEVERO		SIN CAMBIO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	-	-	7	11.1	9	14.28	11	17.46
MUJERES	4	6.34	12	19.04	10	15.87	9	14.28
TOTAL	4	6.34	19	30.15	19	30.15	20	31.74

Tabla 8. Disminución del deseo sexual, comparativo entre hombres y mujeres.

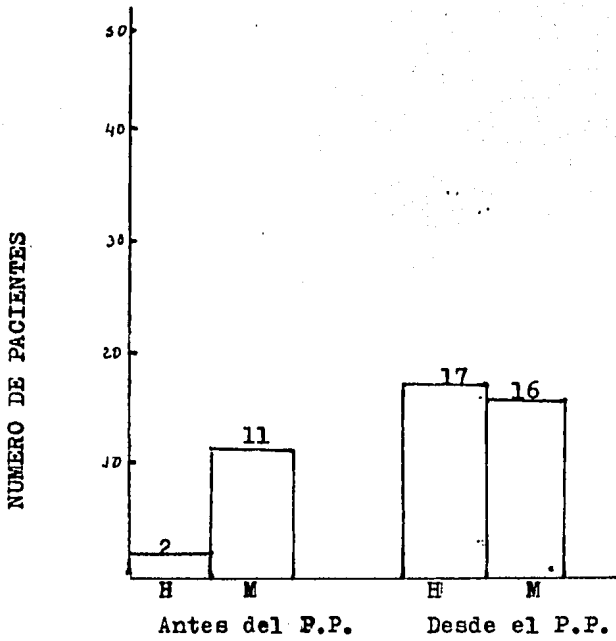


Fig. 3. Relación entre disminución del deseo sexual y aparición del padecimiento psiquiátrico.

(43)

DISFUNCION ERECTIL SECUNDARIA POR EDADES

DISFUNC.	18 a 28a.		29 a 38a.		39 a 48a.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
"C"	-	-	5	18.25	2	7.40	7	25.92
"P"	2	7.40	2	7.40	-	-	4	14.8
"D"	-	-	-	-	1	3.70	1	3.70
TOTAL	2	7.40	7	25.92	3	11.1	12	44.4

Tabla 9. disfunción eréctil masculina por grupos de edades.

EYACULACION PREMATURA POR EDADES

DISF.	18 a 28a		29 a 38a		39 a 48a		49 y +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
"C"	3	11.1	6	22.22	1	3.70	-	-	10	37.03
"P"	3	11.1	-	-	-	-	-	-	3	11.1
"D"	-	-	1	3.70	1	3.70	-	-	2	7.40
"N.E."	9	33.33	1	3.70	2	7.40	-	-	12	44.44
TOTAL	15	55.55	8	29.62	4	14.81	-	-	27	100.0

Tabla 10. Distribución de la disfunción por grupos de edades.

13

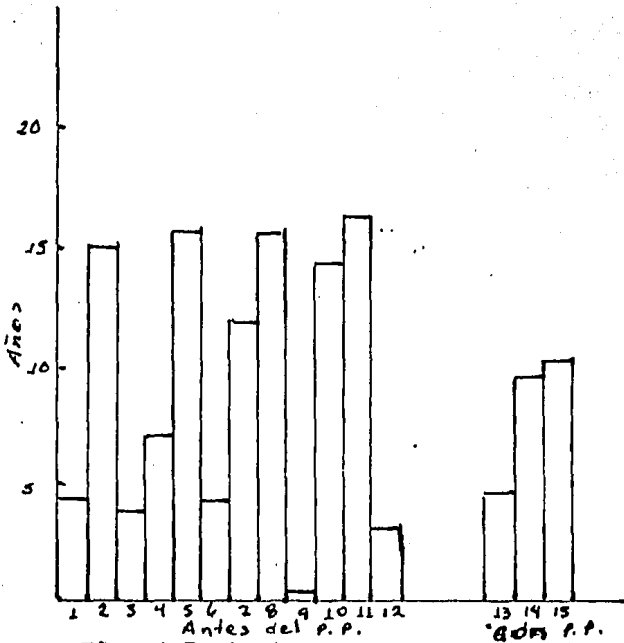


Fig. 4 Pacientes que presentaron la Disfunción antes y junto con el padecimiento psiquiátrico.

Eyacuación Prematura.

EYACULACION RETARDADA POR EDADES

DISFUNC.	18 a 28a		29 a 38a		39 a 48a		49 y +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
"C"	1	3.70	-	-	-	-	-	-	1	3.70
"P"	-	-	1	3.70	-	-	-	-	1	3.70
"D"	4	14.81	-	-	-	-	-	-	4	14.81
"N.E"	10	37.03	7	25.92	4	14.81	-	-	21	77.77
TOTAL	15	55.55	8	29.62	4	14.81	-	-	27	100.0

Tabla 11. Pacientes por grupos de edades que presentaron eyaculación retardada.

EYACULACION RETARDADA

DISFUN.	ANTES P.P.M		IN. CON P.P.	
	No.	%	No.	%
DC	-	-	1	1.49
DP	-	-	1	1.49
DD	1	1.49	3	11.1
TOTAL	1	1.49	5	18.5

Tabla 12. Pacientes con eyaculación retardada e inicio de padecimiento psiquiátrico.

DOLOR GENITAL ASOCIADO AL COITO

DISFUNC.	18 a 28a.		29 a 38a.		39 a 48a.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
P	2	7.40	2	7.40	0	0	4	14.81
NP	12	44.44	7	25.92	4	14.81	23	85.18
TOTAL	14	51.85	9	13.43	4	14.81	27	100

Tabla 13. Distribución por edades de pacientes que reportaron dolor genital durante el coito. (Hombres)

DOLOR GENITAL ASOCIADO AL COITO
EN PACIENTES MASCULINOS.

DISFUNC.	ANTES DEL PP		JUNTO CON PP		TOTAL	
	No	%	No.	%	No	%
DOLOR	4	14.81	-	-	4	14.81

Tabla 14. Disfuncion Psicosexual
(dolor en el coito) e Inicio de
padecimiento psiquiátrico.

Nota: En estos pacientes no fue posible la valoración
subsecuente pues no acudieron a la entrevista.

EXITACION SEXUAL INHIBIDA

DISFUNC.	18 a 28a.		29 a 38a.		39 a 48a		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DC	3	8.33	1	2.77	3	8.33	7	19.44
DP	7	19.44	6	16.66	1	2.77	14	38.88
DD	2	3.17	1	2.77	1	2.77	4	11.11
NE	7	19.44	3	8.33	1	2.77	11	30.55
TOTAL	19	52.77	11	30.55	6	16.66	36	100

Tabla 15. Pacientes que presentaron Exitacion Sexual Inhibida femenina por edades.

ORGASMO FEMENINO INHIBIDO

DISFUNC.	18 a 28a.		29 a 38a.		39 a 48a		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DC	2	5.55	1	2.77	3	8.33	6	16.66
DP	8	22.22	4	11.11	1	2.77	13	36.11
DD	0	-	1	2.77	1	2.77	2	5.55
NE	9	25	5	13.88	1	2.77	15	41.66
TOTAL	19	52.71	11	30.55	6	16.66	36	100

Tabla 16. Orgasmo Femenino Inhibido, Distribución por edades.

DISPAREUPNIA FUNCIONAL

DISFUNC.	18 a 28a		29 a 38a		39 a 48a		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DC	2	5.55	-	-	-	-	2	5.55
DP	2	5.55	1	2.77	-	-	3	8.33
DD	2	5.55	1	2.77	-	-	3	8.33
NE	13	36.11	9	25	6	16.66	28	77.77
TOTAL	19	52.77	11	30.55	6	16.66	36	100

Tabla 17. Dispareupnia funcional. Distribución por edades.

VAGINISMO

DISFUNC.	18 a 28a		29 a 38a		39 a 48a		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DC	2	5.55	-	-	-	-	2	5.55
DP	1	2.77	1	2.77	-	-	2	5.55
DD	-	-	-	-	-	-	-	-
GRUPO A	16	44.44	10	27.77	6	16.66	32	88.88
TOTAL	19	52.77	11	30.55	6	16.66	36	100

Tabla 18. Pacientes que presentaron vaginismo. Distribución por edades.

MEDICION GLOBAL

DISFUNC.	INICIADO ANTES PP		INICIADO CON PP		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%
DISPAREUP.	2	5.55	-	-	2	5.55
EXITACION S.IN.	6	16.66	1	2.77	7	19.44
ORGASMO INH.	5	13.88	-	-	5	13.88
VAGINISMO	1	2.77	1	2.77	2	5.55
TOTAL	14	38.88	2	5.55	16	44.44

Tabla 19. Disfunciones Psicosexuales Femeninas
y padecimiento psiquiátrico.

**SATISFACCION E INSATISFACCION
SEXUAL**

GENERO	SATISF.		NO SATISF.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	15	23.80	12	19.04	27	42.85
MUJERES	9	14.28	27	42.85	36	57.14
TOTAL	24	38.09	39	61.90	63	100

Tabla 20. Hombres y Mujeres: Satisfacción e Insa-
tisfacción sexual por grupos de edad.
(18 a 48a.)

(56)

22

(57)

INSATISFACCION SEXUAL Y
PADECIMIENTO PSIQUIATRICO.

GENERO	ANTES P.P.		A PARTIR P.P.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	7	11.11	5	7.93	12	19.04
MUJERES	19	30.15	8	12.69	27	42.85
TOTAL	26	41.26	13	20.63	39	61.90

Tabla 21. Insatisfacción sexual en relación a la
aparición del padecimiento psiquiátrico.

73

INSATISFACCION SEXUAL

GENERO	Menos de 1a.		1 a 5a.		5 a 10a.		10 a 15a		Mas de 15a.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOMBRES	1	2.56	4	10.25	7	17.94	-	-	-	-	12	30.76
MUJERES	2	5.12	14	35.89	6	15.38	1	2.56	4	10.25	27	69.23
TOTAL	3	7.69	18	46.15	13	33.33	1	2.56	4	10.25	39	100

Tabla 22. Tiempo en años de aparición de Insatisfacción sexual.