

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS: COMPARACIÓN DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Claudia Sánchez Bravo*, Jorge Carreño Meléndez*, Susana Martínez Ramírez*,
María Eugenia Gómez López*

SUMMARY

Sexual dysfunctions are a high frequency problem that should be studied because of its significance for individual health. For that reason, approaches to sexuality, sexual dysfunctions prevalence among women and men of a population sample in Mexico City, and the particular frequency of each dysfunction, will convey the possibility of suggesting more precise and focused treatment strategies, as well as the generation of ground lines for the investigation of the specific factors that could be related to them.

Based on researches conducted by many pioneers who have approached the study of human sexuality, Masters and Johnson built up, for the first time during the 1960s, the human sexual response and its dysfunctions. Also, they hold the hypothesis that the way to understand human sexuality must relay on the study of the human sexual response cycle. This consists of five phases: sexual urge phase, excitement phase, plateau phase, orgasmic phase and resolution phase. Masters and Johnson needed to define those phases, so they described and delimited inherent sexual dysfunctions, which may not always be present –but could be– in human sexuality. In order to give a precise and correct diagnosis, researchers have to define and classify sexual dysfunctions. In this sense, Rubio defines them as “a group of syndromes in which the erotical processes of sexual response are undesirable for the individual or for the social group, and occurs persistently and recurrently”. Researchers of the Department of Psychology at the National Institute of Perinatology (Instituto Nacional de Perinatología, INPer) in Mexico City, which is a third level institution (specialties hospital) dedicated to people with reproduction problems, realized that investigation about sexual problems will lead to a broad and objective panorama (not hypothetical) of factors like prevalence, types, and gender comparisons of sexual problems among Mexican population.

Main objective. This research seeks to state the prevalence, percentage, frequency, and types of both male and female sexual dysfunctions, as well as the differences between them, in a sample of Mexican population living in Mexico City. The research also intends to analyze some variables related to the sexual life of the population under study: sexual information they have previously received, traumatic sexual experiences and childhood trauma.

Method (material and procedures): Researchers used the Clinical Record of Feminine Sexuality (Historia Clínica de la Sexualidad Femenina) and the Questionnaire of Sexuality, Male Version (Cuestionario de Sexualidad, Versión Hombres), both validated for Mexican population. The type of study that researchers conducted was populational, screening, descriptive, longitudinal, and retrospective. The study was performed using a non-experimental design with two samples drawn from INPer (patients and others); one of the samples consisted of 384 female participants and the other consisted of 363 male individuals (non partners of the patients included in the sample). Each participant was included into one of two groups: Group 1 comprised individuals without dysfunction and Group 2 included participants with sexual dysfunction. This classification was made when individuals were accepted at the INPer as patients, and before they were included in any medical treatment or intervention. Sample size was representative of the number of individuals accepted as patients of INPer that year. Inclusion criteria for men and women consisted of a level of education at least of elementary school –so they could understand the questionnaires– having a sexual partner for a year or more, without previous diagnostic of mental retardation or psychosis, nor medical conditions like neurological or endocrine syndromes, cardiopathies, vascular problems or genital infections, that could influence or determine sexual dysfunctions.

Patients were included in Group 1 (control group) without sexual dysfunctions, or in Group 2 (experimental group) with sexual dysfunctions, based upon the results of the Clinical records in women as well as in men, which is intended to determine presence or absence of sexual dysfunctions and the kind of dysfunction that each individual has. The questionnaire, besides classifying sexual dysfunction, explores sexual life. The 10 types of sexual dysfunctions are: 1. sexual urge disorder (hypoactive sexual desire), 2. aversion to sex disorder, 3. female arousal disorder, 4. male erectile dysfunction, 5. female orgasm disorder, 6. male orgasm disorder, premature ejaculation, pain associated with intercourse disorder (dyspareunia), 9. vaginism (defined and classified following the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revised (DSM-IV-TR), and 10. dysrhythmia (as stated by Alvarez-Gayou, persistent and recurrent inability to

*Investigadores del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Correspondencia: Mtra. Claudia Sánchez Bravo. Montes Urales 800. Torre de Investigación, 1er piso. Tel. 55-20-99-00 ext. 147. Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com

Recibido primera versión: 19 de octubre de 2004; segunda versión: 11 de abril de 2005; aceptado: 12 de mayo de 2005.

obtain satisfaction in one of the partners due to the difference in sexual urge for sexual activity frequency, when conditions are adequate and the problem is not related to physical problems).

Results: Prevalence in women was 52%; in men it was 38.8%. Mean in women with sexual dysfunctions was 2.52 dysfunctions by patient; mean in men with sexual dysfunctions was 1.48 by patient. Dysrhythmia was the most frequent dysfunction both, in males and females. Concerning variables related to sexual activity, childhood trauma for women, masturbation for men and information about sexuality for both men and women, were the main ones.

Conclusion: Prevalence of sexual dysfunctions and frequency by patient in individuals attending the INPer is lower in men's population. Having an effective and sound information about sexuality is essential for sexuality development. Another important topic are traumatic sexual experiences that are more frequent in female population and are also associated with sexual dysfunctions; men are less jeopardized for that kind of experiences. Masturbation practice is related to the absence of sexual dysfunctions in men. On the other hand, that practice is not significant for women. Results of this research led us to change attention strategies; this will have a repercussion in the effective treatments and decreased periods of time to solve the problem.

Regarding the possibility to generalize the results, research could be directed to determine prevalence in populations with no reproduction risk and then compare them with the population of the study; hypothetically, results would not have a significant variability given the control of variables.

Key words: Sexual dysfunction, epidemiology, gender.

RESUMEN

Las disfunciones sexuales constituyen un problema frecuente y que es necesario estudiar por su importancia para la salud de los individuos. Por esto, abordar la sexualidad, conocer su prevalencia en mujeres y en hombres en una muestra de población de la Ciudad de México, y establecer la frecuencia con que se presenta cada una de ellas brindará la posibilidad de proponer estrategias de atención más precisas y focalizadas, además de generar líneas de investigación para estudiar los factores asociados a ellas.

Masters y Johnson estudiaron el comportamiento del ciclo de la respuesta sexual humana, y lo dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases los llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana. A su vez, Rubio las define como "una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente".

En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la Ciudad de México, se planteó la necesidad de conocer el comportamiento de los problemas sexuales con el fin de tener un panorama completo y no hipotético de lo que sucede en una población mexicana, con determinadas características, con respecto a su prevalencia, sus tipos y su comparación de género.

Objetivo: Establecer la prevalencia, el porcentaje y la frecuencia de los tipos de disfunción sexual masculina y femenina, así como sus diferencias, en una población de la Ciudad de México. A la vez se analizan algunas variables relacionadas con la vida sexual de la

muestra: información sexual recibida, experiencias sexuales traumáticas y trauma infantil.

Material y método: Se utilizaron la Historia clínica de la sexualidad femenina y el Cuestionario de Sexualidad, versión hombres. Estudio de población, exploratorio, descriptivo, transversal, retrospectivo, con un diseño no experimental, de dos muestras del INPer -una de 384 mujeres y otra de 363 varones (no parejas de las pacientes que se incluyeron en la muestra)- clasificadas cada una en grupo 1 sin disfunción y grupo 2 con disfunción sexual. Los sujetos se seleccionaron y se integraron a los grupos después de ser aceptados en la institución como pacientes y antes de cualquier intervención médica. El tamaño de la muestra fue representativo del número de pacientes que ingresó a la institución ese año. Tanto las mujeres como los hombres debieron cubrir todos los criterios de inclusión.

Los pacientes se incluyeron en el grupo 1 (grupo control) sin disfunciones sexuales o en el grupo 2 (grupo experimental) con disfunciones sexuales, según el resultado de las historias clínicas de mujeres y hombres, cuyo objetivo es determinar la presencia o ausencia de disfunciones sexuales y el tipo de disfunción que se padece. Las diez categorías son las disfunciones sexuales descritas en el DSM-IV-TR.

Resultados: La prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres fue de 52% y en hombres, de 38.8%. En promedio, en el grupo de mujeres con disfunción sexual se presentaron 2.52 disfunciones por paciente y en el grupo de hombres con disfunción sexual, 1.48 por hombre. Las más frecuentes fueron la disritmia en ambos grupos, el deseo sexual hipoactivo en el grupo femenino y la eyaculación precoz en el grupo masculino. En las variables relacionadas con la vida sexual, el trauma infantil en mujeres se asoció con la presencia de disfunciones sexuales, la práctica masturbatoria en hombres al grupo sin disfunciones sexuales y la falta de información sexual se asoció en ambas poblaciones con el grupo con disfunciones sexuales.

Palabras clave: Disfunción sexual, epidemiología y género.

INTRODUCCIÓN

En el ejercicio de la práctica clínica psicológica, las disfunciones sexuales constituyen un problema que se manifiesta frecuentemente y que es necesario estudiar por la importancia que tiene para la salud de los individuos. Abordar la sexualidad es hablar de un concepto que va mucho más allá de la respuesta sexual humana. Rubio las define como "una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente" (11).

Masters y Jonson (8) fueron pioneros en realizar estudios con una observación sistematizada y directa de la conducta sexual de las parejas. Así generaron el modelo de la respuesta sexual humana, que dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Además de abrir un amplio campo de investigación, la definición de estas fases llevó a delimitar, describir y estudiar las disfunciones sexuales, de

todo lo cual derivó su clasificación. Una estudiosa de las disfunciones sexuales es Helen Kaplan (7), la cual estructuró la llamada "nueva terapia sexual", que tiene como aportación el uso integrado de técnicas estructuradas sistemáticamente para mejorar el funcionamiento sexual y sesiones terapéuticas conjuntas para tratar las causas remotas y recientes que influyen en una vida sexual insatisfactoria. El trabajo se desarrolló sobre el análisis de la causalidad de las disfunciones sexuales. Kaplan las define como trastornos psicossomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él, y las divide en tres síndromes para el varón -trastorno de la erección, eyaculación retardada y eyaculación precoz- y otros tres para la mujer: vaginismo, deseo sexual hipoactivo y trastorno del orgasmo. Cabe aclarar que actualmente existen clasificaciones más completas. Para este trabajo se eligió la proporcionada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-T. Este divide los trastornos en: 1. deseo sexual hipoactivo; 2. trastorno por aversión al sexo; 3. trastorno de la excitación en la mujer; 4. trastorno de la erección en el hombre; 5. trastorno orgásmico femenino; 6. trastorno orgásmico masculino; 7. eyaculación precoz; 8. dispareunia; 9. vaginismo; y 10. disritmia (1).

En investigaciones más recientes de la prevalencia de las disfunciones sexuales, en Estados Unidos se encontró que 43% de mujeres y 31% de los hombres sufren algún tipo de disfunción sexual, por lo que se consideró un importante problema de salud pública. También se encontró relación entre su presencia y problemas emocionales, experiencias sexuales traumáticas previas y una salud física deficiente, así como con una mala calidad de vida (13). Cabe señalar que los resultados que se presentan en este estudio no varían mucho de los reportados en la bibliografía estadounidense. Otro estudio de ese país refiere que hay factores psicológicos, como la depresión y la ira, que actúan como indicadores de la etiología de las disfunciones sexuales además de factores orgánicos como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los efectos secundarios de algunos medicamentos y el cigarrillo, así como la edad y el nivel educativo (6). Otro estudio sobre tratamiento del trastorno de erección sin causa orgánica asociada plantea que hacen falta estadísticas sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales en países latinoamericanos (10). Asimismo, en Córdoba, España, se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas por edad. Los resultados señalan que, de 5323 consultas urológicas, 779 reportaron disfunciones sexuales, lo que implica una prevalencia de 14.63%. La más frecuente fue el trastorno de la erección, el cual aumenta significativamente con la edad, por lo que se consideró como un importante proble-

ma de salud (4). En México, Rubio (12) realizó una panorámica de la frecuencia relativa de las personas atendidas en la Clínica de Salud Sexual AMSSAC. Si bien no es posible generalizar los resultados, sí aportan datos sobre las disfunciones más frecuentes. Así, de 138 hombres atendidos con disfunción sexual, la más frecuente fue el trastorno de la erección, seguida de la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo. De 57 mujeres atendidas en el mismo periodo, la disfunción sexual más frecuente en ellas fue el trastorno del orgasmo, seguido del trastorno de la excitación y el deseo sexual hipoactivo. Por otro lado, en estudios sobre la frecuencia y la causalidad específicas del trastorno de la erección destaca que, cuando es de tipo psicológico, se manifiesta como consecuencia de situaciones estresantes, como el desempleo y el divorcio, que alteran la estabilidad emocional del hombre. Según estos estudios este trastorno se presenta en 55% de los varones entre 40 y 70 años de edad. De esta población, 75% corresponde a causas orgánicas diversas; el otro 25% pertenece a causas de tipo psicológico (16).

Conocer la prevalencia de estas alteraciones en mujeres y hombres de una muestra poblacional de la Ciudad de México, así como establecer la frecuencia con que se presenta cada una de ellas, permitirá proponer estrategias de atención más precisas y focalizadas, además de generar líneas de investigación para estudiar los factores asociados.

En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la Ciudad de México, institución de tercer nivel de atención, abocada a los problemas relacionados con la reproducción, se planteó la necesidad de conocer el comportamiento de los problemas sexuales, con el fin de tener un panorama completo y no hipotético de lo que sucede en una población mexicana, con determinadas características, en cuanto a la prevalencia, los tipos y la comparación de género de dichos problemas. El propósito de estos estudios exploratorios y descriptivos es generar investigaciones relacionadas con diversas variables que pudieran intervenir en la vida sexual y propiciar abordajes más precisos para solucionar los problemas con base en un conocimiento fidedigno de la población. La intención es diseñar estrategias de tratamiento más cortas, pues en una institución especializada en resolver problemas de reproducción humana solucionar aquellos asociados con la sexualidad es un aspecto importante por las repercusiones que esto tiene en un nivel individual, de pareja, familiar y, por tanto, poblacional y social.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia, el porcentaje y la frecuencia de los tipos de disfunción sexual tanto masculina como femenina, así como sus diferencias, en una población de la

ciudad de México. Se analizan también algunas variables relacionadas con su vida sexual de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODO

La población estuvo constituida por los pacientes de nuevo ingreso al INPer durante 2000. Se obtuvieron dos muestras: una femenina de 384 mujeres y otra de 363 varones (no necesariamente parejas de las pacientes incluidas en la muestra). Los pacientes se seleccionaron e integraron a los grupos después de ser aceptados en la Institución como pacientes y después del estudio socioeconómico realizado en el servicio de trabajo social, antes de ser enviados a algún servicio y de cualquier intervención médica. El tamaño de la muestra fue representativo del número de pacientes que ingresó a la institución ese año. Tanto las mujeres como los hombres debieron cubrir todos los criterios de inclusión, que consistieron en tener una educación mínima de primaria para la comprensión de las preguntas, mantener una relación de pareja de al menos un año, no tener un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico, ni de alguna enfermedad orgánica que pudiera condicionar las disfunciones sexuales como síndromes neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares o infecciones genitales. Fuera de esto, se incluyó a todos las pacientes al margen del motivo por el que ingresaron a la institución y siguiendo las reglas institucionales que fundamentalmente plantean aceptar a aquellos que tengan algún problema relacionado con la reproducción que no se pudo manejar en un primer o segundo nivel de atención.

Los pacientes fueron incluidos en el grupo 1 sin disfunciones sexuales o en el grupo 2 con disfunciones sexuales, dependiendo del resultado de las historias clínicas de las mujeres y los hombres, cuyo objetivo es determinar la presencia o ausencia de disfunciones sexuales y el tipo de disfunción que presentan. Se realizó un estudio de población, exploratorio, descriptivo, transversal y retrospectivo, con un diseño no experimental, *ex post facto*, de dos muestras, una femenina y otra masculina, y de observaciones independientes. Las unidades de observación fueron las respuestas que los pacientes proporcionaron al instrumento utilizado para detectar la presencia de disfunciones sexuales: la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina HCCSF (15), que consta de 170 preguntas, y el Cuestionario de Sexualidad, Versión Hombres (9), que consta de 90 preguntas y que se diseñó en el Instituto Nacional de Perinatología para obtener información sobre aspectos de la vida sexual. Este cuestionario es una adaptación de la HCCSF validada en México, DF, para conocer la demanda de consulta por problemas sexua-

les de mujeres en edad fértil. El cuestionario, además de clasificar las disfunciones sexuales, también explora la vida sexual.

En cuanto al procedimiento, se capturaron dos muestras no probabilísticas de la población, con un procedimiento de selección por cuota durante un periodo aproximado de ocho meses. A continuación se les proporcionaba la carta de consentimiento informado; una vez aceptada y firmada, se proseguía a la aplicación del cuestionario por parte del personal capacitado por el servicio de psicología. Esta aplicación se hacía en una sola sesión para no perder continuidad; la duración fue de aproximadamente 30 minutos. Al concluir se invitaba a los participantes a acudir al servicio de psicología de la institución (si se detectaba algún problema en su vida sexual y de pareja) para que recibieran atención psicológica.

Se estudiaron las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad y religión. Las variables relacionadas con la vida sexual fueron: a) información sexual, que se define como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal o formalmente conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, y que incluyen aspectos biológicos, reproductivos, eróticos, de identidad y las representaciones sociales de los mismos (5); b) experiencias infantiles traumáticas que se consideran como el choque emocional que deja una impresión duradera y que en este caso tiene que ver con algún aspecto sexual (2) y c) masturbación. Estas variables se analizaron con la prueba no paramétrica Chi cuadrada. El trabajo se realizó con el programa estadístico SPSS para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en dos partes. En la primera se describirán los resultados de las variables sociodemográficas y de aquellas relacionadas con la vida sexual. En la segunda se presentará la prevalencia encontrada, así como la frecuencia de cada disfunción sexual y los resultados de la comparación entre los grupos en relación con las diferencias de género.

El análisis de las variables sociodemográficas permitió encontrar los siguientes datos (cuadro 1).

En cuanto al grupo femenino, los resultados de las variables relacionadas con su vida sexual mostraron que, con respecto a la información sexual, las pacientes con disfunción sexual presentaron desventajas, con lo que se establecieron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la masturbación, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. En la última variable analizada en relación con su vida

CUADRO 1. Variables sociodemográficas

Variables	Mujeres		Hombres	
	Sin disfunción	Con disfunción	Sin disfunción	Con disfunción
Edad (X)	29.4	30.8	32.5	32.9
Casados (%)	76.0	72.0	79.0	88.0
Unión libre(%)	24.0	28.0	21.0	12.0
Religión católica (%)	92.0	76.0	70.0	76.0
Escolaridad(años) (X)	11.0	10.2	12.0	11.6
Relación de pareja (X)	6.3	7.3	6.3	7.3

sexual -la experiencia infantil traumática-, se encontraron diferencias estadísticas significativas, siendo el grupo con disfunción sexual donde se ubica el mayor número de pacientes con una experiencia sexual infantil traumática (cuadro 2).

En cuanto al grupo masculino, los resultados de las variables relacionadas con su vida sexual mostraron que, con respecto a la información sexual, los pacientes con disfunción sexual presentaron carencias informativas, con lo que se establecieron diferencias estadísticamente significativas. Esto hace evidente la importancia que tiene esta variable para una vida sexual satisfactoria y la prevención de las disfunciones sexuales. Por lo anterior, Corona (5) afirma que la educación sexual es un proceso vital para transformar conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad. En cuanto a la variable masturbación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, siendo más común esta práctica en el grupo que no presenta disfunciones sexuales. En la última variable -experiencia infantil traumática-, analizada en relación con su vida sexual, no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Sin embargo, cabe señalar que en el grupo con disfunción sexual se encuentra el mayor número de pacientes que vivió una experiencia así (cuadro 2).

CUADRO 2. Variables significativas en disfunción sexual

	Grupo 1	Grupo 2	Valor de χ^2 *
Mujeres			
Información sexual			
No recibió	45.6%	56.4%	4.49*
Recibió	54.4%	43.6%	
Masturbación			
No practicó	84.6%	85.1%	(No sig.)
Practicó	15.4%	14.9%	
Experiencia infantil traumática			
No presentó	93.4%	79.7%	15.10*
Presentó	6.6%	20.3%	
Hombres			
Información sexual			
No recibió	24.0%	42.0%	7.32*
Recibió	76.0%	58.0%	
Masturbación			
No practicó	4.0%	12.0%	4.34*
Practicó	96.0%	88.0%	
Experiencia infantil traumática			
No presentó	89.0%	94.0%	(No sig.)
Presentó	11.0%	6.0%	

*significancia .05 y gl= 1

En la muestra femenina, que en total fue de 384 sujetos, la distribución se dio de la siguiente manera: 184 pacientes no presentaron disfunciones sexuales, por lo que se les incluyó en el grupo 1. Las otras 200 pacientes se incluyeron en el grupo 2 con disfunciones sexuales. En este grupo, las pacientes presentaron una o más disfunciones sexuales, por lo que el grupo tuvo un total de 455 disfunciones, con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer y un porcentaje total de 52% de la población.

La muestra masculina se constituyó con 363 sujetos, de los cuales 222 no presentaron ninguna disfunción, por lo que se incluyeron en el grupo 1. El grupo 2 se conformó con 141 sujetos que presentaron una o más disfunciones sexuales, con un total de 209 disfunciones, lo que equivale a un promedio de 1.48 disfunciones por sujeto y un porcentaje total de 38.8%.

En cuanto a la distribución de las disfunciones sexuales en la población femenina, en el grupo 2, las tres más frecuentes son disritmia con 90 casos (23.4%), deseo sexual hipoactivo con 87 casos (22.6%) e inhibición del orgasmo con 81 casos (21%), mientras que la dispareunia tuvo 71 casos (18.4%), la inhibición de la excitación, 57 (14.8), el vaginismo, 35 casos (9.1) y por último la aversión al sexo, 34 casos (8.8%).

Respecto a la distribución de las disfunciones sexuales masculinas, en el grupo 2 las tres más frecuentes fueron disritmia con 78 casos (55.3%), eyaculación precoz con 60 casos (42.5%) y deseo sexual hipoactivo con 43 casos (30.5%), mientras que el trastorno de la erección tuvo 20 casos (14.2%), el trastorno orgásmico, 7 casos (.05%), la dispareunia, 1 caso y la aversión al sexo, ninguno (cuadro 3).

DISCUSIÓN

Contar con resultados acerca del comportamiento de la vida sexual en un sector de la población mexicana permite tener una idea más clara sobre cómo y a qué se enfrentan los programas de salud en esta área. Además, tener un mayor conocimiento acerca de las diferencias de género permite identificar y definir mejores estrategias de atención. La investigación psicosocial en México pone énfasis en la necesidad de la prevención

CUADRO 3. Comparación por sexo en disfunciones sexuales *

Hombres n= 141	Frec.	%	Mujeres n= 200	Frec.	%
Inhibición del deseo	43	11.8	Inhibición del deseo	87	22.6
Trastorno de la erección	20	5.5	Inhibición de la excitación	57	14.8
Trastorno del orgasmo	7	1.9	Trastorno del orgasmo	81	21.0
Aversión al sexo	0	0.0	Aversión al sexo	34	8.8
Dispareunia	1	0.2	Dispareunia	71	18.4
Eyacuación precoz	60	16.5	Vaginismo	35	9.1
Disritmia	78	21.4	Disritmia	90	23.4
Total de disfunciones	209			455	

*Tanto hombres como mujeres tienen más de una disfunción

en cuanto al desarrollo de programas de educación sexual (5). La información debe ser de calidad para que sea eficaz en cuanto a los objetivos planteados, los cuales deberán tener un sustento metodológico y elaborado con base en resultados arrojados por investigaciones realizadas en México.

Es importante hacer hincapié en los datos más relevantes obtenidos. En primer lugar, las diferencias por género: existen diferencias en cuanto a prevalencia, siendo de 38.8% en población masculina con una frecuencia de 209 disfunciones en 141 sujetos y de 52.2% en población femenina con una frecuencia de 455 disfunciones en 184 sujetos. Lo anterior lleva a pensar que el desarrollo de la sexualidad es más restringido en la población femenina, aunque las carencias sean significativas en ambos sexos. De modo que si hay diferencias de peso por género sobre las que vale la pena reflexionar. En segundo lugar, el número de disfunciones presentadas es menor en la población masculina, con un promedio de 1.48 disfunciones por varón, a diferencia de la población femenina, que es de 2.25 disfunciones por mujer, lo que refleja las limitaciones existentes por género. En tercer lugar, cabe señalar que es significativo que en ambos sexos la disfunción más común haya sido la disritmia. Esto tiene una connotación agregada pues, aun teniendo una respuesta sexual íntegra, hay una incompatibilidad con la pareja en cuanto a la vida sexual. Con respecto a las variables relacionadas con ésta, se encontraron similitudes y diferencias en cuanto a información sexual, tanto en el grupo masculino como en el femenino. Así hubo relación entre su carencia y la presencia de disfunciones sexuales, aunque no en el caso de las experiencias sexuales infantiles traumáticas, donde en el grupo masculino no se halló relación entre la presencia de esta experiencia y la existencia de disfunciones sexuales. En cambio, en el femenino sí las hay, lo que hace pensar que esta población es más vulnerable al abuso sexual o al impacto emocional del mismo.

En cuanto a la variable masturbación en el grupo masculino, la práctica de ésta se asocia al grupo sin disfunciones sexuales, lo que puede indicar que el ejercicio de la masturbación favorece el desarrollo de la psicosexualidad. Llama la atención que en esta variable, en la población masculina, la asociación es clara,

pues para el desarrollo de la sexualidad es fundamental el autoconocimiento, como lo indican Masters y Johnson (8) y Kaplan (7), a diferencia de la población femenina, donde en ambos grupos se niega haberse entregado a esta práctica alguna vez en la vida. Esto lleva a pensar que, en esta población, esta práctica todavía se reprueba mucho y no se atreve a manifestarlo o realmente no lo hace. Al revisar la historia de la masturbación, se observa que ésta ha sido severamente restringida y se ha catalogado como inmoral, perjudicial e innecesaria, especialmente en los adolescentes, a quienes se les lleva a sentir temor (2). Los resultados de este estudio pudieran indicar que estas restricciones influyen más en la población femenina.

Por último, puede concluirse que:

- La prevalencia de disfunciones sexuales es menor en la población masculina, así como la frecuencia por paciente.
- Para el desarrollo de la sexualidad, es indispensable tener información sexual, o sea una educación sexual verdaderamente eficaz y profunda.
- Las experiencias sexuales traumáticas, además de ser más frecuentes en la población femenina, se asocian a la presencia de disfunciones sexuales, lo que no sucede en la población masculina, que es menos proclive a este tipo de experiencias.
- La práctica masturbatoria masculina está asociada a la ausencia de disfunciones sexuales, no así en la femenina, en la que no es significativa.

Para terminar, se considera que conocer los problemas que giran alrededor de la sexualidad con datos más objetivos podrá abrir nuevas investigaciones de las cuales surgirán estrategias de tratamiento con características particulares que ayudarán a disminuir el problema en menos tiempo.

REFERENCIAS

1. ALVAREZ-GAYOUJ: *Sexoterapia Integral*. El Manual Moderno, 16, 64-69, México, 1986.
2. ANGUIANO C: *Diccionario de Ciencias Sociales*. Novena edición. El Ateneo, Buenos Aires, 1992.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. Ed. Masson, 505-535, Madrid, 1995.

4. BELEN R, GARCIA J, FIALLOS L: Prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas. *Rev Ciencias Médicas*, 57:10-12, 2000.
5. CORONA E: Identidades de género: en busca de una teoría. En: CONAPO (ed.) *Antología de la Sexualidad Humana*. Ed. Miguel Angel Porrúa, 1: 299-333, México, 1994.
6. HEIMAN J: Dysfunction: overview of prevalence, etiological factors and treatments. *J Sex Research*, 1(39):73-78, 2002.
7. KAPLAN H: *La Nueva Terapia Sexual*. Alianza Editorial. 1: (10-11), México, 1990.
8. MASTERS W, JOHNSON V, KOLONDYR: *La Sexualidad Humana*. 13a edición. Grijalbo, 1:18-19. y 3:617, Barcelona, 1995.
9. MORALES F, PIMENTEL D, ARANDA C: Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico. *Perinat Reprod Hum*, 12(3):17-18, 1998.
10. MUÑOZ L: Impotencia sexual. Tratamiento conductual con pareja sustituta. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 37(3):223-240, 1991.
11. RUBIO E: Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: CONAPO (ed.) *Antología de la Sexualidad Humana*. Miguel Angel Porrúa, 1:17-46, México, 1994.
12. RUBIO E: Las disfunciones sexuales. En: CONAPO (ed.) *Antología de la Sexualidad Humana*. Miguel Angel Porrúa, III:203-246, México, 1994.
13. Sexual problems common among women and men. *Women's Health Weekly*, 1078-7240, Vol. 17: 16-18, 1999.
14. SOUZAM. *Dinámica y Evolución de la Vida en Pareja*. El Manual Moderno, 270, México, 1996.
15. SOUZAM, CARDENAS J, MONTERO MC, MENDOZA L: Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecol Obstet Méx*, 55:277-287, 1997.
16. UGARTE F, FLORES M, GATELL F, RUBIO E, SOTOMAYOR M: *Pac Urología. 1 B4 Disfunción eréctil*. Intersistemas. México, 1999.