

"OPINION SOBRE LAS DISFUNCIONES SEXUALES
EN LA MUJER DENTRO DEL MATRIMONIO"

(Encuesta de 200 mujeres casadas o unidas realizada
en la consulta externa de ginecología del
Hospital General San Juan de Dios y en la
Universidad de San Carlos, Guatemala Sept. de 1985).

FEDERICO MONTENEGRO SOWA

PLAN DE INFORME FINAL

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
- 3.- REVISION BIBLIOGRAFICA
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- RECOMENDACIONES
- 8.- RESUMEN
- 9.- BIBLIOGRAFIA
- 10.- APENDICE

INTRODUCCION

La razón que me motivó a realizar el presente trabajo de Tesis sobre los problemas de Disfunciones sexuales, es el conocimiento de que actualmente en nuestro medio tanto en hospitales como en clínicas particulares, se han venido observando frecuentemente tales problemas, los cuales causan serias desavenencias e inadaptabilidad matrimonial y en gran proporción terminan en problemas jurídicos como el divorcio; los que se podrían evitar con un adecuado tratamiento médico.

En vista de que en Guatemala, no se cuenta con estadísticas propias que reflejen la magnitud del problema, se trasaron los objetivos siguientes: determinar la frecuencia de las disfunciones en una población de mujeres casadas o unidas de nuestro medio, así como el tipo de disfunción; determinar como incluyen en el comportamiento personal estas disfunciones.

Para obtener los datos sobre tales problemas se elaboró una boleta de encuesta, conteniendo preguntas que reflejaran las disfunciones sexuales más frecuentes que según la literatura extranjera son: Dispareunia, Deseo sexual inhibido (incapacidad orgásmica), Vaginismo. Dicha boleta fue administrada a 200 mujeres casadas o unidas entre las edades de 15 a 40 años, que estuvieran en convivencia marital en un tiempo no menor a un año previo al momento del estudio, y que supieran leer y escribir; este universo fue dividido en dos grupos, uno (A) de 100 mujeres, tomando en la consulta externa de ginecología del hospital general San Juan de Dios; representando a la opinión popular (con un nivel de educación baja). La otra es el grupo (B), de 100 mujeres tomado en la universidad de San

Carlos con estudiantes de un nivel de educación media tales como: Secretarias, maestras de educación, contadoras, bachilleres etc. (grupo con estudio universitario); siendo llenados y recolectados en las respectivas áreas físicas, tomando la muestra en forma accidental por el investigador.

Una vez obtenidos los datos en forma anónima y confidencial se efectuó una comparación entre ambos grupos con el objetivo también de establecer diferencias en cuanto a frecuencia y tipo de disfunción sexual, así como llegar a confirmar nuestras hipótesis planteadas: En la mujer guatemalteca las disfunciones sexuales son tan frecuentes como en otros países. Las disfunciones sex. en los grupos popular y de educación media reflejan comportamientos diferentes.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Durante la historia, la sexualidad y sus múltiples problemas se han considerado como temas censurables debido a la gran cantidad de prejuicios morales, religiosos, mitológicos etc. tanto individualmente como en núcleos o grupos familiares. Afortunadamente esos tiempos han cambiado y muchas investigaciones se están llevando a cabo en muchos lugares, sobre el comportamiento humano en las relaciones sexuales, y más específicamente sobre la adaptación de las parejas en el coito marital, que es socialmente la más importante de las actividades sexuales; por su significado en el origen y conservación del hogar.

Los problemas que dificultan la adaptación sexual en el coito marital y que por su frecuencia requieren de un adecuado tratamiento médico, son conocidos como: DISFUNCIONES SEXUALES (coito doloroso, vaginismo, deseo sexual inhibido etc.) tanto de origen orgánico como psicogénico; su estudio constituye actualmente una importante necesidad pública. La solución de dichos problemas significa en muchos casos la estabilidad de un matrimonio, aunque ya se sabe que no es éste el único factor que decide el éxito del mismo; el aspecto sexual en muchos estudios se dice, influyen poderosamente en la vida matrimonial.

En Guatemala, no se contaba con estudios propios que reflejaran o dieran idea, de la magnitud del problema por lo que se hizo necesario obtener datos al respecto; por la frecuencia con que médicos y psiquiatras en clínicas particulares y hospitales se ven consultados.

En nuestro trabajo nos interesó averiguar

la frecuencia de las disfunciones sexuales, tomando una muestra de mujeres casadas o unidas de nuestro medio, con un tiempo de relación marital no menor a un año, previo al momento de la toma de encuesta, alfabetas y que se encontraran comprendidas entre las edades de 15 hasta 40 años; además observar cuáles son las causas principales y si éstas influyeron en el comportamiento coital marital, positivamente o negativamente en la vida matrimonial.

Para conocer lo anteriormente expuesto, dicho trabajo se llevó a cabo en dos grupos de población diferentes en nivel educativo: El grupo (A), que corresponde a las pacientes que al momento del estudio se encontraban asistiendo en la consulta externa de ginecología del hospital general San Juan de Dios, siendo representativa de la opinión popular (nivel de educación baja). El otro grupo fue el (B), que está representado por las mujeres casadas que en calidad de estudiantes estaban asistiendo a la Universidad de San Carlos (Fac. C. Jurídicas, Economía y Psicología) que poseen un nivel medio de educación; siendo en este caso: maestras de educación en su mayoría, secretarias, contadoras y bachilleres; que llenaron los requisitos para haber sido incluidas.

El total de la muestra fue de 200 personas a quienes se les administró una boleta altamente elaborada por el investigador y tuvo el carácter de confidencial, anónima y personal para ambos grupos A y B de 100 mujeres cada uno. Descartándose del grupo aquellas que no fueron llenadas correctamente ya fuera porque no comprendieron el sistema empleado debido a que donde debían referirse a determinado número de pregunta, según la respuesta que diera a la pregunta anterior, se contradecía o no era contestada, otras no eran contestadas honestamente observándose contradicción. Por lo que el grupo

A, quedó con 96 boletas en total y el grupo B, con 91. En el caso de la muestra hospitalaria (con un nivel bajo de educación) en algunos casos se tuvo que hacer entrevista personal, obteniéndose los datos directamente con buena aceptación por parte de las personas encuestadas.

Obtenida y clasificada la muestra total, se procedió a tabular y analizar los datos, determinando nuestros objetivos e hipótesis.

Lo que me motiva a realizar trabajos de este tipo es la importancia que tienen estos problemas como conflicto en la organización familiar (sociedad) entendiendo cada vez más el comportamiento sexual humano como parte de nuestra naturaleza misma y con ello poder resolverlos en una forma más adecuada e integral, ajustado a la verdad.

REVISION BIBLIOGRAFICA

LA SEXUALIDAD.

Desde hace muchos años el hombre y las comunidades en general han venido participando en una serie de relaciones sociales, que le han permitido adquirir de acuerdo a sus características particulares y muy propias, el desarrollo de su identidad sexual, que incluye el desarrollo de nuestras características como individuos adultos, maduros y responsables; por tanto mujeres o varones felices. Esto implica además, la buena relación con otros individuos y con la sociedad representada por la familia.

Es definida la sexualidad entonces, por algunos autores como: Carácter de feminidad o masculinidad (13) y por otros como el conjunto de elementos y funciones psicobiológicas y sociales que guardan directa relación con la función de la reproducción; (12) como si únicamente la sexualidad fuese para preservar la especie.

"La Asociación Mundial de la Salud la define así: Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que le sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor; presentan decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer".

Nosotros entraremos a considerar a la sexualidad resumiéndola así: Carácter de feminidad o masculinidad que utiliza sus funciones psicobiológicas e intelectuales para el logro de su desahogo social sexual armonioso y placentero; para poder comprender más fácilmente

que cualquier factor que incida directa e indirectamente en la función sexual, esté alterando de alguna manera el equilibrio en el comportamiento sexual del individuo o pareja. Así tenemos lo que varios autores han dicho al respecto: "La frecuencia de tales anomalías en las funciones sexuales y la abundancia de sus perturbaciones en los adultos, atestiguan las viscisitudes y peligros a que están expuestas estas funciones en el curso de su desarrollo. (17,13,8,5,2,1)

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto podremos entonces entrar a considerar dichas anomalías de las funciones sexuales, conocidas como: **DISFUNCIONES SEXUALES**.

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Los problemas de las disfunciones sexuales no se pueden entrar a considerar, sino entendemos lo que es una función sexual; y como toda función denota actividad, el ejemplo más claro para entenderlo es el **coito marital** en este caso, que es de las actividades sexuales la más importante, natural y socialmente aceptada por su significado en el origen y conservación del hogar; definiendo lo que es coito así: El término coito, acentuado en la primera sílaba, define la **UNION GENITAL DEL HOMBRE Y DE LA MUJER**.(9)

Atendiendo la definición anterior, entonces podremos definir lo que es una disfunción sexual como: Todo aquel proceso, tanto orgánico como psicogénico, que altere o influya en la adaptación coital. Además hay que entrar a considerar que dicha inadaptación esté poniendo en peligro la estabilidad matrimonial, por lo que requiera de un adecuado tratamiento médico. Así Kinsey en 1954, estableció que el aspecto sexual influye poderosamente en la

vida matrimonial; cuando por una parte existe correspondencia sexual o comprensión por los problemas de la otra, el nivel afectivo puede llegar a superar todo otro tipo de relación. (9) También muchos autores tales como, Nizer, Masters y Johnson, Corydon H., Ack Marvin, La Ferla y otros, señalan que serias desaveniencias por motivos sexuales son causa principal de destrucción y divorcio en el matrimonio. (1,6,10,11).

Dentro de las causas más frecuentes que suscitan dichas desaveniencias, varios autores han estado efectuando estudios en diferentes países, con el fin de conocer la incidencia, etiología e influencias de las disfunciones sexuales tales como; los trabajos de Corydon, La Ferla, Leo Plauffe, Don Solberg, Edna Bronstein en México, Anderson y Rubenstein etc; (2,4,6,10,14,15) quienes han observado un alto porcentaje que va en las diferentes disfunciones sexuales, de un 34% a un 77% para las mujeres.

Las causas principales de disfunciones que suscitan desaveniencias, en orden de frecuencia coinciden en varios estudios en: Dispareunias, Deseo sexual inhibido (dificultad orgásmica), Vaginismo, el bajo deseo sexual en el embarazo, como conflicto para el esposo, aunque para la mujer en esas condiciones sea "normal".

Desde que tales disfunciones sexuales, se han estado volviendo un problema tan común en nuestras sociedades y más clínicas así como hospitales se ven consultados frecuentemente; en la actualidad el médico general y el especialista ginecólogo, así como los psiquiatras deben estar al tanto de tales problemas e investigarlos rutinariamente como parte del examen e historial médico y cuestionar algún tipo de preguntas que lo orienten a obtener este tipo de información; como las hechas por Leo

Plouffe, en su cuestionario simple para problemas sexuales, tales como: Es Ud. sexualmente activa? Tiene dolor durante las relaciones sexuales? etc. (14)

Considero pues necesario que se conozcan los conceptos y definiciones así como la frecuencia e implicaciones de los problemas sexuales más comunes y así poder identificarlos y tratarlos.

DISPAREUNIA.

Esta condición se refiere a los casos en los que existe dolor durante la relación sexual (coito) sin que para ello, haya obstáculo alguno que se oponga a su realización tales como: Infección vaginal, lesiones en las paredes vaginales, desproporción fálica etc. Si no hay lesión orgánica presente el fallo podría en un 85% atribuirse a falta en la lubricación por trastornos de tipo psicosomáticos tales como tensión, stress etc. y con ello adecuar el tipo de tratamiento. (13,17)

DESEO SEXUAL INHIBIDO.

Entraremos a definir este término conocido antiguamente como: FRIGIDEZ sexual, haciendo mención a lo que Ramón de la Fuente cita en su psicología médica, "Para que las relaciones sexuales sean satisfactorias, las mujeres tienen que encontrar un compañero deseable, verse libres de angustias y culpas, y en tales condiciones recibir la estimulación adecuada, con el objeto de lograr una satisfacción más lenta pero más durable". (5)

Este concepto se refiere para describir la inhabilidad que presentan algunas mujeres para llegar a experimentar placer orgásmico, en la culminación

del coito sexual; entendiendo por ORGASMO, el repentino desahogo de las tensiones neuromusculares. (9) Tal problema se divide en PRIMARIAS: cuando la persona no ha experimentado un orgasmo y SECUNDARIAS: cuando por lo menos haya tenido una vez en sus relaciones, orgasmo y que actualmente no lo presente o lo presente con irregularidad.

Este tipo de problemas se ven grandemente afectados según diversos autores por factores tales como: Miedo a embarazarse, envidia u hostilidad hacia los hombres, patrones religiosos, repulsión a la idea del contacto sexual, infidelidad, drogas, medicamentos, ingesta de alcohol, depresivos etc. (6,10,13,17)

VAGINISMO

Es un trastorno debido a un conjunto de causas, entre las que figuran preferentemente, desequilibrios psíquicos y nerviosos de la mujer así como la impotencia mayor o menor del varón; en esta condición el coito no es posible, por existir o producirse intensos espasmos de todos los músculos vulvovaginales y del elevador del ano lo que en determinadas ocasiones la mujer se retuerce como si sufriera de agudísimos dolores. (6,10,13,17)

EMBARAZO.

Los comportamientos de la actividad coital en torno al embarazo han sido estudiados muy bien por varios autores, en los que resaltan los estudios hechos por: Masters y Johnson, Bartova y col. Solberg, La Ferla etc. (15,10,11,3); se puede observar en estos trabajos, que existen una diversidad de comportamientos ya sea por la mala orientación o tabús que en relación se tiene al respecto del coito

y el embarazo.

Dentro de ésto tenemos que algunas mujeres aducen, que tienen miedo porque se pueda dañar el niño, que es doloroso, que no saben si es bueno o malo o que no lo efectúan porque no se tiene el deseo otras lo efectúan por obligación conyugal, por no perder la fidelidad de su marido etc. En dichos estudios se demostró que hubieron diversidad en cuanto al tiempo en que dejaron por falta de deseo la relación en el embarazo, 2/3 partes en el tercer trimestre, otras hasta el final del embarazo etc. (15,3,11)

Es obvio entonces que las mujeres en su estado de gestación sufren una serie complicada de cambios tan variables que por ello refleja la alta individualidad natural de la sexualidad humana.

Se hace necesario entonces tomar muy en cuenta estos aspectos para la evaluación y terapia a seguir, dado que en sí tal situación despierta más ansiedad en el matrimonio y puede llegar a influir seriamente en la estabilidad no solo personal sino familiar,

DROGAS Y MEDICAMENTOS

Existen actualmente una serie grande de drogas y medicamentos así como sustancias que influyen en la respuesta sexual no sólo de los animales sino de los humanos que por diversas razones están haciendo uso de las mismas, por lo que ya SHAKESPEARE, hace 400 años había observado los efectos básicos del alcohol en torno a la sexualidad y su comportamiento diciendo: "Lo provoca y no lo provoca; lo provoca el deseo pero su función está lejos". (Macbeth, Acto II, Escena III.

En los trabajos realizados por Corydon, La

Ferla y en la psicología médica de De la Fuente, se destaca la importancia que tienen estas sustancias en el comportamiento sexual coital, observándose que ésto es causa de Disfunción sexual; por los disturbios que tanto a nivel de sistema nervioso central como periférico ocasionan; también hepáticos, cardiovasculares, oligomenorrea, impotencia, dificultad en la lubricación etc. (5,6,10)

Dentro de los medicamentos más frecuentemente utilizados tenemos Anticolinérgicos, Antihistamínicos, Antihipertensivos, Hipoglucemiantes, Betabloqueadores, Inhibidores de la mao etc. y dentro de lo que son drogas estimulantes, alcohol, marihuana, opio, cocaína etc. (4,8,1,5,14,6,17)

EXPERIENCIAS NEGATIVAS PASADAS

El comportamiento sexual se ve influenciado a lo largo de la vida por un sinnúmero de factores y situaciones tanto internas en el hogar como externas del mismo, que van modificando o cambiando la personalidad, así sean buenas o malas y que algunas llegan a durar toda la vida; diversos autores han recalcado en la importancia que tienen estos roles en la adaptación sexual matrimonial diciendo: "La importancia de ciertos modelos o experiencias desagradables, tales como, el incesto, la violación, el mito, tabús, conductas religiosas negativas, los atributos superficiales (vestido, vivienda, modas etc) son determinantes en las personas y en las sociedades como formadoras de una identidad social sexual y la actitud en estos modelos es profunda. (1,10,16,17)

Es de notar la importancia de estas conductas y con el mejor conocimiento de los mismos y su prevención se podrá lograr que no solo se logren actitudes más sanas sino más responsables en bien de nuestra sociedades.

MATERIALES Y METODOS

Para realizar el trabajo de investigación sobre Disfunciones sexuales, se tomaron como base la consulta externa de ginecología del hospital general San Juan de Dios, y las facultades de C. Jurídicas, Psicología y Economía de la Universidad de San Carlos; la muestra comprende 200 mujeres tomadas en forma accidental, que al momento del estudio asistieron: Uno el grupo (A) de 100 en la consulta externa del hospital, y el otro el (B) también de 100 en la Universidad. Dichos grupos fueron clasificados como de bajo nivel educativo (opinión popular) y nivel medio de educación (educación universitaria) respectivamente.

Para que dicha muestra pudiera ser incluida en el estudio debieron de llenar los siguientes requisitos: a) Que fuesen de sexo femenino, b) Que supieran leer y escribir, c) Que estuvieran comprendidas entre las edades de 15 a 40 años, d) Que hubiesen estado casadas o unidas en un tiempo no menor a un año previo al momento del estudio, y e) Que estuviesen conviviendo con su esposo.

La presente investigación se inició, con la elaboración de una boleta altamente elaborada, que contenía los indicadores necesarios que reflejaban la información confiable para la obtención de los objetivos de la investigación, sujetándose a su comprobación; tal método de encuesta constó de preguntas de colchón y directas, con el apriori que pudiese haber sido rechazado o no poderse contestar por el grupo (A) en donde se tuvo que efectuar en algunos casos entrevistas directas, obteniéndose buena aceptación y cooperación.

Para que esta boleta (ver anexo) fuese administrada a la muestra total con fidedignidad, operatividad validez, se hubo de poner a prueba en forma de boleta piloto, corrigiéndose y rectificándose los errores dándole mayor eficacia al original; ya que éste es el primer trabajo que en materia sexual coital y su adaptación al equilibrio matrimonial se llevó a cabo; con buena aceptación por el grupo estudio, quienes demostraron estar muy interesadas sobre los resultados a obtener y que en algunos casos solicitaban orientación al respecto de determinado problema.

Se administró por parte del investigador en las determinadas áreas físicas en horas de consulta y estudio respectivamente, en donde fueron llenados y recolectados; esta muestra se obtuvo en forma no aleatoria (accidental) pudiendo especificar para cada elemento de la población o universo la probabilidad de haber sido incluida.

Una vez llenadas las boletas en su totalidad se procedió a la clasificación descartándose aquellas que no fueron debidamente llenadas ya fuese porque no se comprendió el sistema empleado, observándose que hubo disociación en preguntas donde debían referirse a determinado número de pregunta según la respuesta que dieran a la anterior o que quizá comprendieron pero no contestaron con honestidad, habiendo contradicción Ej. ¿Tiene dolor en la relación? Sí. ¿Con qué frecuencia lo ha sentido? Nunca los ha sentido. Del total se descartaron entonces 13 boletas, quedando el grupo A, con 96 y el B con 91.

Teniéndolos clasificados y ordenados, se procedió a la obtención de los datos para tabularlos estadísticamente, obteniendo los resultados que nos sirvieron para sacar las conclusiones según

los objetivos propuestos e hipótesis planteadas en el estudio; y así dar las recomendaciones pertinentes.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En estos tiempos se habla mucho de la revolución sexual y de lo depravado de su comportamiento. Nuestra muestra, aunque de ninguna manera puede considerarse representativa de la población general ni pretende serlo, indica una serie de actitudes que están influyendo en menor o mayor grado en las relaciones sexuales; tales actitudes son consideradas como Disfunciones sexuales, entendiéndolo desde el punto de vista de la función sexual en base al término coito, que es la actividad más importante, natural y socialmente aceptada en nuestro medio dentro del matrimonio.

Estas disfunciones están siendo estudiadas actualmente, con más frecuencia por autores tales como: Hammond, A. Marvin, en Estados Unidos; Bronstein en México; Bartova en Checoslovaquia, otros en Canadá Suecia, Alemania etc. donde han estado encontrando porcentajes que en general van desde un 34% hasta valores tan altos como del 77% y que entre las más frecuentes citan a: Dispareunias (coito doloroso), Deseo sexual inhibido (frigidez, anorgasmia total o parcial) Vaginismo (imposibilidad de penetración); conceptos expresados en la revisión bibliográfica.

En relación a estos problemas, A. Kinsey en 1954, Masters y J. en 1978, Plouffe en 1985 y otros más, están de acuerdo en que tales problemas influyen poderosamente en la vida matrimonial, y que en algunos casos llegan a crear un conflicto hasta jurídico, inclusive siendo causa de divorcio.

Actualmente éste es el primer estudio que en materia de comportamiento sexual coital se lleva a cabo en nuestro medio, por lo que se encuentran una serie de limitaciones en el sentido de que no

explora toda la variedad de comportamientos sexuales. Esto se hizo con toda intención debido a que no se quería un instrumento (boleta) largo ni cansado que requiera demasiado tiempo en ser contestado, ya que los objetivos principales eran establecer una descripción general del comportamiento sexual y las Disfunciones, de esta población así como averiguar las reacciones emocionales que se originan ante este tipo de investigación.

Así tenemos que en nuestro trabajo encontramos las edades de las 187 mujeres estudiadas (cuadro No. 1) que para el grupo A (con un nivel de educación baja) el rango es de personas jóvenes, lo que era de esperarse, debido a que en dicha población la unión marital se efectúa a temprana edad; En el grupo B se observa un rango más alto, lo que también era de esperarse ya que en este grupo posiblemente el casarse, obstaculizaría proseguir estudiando o podrían estar influyendo otros factores. (15-24 años 67.6%) y (30-40 años 62.6%) respectivamente. También en este grupo se encontró una población mayor, de las que practicaban algún tipo de religión (89.7%) y con una convivencia marital, que va de más de un año hasta más de 10; las que fueron incluidas en la boleta como preguntas de tipo general.

CUADRO 1

EDAD DE 187 MUJERES CON FINES DE ESTUDIO SOBRE DISFUNCION SEXUAL.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C.

GUATEMALA 1985.

Años	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
15-19	32	33.3	1	1.	33
20-24	33	34.3	11	12.	44
25-29	21	21.8	22	24.1	43
30-34	5	5.2	23	25.3	28
35-40	5	5.2	34	37.3	39
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

Al comparar este cuadro con el cuadro (No. 2) que corresponde al número de veces que se tiene relaciones, observamos que tanto para el grupo A, como para el B, independientemente del rango de edad coinciden en el parámetro de frecuencia, en 2-3 veces por semana lo que concuerda con los estudios encontrados por Kinsey, Masters y J. Plouffe etc. (52.% (A) y 50.5% (B)); en que éstas son las edades en donde más actividad coital se tiene, y por lo mismo corresponde a una población sexualmente activa que es lo que se deseaba para los fines de este estudio. Obteniéndose así más confiabilidad en la obtención de los datos sobre las disfunciones sexuales.

Además se observa que el nivel educativo de ambos grupos por las obligaciones y responsabilidades que puedan tener no influye en la frecuencia de las relaciones.

CUADRO 2

FRECUENCIA COITAL EN 187 MUJERES EN ESTUDIO DE DISFUNCION SEXUAL.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y USAC. GUATEMALA 1985.

Frecuencia	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
Diariamente	4	4.1	2	2.1	6
2-3 veces por semana	50	52.0	46	50.5	96
4 veces por semana	11	11.4	14	15.3	25
Sólo fin de semana	20	20.8	24	26.3	44
Una vez al mes	11	11.4	5	5.4	16
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

El dolor en la relación sexual frecuentemente, que ocasiona molestias a la mujer al grado de no poder tener una relación satisfactoria es conocido como Dispareunia; este problema ocupa los primeros lugares como disfunción en los estudios hechos por Leo, Plouffe, Hammond etc. no presentándose así en nuestro grupo de estudio que se encontró en segundo plano con un promedio de 69.7% del grupo total que presentaba una o más disfunciones asociadas que es de 132, el resto (55) no presentaron ninguna disfunción. (cuadro No. 3, y 3.1). Se observa además

que en el grupo de las que poseen un nivel de educación media (B); las dispareunias sobrepasan en casi un 10% a las de (A), que en el caso de este estudio no es mucha la diferencia, pero podría ser mayor en otro estudio más representativo de la población, y si fuese así habría que investigar la causa.

En primer lugar nosotros encontramos a las Disfunciones de tipo Deseo sexual inhibido, siendo el más representativo el tipo 2 (anorgasmia parcial); y en un porcentaje muy mínimo el tipo 1 (anorgasmia total), así: promedio 73.8%. (1=4.1% y 2=69.7%). En tercer lugar encontramos al Vaginismo con un promedio de 26.7%. Notamos pues que las Disfunciones más importantes las constituyen para nuestros grupos, El deseo sexual inhibido tipo 2 y las Dispareunias.

Es importante hacer notar que estos resultados se acercan mucho a los porcentajes encontrados en otros países en el valor más alto que fue de 77%; lo que hace de esto un hallazgo muy importante como problema en sí, de esta sociedad (grupo).

CUADRO 3

DISFUNCION SEXUAL EN 187 MUJERES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Disfunción:	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
Sólo una	37	38.5	33	36.2	70
de 1 a 2	28	29.1	22	24.1	50
de 1 a 3	2	2.0	10	10.9	12
Ninguna	29	30.2	26	28.5	55
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

CUADRO 3.1

TIPO DE DISFUNCION SEXUAL EN 132 MUJERES.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C.
GUATEMALA 1985

Tipo	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
Dispareunia	43	64.1	49	75.3	92
Deseo sexual Inhibido (1)	4	5.2	2	3.0	6
Deseo sexual Inhibido (2)	48	71.6	44	67.8	92
Vaginismo	6	8.9	16	24.6	22
Total		100.0		100.0	

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

NOTA: Una misma persona (caso) incluye 2 ó 3 disfunciones, por lo que el porcentaje representa al número del total de disfunciones para cada grupo. (67-A) y (65-B).

Existen ciertas condiciones que influyen en el comportamiento sexual durante la relación, por las cuales la presencia de las mismas ya sea por conductas e ideas, prejuicios, sentimientos, experiencias negativas desagradables etc; las mujeres se sbe no pueden lograr orgasmo, satisfacción, placer.

Esto según lo expresado por autores como: Kinsey, Masters y J., Ramón de la fuente etc. es causa de malestar e incomprensión, ocasionando en algunos casos conflictos serios que pueden terminar con la integración familiar (divorcio).

Así tenemos que en nuestro estudio al preguntar sobre las condiciones que pudieran estar influyendo, para que no se pueda lograr tener orgasmo se observó que las condiciones tales como miedo a quedar embarazada, falta de caricias por el esposo en la relación y tensión al momento de la relación ocuparon el porcentaje mayor que en promedio fue de 57.1% y falta de deseo en la relación 34.5%. (Cuadro No. 4)

Analizándolas por separado tenemos que en el grupo (A) la falta de deseo es lo más frecuente (40.6%) así como en el grupo (B) 28.5% esto puede deberse a muchos factores tanto internos, psíquicos como orgánicos (efectos medicamentosos que disminuyan el libido o enfermedades metabólicas); que no fue parte de este estudio el investigarlos. Tenemos también que el miedo al embarazo es más frecuente en la población de educación media (B) lo que es un dato interesante y podríamos decir que esto posiblemente se deba a que la llegada de un niño (que no se desea) represente obstáculo o mayor responsabilidad que interfiera con el tiempo, actividad etc. dedicado al estudio o trabajo. (28.5%) Otro dato interesante es en lo concerniente a la falta de caricias en la relación por parte del esposo en este grupo, lo que demuestra que quizá haya poca comunicación al respecto entre las parejas que presentan este aspecto.

En el grupo (A) tenemos como dato interesante que la segunda condición expresada fue la tensión al momento de la relación (26.%) que podría deberse

a problemas externos como stress económico que estaría relacionado a un posible embarazo no deseado, aunque no lo expresó con mucha frecuencia en la pregunta al respecto; o como defensa al sometimiento obligatorio, (moral) como parte de un deber marital de tener coito. (relación sexual) Una de las limitaciones observadas en este inciso es la frecuencia ya que si ésto fuera muy común que sucediera estaríamos frente a un problema serio, por lo que se deja la inquietud a posteriores estudios.

Tengamos presente pues que estos problemas observados anteriormente son adecuadamente tratables con planes educacionales de orientación sexual, planificación familiar (métodos anticonceptivos) tranquilizantes y en algunos casos un buen tratamiento psiquiátrico.

CUADRO 4

RAZONES EXPRESADAS DE 187 MUJERES, POR LAS QUE NO SE PUEDE TENER ORGASMO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Razones	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
Miedo a quedar embarazada.....	16	16.6	25.2		39
Falta de deseo sexual.....	39	40.6	26	28.5	65
Falta de caricias en la relación...	13	13.5	19	20.8	32
Tensa al momento de la relación...	25	26.0	11	12.0	36
Sentimiento de culpa pecado...	3	3.1	--	--	3
No contesta....	-	--	12	13.1	12
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

Es obvio que la mujer en su estado de gestación, sufre una serie complicada de cambios tan variables que, por ello refleja la alta individualidad natural de la sexualidad humana, donde Masters y J., Bartova, Solberg, observaron una diversidad de comportamientos

en relación a la actividad sexual (coito) y el embarazo: y donde además citaron ciertas ideas negativas que presentan algunas mujeres y que por lo mismo les es conflictivo el aceptar la relación en dicho período. Algunas condiciones "normales" para quienes la presentan y no lo saben, es la falta del deseo sexual, que en algunas ocasiones infunde en la mujer falsos temores.

Así encontramos que en nuestro estudio las opiniones expresadas por el grupo, las más frecuentes fueron: Falta de deseo sexual, con un promedio de (28.1%), seguidamente Miedo a que se dañe el niño (26.7%) y en tercera posición Difícil y doloroso (12.6%). Estas situaciones como se puede observar, se pueden resolver fácilmente con una adecuada orientación educacional Ej. Técnicas coitales, aspectos importantes de la fisiología del embarazo etc. (Cuadro No. 5) Tenemos además que para el grupo (B) con un nivel educacional medio (maestras, secretarias etc.) el 38.4% lo forman las personas que saben que no existe razón alguna, para dejar de tener relaciones en el embarazo, lo que demuestra para el grupo estudio, que la orientación que tienen las del grupo (A) nivel de educación baja, es muy deficiente ocupando (8.3%).

CUADRO 5

RAZONES EXPRESADAS DE 187 MUJERES POR LA QUE
NO SE TIENE RELACION SEXUAL Y EMBARAZO.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y USAC.
GUATEMALA 1985

Razones	Grupo A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	
Miedo a que se dañe el niño	25	26.0	25	27.4	50
Difícil y doloroso	18	18.7	6	6.5	24
No se siente el deseo	34	35.4	19	20.8	53
Ausencia del esposo por trabajo	7	7.2	1	1.0	8
Indicación médica	4	4.1	5	5.6	9
No existe ninguna razón	8	8.3	35	38.4	43
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente. Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

Tenemos que estas condiciones entonces, podrían estar siendo causa de temores injustificados y por lo mismo despertar cierto grado de tensión en mayor

o menor grado poniendo en peligro en algunos casos la estabilidad emocional del matrimonio; dejamos aquí abierta la inquietud para investigar más profundamente estos problemas ya que no es parte de este trabajo profundizar en los mismos.

Los problemas de vaginismo (trastorno debido a un conjunto de causas entre las que figuran preferentemente desequilibrios nerviosos y psíquicos de la mujer, e impotencia mayor o menor del varón, por lo que no se lleva a cabo el acto sexual), concepto expresado en la bibliografía; en nuestro grupo de estudio pudimos observar que no existieron diferencias, en los valores encontrados entre los de otros países y el grupo estudio de nosotros, quedando entre el rango de lo expresado por L. Plouffe, C. Hammond etc. (de 8% a 23%) en ellos y (16.7%) como promedio aquí. (cuadro 3.1) ya visto.

Dentro de las causas explicadas de quienes respondieron en los problemas de vaginismo (22), sobresalen las que cita la literatura al respecto; las de tipo psíquico en un número de 16 casos (Cuadro No. 6); tales como: Problemas emocionales, Falta de concentración y Temor al dolor; estos problemas en sí por el tamaño de la muestra no representa mucha importancia aunque debe tenerse en cuenta ya que su tratamiento es de tipo psiquiátrico en la mayoría de los casos, según la literatura consultada.

CUADRO 6

CAUSAS DE VAGINISMO EN 22 MUJERES.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C.
GUATEMALA 1985

Causa	Grupo A	Grupo B	Total
	Casos	Casos	Casos
Problemas emocionales	2	4	6
Falta de lubricación	0	2	2
Temor al dolor	1	3	4
Falta de concentración	1	5	6
Desproporción fálica	2	1	3
No explicó	0	1	1
Total	6	16	22

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en base a encuesta aplicada.

El problema de impotencia en nuestro trabajo fue tomado como un dato importante debido a que se le relaciona en los problemas de disfunción sexual de tipo vaginismo; este dato fue expresado por la esposa en la pregunta relacionada al mismo, obteniendo de las 187 encuestadas, que el resultado positivo no tuvo significancia siendo de 7.1% como promedio, además de que se presentó muy raras veces. Se demuestra lo dicho en la literatura aunque sea únicamente para este grupo; que las mujeres son las que presentan la mayor frecuencia de disfunciones. (Cuadro 7)

CUADRO 7

FRECUENCIA DE IMPOTENCIA EXPRESADO POR 187 MUJERES.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Frecuencia	Grado A		Grupo B		Total
	Casos	%	Casos	%	Casos
Frecuentemente	2	2.0	2	2.1	4
Muy pocas veces	4	4.1	5	5.4	9
Muy raras veces	4	4.1	10	10.9	14
No se presenta	86	89.5	74	81.3	160
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en bse a encuesta aplicada.

Existe en los seres humanos una serie de influencias negativas adoptadas por costumbres, normas sociales, hábitos o bajo nivel educacional etc. y que según la literatura cada vez estas actitudes tales como: alcoholismo, drogas, falta de interés sexual (por medicamentos que disminuyen lo líbido, cansancio por exceso de trabajo u otros factores etc.) influyen en la respuesta y actitud sexual.

Así tenemos que tales condiciones negativas que impiden una buena relación sexual, en nuestro grupo de estudio fue expresado en primer lugar la ingesta de alcohol por parte del esposo durante la relación sexual (se encontraba bajo los efectos del alcohol) (22.8%) promedio; en segundo lugar, la agresividad en la relación sexual (16.3%). (Cuadro

Cuadro No. 8) Al relacionar estos dos datos podríamos pensar que tal agresividad se debiera a las personas que están ingiriendo licor y que éste les estuviera ocasionando desequilibrios nerviosos y psíquicos como consecuencia del mismo. Las otras condiciones no se comentarán por tener un porcentaje muy bajo lo que no es de mucho significado.

Tenemos la limitación que estas condiciones no presentan frecuencia por no haberse incluido en la boleta ya que éste es un trabajo de tipo general por lo que se sugiere que en algún próximo estudio que profundice en este aspecto lo incluya.

CUADRO 8

INFLUENCIA SEXUAL NEGATIVA DEL ESPOSO, EXPRESADA
POR 187 MUJERES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y
U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Condición	Grupo A		Grupo B		Casos
	Casos	%	Casos	%	
Ha ingerido bebidas alcohólicas	28	28.5	15	17.2	43
No está interesado en la relación sexual	14	14.5	10	10.9	24
Se fatiga fácilmente	14	14.5	10	10.9	24
Es agresivo en la relación sexual	19	19.7	12	13.0	31
Cansado por trabajo	8	8.3	3	3.0	11
Ninguna	13	14.5	41	45.0	54
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente. Datos obtenidos por el sustentante en encuesta aplicada.

En los estudios hechos por Kinsey, Master y Johnson, E. Frank, Paolo Sancher, y otros más quienes han estudiado la conducta sexual detenidamente han notado que la satisfacción sexual en las parejas, influye de una manera positiva en la armonía y "el sentirse bien", con el compañero con quien se convive; y que la insatisfacción aunque no es el único factor, tiene un lugar muy importante en los conflictos y desavenencias, por lo que algunas parejas inclusive llegan a tener problemas de tipo jurídico como el divorcio.

En nuestro trabajo tratamos de determinar un índice de satisfacción conyugal, incluyendo en la boleta algunos de los más elocuentes que nos dieran una idea del grado de éxito o frustración; encontrando en nuestro estudio que de 187 mujeres, únicamente 87 expresaron sentir algún tipo de desacuerdo tales como: Mal humor y tensión al no sentir placer (14.9%) como promedio en los dos grupos (A y B), Disgusto (13.7%), Descontentos en el hogar (11.7%); encontrando que en términos generales el grupo que expresó tener o experimentar conflicto por insatisfacción sexual ocupa como promedio el 46.1% notando que casi la mitad de la población estudio se encuentra insatisfecha, lo que podría dar lugar a problemas conflictivos que pondrían en peligro la integración conyugal. (Cuadro No. 9 y 9.1).

CUADRO 9

FRECUENCIA DE INSATISFACCION SEXUAL EXPRESADA POR
187 MUJERES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y
U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Frecuencia	Grupo A		Grupo B		Casos
	Casos	%	Casos	%	
Sin satisfacción	47	41.6	40	46.1	87
Con satisfacción	49	58.4	51	53.9	100
Total	96	100.0	91	100.0	187

Fuente. Datos obtenidos por el sustentante en encuesta aplicada.

CUADRO 9.1

INDICE DE INSATISFACCION SEXUAL EXPRESADA POR
87 MUJERES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y
U.S.A.C. GUATEMALA 1985

Indice	Grupo A		Grupo B		Casos
	Casos	%	Casos	%	
Disgusto	16	16.6	10	10.9	26
Mal humor y tensión	15	15.6	13	14.2	28
Descontentos en el hogar	9	9.3	13	14.2	22
Riñas y peleas	7	7.2	4	4.3	11
Total	47	100.0	40	100.0	87

Fuente: Datos obtenidos por el sustentante en encuesta aplicada.

Por los resultados obtenidos en este trabajo que no escapa a una serie de dificultades, que no sólo por ser en su clase el primer estudio, sino porque al tratar aspectos que provocan tantas respuestas emocionales como el comportamiento sexual, éstas son frecuentes. Aunque la confiabilidad de los resultados obtenidos tenga reservas, de ninguna manera se anula la importancia de los mismos sobre todo por las implicaciones sociales que se señalan.

Queremos con ésto que la inquietud del médico, estudiante etc. sea dirigida a la investigación de este tipo de problemas con el afán de adquirir más conocimientos sobre las disfunciones sexuales y el comportamiento humano como parte de nuestra propia naturaleza para entender y resolver en una forma más adecuada nuestros problemas.

CONCLUSIONES

- 1º Encontramos que los problemas de Disfunción sexual, para nuestro grupo de estudio se encuentran en un promedio tan alto como los encontrados en otros países, y que entre los más frecuentes tenemos: El deseo sexual inhibido tipo 2 y las Dispareunias para los grupos A y B.
- 2º Se encontró que dentro de las razones expresadas por los grupos en relación, a las condiciones que influyen en el logro del orgasmo en la relación sexual y que de alguna manera pueden estar influyendo en el problema de Deseo sexual inhibido tipo 2 están: Falta de deseo sexual, Tensión al momento de la relación sexual, miedo a quedar embarazada y Falta de caricias por el esposo durante la relación.
- 3º Encontramos también que en nuestro grupo de población, todavía existe en una buena proporción de personas, falsos temores por la poca información que se tiene al respecto, de las relaciones sexuales durante el embarazo, expresando que no lo efectúan por temor a que se dañe el niño y en otros casos que le es difícil y doloroso.
- 4º En nuestro índice de satisfacción conyugal encontramos que la insatisfacción sexual, expresado en casi el 50% del grupo total y que se refleja como problemas de Disgusto, Mal humor y tensión, así como descontentos en el hogar ponen en alerta al médico como posibles condiciones de conflicto matrimonial.

La causa de ésta insatisfacción de alguna manera podría deberse a efectos del alcoholismo y agresividad en la relación sexual, expresado

en nuestro trabajo como condiciones negativas por parte del esposo durante la relación.

RECOMENDACIONES

1. Dada la alta frecuencia de Disfunciones sexuales encontrada en el grupo de estudio; se incentive dándole la importancia que tienen éstos problemas a más estudios que puedan reflejar el problema, a nivel de toda la población guatemalteca.
2. Por los resultados obtenidos, tanto el médico general, especialista ginecoobstetra, psiquiatras etc. incluyan en el historial médico, de toda paciente sexualmente activa preguntas relacionadas a la búsqueda e identificación de tales problemas de Disfunción sexual.
3. Que se informe en las clínicas particulares y hospitalarias con datos más representativos de la población general, lo frecuente con que se presentan estos problemas.
4. Hacer conciencia, que no sólo los estudios de índole experimental, forma parte de la investigación médica sino también en los que se incluye el factor humano con sus prejuicios, actitudes y comportamientos que tanto se quiere rescatar en la medicina.
5. Motivar a que los médicos conozcamos más sobre éstos problemas para reconocerlos y poder orientar a las parejas adecuadamente, logrando una alta integración conyugal, potencializando la personalidad, la comunicación, el entendimiento y el amor; y con ello preservar nuestra organización social (la familia) más equilibradamente.

6. Que se incluya éste tipo de problemas en pláticas relacionadas a la orientación pre-matrimonial y matrimonial.

7. Que se den a conocer éstos tipos de problemas a los estudiantes de medicina en el curriculum de enseñanza, con el objeto de irse familiarizando tempranamente, en los mismos.

RESUMEN

Después de haber observado la frecuencia con que médicos, ginecólogos, psiquiatras etc. eran consultados en clínicas particulares y en hospitales, sobre problemas que venían interfiriendo, en el comportamiento sexual llegando a ocasionar en una buena cantidad de casos, problemas Jurídicos (divorcio).

Teniendo el médico un rol muy importante en la resolución de éstos problemas, y que en la mayoría de los casos son fácilmente prevenibles o tratables con terapia educacional o médica quirúrgica; decidimos por los reportes encontrados en otros países, a investigar en nuestro medio problemas de Disfunciones sexuales, por no contar con estadísticas propias que reflejaran su magnitud.

Para llevarlo a cabo se elaboró una boleta (ver anexo) altamente elaborada administrada personalmente por el investigador; conteniendo los indicadores sobre las disfunciones más frecuentes que según la literatura consultada son las más frecuentes; dado que es el primer trabajo al respecto en nuestro medio; a manera de encuesta a 200 mujeres casadas y/o unidas en un tiempo no menor a un año previo al momento del estudio, comprendidas entre los 15 y 40 años de edad, alfabetas, divididas en 100 para las que se encontraban en el momento del estudio en la consulta externa de ginecología del hospital San Juan de Dios, siendo representativa la muestra con un nivel de educación baja (grupo A); el otro grupo de 100 mujeres tomado en las facultades mayoritarias de la Universidad de San Carlos, representa a la muestra con un nivel de educación media (maestras de educación, secretarías, contadoras etc.) (grupo B).

Siendo la boleta confidencial y anónima administrada en forma accidental en las respectivas áreas físicas, se clasificaron para descartar las que no estuvieron debidamente llenadas, que en total fueron 13 por lo que los grupos A, quedó con 96 y el B con 91 las que se tabularon, y analizaron sacando los siguientes datos.

Como datos generales tenemos que del total de 187 mujeres, la mayoría practicaba algún tipo de religión y su estado civil eran casadas, además las edades del grupo A, van de 15 a 24 años, siendo una población joven y para el B, de 30 a 40 años, lo que era de esperarse por las uniones más jóvenes en matrimonio del primer grupo y la formación educacional del segundo grupo.

Se observó además que teniendo una frecuencia coital similar en 2 a 3 veces por semana las edades no influyeron por lo que la población resultó sexualmente activa, quienes tenían desde más de un año de convivencia marital hasta más de 10.

Encontramos que las disfunciones sexuales ocupan un 70% de 132 mujeres que las presentaron y que entre las más frecuentes tenemos al Deseo sexual inhibido tipo 2 (anofgasmia parcial) 69.2% y las Dispareunias (coito doloroso) 69.2%; y que dentro de las razones expresadas como factores que influyen en la obtención del orgasmo se tiene; El miedo a quedar embarazada, Tensiones al momento de la relación sexual, no teniendo la frecuencia por las limitaciones del estudio; Otras condiciones expresadas fueron las relacionadas a la relación sexual durante el embarazo, encontrando que el grupo mayor de las 187 mujeres tomadas no sentían deseo de tenerlas, siendo esto "normal" pero otro grupo expresó sentir miedo a que se dañe el niño en un promedio de 26.2%; también tenemos que dentro de las

condiciones negativas durante la relación por parte del esposo, expresado por las 187 mujeres del estudio, los problemas del alcoholismo y la agresividad son las más frecuentes teniendo como promedio para los dos grupos el 17.1%.

Determinamos un índice de satisfacción conyugal con preguntas de las más elocuentes que nos dieran una idea del éxito o fracaso tales como: Disgusto por insatisfacción sexual, Mal humos y tensión etc. donde observamos que en casi la mitad (46.1%) de 187 poseen insatisfacción en mayor o menor grado no se tiene una frecuencia por las limitaciones del estudio; asumiendo que esto podría llegar a poner en peligro la integridad conyugal de estas parejas.

Con éste trabajo esperamos aportar entonces dar una idea general sobre las incidencias, tipos e implicaciones que tienen éstos problemas en la sociedad, en éste caso para nuestro grupo de estudio.

"REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS"

1. Ack, Marvin et al. Facilitating sex education in the family. *Patient Care* 1982 Nov 15; 16(2):67-112
2. Bronstein de R. Edna. Comportamiento sexual en una población de estudiantes mexicanos. *Clin Obstet Ginecol Mex* 1980 Dic; 48(290):383-401
3. Bartova D. et al. Sex life during pregnancy. *Cesk Gynekol* 1969 Aug 15; 34:560-562
4. E. Frank et al. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Eng J Med* 1978 July 15; 299(26):111
5. Fuente M. Ramón de la Psicología médica. 18 ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1978. 444p. (pp.304-310)
6. Hammond D. Corydon. Screening for sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1984 Sep 15; 27(3):732-737
7. Kockott G. Behavior therapy of psychogenic sexual dysfunction in men. In his: Hafez E.S.E. *Human semen an fertility regulation in men*. Saint Louis, Mosby, 1976. 615p (pp.513-524)
8. Kolb, Lawrence C. Trastornos psicofisiológicos viscerales y del sistema nervioso autónomo. En su: *Psiquiatría clínica moderna*. México Prensa Médica 1981. 835p.(pp.592-593)
9. Kinsey, Alfred C. *Conducta sexual de la mujer*. México, Médico Quirúrgica. 1954. 820p. (pp.9,93,95,327-371)

10. LaFerla, John J. Inhibited sexual desire an orgasmic dysfunction in women. *Am J Obstet Gynecol* 1984 Sep 15; 27(3): 738-746
11. Masters WH, VE Johnson. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Intermedica 1978. 325p. (pp.3,7,9, 19,23,31,235-237)
12. Moro, Mario *Psicobiología*. 6a. ed. Guatemala, Eros 1977. 315p.(pp.298-299)
13. Novak, Edmund R. et al. *Tratado de ginecología*. 9a. ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp.719-722)
14. Plouffe, Leo jr. Secreening for sexual problems through a simple cuestionnaire. *Am J Obstet Gynecol* 1985 Jan 15;151(2):166-169
15. Solberg, Don A. et al. Sexual behavior in pregnancy *N Eng J Med* 1973 May 24; 288(21):1098-1103
16. Sancher, Paolo, *Manual de psiquiatría clínica*. México Trillas 1979. 392p.(pp.206-208)
17. West, Norman D. Sexual behaviors, disorders and dysfunction. In his: *Psychiatry in primary care medicine*. 2nd. ed. Chicago, Year Book Medical, 1979. 266p.(pp.142-147)

70 60

E. Anguadilla

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENCUESTA SOBRE DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER

La presente encuesta tiene por objeto, conocer algunos aspectos importantes con el comportamiento de las relaciones sexuales, dentro de la pareja; consideramos que su colaboración será de gran ayuda, para orientar posteriormente a personas que tengan algunos problemas al respecto; los resultados serán utilizados unicamente con propósitos científicos, igualmente ésta encuesta es anónima por lo que es innecesario que ponga su nombre. Desde ya le agradecemos la sinceridad de su respuesta.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentará una serie de preguntas con múltiples respuestas. Marque con una (x) la alternativa seleccionada (número encerrado en el círculo); en algunas opciones escribirá en los espacios en blanco.

GENERALIDADES:

1. Cuantos años cumplidos tiene a la fecha de hoy ?

- 15 a 19 (1)
20 a 24 (2)
25 a 29 (3)
30 a 34 (4)
35 a 40 (5)

2. Cual es su relación con su compañero?

CASADA (1) UNIDA (2)

3. Que tiempo ha transcurrido desde que inicio su relación?

- 1 hasta 2 años (1)
más de 2 años hasta 3 años (2)
más de 3 años hasta 4 años (3)
más de 4 años hasta 5 años (4)
más de 5 años hasta 10 años (5)
más de 10 años en adelante (6)

4. Posee ud, algún tipo de religión?

SI (1) NO (2)

pase a la pregunta 6

No escriba

1

2

3

4

5. Cuál es el tipo de religión que Ud. tiene?

Católica (1)

Evangelica (2)

Budista (3)

Maometana (4)

Otro: Escriba.

SERIE II

6. La mayoría de las mujeres experimentan dolor, la primera vez tienen relaciones sexuales y después esto desaparece. Ha tenido ud. alguna vez dolor en sus órganos durante la relación sexual?

SI (1)

NO (2)

pase a la pregunta 10

7. Cuando por primera vez, tuvo relaciones sexuales sufrió de dolor?

SI (1)

NO (2)

pase a la pregunta 9

8. El dolor que experimento en su primera relación sexual, fué cediendo hasta que pasado un mes ya no se percibió?

SI (1)

NO (2)

pase a la pregunta 10

9. Con que frecuencia sufre ud. entonces de dolor, cuando tiene relaciones sexuales?

Siempre que tiene relaciones sexuales (1)

Ocasionalmente en las relaciones sexuales (2)

Nunca las ha sufrido (3)

10. El número de veces que una pareja tiene relaciones sexuales, es muy variable en la población general. Cuántas veces tiene ud. relaciones sexuales aproximadamente?

Diariamente (1)

2 a 3 veces por semana (2)

4 veces por semana (3)

Sólo los fines de semana (4)

Una vez al mes (5)

11. Considera Ud. que el dolor que siente en sus genitales, al momento de las relaciones sexuales son:

Insoportables (1)

Leves (2)

No hay dolor (3)

12. Se sabe que al terminar de realizar el acto sexual (coito) se experimenta una sensación de placer, (terminar, acabar) se relajaba todo el cuerpo. Ha sentido ud. alguna vez tal sensación?

SI (1)

NO (2)

13. Con que frecuencia ha sentido Ud. tal sensación?

siempre que tiene relaciones sexuales (1)
De vez en cuando (2)

Muy raras veces (3)

Sólo una vez (4)

14. Existen algunas causas por las que no se puede sentir placer; para el caso suyo, ud. considera que tal causa(s) pueden ser a?

Miedo a quedar embarazada SI (1) NO (2)

Falta de deseo sexual SI (3) NO (4)

Falta de caricias de su compañero SI (5) NO (6)

Sentimiento de culpa o pecado SI (7) NO (8)

Se encuentra muy nerviosa al momento de la relación sexual SI (9) NO (10)

Otra Escriba

15. Hasta que mes de avanzado el embarazo, considera ud. que se puede llevar a cabo el acto sexual?

Únicamente el primer mes (1)

del 1 al 2 mes (2)

del 1 al 3 mes (3)

del 1 al 4 mes (4)

del 1 al 5 mes (5)

del 1 al 6 mes ⑥
del 1 al 7 mes ⑦
del 1 al 8 mes ⑧
del 1 al 9 mes ⑨

16. Ha dejado ud. alguna vez de tener relaciones sexuales durante el embarazo? 22

SI ① NO ②
pase a la pregunta 18

17. Cuáles han sido las razones por las que ha dejado de tener relaciones sexuales en el embarazo? 23

Miedo a que se dañe el niño ①
Es difícil y doloroso ②
No se siente el deseo ③

Otra: Escriba: _____

18. Considera Ud. que el sentir placer al terminar o en la relación sexual, muchas mujeres normalmente lo sienten. En su caso particular Ud. lo ha sentido?

SI ① NO ②

19. Algunas mujeres experimentan al momento de iniciar una relación sexual, dolor por lo imposible que resulta la penetración del pene (miembro genital masculino) por lo que no se lleva a cabo el acto sexual. Ha experimentado ud. algo similar?

SI ① NO ②
pase a pregunta 21

20. Si así lo es, podría ud. explicar cuáles son las causas o factores?

Escriba: _____

27

21. Si ud. ha estado embarazada o lo está en éste momento, ud. ha sentido o tiene relaciones sexuales en su embarazo?

SI ① NO ②

22. Se sabe que algunos hombres presentan al momento de tener relaciones sexuales falta de erección. Ha presentado su esposo algunas veces falta de erección?

SI ① NO ②
pase a la pregunta 24

23. Con que frecuencia se presenta o ha presentado tal situación?

Frecuentemente ①
Pocas veces ②
Muy raras veces ③
Siempre ④
No se ha presentado ⑤

24. Se ha visto que algunos hombres presentan al momento de tener relaciones sexuales, ciertas condiciones negativas que impiden una mejor relación. Presenta su esposo frecuentemente alguna na condición de estas?

Ha ingerido bebidas alcohólicas SI ① NO ②
No le interesa la relación sexual SI ③ NO ④
Se fatiga fácilmente SI ⑤ NO ⑥
Es agresivo en la relación sexual SI ⑦ NO ⑧
Otras. Escriba: _____

25. Cuando en la relación sexual, alguno de los dos no llega a satisfacerse, esto puede causar mal humor y nerviosismo. Ha sentido Ud. cualquiera de éstas dos sensaciones?

SI ① NO ②

26. Si es así, considera ud. que tal insatisfacción provoca?

Disgusto ①
Mal humor y nerviosismo ②
Descontentos en el hogar ③
Riñas y peleas ④
Otra. Escriba: _____

MUCHAS GRACIAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(CICS)

CONFORME:

Dr. Jorge Mario Córdova
Médico y Cirujano
Colegiado No. 4206
ASESOR.

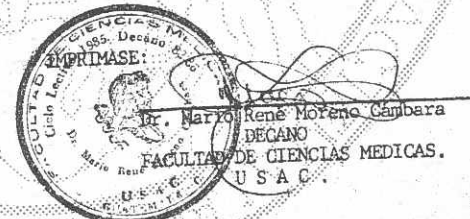
Dr. Jorge Mario Córdova
Médico y Cirujano
Colegiado No. 4206

SATISFECHO:

Dr. Lic. Samuel Alfredo Monzon
REVISOR.

APROBADO:

[Signature]
DIRECTOR DEL CICS



Guatemala, 11 de octubre de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Suplemento de Tesis).