159
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA "

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

MARIA DEL CARMEN ROMO MILLARES

DIRECTOR: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA

México, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en una forma muy especial al Dr. Francisco Morales Carmona por todo su apoyo y ayuda incondicional. Así como al Instituto Nacional de Perinatología, por todas las facilidades que se me otorgaron para realizar este trabajo.

A la Psic. Claudia Sánchez por todos sus consejos y apoyo a lo largo del trabajo.

Así mismo quiero agradecer a las Mtras. Ofelia Reyes Nicolat, Patricia Paz de Buen Rodríguez, Leticia Bustos de la Tijera y Araceli Mendoza Ibarrola por el tiempo que invirtieron en mí para la revisión del presente.

A mis padres,
quienes son lo más
maravilloso que tengo,
Con todo mi amor
les doy gracias, ya que
sin ellos no hubiera
podido llegar hasta donde estoy.

A Jesús,
mi eterna gratitud
así como todo mi amor,
por todo el apoyo que he
recibido de su parte, en cada uno
de los momentos de mi vida
así como por su valiosa ayuda
durante la realización
de este trabajo

A mi familia en general, les doy las
gracias por haber confiado en mi.

A mi familia política
con mi cariño y agradecimiento
por estar siempre
al pendiente de mi trabajo

A Octavio y Laura por
el apoyo que he recibido de
su parte y el tiempo que me dedicaron
para la realización de este trabajo.

A todas aquellaspersonas
que mostraron interés
en mi trabajo y me motivaron
a seguir adelante

INDICE.

	PAGINA
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I SEXUALIDAD	9
CAPITULO II RESPUESTA SEXUAL HUMANA	27
CAPITULO III DISFUNCIONES SEXUALES	33
CAPITULO IV METODOLOGIA	51
RESULTADOS	59
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	71
CONCLUSIONES Y DISCUSION	75
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	79

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación radicó en determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en la población de pacientes que se atienden dentro del Instituto Nacional de Perinatología, para que de esta forma se puedan implantar programas enfocados a la resolución de estos problemas. La muestra fue obtenida al azar mediante números aleatorios y constó de 100 mujeres de primer ingreso al Instituto, excluyendo únicamente a aquellas que contaban con un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psiquiátrico. Para obtener los datos se aplicó la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina del Dr. Mario Souza que cuenta con 170 reactivos. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) utilizando medidas de resumen como medias, frecuencias, modas, medianas y desviación estándar. Para la descripción de los datos se emplearon gráficas y tablas.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia, se encuentran temas que han sido estudiados de muy diversas formas y han causado gran estremecimiento en cada una de las épocas de la misma, la sexualidad es uno de estos temas, ya que ha sufrido una serie de transformaciones que van desde la aprobación de cualquier contacto sexual, hasta un complejo oscurecimiento en donde era prohibitivo todo tipo de alusión o mención de cuestiones sexuales, todas estas concepciones han causado una falta de conocimiento de la gran mayoría de la población, lo cual, no permite a las personas un desarrollo correcto en esta área, por lo que el funcionamiento puede no ser el adecuado sin que la persona se percate de ello, especialmente las mujeres, quienes han sido las más reprimidas a lo largo de los tiempos, es por eso que el conocer las disfunciones sexuales y la prevalencia de cada una de ellas, nos permitirá abordar de una manera más clara y segura este problema que tantas parejas tienen en su relación. Hoy en día, la sexualidad se ha ido abriendo campo permitiendo a la investigación científica aclarar de forma correcta los conceptos reprimidos y oscurecidos a lo largo de los años. Sin embargo, cambiar una concepción reinante durante tantos siglos es una tarea difícil y que llevará tiempo

La inquietud que motivó el desarrollo de este trabajo, surgió a partir de la observación de una carencia de información acerca de la sexualidad, la cual es importante ya que se ha encontrado que la falta de información es el mayor causante de problemática sexual, debido a que las personas al no conocer acerca de su sexualidad no saben como conducirse y en ocasiones buscan información en medios no recomendables, que marcan una cara errónea de la sexualidad.

El presente trabajo intenta dar a conocer un aspecto muy importante de la sexualidad, las disfunciones sexuales, esto, debido a que el individuo que presenta alteraciones en su ciclo de respuesta sexual en un principio manifiesta conflictos consigo mismo que pueden llegar a repercutir a nivel conductual. Esta condición de conflictos, cuando existe una pareja, transgrede la individualidad y provoca cierto tipo de dificultades entre ellos, no solo a nivel sexual sino en su relación en general, ya que es muy probable que se vean alteradas también sus relaciones sociales. Para ello, se pretende abordar esta área de la sexualidad en un grupo de mujeres que de una u otra forma representan una parte de la población mexicana.

Este estudio solo pretende ser el inicio de futuras investigaciones, así como la base sobre la cual partir para el diseño de programas especiales que estén dirigidos a la educación sexual de la población en general, ya que se ha observado que en nuestra sociedad existe represión sexual, por lo que la mitificación que se le ha dado a la sexualidad, impide que esta sea impartida en el ámbito escolar de forma objetiva, sistemática y no valorativa. Asimismo, la información sexual, si se llega a dar, generalmente se dirige a los adultos con fines de planificación familiar, y no se imparte una educación formal de la misma de manera estructurada y sistemática, que comprenda los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

La tesis central que se plantea en este trabajo está dirigida principalmente a investigar cual es la prevalencia de cada una de las disfunciones sexuales en un grupo de mujeres pertenecientes al Instituto Nacional de Perinatología, así como conocer cual es la prevalencia de disfunciones en general dentro de la población estudiada.

En los subsecuentes capítulos se presentan los diferentes aspectos que permitirán sustentar el estudio (Marco Teórico), así como los métodos empleados para el análisis de la información.

En el primer capítulo se hace una revisión acerca de diferentes aspectos de la sexualidad en general.

En el segundo capítulo se hace una análisis acerca de la Respuesta Sexual Humana, ya que esto nos permitirá conocer de manera más amplia el funcionamiento fisiológico y psicológico de la respuesta sexual humana, conociendo cada una de las fases y como se presentan en una forma "normal" o deseable de esta.

En el tercer capítulo encontraremos a las disfunciones sexuales, así como estadísticas de estudios que se han hecho acerca de la prevalencia de disfunciones sexuales en diferentes países del mundo

Por último, se describe la metodología empleada en la elaboración de la tesis, y se proporciona un análisis de los resultados con sus correspondientes conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

SEXUALIDAD

A pesar de una serie de avances recientes, que nos hacen suponer que hay gran evolución en el conocimiento de la sexualidad, nos damos cuenta que ésta , sigue siendo un misterio para la mayoría de la población, e incluso para los mismos científicos para quienes aún se encuentran sin responder algunas preguntas. Todo esto, debido a que cada individuo tiene sentimientos, actitudes, convicciones, mitos y tabúes en materia sexual y porque se encuentra inmerso en una sociedad con normas en conducta sexual. Sin embargo, cada persona la experimenta en una forma distinta, ya que la perspectiva acerca de la sexualidad es pluridimensional.

Pero para aclarar los términos acerca de los que se está hablando observemos que el sexo ha sido definido por Freud como una poderosa fuerza biológica y psicológica, mientras que Malinowski subrayaba su vertiente sociológica y cultural.

En el lenguaje corriente la palabra sexo se usa con frecuencia para aludir al varón o la hembra (sexo biológico) o para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital (hacer el acto sexual) (Masters y Johnson 1982)

También puede definirse al sexo como una serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios (Alvarez J. L. 1986).

Por regla general la palabra sexualidad se emplea con un significado mas amplio que el vocablo sexo, ya que pretende abarcar todos los planos del ser sexual.

Al hablar de sexualidad nos referimos a una dimensión de la personalidad y no exclusivamente a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica (Masters y Johnson 1982). La sexualidad también es conceptualizada como un conjunto de caracteres sexuales anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que se manifiestan en la conducta del individuo con otras personas. (Azcárraga G 1976).

De ahí que la salud sexual sea definida por la O.M.S. en 1975 como "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor" (citado en Alvarez 1986).

La sexualidad para Masters y Johnson (1982), debido a su amplitud puede ser estudiada a través de cinco dimensiones:

-Dimensión biológica
-Dimensión psicosocial
-Dimensión conductual
-Dimensión clínica
-Dimensión cultural

-Dimensión biológica:

Para la dimensión biológica, son los factores biológicos quienes en gran medida controlan el desarrollo sexual, desde la concepción hasta el nacimiento, así como nuestra actitud para procrear después de la pubertad, el plano biológico afecta el deseo sexual y la satisfacción derivada de la relación amorosa, por otro lado, la excitación sexual, sea cual fuere el estímulo, produce una serie de efectos biológicos

concretos: aceleración del pulso, respuesta de los órganos sexuales y calor y hormigueo por todo el cuerpo.

-Dimensión psicosocial:

Conjuga factores psicológicos (emociones, ideas y personalidades) con elementos sociales (como las personas influyen recíprocamente), esta dimensión arroja a la luz no solo trastornos sexuales, sino una evolución como seres sexuales. Desde la infancia, la identidad sexual o de género de un individuo (la convicción íntima del sujeto de sentirse hombre o mujer) viene configurada por fuerzas psicosociales. Las primeras actitudes hacia el sexo, se basan en gran medida en lo que dicen o muestran los padres, amigos o maestros acerca del sentido y los objetivos del sexo. La vertiente social se manifiesta en el momento en que la colectividad regula las normas acerca de la sexualidad con el único propósito de encauzar nuestra conducta sexual por una senda determinada.

-Dimensión conductual:

La perspectiva conductista permite saber no solo lo que las personas hacen, sino como y porqué obran de cierta manera, en esta perspectiva, debe evitarse el enjuiciar el comportamiento sexual de los demás a partir de nuestros principios morales y experiencias personales, ya que con frecuencia es la gente la que marca las pautas de normalidad o anormalidad, dependiendo del comportamiento de cada una de las personas así como de sus valores y experiencias propias, castigando a aquellos individuos que se salen de los patrones esperados por cada uno de los enjuiciadores.

-Dimensión clínica:

Si bien el sexo es una función natural del organismo, existen numerosos impedimentos que pueden disminuir el placer o la espontaneidad del contacto íntimo, pueden existir menoscabos físicos, alteraciones emocionales, que repercuten en el ejercicio de la sexualidad. Es la dimensión clínica, quien se encarga de examinar las soluciones a estos y otros trastornos que impiden al individuo gozar de un estado de salud o dicha sexual.

- Dimensión cultural:

A menudo, las cuestiones relacionadas con el sexo tienen un carácter polémico y se reinterpretan en función de los respectivos esquemas de valores que rigen a cada una de las culturas, épocas, lugares y circunstancias, ya que el concepto de lo moral y lo justo varía con cada cultura y de un siglo a otro.

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano. No hay otra parte de la vida que esté a tal grado nublada por mitos y que tenga tanta carga emocional como la gama de conductas que podemos relacionar con la misma. Cada cultura define para sí misma lo que es normativo en términos de conducta sexual.

Desde el principio de la historia, la sexualidad ha sido un tema que ha despertado interés en todas las culturas y épocas, ya que los seres humanos han compartido las mismas inquietudes y se han interrogado sobre los muchos misterios en relación a la sexualidad con los que luchamos hoy en día, un ejemplo de ello es que este tema ha sido abarcado desde principios del ser humano. Según los historiadores: en el año 1000 A. de C. el incesto ya estaba rígidamente proscrito, la mujer estaba destinada a proporcionar placer sexual, el hombre tenía derecho a gozar de múltiples relaciones.

Con la aparición del Judaismo se prohiben el adulterio y la homosexualidad. El Cantar de los Cantares alude al sexo como un impulso creativo y placentero.

En la antigua Grecia se dio tolerancia a la homosexualidad entre alumno y maestro, las mujeres eran consideradas ciudadanas de segunda categoria.

Durante la primera fase evolutiva del cristianismo se hizo distinción entre el amor carnal y el amor espiritual y se ensalza la idea del celibato.

A finales del siglo IV D. de C. el sexo fue condenado en todas sus formas por San Agustin, excepto, si la cópula tenía como finalidad la procreación.

La actitud frente al sexo en el oriente era mas positiva que en el Occidente, en el ámbito de la sociedad hindú siempre había un segmento que aprobaba casi todos los comportamientos de índole sexual, en China, el sexo no era un hecho que inspirase temor, ni se conceptuaba como pecaminoso; antes bien, se estimaba como un acto de culto y veneración e incluso como la senda que conducia a la inmortalidad (Bullough, 1976, citado en Masters y Johnson, 1982).

Durante los siglos XII y XIII, la originaria tradición cristiana se arraigó con fuerza en Europa, habia repudio hacia la sexualidad excepto con fines de engendrar.

Al mismo tiempo, en las clases adineradas se da el amor puro, que es incompatible con los apetitos carnales, posteriormente a esto, hacen su aparición los cinturones de castidad.

En los siglos XVI y XVII la Reforma protestante encabezada por Calvino y Lutero se mostró mas tolerante en cuestiones sexuales, ya que no se estimaba que el sexo fuera reprobable.

En el siglo XVIII en Inglaterra y en Francia se daba tolerancia sexual, sin embargo, en América había una ética puritana. En E. U. la moral puritana se prolongó hasta el siglo XIX.

A mediados del siglo XIX con el principio de la época victoriana se dio nuevamente la represión sexual.
En el último cuarto de este siglo, Richard Von Krafft-Ebing estableció una clasificación de las disfunciones sexuales y propugnó la comprensión y tratamiento médico de las perversiones sexuales. Freud, logró demostrar mejor que nadie, la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia humana.

De 1920 a 1960, hay mayor libertad social y económica de la mujer, las relaciones pre-matrimoniales adquieren mayor difusión. El tema del sexo empieza a tratarse mas libremente en libros.

En la década de los sesentas se da inicio a una revolución sexual, debido a la facilidad para obtener píldoras anticonceptivas, hay movimientos de protesta, se da el resurgimiento del feminismo y hay una mayor franqueza en conversaciones y manifestaciones de orden sexual.

En las décadas de los setentas y ochentas, se da una mayor naturalidad para abordar el tema de la sexualidad, la práctica de la cohabitación no matrimonial empieza a cobrar creciente importancia como etapa previa al matrimonio. Se da la exclusión de la homosexualidad dentro del cuadro de las enfermedades mentales (1973), el primer nacimiento de un bebé de probeta, aparece el SIDA y causa estragos entre la población en general.

Todo lo anterior ha influido y continuará influyendo en nuestra forma de conceptualizar a la sexualidad.

Existen diversas teorías acerca de la formación de la sexualidad en los humanos, y aunque ninguna de ellas puede responder a la totalidad de las preguntas acerca del tema, es importante tener presentes a todas y cadá una de ellas, para poder tener un marco de referencia en cuanto a la formación de la expresión e identidad sexual (Gotwald y Holtz, 1983). Los aspectos que configuran el hecho de nacer como hombre y mujer son de vital importancia, junto con los factores psicológicos y sociales que empiezan a influir en el momento del nacimiento y que siguen haciéndolo a lo largo de nuestra vida.

La identidad de género es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino (Masters y Johnson, 1982). El rol o papel del género es la expresión de la masculinidad o femineidad de un individuo por las reglas establecidas por la sociedad.

La formación de la identidad de género se inicia a través de la niñez y repercute de muy diversas maneras en el desarrollo sexual. Las opiniones sobre las fuerzas que configuran la identidad de género son encontradas, por lo que se hablará de algunas de las teorías:

Escuela psicoanalítica:

Comprende a Sigmund Freud y Erick Erickson, psicoanalistas, ambos consideran que el desarrollo se da por fases y un buen desarrollo depende de completar con buenos resultados, la fase anterior, cuando ocurre algún trastorno en cualquier fase, el paso siguiente no será completo y así en todas las fases sucesivas, las cuales serán incompletas o anormales (teoría epigenética)

SIGMUND FREUD:

La escuela psicoanalítica considera que son los impulsos o instintos sexuales la fuerza motivadora en gran parte de la conducta que el observador promedio no consideraría que tiene una relación con la sexualidad, a esta fuerza se le conoce como Libido. La energía sexual da características eróticas a las partes corporales por medio de las cuales el lactante adquiere placer a medida que madura en un adulto plenamente funcional. Para Freud el primer paso en este proceso es la fase ORAL, coincide con la lactancia, su estimulación es constante por la boca y los labios, los cuales son la fuente principal de placer en esta etapa. Posteriormente surge la etapa ANAL se adquiere el control del recto y vejiga y el niño se hace consciente del placer que se relaciona con la defecación y su detención. En la fase FALICA se cree que el placer erótico principal se deriva del clítoris en la mujer y del pene en los hombres, en este lapso, la mayoría de los niños se percata de que existe diferencia entre sus genitales y los del sexo opuesto, por lo que aparece el temor a la castración en los niños, lo cual explica la identificación del niño con su padre.

Durante el periodo de LATENCIA los impulsos se encuentran tranquilos y no se manifiestan. Finalmente se llega a la fase GENITAL que ocurre durante el principio de la adolescencia, la mujer desplaza sus sentimientos eróticos del clítoris a la vagina y al varón le dan nuevas sensaciones eróticas al pene, para Freud alcanzar esta fase es el paso final en pos de la madurez emocional.

ERICK ERICKSON

Erickson tomó en cuenta los papeles que desempeñan el medio y la cultura en particular sobre las fases de la formación por las que pasa toda persona, propuso que el adquirir confianza para el lactante es básico durante el primer año de vida, ya que si no se logra, se produce el clima emocional opuesto, es decir desconfianza, para la cual describe las fuerzas emocionales opuestas que deben resolverse en este primer paso formativo.

En el segundo año, la meta psicológica del niño es resolver el conflicto entre autonomía y vergüenza y duda, el niño aprende el control muscular, rectal y vesical, al aprender el autocontrol el niño adquiere confianza y autoestima, mientras que de no ser así sufre una sensación profunda de vergüenza y duda que posteriormente puede ocasionar problemas personales y de relaciones interpersonales. En la tercera fase debe resolver la lucha edipiana y debe interiorizar los requisitos masculinos y femeninos de su medio, de no ser así ocasionaría una sensación duradera de culpa. Durante la cuarta fase, el niño ingresa a la escuela, si el niño no adquiere un sentimiento de industriosidad para lograr el afecto y admiración, es probable que perdure un sentimiento de inferioridad. Finalmente el primer paso que debe dar al principio de la vida adulta es la intimidad, para no quedarse en el aislamiento.

Erickson caracterizó la primera y segunda fase de la vida adulta como aquella persona que se ha desarrollado al punto que sus intereses se encuentran en la generatividad es decir ser productivo y creativo así como contribuir a la sociedad, la incapacidad de ser productivo conduce al estancamiento del ser humano. Por último la octava fase se caracteriza por la aceptación del único ciclo vital que le es propio al sujeto, por medio de esta aceptación ya no hay temor hacia la muerte.

Si bien, la teoría de Erickson de la formación psicológica hace hincapié en la fijación de la líbido y los cambios que ocurren en ella, lo hace dentro del contexto del medio y la cultura, en una manera en que es descuidada por la teoría Freudiana.

Teoría del aprendizaje

Esta teoría sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socioambientales a los que el niño se halla expuesto, la socialización diferencial (tratar diferente a los niños de las niñas), repercute tanto en la identidad como en el rol de género.

La escuela de los teóricos del aprendizaje afirma que las conductas son sobre todo producto de reforzadores ambientales, este aprendizaje ocurre de varias formas: puede enseñarse en forma consciente, captarse en forma menos consciente por imitación o a través de ensayo y error, afirman que casi ningún componente de la conducta sexual en humanos ocurre en forma automática, ya que siempre existe un componente en forma de aprendizaje. El aprendizaje es un proceso por el cual pueden ocurrir cambios en la conducta, los cuales pueden ser consecuencia de la experiencia o la práctica. Otro componente de la teoría del aprendizaje que es importante para estudiar la formación psicosexual, es el marco cronológico en el cual ocurre el aprendizaje.

La teoría del lapso crítico dice que existe un lapso determinado por factores biológicos en el cual el humano o el animal deben aprender ciertas conductas para lograr el paso siguiente de la maduración. Antes de este lapso, el niño no puede aprender una conducta determinada, después de este lapso crítico, la conducta aprendida es difícil de olvidar.

El Dr. Robert Stoller (1968) (citado en Gotwald, 1983), propone la hipótesis de que existe un lapso crítico en que el niño necesita fijar su identidad sexual. Pensaba que si no se fija con claridad a la edad de 3 años, pueden ocurrir problemas psicológicos graves en el niño. Consideraba casi imposible cambiar esta identidad una vez que se ha fijado.

Sin embargo, se ha encontrado que los factores biológicos tienen al parecer un papel importante en la percepción de nosotros mismos como hombres y mujeres.

Diamond, M. (1978 citado en Gotwald y Holtz, 1983) cree que tenemos una predisposición biológica, una voz biológica interna, una sensación innata de ser hombre o mujer que aparece en fase bastante temprana. Esta predisposición determina la forma en que el sujeto interacciona con el medio, por lo cual es llamada Teoría de predisposición o interacción.

Teoría cognitivo-evolutiva:

Según esta teoría el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (Kohlberg, 1966 citado en Masters, W y Johnson, V.1982)

Los problemas sobre el desarrollo sexual arrancan de la cognición. Las actitudes sexuales básicas no son conformadas directamente ni por instintos biológicos ni por normas culturales arbitrarias sino por la organización cognitiva que el niño hace de su

mundo social siguiendo las pautas del rol sexual. Esta teoría acepta la idea de que existen lazos importantes entre las experiencias de la niñez y la psicopatología adulta. La identidad sexual del niño se mantiene por una adaptación motivada a la realidad físico-social y por la necesidad de preservar una imagen de sí mismo estable y positiva. Las identificaciones sexuales con los padres se derivan, fundamentalmente, de la identidad sexual básica del niño y de su impulso de autoconservación y no al revés, como sostienen el psicoanálisis y las teorías del aprendizaje social (Maccoby, E.,1972). Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimulación no menos estereotipada del mundo en general. Contrariamente a la teoría del aprendizaje, esta doctrina sostiene que el niño copia el comportamiento de los adultos no tanto para obtener recompensa como para lograr una identidad propia. (Kaplan y Sedney, 1980 citado en Masters y Jonhson, 1982). El proceso de identificación sexual inicia cuando el niño oye y aprende los calificativos "niño" y "niña". El aprendizaje verbal por el niño del calificativo que le corresponde ocurre muy pronto, generalmente hacia el final del segundo año de vida. En el tercer año de vida el niño parece conocer su propia caracterización sexual y generalizarla a los demás de forma poco sistemática, sobre la base de un conjunto poco definido de características físicas. Si los conceptos de identidad sexual son creación del propio niño, también lo son los valores y conductas por ellos engendrados.

El aprendizaje cognitivo de los valores relativos al papel sexual lleva al desarrollo de nuevos valores y actitudes, y que ni las presiones sociales ni la enseñanza directa son parte necesariamente de este proceso. Sin embargo, el clima familiar puede facilitar o dificultar las tendencias naturales del desarrollo. (Maccoby, E. 1972).

Interacción biosocial:

Autores como Diamond, 1977, Money, 1980, ambos citados en Masters y Johnson (1982), contemplan el surgimiento de la identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales, es decir, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia, pone de manifiesto que en el proceso global de desenvolvimiento sexual existen determinados periodos críticos.

En los seres humanos existen ciertas diferencias en el comportamiento de género difomo basadas en los antecedentes hormonales prenatales, pero tales discrepancias no dictan automáticamente o pre-ordenan de forma total el curso del dimorfismo postnatal de la diferenciación de la conducta.

La tradición cultural impone aquello de lo que nadie duda, es decir, los padres se comportan de un modo distinto y mantienen diferentes puntos de vista sobre el futuro de sus hijos e hijas lactantes respectivamente, y así mismo estas expectativas en cuanto al género, pueden hallarse muy diversamente definidas en las tradiciones de las diferentes sociedades, las cuales ejercen una extraordinaria influencia en la configuración de la diferenciación psicosexual de un niño y el resultado final representado por una identidad de género masculino o bien femenino.(Money, J.,1982).

El desarrollo de la sexualidad puede dividirse para su estudio en etapas que pueden variar dependiendo del autor. A continuación se mencionaran algunas de estas divisiones:

Para Delvin, la sexualidad a lo largo de la vida se presenta en 7 etapas:

- De la infancia a la pubertad
- Pubertad
- Inmediatamente después de la pubertad
- Madurez sexual
- Edad de la razón
- La mediana edad
- La vejez

Masters y Johnson dividen este proceso en:

- Sexualidad en el lactante y primera infancia
- Sexualidad en la primera niñez
- Sexualidad del niño en edad escolar
- Sexualidad en la adolescencia

- Sexualidad en el adulto

    Primera etapa de la vida adulta

    La madurez adulta

    La menopausia

    La fase adulta tardia

Gotwald y Holtz, (1983) dividen en:

- Lactancia e infancia
- Adolescencia
- Vida adulta temprana
- Años maduros
- Ultimos años

Tiefer, L (1980), hace la siguiente división:

- Infancia y niñez
- Pubertad y adolescencia
- Adultez
- Vejez

Sin embargo podemos observar que todas estas clasificaciones no difieren del todo por lo que haremos un resumen que abarque a todas y cada una de ellas:

En la actualidad hay pruebas de que en los últimos meses del periodo de gestación el feto tiene erecciones, por lo que muestra señales de respuesta sexual. Durante la lactancia, la meta principal es la creación de una relación confiada y afectuosa con el adulto principal de su crianza, los lactantes comienzan a tocar sus genitales tan pronto como pueden mover sus brazos, estas sensaciones placenteras se registran en el cerebro a medida que se hace consciente del mundo y se desarrolla, suele abocarse a métodos mas aceptables en lo social de estimulación sensual o erótica como abrazar y besar a otros, la estimulación genital se hace indirectamente.

Se inicia el entrenamiento de la defecación, comienzan a verse las diferencias en la anatomía entre hombre y mujer y se interesan en las cuestiones de reproducción, empiezan a aprender palabras y significados sexuales de los adultos y su medio, ciertas conductas empiezan a clasificarse como sexuales y se les da equivalencias emocionales positivas o negativas.

Es frecuente que los niños de 5 a 7 años participen en juegos que los adultos consideran juegos sexuales. Hacia el final de la escuela elemental entre los 8 y los 10 años tienden a jugar sobre todo con niños de su propio género, pero suelen bromear con el género opuesto para mostrar de esta manera un alto grado de interés en las relaciones heterosexuales.

Es común que los niños del mismo género se muestren y se toquen unos a otros los genitales.

En el momento en que los niños ingresan a la escuela secundaria a los 12 años de edad comienzan a observar y a tener mayor interés por el sexo opuesto, se educa a las niñas sobre la menstruación, este lapso es confuso para los niños ya que se hacen evidentes mensajes y normas de doble sentido, el cuerpo dice una cosa mientras que los padres a menudo dicen lo contrario. La adolescencia es un lapso en que el cuerpo del niño comienza a cambiar para hacérsele extraño, ya se pueden clasificar como eróticas ciertas sensaciones vaginales y peneales, en esta etapa, lo más seguro es que la conducta sexual se convierta en el centro principal de atención. Tendemos a considerar a los adolescentes como seres humanos sexuales cuyas manifestaciones de sexualidad deben suprimirse hasta la edad de 20 años o hasta que ocurra el matrimonio, ya que a esta edad se evidencia la expectativa de que los varones deben conseguir logros. Las mujeres deben casarse y educar a los hijos, muchas mujeres se ven impulsadas a convencerse de que un rendimiento excesivo menoscaba su femineidad y popularidad.

Por otro lado, los varones están condicionados por el imperativo de equiparar su masculinidad a su eficiencia y experiencias sexuales.

La mujer aún esta influida en cierta medida por la idea de que el hombre le despertará todas las capacidades sexuales. Al haberle pedido que suprimiera sus sentimientos sexuales durante aproximadamente 20 años supone que de repente se los enciende. Mientras tanto, el hombre joven que se supone experimentado y conocedor sobre las cuestiones sexuales le enseña a su nueva pareja lo que esta tiene que saber acerca de la sexualidad.

Las expectativas en cuanto al rol de género en la edad adulta afectan el matrimonio, el trabajo, la política y el ocio. La conducta sexual ha sufrido en gran medida los efectos de los estereotipos sobre los roles de género, como la regla de discriminación sexual de la mujer y la idea de que el varón es siempre el experto en materia y conducta acerca de la sexualidad, Los jóvenes adultos son sexualmente más activos hoy de lo que eran hace 20 o 30 años, y por otro lado se observa una tendencia a contraer matrimonio a edades más tardías.

Con frecuencia la mediana edad principia con la crisis de la media vida, en la que el varón es particularmente vulnerable en el plano sexual, en algunos casos la crisis de la mujer inicia con la partida de los hijos, en este periodo ocurre la menopausia que puede ocasionar una variedad de síntomas así como numerosos trastornos psicológicos, los hombres aunque en menor escala pasan por un climaterio masculino con síntomas tales como: cansancio, debilidad general, falta de apetito, disminución del deseo sexual, etc.

En la adultez tardía se producen una serie de cambios biológicos en el ciclo de la respuesta sexual, como una menor lubricación vaginal en las mujeres y una respuesta eréctil más lenta en los hombres. en ambos sexos se da una reducción en la tensión muscular.

La sexualidad en las personas ancianas está profundamente influida por el ancianismo y otros estereotipos culturales que rechazan la normalidad de las sensaciones y aptitudes sexuales en este estadio del ciclo vital, no hay nada que justifique que las personas de edad deben renunciar o interrumpir el disfrute del sexo.

CAPITULO II

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Durante la respuesta sexual del ser humano se dan dos reacciones fisiológicas básicas. La primera es la vasoconstricción que supone el aumento de volumen de sangre concentrada en los tejidos corporales de los genitales y los senos de la mujer. La segunda es el aumento de la tensión neuromuscular o miotonía, acumulación de energía en los nervios y los músculos, esta última acontece en todo el cuerpo en respuesta a la activación sexual (Masters y Johnson, 1982)

A cualquier situación que provoca una respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE). Puede ser de diversos tipos de acuerdo a su procedencia y vías de captación del organismo. De este modo, los estímulos pueden considerarse: a) reflexogónicos y b) psicogénicos y a su vez en cada una de estas categorías pueden ser interoceptivos y exteroceptivos ya sea que provengan del organismo o del exterior. (Alvarez, J. L., 1986)

En los estímulos reflejos (reflexogénicos) participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior de la médula espinal. La vía aferente está constituida por los nervios pudendos, y los eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen en estos sectores y se denominan nervios erectores.

Los estímulos reflexogénicos exteroceptivos son los que provienen del exterior, como la estimulación genital táctil o de otro tipo, mientras que los estímulos reflexogénicos interoceptivos son los que provienen de algún fenómeno local que provoca el reflejo.

Los estímulos psicogénicos exteroceptivos provienen del exterior y se perciben por medio de los sentidos. Mientras que los estímulos psicogénicos interoceptivos son los que se originan en los centros superiores, como los recuerdos, los sueños o las fantasías.

	Reflexogénico	Psicogénico
Exteroceptivos	Estimulo a genitales Tocamientos	Olfato vista gusto oído
Interoceptivos	Estímulo a nervios pudendos llenado de vejiga	Fantasías recuerdos sueños

(Alvarez, J. L., 1986)

Los estímulos sexuales efectivos (ESE) de cualquiera de los tipos mencionados inician en el organismos femenino y masculino una serie de respuestas y cambios a nivel genital y sistémico que se acompañan de percepciones subjetivas. (Alvarez J. L., 1986).

Masters y Johnson (1982), han dividido la respuesta fisiológica del cuerpo humano a la estimulación sexual en cuatro fases. Si bien estas fases son arbitrarias, nos permiten separar y estudiar los componentes de la respuesta sexual humana con mayor facilidad.

Las cuatro fases son:

1. Fase de excitación
2. Fase de meseta
3. Fase de orgasmo
4. Fase de resolución

1. Fase de excitación: la excitación es consecuencia de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o ambas, en la mujer, la primera señal de excitación es la aparición de lubricación vaginal, la cual se presenta primero en forma de gotas aisladas que fluyen en sucesión y acaban por humedecer a toda la superficie interna de la vagina. La densidad, cantidad y olor de la lubricación varían de una mujer a otra y de un tiempo a otro. Los dos tercios interiores de la vagina se expanden, el cérvix y el útero son empujados hacia arriba y los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren, el clítoris aumenta de tamaño, los pezones se toman rígidos

En el hombre durante esta fase se da la erección del pene, la cual ocurre cuando la sangre llena los tejidos esponjosos del pene, el endurecimiento y agrandamiento del pene se deben al aumento de la presión del fluido, el pene no tiene soporte óseo ni músculo que regule el proceso de erección, los testículos se aproximan más al cuerpo y aumentan ligeramente de tamaño.

Los cambios físicos que se producen en esta fase no son siempre constantes y crecientes ni para los hombres ni para las mujeres. A menudo una distracción de índole física puede ocasionar una disminución de la tensión sexual acumulada.

2. Fase de meseta: Durante esta fase se mantienen e intensifican altísimos niveles de excitación sexual, que en principio disponen el terreno para el orgasmo, la duración de la fase es variante. En la mujer la intensa vasoconstricción en el tercio interior de la vagina origina una hinchazón de los tejidos. Esta reacción es denominada plataforma orgásmica, estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina, el útero se eleva. disminuye la producción de lubricante vaginal, el clítoris se retrae junto al hueso púbico.

Se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes a las del sarampión, este rubor sexual está causado por alteraciones en el ritmo de aflujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel.

En el hombre, aumenta levemente el diámetro de la cabeza del pene cerca de la corona, esta zona adopta una tonalidad más oscura, provocando la hinchazón de los testículos, los testículos empiezan a rotar hacia adelante. En ocasiones, durante esta fase, aparece en pequeña cantidad un fluido transparente procedente de la uretra del varón, portando algunas veces esperma vivo.

Hombres y mujeres experimentan el incremento generalizado de la tensión neuromuscular y esto se manifiesta sobre todo en las nalgas y los muslos, a veces se acelera el ritmo cardiaco, así como la respiración.

3. Fase del orgasmo: esta fase dura solo 3-15 segundos. es un momento de liberación, en que los cambios de vasocongestión y miotónicos que aparecieron durante las primeras dos fases dejan de aprisionar al cuerpo. Las reacciones corporales del orgasmo son involuntarias, y esta sensación se percibe en la pelvis y se concentra en forma especifica en el clítoris, vagina y útero en la mujer y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre.

Desde el prisma psicológico el orgasmo es un instante de goce y suspensión de la actividad mental.

En el caso de la mujer, el orgasmo se caracteriza por contracciones simultáneas y rítmicas del útero, tercio exterior de la vagina y esfínter anal, las primeras contracciones son extensas y muy seguidas, posteriormente disminuyen su intensidad y duración, es una respuesta global de todo el organismo y no solo de la pelvis.

En el hombre, existen dos fases de orgasmo, en la primera, los vasos deferentes así como la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra, el hombre percibe una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, durante el segundo estadio, las contracciones de la uretra y del pene se conciertan con las contracciones de la próstata y provocan la eyaculación o expulsión del semen por la punta del pene.

Durante la fase orgásmica se observa en uno y otro sexo una miotonia acentuada en todo el cuerpo, la cual se hace visible a través de los músculos faciales, que se contraen en una mueca o rictus. El orgasmo no solo se experimenta en forma fisiológica en el cuerpo, sino que además en forma subjetiva al filtrarse a través de las percepciones psicológicas y sociales de la mujer.

4. Fase de resolución: La tensión sexual se libera durante el orgasmo, y una vez que esto ha ocurrido el cuerpo regresa con lentitud a su estado no estimulado, lo que esencialmente consiste en una retirada fisiológica a través de los niveles de meseta y excitación. el cuerpo tal vez tarde de 10 a 15 minutos para completar esta reversión, sin embargo si no se experimenta el orgasmo, la fase de resolución puede durar casi un día. Las mujeres son capaces de regresar al orgasmo a partir de cualquier punto de la fase de excitación, en tanto que experimentan una nueva estimulación eficaz. En el hombre, se añade un periodo refractario a la fase de resolución.

Durante el periodo refractario es imposible que el hombre regrese al orgasmo aunque se someta a nueva estimulación, el rubor sexual va desapareciendo con rapidez, la erección del pene se pierde en dos fases, el clítoris en la mujer regresa a su posición normal, los testículos disminuyen de tamaño y los labios de la mujer regresan a su aspecto ordinario.

CAPITULO III

DISFUNCIONES SEXUALES

La sexualidad se ha visto influida por la creación de una serie de mitos y prejuicios que ocasionan una ausencia de información correcta, lo cual puede dar lugar a problemática sexual reflejada por medio de un mal funcionamiento sexual (disfunción sexual).

La Disfunción Sexual puede definirse como alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo (Alvarez, J. 1986)

Según Kaplan, H. existen 6 disfunciones, 3 en el hombre y 4 en la mujer. En el caso del hombre son la disfunción erectiva, la eyaculación retardada y la eyaculación precoz. Para la mujer son: la disfunción sexual general, disfunción orgásmica, el vaginismo y la anestesia sexual o conversión (Kaplan, H 1978).

Masters y Johnson consideran que las disfunciones en el caso de los varones son: Trastorno de la erección (impotencia), eyaculación precoz, inhibición de la eyaculación y eyaculación retardada, así como el coito doloroso o dispareunia. En el caso de las mujeres los trastornos sexuales son el vaginismo, la anorgasmia, el orgasmo rápido y el coito doloroso o dispareunia (Master y Johnson 1982).

En el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R, la división es la siguiente:

-Trastornos del deseo sexual

a)Deseo sexual inhibido (o hipoactivo)

b)Trastornos por aversión al sexo

-Trastornos de la excitación sexual

a)Trastornos de la excitación sexual en la mujer

b)Trastorno de la erección en el hombre

-Trastornos del orgasmo

a)Disfunción orgásmica femenina

b)Disfunción orgásmica masculina

c)Eyaculación precoz

-Trastornos sexuales por dolor

a)Dispareunia

b)Vaginismo

Son todas estas investigaciones y clasificaciones, las que han llevado a los científicos a ahondar en el tema buscando técnicas aplicadas para prevenir problemas sexuales futuros, de ahí que surja la terapia sexual como una alternativa para la resolución de dichos problemas, esta última, adquirió contenido propio después de la obra de Masters y Johnson. Su método presupone la participación de dos co-terapeutas que trabajan a diario con las parejas en el transcurso de un periodo de dos semanas y realzan la integración de datos fisiológicos y psicosociales. Lo sexual se contempla como una función natural, los ejercicios de focalización sensorial se utilizan para reducir la ansiedad y mejorar la espontaneidad, en ocasiones se emplean técnicas como las del apretón en casos de eyaculación precoz y se utilizan dilatadores vaginales para tratar el vaginismo sin dejar por ello de prestar gran atención a la dinámica relacional (Masters y Johnson 1982).

Helen Kaplan, (1975) se ha ocupado extensamente del tratamiento de los trastornos sexuales, integrando muchos de los métodos de Masters y Johnson con postulados de terapia psicoanalítica y conductual. Desde su punto de vista, la respuesta sexual del ser humano tiene una configuración trifásica consistente en 3 fases distintas pero conexas: El deseo, la excitación y el orgasmo. Ella conjuga la terapia sexual con los métodos psicoanalíticos, los modelos conductistas, la terapia racional emotiva y la terapia de grupo. Dentro de su técnica incluye ejercicios como la focalización sensorial I, la focalización sensorial II, placerado genital, la maniobra de puente, desensibilización progresiva, estímulo y distracción y el stop-start.

Aunque la terapia sexual no es un método infalible ha demostrado ser sumamente eficaz, como se desprende de numerosos estudios, estos beneficios tienden a ser duraderos mas que transitorios. Aunque la terapia sexual no es una panacea y algunas personas necesitan sin lugar a dudas otro tipo de ayuda profesional, la terapia sexual ha conseguido mejorar la vida de millares de pacientes con trastornos sexuales (Másters y Johnson 1982).

Otros investigadores han abordado el tema, tal es el caso de Ramos, G.(1990), en el cual basó su premisa en que a mayor grado de información teórica sexual, la probabilidad de que existan problemas sexuales disminuye (Masters y Johnson, 1983, Kinsey 1982, Kaplan 1982 y López 1983, citado en Ramos, G,1990). Concluyendo que no se ha conseguido desmitificar al sexo de forma que aporte al individuo una preparación teórico-conducta ideal para vivir un matrimonio sin miedos ni temores.

Por otro lado, Morales, H.(1991) se interesa por conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil de la Clínica Marina Nacional Del ISSSTE; concluyendo que las 306 mujeres encuestadas tienen poco conocimiento

acerca de la atención médica por problemas sexuales, por lo que casi no se consulta al médico. El nivel de educación sexual es poco debido a la falta de interés en conocer la sexualidad ya que resulta bochornoso hablar sobre el tema.

Así mismo, Chiu ,J (1990) se interesa por los mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual, ya que estos, son un factor importante que ha contribuido a que el tema sea manejado como controversial, distorsionado, oculto e incluso desconocido. Concluyendo que efectivamente existe una relación directa entre los mitos y tabúes y las disfunciones y preferencias sexuales.

Althof, S y Kingsberg, S (1992), aluden que los libros ayudan a pacientes con problemas sexuales y maritales dando una bibliografía correspondiente para cada uno de los problemas, ya que es conocido que los libros permiten a las personas sentirse menos solas y sistematizar sus esperanzas acerca de sus problemas, obtener un mayor conocimiento acerca de su problema, conocer el adecuado funcionamiento sexual, permiten, experimentar a la persona nuevos patrones de comunicación, ofrecen tratamientos y sugerencias acerca de los problemas y refuerzan aprendizajes obtenidos durante la psicoterapia.

Sin embargo, para conocer con veracidad cual es la prevalencia de disfunciones sexuales dentro de varias poblaciones se han hecho diferentes investigaciones, tal es el caso de una publicación médica norteamericana "The new england journal of medicine" (citada en Delvin, D. 1985),en el cual se realiza un estudio a cien matrimonios y se encuentra que la mitad de los maridos tienen dificultades y las tres cuartas partes de las esposas tienen más de un problema sexual, así mismo, un médico británico realizó un estudio preguntando a cada una de sus pacientes si tenían preocupaciones y problemas en su vida sexual, obteniendo que el 51.3% respondió

que sí. Por otro lado, el sociólogo inglés Michael Schofield realizó un estudio sobre hombres y mujeres de 25 años de edad y resultó que el 57% de ellos tenían algún tipo de problema. En el informe Hite, se encontró que 9 de cada 10 mujeres podían tener un orgasmo, pero no durante el coito, Solo un 30% de las mujeres llegaban al orgasmo durante el coito.

Por otro lado Masters y Johnson (1982),mencionan que del 2 al 3% de las mujeres post-adolescentes padecen vaginismo, 10% de las mujeres nunca han tenido orgasmos durante el coito y otro 10 % tiene orgasmos coitales en forma irregular. La anorgasmia según Masters y Johnson, es con mucho la categoría mas amplia de trastornos sexuales femeninos, que en los estudios mas completos abarca hasta el 90% de toda la muestra. El número de casos para la dispareunia es desconocido, pero se ha determinado que un 15% de las mujeres adultas experimentan molestias coitales unas pocas veces al año, y un 1 a 2% de las mujeres adultas tienen coitos dolorosos con regularidad.

Spector, I., y Carey, M. en 1990 hacen una revisión crítica de la literatura acerca de incidencia y prevalencia de disfunciones sexuales, entendiendo por incidencia al número de casos nuevos de disfunción que ocurren en una población específica durante un periodo de tiempo determinado. Prevalencia es definida como el porcentaje de personas que experimentan el desorden en el momento del estudio, encontrando que en los 50 años anteriores a su publicación se han realizado 23 estudios que se encargan de medir la incidencia o la prevalencia de disfunciones sexuales, dividiendo estos estudios en la clase de objeto que esta midiendo es decir, incidencia o prevalencia, la fase del ciclo de la respuesta en que se esté abocando, los sujetos y el tipo de ejemplo que esté usando.

La crítica metodológica que ellos ofrecen es que los estudios clínicos no son representativos de la población aún cuando ofrezcan datos importantes, encontrando cuales son los tipos de disfunción que causan mayor preocupación y llevan a la gente a buscar ayuda terapéutica para su resolución, por lo tanto, los estudios clínicos no reflejan la prevalencia y la incidencia, sino que son útiles para medir la búsqueda de ayuda., añade que en todos los estudios, los métodos que se usaron para medir las disfunciones fueron los cuestionarios y las entrevistas, encontrando que los cuestionarios tienen la ventaja del anonimato, por lo que los sujetos responden con mayor franqueza. En cambio las entrevistas pueden probar mayores detalles y datos mas precisos, sin embargo, requieren de una mayor labor en cuanto a calidad.

El uso de las definiciones operacionales resulta importante en todas las áreas del descubrimiento sin embargo, ellos encontraron que en el caso de las disfunciones sexuales es especialmente de mayor importancia, comentan, que muchos de los estudios realizados tienen fallas de los autores para definir cada una de las disfunciones, por lo que ellos recomiendan que estudios futuros, la clasificación que se utilicé sea común para todos los estudios.

Nathan, S. en 1986, publica un artículo acerca de la epidemiología de las disfunciones psicosexuales del DSM-III encontrando que una nueva clasificación de los desórdenes sexuales se hace oficial en 1980 con la publicación del DSM-III, datos de 22 estudios publicados durante un periodo de 50 años son re-analizados para estimar la frecuencia de las disfunciones psicosexuales, concluyendo que las medidas empleadas por estos estudios son solo una aproximación de los desórdenes del DSM-III, por lo que una clasificación como la mencionada debe usarse para uniformar a las disfunciones psicosexuales encontrando que futuras investigaciones pueden verse beneficiadas por técnicas más simples y formatos más detallados en la aproximación clinica.

Al realizar una revisión de los 2 estudios mencionados anteriormente se obtuvo una tabla en la que se mencionan las características principales de cada uno de los estudios que fueron revisados por los dos autores mencionados con anterioridad:

AUTOR	FECHA	SUJETOS	INSTRUMENTO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Hamilton	1929	100 hombres y 100 mujeres, casados, jóvenes y con educación	Entrevista estructurada	?	?
Davis	1929	2200 mujeres, la mayoría graduadas de diversos colegios	Cuestionario	?	?
Dickinson & Beam	1931	900 Pacientes ginecológicas de los autores, casados únicamente	Entrevista personal y cuestionario	?	Los datos se recolectaron en un periodo de 47 años
Kinsey et al.	1948	5300 mujeres blancas únicamente	Entrevista	?	?
Kinsey et al.	1948	12000 hombres caucásicos	Entrevista muy detallada realizada por expertos con duración de 2 hrs. realizando un test-retest	En hombres de menos de 35 años, menos del 1% tiene disfunción eréctil, en los 70 años, 25% presentan dicha disfunción y el 75% presenta eyaculación dentro con 2 minutos de intromisión	Excelentes datos psicométricos se obtuvieron de la entrevista
Terman	1951	556 mujeres casadas	Cuestionario	?	?

Kinsey et al.	1953	5940 mujeres, voluntarias blancas obtenidas a través de grupos en la comunidad, el rango de edad era 11-71, la mayoría no era mayor de 50 años el 58% casadas y el 56% educadas en colegios	Entrevista muy detallada aplicada por expertos, con duración de 2 hrs.	36% presentaban inhibición femenina del orgasmo antes de casarse, el promedio de mujeres con orgasmo coital es de 70-77%. 10% con inhibición orgásmica primaria, 25% mujeres no casadas con inhibición orgásmica y 5% casadas con Inhibición orgásmica	Buena validez y confiabilidad de los datos y muy buena descripción de los mismos
Thomason	1955	641 parejas, el hombre militar	Cuestionario	?	?
Chesser	1956	6034 mujeres británicas solteras, jóvenes y de status alto	Cuestionario	?	?
Raboch, et al.	1968	1292 mujeres pacientes ginecológicas	Entrevista	?	?
Rainwater	1968	202 hombres y 107 mujeres, las mujeres menores de 40, las 3/4 partes eran parejas	Entrevista, algunas parejas se entrevistaron mutuamente	?	?
Raboch	1970	819 mujeres, pacientes ginecológicas	Entrevista	?	?
Bell & Bell	1972	2373 mujeres casadas, reclutadas con 75 especialistas en relaciones familiares	Cuestionario	?	?

Hunt	1974	2026 sujetos, 982 hombres y 1044 mujeres el 90% de ellos blancos 71% casados, con educación y edad que representa a la mayoría de la población adulta de Norteamérica	Cuestionario por selección al azar, contactando a los sujetos por teléfono, el 20% estuvo de acuerdo con contestar completo el cuestionario. Posteriormente se entrevistaron 200 sujetos pero los datos no se mezclaron con los anteriores obtenidos en los cuestionarios	7% de las mujeres presenta inhibición orgásmica femenina durante el coito 8 son capaces de llegar al orgasmo menos del 25% de las ocasiones	En realidad es un estudio de las actitudes sexuales en los años 70's no es acerca de disfunciones
Hite	1976	3019 mujeres	Cuestionario	?	?

Ard	1977	161 parejas que continúan casadas entre sí durante 20 años fueron seguidas en un estudio longitudinal de 300 parejas, representativas	Cuestionario de actitudes sexuales y comportamiento	57% de las mujeres reportan gran disfrute de las relaciones sexuales, contra el 70% de los hombres, Inhibición orgásmica femenina 11% de las mujeres presentaron orgasmo alguna vez en mucho tiempo, 6% nunca en los últimos 3 años. Desórdenes eréctiles masculinos 1% usualmente, 2% casi nunca 1% siempre presenta disfunción	?
Travis & Sadd	1977	Aprox. 100000 mujeres casadas reclutadas por cuestionario impreso en Redbook	Cuestionario	?	?

Swan & Wilson	1979	Sujetos casados con edades entre los 16 y 65 años y no tratamiento psiquiátrico previo, referidos como pacientes psiquiátricos para un tratamiento de 6 meses, 79 de los 349 aceptaron de los cuales 63 fueron mujeres y 13 hombres	Se les dio una lista de problemas: hogar, relaciones y sexo en varias secciones, si los sujetos elegían cualquiera de los ítems se les aplicaba un segundo cuestionario y finalmente se les entrevistaba por ambos autores para completar el cuestionario Knox	63 mujeres y 13 hombres presentaron problemas sexuales fuera de los 349 de la clínica psiquiátrica. Solo 8 no tienen problemas psiquiátricos adicionales (1 hombre y 7 mujeres)	Incluye ambos sexos y problemas maritales
Garde & Lunde	1980	225, mujeres de 40 años danesas, seleccionadas al azar en diversos municipios, el status social estratificado en 8 clases, el 94.2% respondió	Entrevista estructurada por médicos mujeres	4% Inhibición orgásmica femenina, 35.4% reportaron tener problemas sexuales(definidos por el mismo sujeto)	No aclara si mide prevalencia o incidencia, que tipos de problemas sexuales estudia y solo utilizó una edad
Starr & Weiner	1981	282 hombres y 518 mujeres mayores de 60 años la mayoría blancos y con buena educación, reclutados a través de grupos	Cuestionario	?	?

Bullard	1988	147 clientes de terapia sexual en una clínica de minusválidos	Valoraciones	20 tienen el deseo sexual bajo, 6 de estos 20 tienen desórdenes eréctiles, 2 tienen dispareunia y otros, tienen eyaculación precoz, inhibición orgásmica masculina y femenina.	No se hace una aclaración de cuantas mujeres y hombres, sin embargo es un ejemplo de una población médica
Lo Piccolo & Friedman	1988	Parejas en tratamiento dentro de un centro de terapia sexual	Forma de historia sexual, inventario de interacción sexual, inventario de síntomas de Brief,		
Renshaw	1988	1071 parejas casadas en busca de terapia sexual entre los años 1972 y 1987, el rango de edades es de 19 a 85 años y la media es de 39.5 años	No es descrito	Hombres: disfunción eréctil masculina primaria=3.5%, secundaria 48%, eyaculación precoz 21.3%, deseo sexual inhibido 31.7%, Inhibición orgásmica masculina=3.4% Mujeres: Inhibición orgásmica femenina primaria 32.2% , secundaria=37.4% , deseo sexual inhibido 60.2%, vaginismo=5.1% Dispareunia=6.1%	?

Shover (Citado en Shover y Jensen)	1988	92 parejas responden a un anuncio en el periódico para personas con relaciones estables, La media de edad fué aproximadament e- te de 30 años, de todas las clases sociales, los judíos y católicos fueron los mayores representantes	Una forma de historia sexual llenada por ambos miembros de la pareja	Mujeres= dificultades en la excitación=14%, Inhibición orgásmica=27%, dispareunia=8%, baja en el deseo 10% Hombres: Disfunción eréctil masculina=3%, eyaculación precoz=23%, inhibición orgásmica=1%, dispareunia=2%, y baja en el deseo=0%	Las medidas realizadas son de incidencia, la disfunción es definida por Shover en 1982 como un sistema multiaxial

Masters y Johnson	1959	790 casos disfuncionales en busca de terapia sexual, 733 casos de disfunción:233 parejas ambos con disfunción(=446), 171 hombres con disfunción, 116 mujeres con disfunción y 57 casos de no casados, las edades fluctúan entre los 23 y 76 años, reclutaron a lo largo de 6 años. El 50% tenía una disfunción sexual previa al fracaso del tratamiento	Entrevista estructurada de la historia sexual por un equipo de coterapeutas. Todas las disfunciones son definidas:PE (eyaculación precoz)=no se satisface a la pareja en el coito 50%, IMO(Inhibición orgásmica masculina)= no puede eyacular dentro de la vagina, MED(Disfunción eréctil masculina) (primaria y secundaria) 25% falla. IFO(Inhibición orgásmica femenina), se divide en total y situacional	MED primaria=32, secundaria=213, PE=186, IMO=17, vaginismo=20, IFO primario=193, secundario=149 (11= masturbación, 106= coital, 32= azar)	Criterios diagnósticos claros

La inhibición orgásmica femenina, es citada comúnmente como la mayor dificultad sexual, en clínicas de terapia sexual, la frecuencia de esta se presenta en un rango que va del 18% (Bancroft & Coles citado en Spector & Carey, 1990) al 76% (Frank et al. citado en Spector & Carey, 1990). El estudio de Bancroft y Coles (1976 citado en Spector & Carey) fué replicado por Hawton en 1982 en la misma clinica usando los mismos procedimientos. Hawton encontró un porcentaje de 24 para la inhibición orgásmica femenina mostrando un incremento de la disfunción en estos 6 años.

Una diferencia entre Bancroft y Coles(1976), Hawton (1982) y Frank et al (1976) fué el método utilizado, desafortunadamente la confiabilidad y validez de su método no es reportada por los autores, una segunda diferencia son los ejemplos utilizados, así como que Frank et al. llevó a cabo sus estudios en los E.U. mientras que Bancroft y Coles-Hawton completaron su evaluación en el Reino Unido. Un cuarto estudio llevado a cabo en una clínica sexual es el de Renshaw (1988) durante 15 años entre 1972 y 1987 revelando una disfunción orgásmica crónica en un 32.2% y 37.4% para disfunción adquirida,

En estudios comunitarios el índice de esta disfunción varia. En un estudio pionero de Kinsey et al: (1953 citado en Spector & Carey) se encontró que el 10% de las mujeres reportan que nunca han experimentado un orgasmo. Posteriormente Levine y Yost (1976 citado en Spector & Carey) encontraron que el 5% de la población es anorgásmica, probablemente indicando un decremento en el tiempo en el número de mujeres que nunca han experimentado un orgasmo. En estudios llevados a cabo durante los años 70's enfocados hacia mujeres que nunca o infrecuentemente habían experimentado un orgasmo los rangos fueron del 15 al 20%.

Hite (1977 citado en Spector & Carey) reporta que el 4% de las mujeres son anorgásmicas durante la masturbación y 70% durante el coito

Frank et al. (1978 citado en Spector & Carey) reporta que el 57% de las mujeres que buscan terapia sexual experimentan desórdenes en el deseo y el 80% de los que buscan terapia de pareja experimentan esta dificultad.

Estudios comunitarios sugieren que desórdenes en la fase del deseo ocurren en un 11% (Levine y Yost,1976 citado en Spector & Carey) a 48% (Frank et al. 1978 citado en Spector & Carey) de la población en general.

Las tasas para el vaginismo varía de 12 a 17% en las mujeres que se presentan en las clínicas por disfunción sexual (Bancroft y Coles, 1976, Hawton, 1982, Masters y Johnson, 1970 citado en Spector & Carey). Renshaw (1988 citado en Spector & Carey) encontró para el vaginismo un 5.1%.

Las tasas para la dispareunia se estiman de un 3 a 5.1%,. en estudios comunitarios varía de 8% a 23%

En resumen, las investigaciones acerca de las disfunciones sexuales dentro de clínicas, revelan que los desórdenes en la fase del deseo son el problema que se presenta en mayor número, seguidos por desórdenes en el orgasmo y vaginismo y la dispareunia parecen ser menos frecuentes. En los estudios comunitarios, los desórdenes en la fase del deseo y del orgasmo parecen tener la misma prevalencia, esto, dependiendo de la definición utilizada para la descripción de la disfunción.

En el caso particular del orgasmo y su frecuencia, Nathan, S hace una revisión y reporta que la bibliografía revisada cuenta con los siguientes datos:

Estudio	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Usualmente	Siempre
Hamilton	31%	10%	11%	5%	17%	26%
Dickinson & Beam	31%			69%		
Terman	8%	25%			66%	
Terman	8%	22%			70%	
Kinsey	14%			86%		
Thomason	7%	5%	12%		52%	24%

Estudio	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente mente	Usualmente	Siempre
Raboch			56%		44%	
Bell & Bell	8%	11%		21%	42%	17%
Fisher	6%		55%		39%	
HUnt	7%	8%		11%	21%	53%
Hite	12%			88%		
Levine & Yost	17%	12%		22%	3%	46%
Tavris & Sadd	7%	11%		19%	48%	15%
Pietropinto y Simenauer	5%	19%		41%		35%
Frank et al.	15%*					
Bell & Weinberg	7%*					
Starr & Weiner	2%	27%		34%		35%

* Sujetos en un estado de inhabilidad para tener orgasmos, la carencia de ellos es un "Problema"

Una de las criticas que se hacen a estos estudios es el hecho de que los autores únicamente se encargaron de preguntar acerca de la frecuencia de obtención del orgasmo, pero dejaron a un lado la facilidad de obtención del mismo, sin embargo esto se compensa ya que el DSM-III define a la disyunción si cualquiera de los parámetros está comprometido. Sin embargo se puede decir que el 5 al 15% de las mujeres son anorgásmicas y que esto representa la menor estimación de la prevalencia acerca de la inhibición orgásmica. Si las mujeres que tienen orgasmos "Únicamente" o "algunas veces" se clasifican, sufren de disfunción, entonces, el porcentaje sería mucho mayor, quizá 30%. (Nathan, S, 1986).

Como se puede observar con base en las estadísticas acerca de las disfunciones sexuales, estas, son muy variantes, sin embargo, ninguno de los estudios que se han mencionado, fué realizado en población mexicana por lo que nos interesa conocer cual es la prevalencia de las disfunciones sexuales, dentro de la población mexicana y específicamente en el Impera.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia de disfunciones sexuales y cuáles son las más frecuentes dentro de la población de pacientes que acuden al INPer?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La investigación pretendió conocer la prevalencia de disfunciones sexuales en las pacientes del INPer y cuales son las mas frecuentes, para que de esta forma en un futuro se puedan aplicar programas de atención a tres niveles: el informativo, el de terapia sexual y el de psicoterapia de grupo, conociendo con veracidad cuales son las necesidades de la población en esta área y así incidir sobre la problemática que afecta tanto a la paciente como a su relación de pareja.

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

En el caso de esta investigación, únicamente interesa conocer la prevalencia de disfunciones sexuales, por lo que al tratarse de un estudio descriptivo y exploratorio no hay planteamiento de hipótesis.

VARIABLES:

Se pretendió detectar el número de casos de pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología con disfunciones sexuales, por lo que se observaron las respuestas que las pacientes proporcionaron al instrumento, así como todas y cada una de las categorías de la disfunción sexual, las cuales son definidas de la siguiente forma:

-Deseo sexual inhibido: ausencia o pobreza de fantasías y actividad sexual de forma persistente o recurrente

-Trastorno por aversión al sexo:aversión extrema persistente o recurrente hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual

-Trastorno de la excitación sexual:fracaso completo, parcial, persistente o recurrente, en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación

-Disfunción orgásmica femenina:ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación normal

-Dispareunia:dolor genital persistente o recurrente de un hombre o una mujer antes, durante o después de la relación sexual

-Vaginismo:aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere con el coito

-Disritmia:insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos.

SUJETOS:

Se entrevistó a sujetos femeninos que ingresaron al INPer para su atención, sin importar edad, nivel de escolaridad, etc. Unicamente se descartaron aquellas pacientes que tuvieron un diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico o retraso mental.

MUESTREO:

El muestreo fué realizado al azar ya que cada miembro de la población tuvo la misma probabilidad de ser elegido, se tomó una lista de todas las pacientes que fueron aceptadas dentro del Instituto durante esa mañana y se eligieron al azar a 4 de esas personas para participar dentro de la investigación, hasta completar un total de 100 pacientes que conformaron la muestra.

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio fué un estudio descriptivo, ya que únicamente se pretendió reseñar las características mas importantes del mismo, es decir, solo pretendió describir el fenómeno tal y como se presentó en la realidad. Se trató de un estudio transversal ya que las unidades de observación fueron captadas en un momento dado de su evolución. El estudio, fué no experimental ya que nos limitamos a la observación de los hechos tal y como ocurrieron, Se trató de un estudio cerrado, de casos ya que el procedimiento estableció como objeto de estudio a un grupo de individuos definidos en tiempo y espacio para su observación. Fué retrospectivo ya que el registro de las observaciones se realizó sobre hechos ocurridos en el individuo que estuvieron presentes en el pasado y que afectan el presente.

Así mismo, fué descriptivo en tanto mostró una situación a través de indicadores, y finalmente fué aplicado ya que tuvo como finalidad aplicar los conceptos y conocimientos obtenidos para la solución de problemas.

DISEÑO:

El diseño con el que se trabajó, fué de una sola muestra extraída de una población determinada.

INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES:

ANTECEDENTES DE LA HISTORIA CLINICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA:

Para Souza, M et al. 1987, realizar una historia clínica sexual es integrar sistemáticamente los datos referentes a la condición biopsicosocial del ser humano, así como su correlación con la patología concomitante o agregada. La historia clínica codificada para la sexualidad femenina es un intento de reunir sistematizadamente las diferentes formas de abordaje y los cuestionamientos que se requieren dirigir al paciente a efectos de obtener la información completa sobre su problema sexual. Se pretende evitar los errores provenientes del paciente, del médico o de la relación entre ambos que obstaculizan la consecución de una historia formal, excluyendo aquellos errores y omisiones que suelen existir en esta relación, el instrumento representa ventajas técnicas prácticas, que permite un modelo de abordaje y conducta que reduce la posibilidad de juicios de valor y consolida el profesionalismo de esta área médica.

PROPUESTA:

Realizar una historia clínica sexual, es integrar sistemáticamente los datos referentes a la condición bio-psico-social del ente humano, así como su correlación con la patología concomitante o agregada. Se presenta este formato de historia clínica en el intento de reunir sistemáticamente las diferentes formas de abordaje a los cuestionamientos que se requieren dirigir al paciente a efecto de obtener la información completa y veraz sobre su problema psicosexual.

OBJETIVO:

Ante la necesidad clínica y organizacional de trabajar con rapidez y complementando una visión clara de problemas generalmente difíciles de tratar, este formato busca mejorar la calidad de los servicios vía racionalización de su uso, en su momento en donde la crisis costo-beneficio impele a la reorganización. Está basado en un diseño que complementa pero no suple la actividad clínica y que uniforma los criterios para su comparación intra e interinstitucional.

ESTRUCTURA:

La historia clínica codificada para la sexualidad femenina es un instrumento que explora la sexualidad femenina, consta de 15 capítulos con 170 reactivos. En su confección se llevó un orden sistemático de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo y de lo sano a lo patológico, buscando la interpretación a través de la descripción clínica. La secuencia se encuentra basada en el modelo médico tradicional y no es un cuestionario de investigación; por tanto, requiere ser aplicado por personal previamente adiestrado. las metas fundamentales son clínicas, pero puede extenderse a la docencia y permite, dada su sistematización, hacer comparaciones bioestadísticas que apoyen la investigación clínica. este documento detecta el diagnóstico clínico actual, sugiere una clasificación moderna, propone medidas terapéuticas tratando de

eliminar algunas de las fallas del ejercicio médico en el campo institucional, educa a quien lo aplica y a quien la recibe, aspecto que no se toma en cuenta en otros instrumentos estandarizados dirigidos a la sexualidad.

Su aplicación requiere de ciertos conocimientos previos respecto al diagnóstico y al manejo de los problemas sexuales.

CONTENIDO:

Esta formada por 15 capítulos que se refieren a:

1. Datos generales del aplicador
2. Datos generales del entrevistado
3. Motivo de estudio
4. Antecedentes familiares patológicos
5. Antecedentes personales patológicos
6. Antecedentes personales no patológicos
7. Problemas recientes
8. Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad
9. Comportamiento sexual actual
10. Antecedentes terapéuticos
11. Estado actual de salud
12. Diagnóstico
13. Recomendaciones terapèuticas
14. Pronóstico
15. Comentarios y observaciones

La historia esta diseñada para poder aplicarse a todos los individuos que demanden consulta por problemas de la sexualidad o sospechosos de caso, dentro de una unidad clínica y fuera de esta, sin importar la edad, el lugar de residencia, su estado socioeconómico, estado civil u otros, a efecto de determinar si el entrevistado es portador o no de un problema actual de la sexualidad, además de alguna afectación.

PROCEDIMIENTO:

La Historia puede aplicarse por cualquier miembro del equipo de salud, previamente adiestrado, de ser posible en el primer contacto con el paciente. El registro de información se marcará con una cruz en el número de código correspondiente a las categorías estipuladas.

PERIODO DE APLICACION:

Se considera que esta Historia tiene vigencia abierta, según se juzgue conveniente en la unidad médica o psicológica en la que se aplique.

El instructivo de la HCCSF define y explica conceptualmente los reactivos y la manera de hacer el interrogatorio, las respuestas admisibles, así como el procedimiento para señalarlas y su ubicación, Su duración aproximada es de 40 minutos y el riesgo de manipular la prueba es el mínimo, ya que el aplicador resolverá cualquier duda que presente el informante. (Souza, M, et al ,1987)

PROCEDIMIENTO:

Para la obtención de la muestra, primero se contactó con el Departamento de Trabajo Social del INPer y se le pidió un listado de las personas que ingresaron durante ese día, se acudió a dicho departamento para contactar con las pacientes, a las cuales se

les explicó el motivo de la investigación y se les pidió su consentimiento. Se contó en el Departamento de Psicología con cubículos destinados a la aplicación de la Historia, la cual, se llevó a cabo en una sola sesión, ya que el orden de las preguntas es importante para entablar un buen rapport para con el informante, la aplicación fué en forma verbal, realizándola una persona entrenada para resolver cualquier duda que se presentó en esos momentos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos se procesaron en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), utilizando medidas de resumen como son medias, frecuencias, moda, mediana y desviación estándar. Para una mejor descripción de los datos, se emplearon gráficas y tablas de lo anterior.

RESULTADOS

Para obtener los resultados se hizo uso del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), a través de la computadora. Dentro de este paquete se seleccionaron una serie de programas que se adecuaron a la investigación.

En primer lugar se hizo uso del programa de frecuencias, el cual, permitió elaborar un estudio descriptivo de la muestra con base en los datos generales y a las principales características del instrumento. Este programa proporcionó medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (error estándar, desviación estándar, varianza, sesgo, curtosis y rango), así como frecuencias absolutas y relativas a través de las cuales se hizo un análisis de la muestra. Los datos obtenidos para cada uno de los reactivos del instrumento fueron los siguientes:

DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO:

Con respecto a la variable edad se observa que los valores fluctúan entre los 14 y los 49 años obteniéndose una media de 30.2 años y encontrándose que la moda es de 28 años así como que la mediana cae en los 29 años de edad (Tabla 1).

En el caso del estado civil encontramos que 7 de ellas son solteras, 76 de ellas casadas 16 viven en unión libre y 1 de ellas se encuentra separada (Tabla 2).

Para la variable lugar de origen (donde vivió los 10 primeros años de su vida): 69 de ellas contestaron que en el D.F. y 31 de ellas viven en alguno de los estados de la República Mexicana (Tabla 2).

En el caso de los años de escolaridad encontramos valores que fluctúan entre los 6 y 21 años, es decir, todas ellas tienen la primaria terminada siendo la media de 11.1 y encontrándose que la moda se encuentra en los 12 años de escolaridad es decir, con la secundaria terminada representando estas al 27.3% de la población estudiada (Tabla 1).

Para la ocupación de las pacientes en el momento de la entrevista encontramos que: 79 de ellas se dedican al hogar, 4 de ellas son profesionistas, 1 de ellas es empresaria, 2 son burócratas 4 empleadas de la iniciativa privada, 4 comerciantes en pequeño, 3 obreras,1 asistente y las últimas 2, estudiantes.

En el caso de la religión, 91 de ellas mencionan que son católicas, 1 testigo de Jehová, 4 mencionan no tener religión y las últimas 4 pertenecer a otras religiones (Tabla 2).

En cuanto al ingreso mensual, 63 de ellas mencionan como ingreso mensual de 1N$ a N$1000 , 22 de 1000 a 2000, 9 de 2000 a 3000, 3 de 3000 a 4000 y 2 con 5000 o mas N$ (Tabla 2)

25 de las pacientes refieren que en el transcurso del ultimo año han tenido problemas graves de salud, las restantes 75 mencionan no haberlos tenido.

PROBLEMAS RECIENTES:

31 de las pacientes comentan que han tenido graves problemas económicos durante el último año, las restantes 69 lo niegan.

13 refieren problemas serios a nivel familiar y 87 los niegan.

5 de ellas comentan haber tenido en el último año problemas serios a nivel de pareja, las restantes 95 no los tuvieron.

7 mencionan haber tenido problemas laborales serios durante este año y 93 de ellas los niegan.

Para los problemas ginecológicos encontramos que 35 mencionan haber tenido estos problemas en forma severa y 65 no.

Para los problemas obstétrico 34 de ellas los tuvieron y 66 no los tuvieron.

22 de ellas mencionan haber tenido problemas emocionales severos y 78 los niegan.

2 de las pacientes refieren presentar problemas sexuales y las 98 restantes niegan tenerlos.

ANTECEDENTES BIOPSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD:

14 mencionan haber tenido una experiencia sexual traumática , las 86 restantes lo niegan. De las 14 que refieren lo anterior 3 de ellas lo sufrieron a los 6 años, 1 a los 7, 3 a los 10 1 a los 11, 1 a los 12, 2 a los 14, 2 a los 17 y finalmente 1 a los 22.

19 pacientes refieren no haber recibido nunca información acerca de la menstruación, 41 refieren que la información recibida fué de sus padres, 50 mencionan que la información fué recibida de las escuelas, 2 de ellas la recibieron de sus amigas, 7 la recibieron de algún familiar y 1 de ellas la recibió de un sacerdote.

61 de ellas mencionan no haber recibido nunca información acerca de las relaciones sexuales.

Para la aparición de los caracteres sexuales secundarios encontramos que 8 de ellas la presentan de los 8 a los 10 años, 39 de los 10 a los 12, 37 de los 12 a los 14,15 de los 14 a los 16 y 1 de ellas después de los 16.

Con respecto a la edad de la menarca específicamente, 1 menciona que fué a los 7 años, 1 a los 8, 2 a los 9, 27 a los 11, 20 a los 12, 19 a los 13, 18 a los 14, 8 a los 15 y 4 a los 16, encontrando que la moda se encuentra en los 11, siendo la media de 12.53 (Tabla 3).

51 comentan tener un ritmo menstrual regular y las 49 restantes irregular, comentando 78 de ellas que si presentan algún síntoma que acompaña a su menstruación las restantes 22 lo niegan.

89 de ellas niegan haberse masturbado durante la adolescencia, 7 de ellas refieren si haberse masturbado logrando llegar al orgasmo y las restantes 4 si practicaban la masturbación pero no lograban el orgasmo. Las 11 que declaran haberse masturbado mencionan que la masturbación se llevaba a cabo entre 1 y 2 veces por semana. Iniciando esta masturbación 1 de ellas a los 12 años, 1 a los 13, 1 a los 14, 2 a los 15, 4 a los 16, 1 a los 19 y 1 a los 21.

18 de las mujeres entrevistadas mencionan que uno de los motivos que tienen para realizar su sexualidad es la reproducción, 25 mencionan que el motivo que tienen es la satisfacción, 77 mencionan como motivo el afecto y 5 de ellas la autoafirmación (Gráfica 2)

82 de las mujeres mencionan no tener ningún temor hacia la sexualidad o hacia lo sexual, mientras que 18 comentan si tener algún temor ante esto.

1 de las mujeres menciona haber tenido su primera experiencia sexual (no necesariamente coital) a los 10 años, 2 a los 13, 7 a los 14, 7 a los 15, 18 a los 16, 15 a los 17, 8 a los 18, 10 a los 19, 9 a los 20, 2 a los 21, 8 a los 22, 5 a los 23, 4 a los 24, 2 a los 25, 1 a los 26 y 1 a los 28, encontrando que la media para este reactivo fué de 18.2, encontrando la moda en el 16. 97 de ellas mencionan que dicha experiencia fué voluntaria, mientras que las 3 restantes comentan que no fué así. En esta experiencia 98 de ellas mencionan que lo anterior fué con hombres, mientras que las dos restantes mencionan que fué con mujeres. comentando 2 de ellas que la edad de su pareja era de 13 años, 3 de ellas con 14, 2 de 15, 8 de 16, 10 de 17, 17 de 18, 5 de 19, 7 de 20, 7 de 21, 6 de 22, 8 de 23, 7 de 24, 4 de 25, 5 de 26, 2 de 27, 1 de 28, 2 de 30, 1 de 32, 1 de 35, 1 de 38 y 1 de 40, encontrando a la media en 20.8 y la moda en 18. 81 de ellas mencionan que esta experiencia no les dejo ninguna consecuencia y 19 de ellas mencionan que si les dejo consecuencias.

44 de las mujeres reportan que su primera experiencia coital fué con orgasmo y las 56 restantes mencionan que no lo consiguieron en esta primera experiencia.

Con respecto a la edad de inicio de la actividad coital 2 de ellas mencionan que fué a los 14 años, 3 a los 15, 4 a los 16, 8 a los 17, 9 a los 18, 13 a los 19, 10 a los 20, 6 a los 21, 9 a los 22, 11 a los 23, 8 a los 24,4 a los 25, 5 a los 26, 3 a los 27, 4 a los 28 y 1 a los 29 encontrando la media de 21 y la moda de 19 (Tabla 3).

87 de ellas mencionan que la desfloración ocurrió en una forma adecuada y las 13 restantes niegan que haya ocurrido en forma adecuada.

2 de las mujeres reportan que cuando están en periodo de menstruación siempre tienen actividad sexual, 36 de ellas mencionan que ocasionalmente sucede y 62 comentan que nunca se presenta esta actividad durante la menstruación.

2 de ellas mencionan que hay actividad masturbatoria ocasionalmente durante la menstruación y 98 niegan toda actividad masturbatoria durante el periodo menstrual.

27 mujeres reportan presentar dolor al inicio del coito no teniendo consecuencias con el resto del coito ,11 de ellas mencionan dolor al inicio del coito impidiendo en ocasiones llevarlo a cabo, 14 de ellas mencionan tener dolor durante el coito y 15 al final del coito.

80 de las mujeres comentan no haber tenido ningún compañero sexual no estable, es decir cuya relación sea menor a los 2 años, 15 de ellas mencionan haber tenido 1 compañero no estable y 5 de ellas menciona a 2 compañeros.

8 de las mujeres menciona no haber tenido ningún compañero sexual estable (relación mayor a dos años) , 84 mencionan a 1 compañero, 7 mencionan a 2 y 1 menciona a 4 compañeros sexuales estables.

31 mujeres mencionan no haber usado nunca métodos anticonceptivos, 14 de ellas mencionan haber usado métodos dependientes del coito y 55 mencionan métodos independientes del coito.

91 de ellas mencionan que actualmente no usan ningún método anticonceptivo, 1 de ellas usa métodos dependientes del coito y 8 métodos independientes del coito.

En el caso del tiempo transcurrido entre el inicio de la vida activa y el embarazo, 34 mencionan que este tiempo fué menor de 1 año, 19 de 1 a 2 años, 11 de 2 a 3 años, 2 de 3 a 4 años, 8 de 4 a 6 años, 7 de 6 a 10 años, 3 más de 10 años y 16 de ellas nunca han presentado embarazo.

17 de las mujeres nunca han presentado gestas, 21 de ellas 1 gesta, 23 con 2 gestas, 19 con 3 gestas, 15 con 4 gestas, 4 con 5 gestas, 1 con 7 gestas, encontrando que la media es de 2.1 y la moda es de dos gestas (tabla 1).

60 de ellas no ha presentado partos, 15 de ellas con 1 parto, 17 con 2 partos, 5 con 3 partos y 3 con 4 partos (Tabla 1).

86 de ellas no han tenido ningún aborto, 7 de ellas 1, 4 con 2, 2 con 3 y 1 con 5 abortos.

80 de las mujeres no han tenido cesáreas, 13 de ellas ha tenido 1 , 6 con 2 y 1 con 3 cesáreas (Tabla 1).

78 de ellas no han presentado óbitos, 17 con 1, 3 con 2 y 2 con 3 óbitos.

97 de ellas no han presentado mortinatos y 3 de ellas han presentado 1.

46 de ellas no tienen hijos vivos, 22 tienen 1, 22 con 2, 5 con 3 y 5 con 4 (Tabla 1).

En el caso de productos con defecto al nacimiento, 94 mujeres comentan no haber tenido este problema ,mientras que las 6 restantes si lo tuvieron

86 de las mujeres comentan no haber tenido una repercusión sexual negativa durante el embarazo, 14 de ellas comentan que si la tuvieron a lo largo del embarazo.

1 de las mujeres reporta que durante la menopausia si ha encontrado repercusiones sexuales negativas.

COMPORTAMIENTO SEXUAL ACTUAL:

80 de las mujeres reportan que desean y cooperan en su sexualidad, 1 de ellas comenta que desea pero no coopera, 15 de ellas no desean pero cooperan mientras que las 4 restantes no desean y no cooperan en su sexualidad..

31 de las mujeres no tiene ningún tipo de preparación higiénica antes de la relación sexual, mientras que las 69 restantes si la tienen.

La ubicación más frecuente de las relaciones sexuales se dio en casa con 95 de las mujeres, mientras que las 5 restantes tenían las relaciones fuera de casa.

Dentro de las posiciones más frecuentes para las relaciones encontramos que 60 de las mujeres prefieren tener ellas al hombre encima, 12 de ellas prefieren ser ellas quienes estén arriba, y las 28 restantes mencionaron que usan cualquier posición, es decir no tienen una de su preferencia.

Con respecto al horario predominante de las relaciones sexuales, 3 de ellas comentaron que era mejor durante la mañana, 3 durante la tarde, 82 durante la noche y 12 de ellas dijeron que les era indiferente el horario.

Con respecto a quien propone más frecuentemente las relaciones sexuales 45 comentaron que era la pareja quien tomaba la iniciativa, 3 de ellas dijeron ser ellas quienes la tomaban y finalmente 52 comentaron que eran ambos.

La proposición se hace en forma verbal según comentan 13 de las mujeres, 61 comentan que se hace en forma paraverbal y 4 que se usan ambas formas para llevar a cabo la proposición.

Las condiciones ambientales para las relaciones sexuales son cómodas y satisfactorias para 87 de las mujeres, cómodas e insatisfactorias para 4 de ellas, incómodas y satisfactorias para 6 de ellas y finalmente incómodas e insatisfactorias para 3 de las mujeres.

Para 2 de las mujeres la relación sexual se realiza preferentemente vestidos, para 70 desnudos , para 22 semivestidos es la forma más usada y finalmente para 6 que dicen no importar la forma de la relación.

En el caso particular de las disfunciones sexuales para la inhibición del deseo encontramos que 19 de las mujeres comentan presentar este problema (Gráfica 3) (Tabla 4)

Para la inhibición de la excitación 16 de las mujeres dicen tener este problema y las restantes 84 lo niegan (Gráfica 3) (Tabla 4).

Para la inhibición orgásmica encontramos a 26 mujeres que dicen tenerla y 74 que lo niegan (Gráfica 3) (Tabla 4)

Para la aversión al sexo encontramos a 8 mujeres que la manifiestan y 92 que la rechazan (Gráfica 3) (Tabla 4).

Para la disritmia tenemos a 16 mujeres que tienen este problema y 84 que no lo tienen(Gráfica 3) (Tabla 4).

Para la dispareunia encontramos que son 28 las mujeres que lo presentan y 71 las que niegan tenerlo(Gráfica 3) (Tabla 4).

En el caso del vaginismo tenemos a 18 mujeres que reportan tener este problema y 82 de ellas que no lo reportan(Gráfica 3) (Tabla 4).

Se encontró que el 56% de la población estudiada presentó al menos una disfunción sexual.

22 mujeres presentaron 1 disfunción sexual únicamente (Gráfica 4) (Tabla 5).,

13 de las mujeres cuentan con 2 disfunciones (Gráfica 4) (Tabla 5).

5 de ellas tienen 3 disfunciones (Gráfica 4) (Tabla 5).

12 de ellas tienen 4 disfunciones (Gráfica 4) (Tabla 5).

4 de las pacientes cuentan con 5 disfunciones(Gráfica 4) (Tabla 5)..

37 de las mujeres dicen tener dentro de su práctica regular felatio.

41 de las mujeres dicen realizar el cunnilingus.

12 de ellas practican el coito anal

1 de ellas practica el sexo en grupo.

1 de ellas usa parafernalia sexual.

1 requiere de alcohol o drogas para realizar el acto sexual.

1 de ellas a practicado la bisexualidad.

8 de ellas mencionan el uso de la pornografía regularmente.

2 de ellas mencionan practicar la homosexualidad regularmente.

En el caso de las mujeres que tienen algún problema con su sexualidad 27 de ellas mencionaron que su pareja tienen una actitud cooperativa ante este problema, 1 mencionó rechazo por parte de su pareja, 2 ambivalencia del mismo, 5 ignorancia de su pareja a este problema y 65 mencionan no tener problemas.

ANTECEDENTES TERAPEUTICOS:

33 de las pacientes mencionan estar recibiendo tratamiento médico para alguno de sus problemas, 14 de ellas mencionan tratamientos quirúrgicos, 1 tratamiento psicológico y 52 mencionan no estar en ningún tratamiento.

ESTADO ACTUAL DE SALUD:

Al preguntar su motivo de ingreso al instituto 2 de ellas comentan que son adolescentes embarazadas, 60 por embarazo de alto riesgo, 17 por esterilidad, 4 por pérdidas, 3 por climaterio, 13 por problemas ginecológicos. Encontrando que la mayoría de las pacientes ingresan por embarazo de alto riesgo (Gráfica 1).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se pueden derivar conclusiones de interés que permiten ahondar en el conocimiento acerca de la sexualidad y en especial de las disfunciones sexuales.

Encontramos que la población estudiada en su mayoría está en una época reproductiva en donde la sexualidad es uno de los factores más importantes, la mayoría de ellas se encontraba unida legalmente a su pareja ya que el 76% de ellas eran casadas, la mayoría de ellas se había criado en el D.F. en donde se pudiera pensar que el conocimiento de la sexualidad es mayor al que se ofrece dentro de la provincia mexicana, asimismo la población que se estudió contaba al menos con la primaria completa y la mayor parte de ellas tenía la secundaria terminada.

En el caso de la ocupación observamos que prevalecen las mujeres que se dedican al hogar únicamente, y cuentan con una religión católica. Se puede notar que la mayor parte de la muestra cuenta con un ingreso económico que va desde N$1 hasta los N$1000, dando a notar que la población estudiada cuenta con pocos recursos económicos.

La mayor parte de ellas menciona que durante el último año ha presentado al menos un problema grave en alguna de las siguientes áreas: salud, económica, familiar, pareja, laboral, ginecológico, obstétrico, emocional o sexual. Sin embargo, es importante recalcar que únicamente 2 de ellas mencionan haber tenido problemas sexuales, lo que nos hace suponer que el resto de las mujeres desconoce totalmente su sexualidad y cuales son los problemas que se pueden presentar.

Encontramos que 14 de las pacientes sufrieron de alguna experiencia sexual traumática, lo que pudiera influir en forma severa en su sexualidad.

Así mismo, nos percatamos de que hay 19 mujeres que nunca recibieron información acerca de la menstruación y 61 que nunca lo recibieron acerca de las relaciones sexuales, lo que nos hace pensar que la falta de información acerca de la menstruación y la sexualidad en general pudiera influir en el desarrollo de su sexualidad así como en el ejercicio de la misma.

La mayor parte de las mujeres menciona que nunca existió la masturbación lo cual implica que pudiera haber un desconocimiento general de su cuerpo y de su sexualidad.

Se observa que la mayor parte de las mujeres contestaron que su principal motivo para ejercer su sexualidad radicaba en el afecto y no en la reproducción como se pudiera pensar en esta cultura, lo que nos indica que pudieran estar cambiando los patrones y la forma de concebir a la sexualidad no como algo pecaminoso con la única finalidad de procrear, sino como algo que va mucho más allá y que forma una parte esencial del ser humano.

Así mismo, se observa que la mayoría de las mujeres comentan no tener ningún temor de la sexualidad, lo cual facilitaría trabajar una educación sexual más amplia y clara en la población.

Sin embargo se observa que la mayoría de las mujeres no obtuvieron el orgasmo durante su primera experiencia sexual.

Se puede observar que la mayoría de las mujeres no tienen relaciones sexuales cuando se encuentran en periodo de menstruación, así como el hecho de no masturbarse en este periodo.

Se presenta en una forma clara como la mayoría de las mujeres cuentan con compañeros sexuales estables, cuya relación es mayor a los dos años, siendo pocas las mujeres que tienen algún compañero no estable, lo cual indica la importancia de una relación formal y duradera para las mujeres cuando deciden tener relaciones sexuales

Se observa que la mayoría de las mujeres ha utilizado al menos un método anticonceptivo a lo largo de su vida, lo que nos confirma que la única finalidad de la mujer no es la procreación.

La mayoría de las mujeres comentan que hay deseo y cooperación por parte de ellas para realizar su sexualidad.

La relación sexual se lleva a cabo con mayor frecuencia dentro de la casa y con una preparación higiénica que la precede, observando que más de la mitad de las mujeres prefieren la posición del misionero ya que se encuentra en la literatura que es la más aceptada dentro de mucha de las culturas. Siendo el horario predominante el nocturno.

52 de las mujeres mencionan que la proposición sexual se da por parte de ambos miembros de la pareja y ya no únicamente por el hombre quien era siempre el que llevaba la iniciativa cuando se trataba de abordar a la sexualidad, así mismo la mayoría de ellas dicen que la proposición se lleva a cabo en forma paraverbal, es decir con gestos, acciones, etc., y no en una forma directa.

En el caso particular de las disfunciones encontramos que más de la mitad (56) de las mujeres cuenta con al menos una de las disfunciones sexuales, encontrando mujeres que presentan hasta 5 de ellas al mismo tiempo, lo cual se convierte en punto de atención importante para todos aquellos que se dedican a la educación en estos temas.

Por otro lado encontramos que 41 de las mujeres realizan el cunnilingus y 37 el felatio, así como 12 de ellas el coito anal, esto es sumamente importante porque nos demuestra como la sexualidad se ha ido abriendo hacia límites antes vedados, ya que todo esto era mal visto y repudiado.

Se puede observar como en el caso de las mujeres que cuentan con algún problema en su sexualidad, se halla un apoyo por parte de la pareja, quien se muestra cooperativo ante este problema.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

A lo largo del estudio se puede observar en forma clara como la sexualidad forma una parte esencial dentro del ser humano, sin embargo, nunca ha sido vista de forma clara y explícita, es quizá hasta nuestro tiempos que la sexualidad cuenta con estudios que nos permiten explicar de una forma más clara como es que se llevan a cabo ciertos acontecimientos dentro de la misma y como es que son de gran importancia para nuestra especie.

Sin embargo, se logra observar como es que la misma sociedad se ha encargado de tapar estas áreas y no brindarles la importancia adecuada, todo esto se demuestra ya que no se cuenta con una educación sexual objetiva y que comience durante la infancia, la mayoría de la población crece sin un conocimiento que a la larga puede ocasionar problemas con su sexualidad, ya que como se observó en las estadísticas de este trabajo y en las presentadas por otros autores, las cifras de mujeres y hombres que presentan disfunciones sexuales son sumamente altas, ya que se habla de más de la mitad de la población estudiada, por lo que se deberían tomar medidas sobre esto. Podemos observar de forma clara que el desconocimiento de las mujeres hacia su sexualidad es amplio, ya que la mayoría de ellas, no sabe cuales son los posibles problemas que se pueden presentar dentro de la sexualidad, lo cual nos hablaría de una falta severa de información que pudiera incluir a su propio cuerpo.

Se observa que la población estudiada en su mayoría vive una miseria sexual, producto de un desconocimiento de la sexualidad en su conjunto. Dicha carencia se refleja en una educación restrictiva y negadora de la sexualidad, que atañe a la población en general, en la falta de una educación formal de la sexualidad, así como, en la falta de una aceptación libre y natural de esta.

Dentro de las aportaciones de este estudio se encuentra la caracterización de los principales problemas sexuales que se presentan, lo cual nos lleva a proponer líneas de acción tendientes a mejorar el nivel educacional de la población, por lo que se sugiere:

La creación de programas de educación sexual estructurados y sistematizados que respondan a las necesidades de la población en general.

Dichos programas deberán incluir la educación sexual desde la infancia hasta la edad adulta, dado que en cada etapa del desarrollo las necesidades sexuales varían.

El uso de materiales didácticos que causen interés dentro de la población.

La educación sexual no debe limitarse a los aspectos anatomofisiológicos ni al proceso de reproducción sino que es conveniente que incluya todo lo que constituya la sexualidad desde los puntos de vista biológico, psicológico y socio-cultural.

Se sugiere se capacite adecuadamente a todos aquellos que tienen a su cargo en cualquier aspecto a determinados sectores de la población, es decir, médicos, psicólogos, maestros, enfermeras, etc., ya que ellos pueden influir en las actitudes y conocimientos de la población. En caso de no existir una adecuada capacitación del personal, se corre el riesgo de aumentar los problemas psicológicos relacionados con este tema.

Se sugiere realizar una investigación que también abarque al hombre para que de esta forma también se pueda generalizar los resultados hacia el sexo masculino.

BIBLIOGRAFIA

Althof, S. y Kingsberg, S.(1992). Books helpful to patients with sexual and marital problems:A bibliography. Journal of sex and marital therapy 18 (1), 70-79.

Alvarez, J.,(1986). Sexoterapia integral. México:Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría,(1988).DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona:Masson.

Azcárraga,G.,(1976). Sexología básica. México:Ediciones Copilco

Chiu, J.(1990). Mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual. Tesis licenciatura, Escuela de Psicología, México. E.N.E.P. Iztacala.

Delvin, D.,(1985). Amor y sexo. Barcelona:Plaza&Janes Editores.

Gotwald, W., y Holtz, G.(1983). Sexualidad, la experiencia humana. México:Manual Moderno.

Kaplan, H.(1978). La nueva terapia sexual. México:Alianza editorial.

Kaplan, H.(1975). Manual ilustrado de terapia sexual. Mèxico:Grijalbo.

Maccoby, E.(1972). Desarrollo de las diferencias sexuales. Madrid:Marova.

Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R.(1982). La sexualidad humana. Barcelona:Grijalbo

Money, J., & Ehrhardt, A. (1982). Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género). Madrid:Morata.

Morales, H.(1991). Demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil de la clínica Marina Nacional ISSSTE. Tesis especialidad Facultad de medicina, México:U.N.A.M.

Nathan, S. (1986). The epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. Journal of sex and marithal therapy 12 (4), 267-281.

Pick, S., y López, A.(1992). Como investigar en ciencias sociales. México:Trillas

Ramos, G.(1990). Paquete de información sobre técnicas conductuales aplicadas para la prevención de problemas sexuales y en especial, las disfunciones. Tesis licenciatura, Escuela de Psicología, México:E.N.E.P. Iztacala.

Souza, M et al.(1987). Historia clínica codificada para la sexualidad femenina. Revista de Ginecología y obstetricia de México. 55,277-87

Spector, I. y Carey, M.(1990). Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the empirical literature. Archives of sexual behavior 19 (4), 389-408.

Tiefer, L. (1980). Sexualidad humana: sentimientos y funciones. México:Harper & Low Latinoamericana

ANEXOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD	MEDIA	30.23
	DE.EST.	6.9
ESCOLARIDAD	MEDIA	11.14
	DE.EST.	3.4
GESTAS	MEDIA	2.11
	DE. EST.	1.5
PARTOS	MEDIA	0.76
	DE. EST.	1.09
CESAREAS	MEDIA	0.28
	DE. EST.	0.62
HIJOS VIVOS	MEDIA	1.01
	DE. EST.	1.15

TABLA 1

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

INGRESO MENSUAL	0 A 1000	63
	1000 A 2000	22
	2000 A 3000	9
	3000 A 4000	3
	4000 A 5000	2
	5000 O MAS	3
ESTADO CIVIL	SOLTERO	7
	CASADO	76
	UNION LIBRE	16
	SEPARADA	1
LUGAR DE ORIGEN	MEXICO D.F.	69
	OTRO	31
RELIGION	CATOLICA	91
	TESTIGO JEHOVA	1
	ATEAS	4
	OTRAS	4

TABLA 2

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA	MEDIA	12.53
	DE. EST.	1.69
INICIO DE VIDA SEXUAL	MEDIA	18.29
	DE. EST.	3.31

TABLA 3

DISFUNCIONES SEXUALES

INHIBICION DEL DESEO	19
INHIBICION DE LA EXCITACION	16
INHIBICION ORGASMICA	26
DISRRITMIA	16
DISPAREUNIA	28
VAGINISMO	18
AVERSION AL SEXO	8

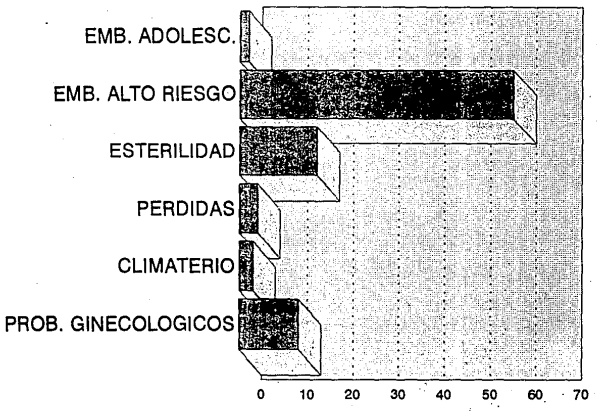
TABLA 4

NUMERO DE DISFUNCIONES POR PACIENTE

1 DISFUNCION	22 PACIENTES
2 DISFUNCIONES	13 PACIENTES
3 DISFUNCIONES	5 PACIENTES
4 DISFUNCIONES	12 PACIENTES
5 DISFUNCIONES	4 PACIENTES

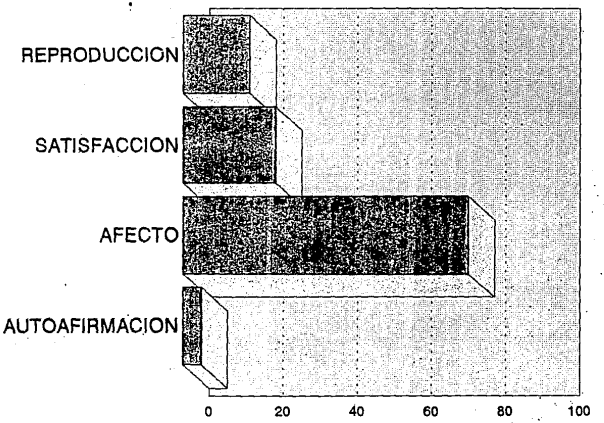
TABLA 5

MOTIVO DE INGRESO AL INPER



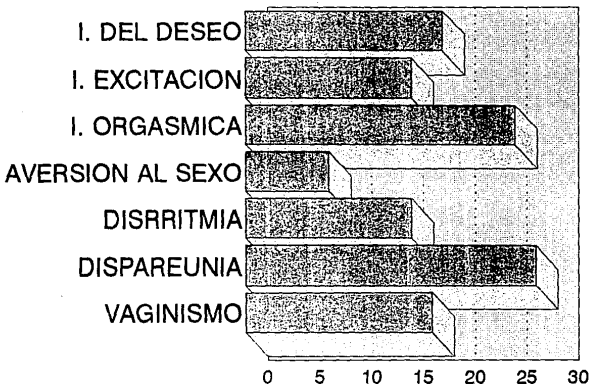
GRAFICA 1

MOTIVOS PARA REALIZAR LA SEXUALIDAD



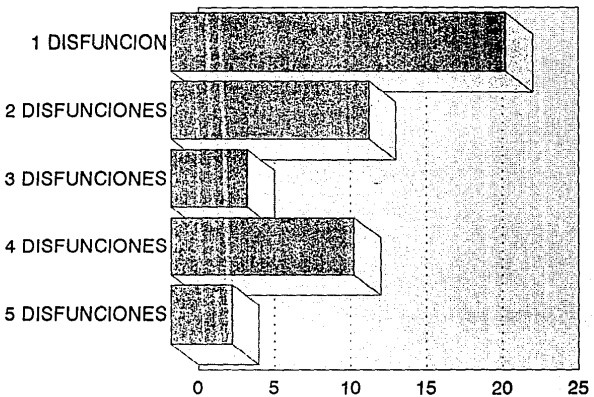
GRAFICA 2

DISFUNCIONES SEXUALES



GRAFICA 3

NUMERO DE DISFUNCIONES



GRAFICA 4

HISTORIA CLINICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

DATOS GENERALES:

A. Número de la entrevista_____
B. Número del expediente_____

CAPITULO I
Datos generales del aplicador:
1. Fecha: día ___ mes ___ año ___
2. Nombre:_____
apellido paterno apellido materno nombre
3. Sexo: M F
4. Edad: ___ años cumplidos
5. Estado civil:
Soltero (1)
Casado (2)
Viudo (3)
Divorciado (4)
Unión libre (5)
Separado (6)
Otro, especificar (7)_____
6. Profesión:
Médico (1)
Psicólogo (2)
Trabajador social (3)
Enfermero (4)
Otro, especificar (5)_____
7. Categoría:
Interno de post-grado (1)
Residente (2)
Adscrito (3)
Otro, especificar (4)_____
8. Servicio:
Psicología (1)
Ginecología (2)
Urología (3)
Medicina interna (4)
Psiquiatria (5)
9. Motivo de la aplicación:
Investigación (1)
Docencia (2)
Ambos (3)
Otros, especificar (4)_____
10. Lugar de aplicación:
Consulta externa (1)
Hospitalización (2)
Urgencias (3)
Otro, especificar (4)_____
11. Forma de aplicación:
Directa (1)
Indirecta (2)
Ambas (3)

12. Ocasión/aplicación
    Primer contacto (1)
    Subsecuente (2)

CAPITULO II
Datos generales del entrevistado:
13. Nombre: _____
    apellido paterno apellido materno nombre
14. Edad: ___ años cumplidos
15. Sexo: M F
16. Estado civil
    Soltero (1)
    Casado (2)
    Viudo (3)
    Divorciado (4)
    Unión libre (5)
    Separado (6)
    Otro, especificar (7)_____
17. Lugar de origen (donde paso los 10 primeros años de su vida):
    México. D.F. (1)
    Estado, especificar (2)_____
    Otro, especificar (3)_____
18. Años de escolaridad:_____
19. Ocupación (fecha de la entrevista):
    Profesional (1)
    Empresario (2)
    Burócrata (3)
    Empleado iniciativa privada (4)
    Comercio en pequeño (5)
    Oficio mayor (obrero) (6)
    Oficio menor (asistente) (7)
    Labores domésticas (8)
    Empleado esporádico (9)
    Desempleado (10)
    Estudiante (11)
    Hogar (12)
    Otro, especificar (13)_____
20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad?___
_____
21. Si estudia, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad?___
_____
22. Religión:
    Católica (1)
    Protestante (2)
    Testigo de Jehová (3)
    Ninguna (4)
    Otra, especificar (5)_____

23. ¿Con quién vive actualmente?:
    Solo (1)
    Cónyuge (2)
    Cónyuge e hijos (3)
    Cónyuge, hijos y otro familiar (4)
    Hijos sin cónyuge (5)
    Otros familiares (6)
    Padres (7)
    Otro, especificar (8)_____

Nivel socioeconómico

24. Ingreso mensual:
    0 a 1000 N$ (1)
    1000 a 2000 N$ (2)
    2000 a 3000 N$ (3)
    3000 a 4000 N$ (4)
    4000 a 5000 N$ (5)
    5000 o más N$ (6)
    Ingreso per cápita al mes_____
    ¿Cuántas recámaras tiene su casa?_____
    ¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara?_____
    ¿Cuenta con una recámara para ud. y su pareja?_____

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:
    Investigación (1)
    Interconsulta (2)
    Iniciativa propia (3)
    Otras, especificar (4)_____

26. Impresión diagnóstica del envío_____
_____
_____

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes
    no (1)
    Si, especificar (2)_____

28. Alcoholismo
    No (1)
    Si, especificar (2)_____

29. Cáncer
    No (1)
    Si, especificar (2)_____

30. Cardiovasculares
    No (1)
    Si, especificar (2)_____

31. Padecimientos endocrinológicos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____

32. Padecimientos psiquiátricos
No (1)
Si, especificar (2)_____
33. Padecimientos respiratorios
No (1)
Si, especificar (2)_____
34. Padecimientos dermatológicos
No (1)
Si, especificar (2)_____
35. Alergias
No (1)
Si, especificar (2)_____
36. Padecimientos digestivos
No (1)
Si, especificar (2)_____
37. Padecimientos psicosomáticos
No (1)
Si, especificar (2)_____
38. Migraña
No (1)
Si, especificar (2)_____
39. Padecimientos inmunológicos
No (1)
Si, especificar (2)_____
40. Padecimientos de transmisión sexual
No (1)
Si, especificar (2)_____
41. Padecimientos de vías biliares
No (1)
Si, especificar (2)_____
42. Farmacodependencia
No (1)
Si, especificar (2)_____
43. Padecimientos sexuales
No (1)
Si, especificar (2)_____
44. Padecimientos neurológicos
No (1)
Si, especificar (2)_____
45. Padecimientos genéticos
No (1)
Si, especificar (2)_____
46. Padecimientos congénitos
No (1)
Si, especificar (2)_____
47. Padecimientos vasculares
No (1)
Si, especificar (2)_____
48. Otros_____

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
50. Diabetes
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
51. Cáncer
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
52. Cardiovasculares
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
53. Padecimientos endocrinológicos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
54. Padecimientos psiquiátricos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
55. Padecimientos respiratorios
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
56. Padecimientos digestivos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
57. Alergias
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
58. Padecimientos psicosomáticos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
59. Migraña
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
60. Padecimientos inmunológicos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
61. Padecimientos de las vías biliares
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
62. Padecimientos de transmisión sexual
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
63. Padecimientos dermatológicos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
64. Padecimientos quirúrgicos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____

65. Padecimientos sexuales
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
66. Padecimientos urinarios
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
67. Padecimientos traumáticos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
68. Tabaquismo
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
69. Farmacodependencia
    No (1)
    Si, especificar (2)
70. Padecimientos infecciosos
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
71. Otros_____

CAPITULO VI
Antecedentes personales no patológicos
72. Higiene personal
    Buena (1)
    Regular (2)
    Mala (3)
73. Higiene habitacional
    Buena (1)
    Regular (2)
    Mala (3)
74. Alimentación
    Tres veces al día (1)
    Menos de tres veces al día (2)
75. ¿Come carne o sustitutos de la misma?
    ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
76. ¿Come fruta?
    ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77. ¿Come verduras?
    ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
78. ¿Come leguminosas(frijol, habas lentejas, etc.)?
    ¿Cûantos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79. ¿Consume lacteos?
    ¿Cûantos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80. ¿Consume cereales(Pan, tortillas, arroz)?
    ¿Cûantos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81. Uso del tiempo libre
    Actividades recreativas (1)
    Actividades culturales (2)
    Actividades deportivas (3)
    Otra, especificar (4)_____
    Ninguna (5)
    Ambas, especificar (6)_____

CAPITULO VII
Problemas recientes

82. ¿Durante el último año de su vida ha experimentado algún problema grave en alguna de las siguientes áreas?
    a) Salud (1)
    b) Económico (2)
    c) Familiar (3)
    d) Pareja (4)
    e) Laboral (5)
    f) Ginecológico (6)
    g) Obstétrico (7)
    h) Emocional (8)
    i) Sexual (9)
    j) Otro (10)
83. Explique brevemente cual fué_____
_____
_____

CAPITULO VIII
Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad

84. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
    Edad ___
85. ¿Recibió información sobre la menstruación?
    Ninguna (1)
    Padre(s) (2)
    Maestro (3)
    Amiga (4)
    Otro(s) familiar(es) (5)
    Sacerdote (6)
    Otro, especificar (7)_____
86. ¿Recibió información sobre relaciones sexuales y sus variantes no patológicas y patológicas antes de la pubertad?
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
87. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:
    Antes de los 8 años (1)
    De 8 a 10 años (2)
    De 10 a 12 años (3)
    De 12 a 14 años (4)
    De 14 a 16 años (5)
    Después de los 16 años (6)
88. Edad de la menarca ___
89. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación_____
_____
_____
90. Ritmo menstrual
    Regular (1)
    Irregular (2)

91. Síntomas acompañantes de la menstruación
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
92. Masturbación durante la adolescencia
    Con orgasmo (1)
    Sin orgasmo (2)
    No procede (3)
93. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia
    Entre 1 y 2 veces por semana (1)
    Entre 3 y 4 veces por semana (2)
    Entre 5 y 6 veces por semana (3)
    Más de 7 veces por semana (4)
    No procede (5)
94. Edad de inicio de la masturbación ___
95. Motivo para realizar su sexualidad:
    Reproducción (1)
    Satisfacción (2)
    Afecto (3)
    Autoafirmación (4)
    Ambas, especificar (5)_____
    Otro, especificar (6)_____
96. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
97. Edad de la primera experiencia sexual(No necesariamente coital)
    _____
98. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?
    Si (1)
    No, especificar (2)
99. ¿Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual?
    Hombre (1)
    Mujer (2)
    Otro, especificar (3)_____
    Edad de la pareja de esa experiencia____
    Vínculo de unión con esa pareja_____
100. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?
    No (1)
    Si, especificar (2)_____
101. Su primera experiencia coital fue:
    Con orgasmo (1)
    Sin orgasmo (2)
    No procede (3)
102. Edad de inicio de la actividad coital____
103. La desfloración sucedió:
    Adecuadamente (1)
    Inadecuadamente (2)
    No procede (3)
104. Actividad sexual durante la menstruación:
    Siempre (1)
    Ocasionalmente (2)
    Nunca (3)

105. Actividad masturbatoria durante la menstruación:
Siempre (1)
Ocasionalmente (2)
Nunca (3)

106. Episodios de dolor durante el coito:
Al inicio de este, no impide el coito (1)
Al inicio de este, impide el coito (2)
Durante el coito (3)
Al final del coito (4)
No procede (5)

107. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años)_____

108. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
Masculino (1)
Femenino (2)
Ambos, especificar (3)_____
No procede (4)

109. Número de compañeros sexuales estables (Relación mayor a dos años)_____

110. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
Masculino (1)
Femenino (2)
Ambos, especificar (3)_____
No procede (4)

111. Ha usado métodos anticonceptivos:
Dependientes del coito, especificar (1)_____
Independientes del coito, especificar (2)_____
No procede (3)_____

112. Actualmente usa métodos anticonceptivos:
Dependientes del coito, especificar (1)_____
Independiente del coito, especificar (2)_____
No procede (3)

113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
Menos de 1 año (1)
De 1 a 2 años (2)
De 2 a 3 años (3)
De 3 a 4 años (4)
De 4 a 6 años (5)
De 6 a 10 años (6)
Mas de 10 años (7)
No procede (8)

114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):
Gestas_____
Partos_____
Abortos_____
Cesáreas_____
Obitos (muerte fetal)_____
Mortinatos (muerte perinatal)_____

115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor

_____

_____

116. Productos con defecto al nacimiento:
No (1)
Si, especificar (2)_____
Sexo del producto M F

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:
Ninguna (1)
Durante el embarazo (2)
Postparto (3)
Postaborto (4)
Postcesárea (5)
No procede (6)

118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:
No (1)
Si, especificar (2)_____
No procede (3)

CAPITULO IX
Comportamiento sexual actual
a) Descripción general

119. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito)
Desea y coopera (1)
Desea y no coopera (2)
No desea y coopera (3)
No desea y no coopera (4)
No procede (5)

120. Preparación higiénica para la relación sexual:
No (1)
Si (2)

121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:
En casa (1)
Fuera de casa (2)
Ambos, especificar (3)_____
No procede (4)

122. Posición más frecuente para la relación coital:
Mujer boca arriba-hombre encima (1)
Hombre boca arriba-mujer encima (2)
Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
Hombre y mujer sentados (4)
Hombre y mujer de pie (5)
Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores) (6)
Otra, especificar (7)_____
_____
No procede (8)

123. Horario predominante de la relación sexual:
Matutino (1)
Vespertino (2)
Nocturno (3)
Ambos, especificar (4)_____
No procede (5)

124. ¿Quién propone la relación sexual mas frecuentemente?:
Mi pareja (1)
Solo yo (2)
Ambos (3)
No procede (4)

125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:
De manera verbal (1)
Paraverbal (2)
Ambas, especificar (3)_____
No procede (4)

126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:
Cómodas y satisfactorias (1)
Cómodas e insatisfactorias (2)
Incómodas y satisfactorias (3)
Incómodas e insatisfactorias (4)
No procede (5)

127. La relación sexual se realiza preferentemente:
Vestidos (1)
Desnudos (2)
Semivestidos (3)
Ambas, especificar (4)
No procede (5)

b) Síndromes clínicos específicos

Trastornos de la identidad de género

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo?
No (1)
Si (2)

Parafilias

129. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado objetos inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la relación sexual?
No (1)
Si (2)

130. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado ropa del sexo opuesto de manera repetida y persistente para obtener excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es interferida?
No (1)
Si (2)

131. ¿En el curso de los cinco últimos años ha llevado a cabo relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
No (1)
Si (2)

132. ¿En el curso de los cinco últimos años ha tenido relaciones sexuales o fantasías de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
No (1)
Si (2)

133. ¿En el curso de los cinco últimos años a realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?
No (1)
Si (2)

134. ¿En el curso de los cinco últimos años ha observado repetida y subrepticiamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relacionarse con los observados y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?
No (1)
Si (2)

135. ¿En el curso de los cinco últimos años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?
No (1)
Si (2).

136. ¿En el curso de los cinco últimos años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación y ello con el fin de satisfacerse sexualmente?
No (1)
Si (2)

137. ¿En el curso de los últimos cinco años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inhertes, mensajes telefónicos obscenos, o relación sexual con cadáveres?
No (1)
Si (2)

Disfunciones psicosexuales

138. ¿En el curso de últimos cinco años ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

139. ¿En el curso de los cinco últimos años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

140. ¿En el curso del cinco últimos años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

141. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito y sin relación a problemas físicos?
No (1)
Si (2)

Homosexualidad egodistónica

145. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado excitación heterosexual persistentemente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones heterosexuales?
No (1)
Si (2)

146. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado molestia ante la práctica regular de las relaciones homosexuales, siendo esta una fuente persistente de malestar emocional?
No (1)
Si (2)

c) Variantes sexuales no patológicas

¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?

147. Felatio
No (1)
Si (2)

148. Cunnilingus
No (1)
Si (2)

149. Coito anal
No (1)
Si (2)
150. Sexo en grupo
No (1)
Si (2)
151. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)
No (1)
Si (2)
152. Consumo de alcohol y/o drogas
No (1)
Si (2)
153. Bisexualidad
No (1)
Si (2)
154. Pornografía
No (1)
Si (2)
155. Homosexualidad egosintónica
No (1)
Si (2)
156. Otro, especificar_____
157. Actitud de la pareja ante el problema diagnosticado:
Cooperación (1)
Rechazo (2)
Ambivalencia (3)
Ignorancia (4)
No procede (5)

CAPITULO X
Antecedentes terapeúticos
158. La paciente ha recibido tratamiento (especificar causa del tratamiento)_____
Médico (1)
Quirúrgico (2)
Psicológico (3)
Psiquiátrico (4)
Ambos, especificar (5)_____
Automedicación (6)
Otro, especificar (7)_____
No procede (8)
159. El tratamiento lo recibió en:
Consulta externa (1)
Hospitalización (2)
Ambos, especificar (3)_____
Otros, especificar (4)_____
No procede (5)

160. Duración del tratamiento:
De 1 a 2 consultas (1)
De 3 a 5 consultas (2)
De 6 a 10 consultas (3)
De 11 a 20 consultas (4)
De 21 a 30 consultas (5)
De 31 a 40 consultas (6)
Más de 40 consultas (7)
No procede (8)
Privado_____
Institucional_____
Ambos_____
Otro_____

161. Resultados del tratamiento:
Se eliminó la sintomatología (1)
Se modifico parcialmente la sintomatología (2)
La sintomatología continua como tal (3)
Se agravó la sintomatología (4)
No procede (5)

CAPITULO XI
Estado actual de salud

162. Describa el motivo por el cual ingresa al Instituto:
Adolescente embarazada (1)
Embarazo de alto riesgo (2)
Esterilidad (3)
Pérdidas, especificar (4)_____
Climaterio (5)
Problema ginecológico (6)
Trastorno sexual (7)
Otros, especificar (8)_____

163. Describa brevemente_____
_____
_____

CAPITULO XII
Diagnóstico

164. Indique diagnóstico de la condición que ameritó tratamiento y la impresión diagnóstica actual:

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masoquismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilia atípica	(12)	(12)

	Anterior	Actual
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disrritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede(se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar	(24)	(24)___
Otros, especificar	(23)	(23)___

CAPITULO XIII
Recomendaciones terapeúticas

165. Indique el manejo que debe recibir la condición a tratar:
    - Solo información general (1)
    - Orientación profesional (2)
    - Farmacoterapia (3)
    - Terapia conductual (4)
    - Psicoterapia (5)
    - Tratamiento quirúrgico (6)
    - Interconsulta (7)
    - Canalización (8)
    - No procede (9)
    - Ambas, especificar (10)_____
    - Otra, especificar (11)_____

CAPITULO XIV
Pronóstico

166. Evaluación global de la severidad:
    - Paciente asintomática (1)
    - Solo amerita manejo individual (2)
    - Amerita manejo de pareja (3)
    - Amerita manejo familiar (4)
    - Amerita manejo grupal (5)
    - Requiere interconsulta (6)
    - Requiere canalización (7)
    - Ambos especificar (8)_____
    - No procede (9)

CAPITULO XV
Comentarios y observaciones

167. La información fué relatada por:
    - La paciente (1)
    - La paciente y su pareja (2)
    - Otro, especificar (3)_____

168. Credibilidad de la información:
Buena (1)
Regular (2)
Pobre (3)

169. Actitud de la paciente ante el interrogatorio_____

_____

_____

170. Observaciones a la forma y contenido de la información obtenida_____

_____

_____