

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Breve encuesta sobre cinco aspectos de la sexualidad
femenina***

**Autoras: Yolanda Elena García Martínez
y María Guadalupe Medina Gallardo**

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Clementina Ramírez Trueba**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES

VASCO DE QUIROGA, A. C.

Escuela de Licenciado en Psicología



"Breve encuesta sobre cinco aspectos
de la Sexualidad Femenina.

TESIS PROFESIONAL

YOLANDA ELENA GARCIA MARTINEZ y
MARIA GUADALUPE MEDINA GALLARDO

DIRECTORA DE TESIS:

ic y Maestra en Psicología Clementina Ramírez Trueba



89

ZAVALA

T215

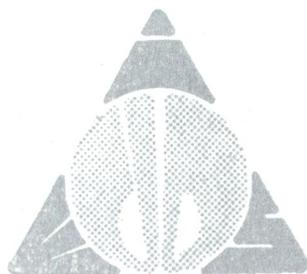
Morelia, Mich.

1989.

INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES

VASCO DE QUIROGA, A. C.

Escuela de Licenciado en Psicología



"Breve encuesta sobre cinco aspectos
de la Sexualidad Femenina.

TESIS PROFESIONAL

YOLANDA ELENA GARCIA MARTINEZ y
MARIA GUADALUPE MEDINA GALLARDO

DIRECTORA DE TESIS:

Lic y Maestra en Psicología Clementina Ramírez Trueba

Morelia, Mich.

1989.



INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I MARCO TEORICO Pag. 7 - 34

- 1.1.- Actitudes sexuales en relación a influencias culturales.
- 1.2.- Organización familiar.
- 1.3.- Información sexual en la niñez.
- 1.4.- Juegos sexuales en la niñez.
- 1.5.- Primera menstruación e información previa sobre ésta.
- 1.6.- Conocimiento de la anatomía genital femenina.
- 1.7.- Relaciones sexuales.
- 1.8.- Relaciones sexuales con una o varias personas.
- 1.9.- Observación de las relaciones sexuales de los padres.
- 1.10.- Primera relación sexual.
- 1.11.- Frecuencia, gozo y satisfacción en las relaciones sexuales.
- 1.12.- Dispareunia.
- 1.13.- Comunicación sexual entre la pareja.
- 1.14.- Relaciones sexuales y embarazo.
- 1.15.- Contactos y posiciones sexuales.
- 1.16.- Iniciativa de la mujer en la relación sexual.
- 1.17.- La mujer y la sexualidad.

CAPITULO II METODOLOGIA Pag. 35 - 42

- II.1.- Objetivos del estudio.
- II.2.- Descripción de la población.
- II.3.- Descripción del área de trabajo.
- II.4.- Instrumento realizado.
- II.5.- Elaboración del cuestionario.
- II.6.- Ampliación del cuestionario.
- II.7.- Manejo de datos.

CAPITULO III RESULTADOS DE LA ENCUESTA Y GRAFICAS Pag. 43 - 108

- III.1.- Resultados de la encuesta.
- III.2.- Cuadros y descripciones.

CAPITULO IV DISCUSION Pag. 109 - 121

- IV.1.- Organización familiar.
- IV.2.- Historia sexual.
- IV.3.- Información Anatómo-fisiológica.
- IV.4.- Grado de Goce sexual.
- IV.5.- Dispareunia.

CAPITULO V CONCLUSIONES Pag. 122 - 125

CAPITULO VI ALCANCES Y LIMITACIONES Pag. 126 - 128

CAPITULO VII ANEXOS Pag. 129 - 136

- VII.1.- Cuestionario sobre sexualidad femenina.
- VII.2.- Cuestionario sobre dispareunia.
- VII.3.- Organos sexuales femeninos externos.
- VII.4.- Organos sexuales femeninos internos.
- VII.5.- Organos genitales masculinos.
- VII.6.- Organigrama del Hospital General.

BIBLIOGRAFIA Pag. 137.- 141

I N T R O D U C C I O N

La humanidad en los últimos años ha dado pasos gigantados en los campos científicos y tecnológicos, repercutiendo esto en su conducta social y sexual, lo que ha influido para que el estudio de la sexualidad haya adquirido interés científico.

La sexualidad atañe íntimamente al ser humano ; para unos pocos es fuente de placer ; para muchos, fuente de problema y conflictos que afectan su vida social e individual.

La sexología es una ciencia joven y compleja que requiere del auxilio de un gran número de ciencias médicas y humanísticas para su comprensión.

El estudio de la sexualidad se debe enfocar bajo 3 aspectos : biológico, psicológico y social, siendo los tres igualmente importantes.

El aspecto biológico es considerado como primordial o elemental ya que gracias al ejercicio de la sexualidad se perpetúa la especie ; el psicológico, importantísimo porque forma parte de la identidad individual ; y el social , no menos importante, ya que la conducta sexual de los individuos afecta la sociedad y es factor que influye definitivamente en el establecimiento de normas y patrones de convivencia humana.

El Instituto Masters y Johnson fue el marco que permitió se realizaran las investigaciones más revolucionarias para dar a la sexualidad una categoría científica.

Según A. Gayou 1 , "La educación inadecuada sobre la sexualidad tiende a perpetuar actitudes sociales que se reflejan en papeles rígidos y estereotipados en ambos sexos, como el machismo en el hombre y la pasividad en la mujer". Es tan notoria esta diferencia que la mayoría de los estudios sobre sexualidad, incluyendo la femenina, han sido realizados por hombres. 12,22,27,28,46,47,64,66.

Esto, aunado al interés por conocer la información sexual que tienen las mujeres, nos motivó para llevar a cabo este estudio de investigación sobre sexualidad femenina.

La información sexual que se pretende recabar está dividida en los 5 áreas siguientes:

- A.- Organización familiar.
- B.- Historia sexual.
- C.- Información anatómo-fisiológica.
- D.- Grado de goce sexual.
- E.- Problemas de dispareunia.

Ante la imposibilidad de realizar el estudio en un número considerable de la población femenina de la Ciudad de Morelia, hubimos de conformarnos con tomar una muestra de 100 mujeres entre 15 y 50 años de edad, con vida sexual activa, entre las que ocurren por diferentes causas a recibir servicios médicos al Hospital General "Doctor Miguel Silva" de esta Ciudad.

Se pretende además, que este estudio motive a la Institución donde fue realizado, a establecer planes de trabajo que ayuden a la mujer a lograr una vida sexual satisfactoria; lo cual repercutirá positivamente en la célula primordial de la sociedad que es la familia.

El trabajo se ha dividido en las seis secciones siguientes:

1.- MARCO TEORICO, el cual comprende los siguientes capítulos:

- a) Actitudes sexuales en relación a influencias culturales.
- b) Organización familiar
- c) Información sexual de la niñez
- d) Juegos sexuales de la niñez
- e) Primera menstruación e información previa sobre ella.
- f) Conocimiento de la anatomía genital femenina
- g) Relaciones sexuales y orgasmo
- h) Observación de las relaciones sexuales de los padres.
- i) Relaciones sexuales con una o varias personas
- j) Primera relación sexual.
- k) frecuencia, gozo y satisfacción en las relaciones sexuales
- l) Dispareunia ; sus causas orgánicas y psicológicas
- m) Relaciones sexuales y embarazo.
- n) Contactos y posiciones sexuales

- r) Iniciativa de la mujer en la relación sexual
- s) La mujer y la sexualidad
- p) *Vocabulario popular y frases textuales de algunas pacientes

2.- METODOLOGIA

3.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA Y ESTADISTICA

4.- DISCUSION

5.- CONCLUSIONES

6.- BIBLIOGRAFIA

...cesas,
...moral,
...sexual
...entes la
... tal, sino
... en el

CAPITULO I

MARCO TEORICO

El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 2, define al sexo como la condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Es una definición aceptable para animales y plantas como lo refiere el Diccionario Enciclopédico Sopena, de la Real Academia de la Lengua Española (4) y el Diccionario Médico Ilustrado Americano (5), pero no es aplicable a los seres vivos racionales. La especie humana merece una definición más clara y amplia debiéndose mencionar más características propias de ésta.

Una definición más completa es la de Azcárraga (1981) (6), para quien sexo, en la especie humana, es el conjunto de características somáticas, funcionales y psíquicas que distinguen al hombre de la mujer.

Las diferencias entre hombres y mujeres, al actuar, hablar, reaccionar, sentir, comportarse, vestirse y amar, constituyen la masculinidad en el hombre y la femineidad en la mujer. Cada sexo de la especie humana presenta características propias que lo hacen diferente al otro (6). Desde épocas remotas la mujer ha tenido a su cargo el hogar y el hombre desempeña sus labores fuera de éste, responsabilizándose de obtener los medios para sostener a su familia, a la cual representa social y jurídicamente, manifestando así cada uno, diferentes conductas, acentuándose en el aspecto sexual.

Así pues la conducta humana y en particular la sexualidad están condicionadas por el aspecto biológico (factores anatómicos y fisiológicos), por los condicionantes sociales (sistemas jurídicos) y por los mecanismos psicológicos (estructura psicodinámica de la personalidad) (6).

Todos los individuos desde su nacimiento son moldeados por la cultura a través de la familia. Según Giraldo Neira (7), "cultura es el conjunto de valores, actitudes y normas de conducta, vigentes en una sociedad, transmitidas a través de la educación familiar y social".

Al individuo se le infunden ideas y creencias religiosas, políticas y sociales sobre lo adecuado, decente y moral, diferentes en el hombre y la mujer. Por lo que el aspecto sexual determina el papel masculino y femenino, haciendo diferentes la forma de pensar, sentir e incluso amar de cada uno.

El concepto de ser humano no existe como tal, sino concretamente Hombre o Mujer, concepto que se manifiesta en el

diario vivir, actos, pensamientos, sentimientos y aún aquello que se guarda dentro, siendo siempre innegablemente diferentes entre ambos. Sears (1975) (8), afirma que "existen diferencias entre el hombre y mujer a nivel biológico, en actitudes y comportamientos, pero no son necesariamente opuestos, sino que se manifiestan en forma distinta.

Para Cervera M. (9) (1982) existen diferencias entre el punto de vista social ya que se favorecen ciertas características y se reprimen otras según los patrones sociales de comportamiento para cada sexo. "En el aspecto sexual la mujer es más reprimida que le Hombre" (7). Rite S. (1981) (10) afirma que a las mujeres no se les ha preguntado nunca que piensan y sienten acerca del sexo". Masters W. y Johnson V. (1978) (11) al afirmar que la sexualidad es una dimensión y expresión de la personalidad, confirman la importancia de todos estos conceptos.

Las manifestaciones de la sexualidad varían según la edad, y las fuerzas psicológicas y culturales del adolescente (12). Así, se observa que las muchachas exhiben actitudes más conservadoras en cuestiones sexuales. (13) (14) Una hipótesis refiere que es menos probable que las jóvenes descubran espontáneamente respuestas sexuales porque sus órganos son menos prominentes que las de los muchachos, y por consiguiente están menos sujetas a una manipulación espontáneamente aprendida 15,16,17,18.

Se ha afirmado también que pueden existir diferencias fisiológicas básicas entre los machos y las hembras en los niveles de pulsión y respuestas sexuales y en la capacidad de los diversos estímulos para activarlos, o en ambas cosas. (17)

Para los victorianos esta cuestión ni siquiera se consideraba abierta a discusión; simplemente se suponía que las mujeres "normales" no tenían ni pulsiones ni respuestas sexuales fuertes.

Actualmente la sociedad le ha reconocido a la mujer sus derechos lo que le ha permitido ocupar puestos en talleres, oficinas, profesiones, puestos directivos y políticos, etc... sin que haya perdido sus sexualidad. En algunos niveles sociales la mujer ha dejado de ser objeto de uso para convertirse en uno de los elementos activos que deben formar la pareja ideal, que además de cumplir con otros requerimientos, satisface las demandas de su instinto sexual.

La conducta sexual del humano es la manifestación del instinto primario de la conservación de la especie, modelado por el ambiente dentro del contexto de una cultura y ética social de determinado pueblo y época. En la conducta sexual del individuo, juega un papel principalísimo la familia y el medio social donde se desenvuelve.

El acto sexual humano es eminentemente psicológico, lo cual lo distingue del resto de los animales, aún de los antropoides, en que puede considerarse como una actividad que responde a los

estímulos específicos cíclicos.

La copula en el humano, es la culminación del mutuo deseo de dos individuos de satisfacer un apetito íntimo a veces indefinido, somático a la vez que espiritual, relacionado con sus estructuras genitales y su necesidad de ternura y compañía. Cumplase así su cometido primordial de la fecundación y la procreación, conllevando un acercamiento espiritual en la pareja.

Muy probablemente, la mujer, al igual que las hembras de otras especies de mamíferos, entra en "celo" periódicamente, cada 28 días (cada mes lunar), disponiéndose física y espiritualmente para recibir al varón deseando la copula. El hombre, como en las demás especies, está siempre listo a vaciar sus vesículas seminales, despertándose un apetito con el estímulo visual y coquetaría de la hembra o de las hembras en celo. De aquí la diferencia entre ambos sexos en su conducta social sexual que, en nuestro tiempo y dentro de nuestro contexto cultural y moral, lo hace más proclive al adulterio.

El hombre y la sociedad han evolucionado y con ello adquirido nuevos hábitos y modalidades en su conducta sexual, imponiéndose su amor espiritual a sus impulsos primitivos, conquistándose ambos.

Inherente al apetito sexual y posesión de la hembra son los celos, manifestados primariamente en los lujos que ocasionan los machos por la posesión de la hembra o del harén.

Los celos se originan en la mujer seleccionando el macho o compañero, por la competencia con otras hembras y la fuerza instintiva de conservar al padre de sus hijos para la seguridad y cuidado de los mismos. En nuestra especie ocurre algo semejante a lo que ocurre en otras especies de mamíferos: macho y hembra permanecen unidos hasta que los hijos puedan valerse por sí mismos, separándose terminada su misión. Pero sucede que en nuestra especie los hijos necesitan del cuidado de los padres casi hasta su mayoría de edad (entre tanto, machos y mujer engendran otros hijos que prolongan sus deberes y es así como se integran las familias. Por otra parte el amor hacia los hijos constituye fuerte lazo que fortalece la unión conyugal y así, padre y madre, convirtiéndose en adultos, terminan sus vidas siempre unidos constituyéndose en las bases o pilares de la integración familiar y tribal. 75

Hasta hace poco tiempo, las funciones de hombre y mujer en el hogar estaban bien definidas: el hombre proveedor de alimentos; la mujer al cuidado de la prole y de la casa. La industrialización con sus transformaciones sociales han transcurrido el esquema tradicional y afectado, en parte la psicología femenina y con ello su conducta sexual. Sin embargo, la fuerza instintiva de la mujer como sacario conservador y generador de la vida y su instinto maternal, la mantienen como eje y piedra angular del hogar pues no hay institución que pueda sustituirla como madre frente a las necesidades físicas y

psicológicas de sus hijos. Por eso su consagración al hogar y su fidelidad más común en el hombre. La mujer salta su valladar sólo en circunstancias excepcionales: cuando no hay amor para su pareja, cuando su pareja no satisface sus necesidades biológicas de orgasmo, cuando se rebela contra el mal trato, humillaciones, golpes e infidelidades de su marido, en suma cuando no hay amor ni respeto para sí misma o cuando no posee valores morales como las sociópatas (amorales) fuente importante de los prostibulos.

En la actualidad, el deseo sexual femenino ya no obedece ciegamente a la periodicidad de su ciclo aunque se incrementa durante la ovulación. La satisfacción orgásmica, el mayor de los placeres humanos, la hace desear a la pareja aun fuera de su ciclo.

Interminable y polifacético es el estudio de la sexualidad y relativamente menos conocida, la sexualidad femenina. Se conocerá hasta que la mujer decida confesarse públicamente en obras serias por ellas escritas.

Terminemos hablando sobre la fisiología del coito y del orgasmo. Estimulado por la posibilidad del coito o por el simple deseo ocasionado por la repleción de las vesículas seminales o por una elevación de la testosterona, y avivado por el estímulo visual táctil o por el simple recuerdo. En el hombre se congestionan los órganos genitales y se activan, fluyendo mayor cantidad de sangre a ellos, produciéndose el llenado de los cuerpos cavernosos y la erección consecutiva del pene, a la vez que las glándulas de Cowper segregan lubricante que humedece el glande. En la mujer excitada ya, se entredren los labios mayores exponiéndose el orificio vaginal a la vez que se relaja el tercio inferior de la vagina y se lubrica la vulva con la secreción de las glándulas vulvovaginales. Realizada la penetración, la fricción producida por los movimientos del pene en la propia vagina, sobre el clitoris y genitales externos y el estímulo procedente del frotamiento de la piel de la región, sumados los estímulos a la vez que producen goce, van preparando a los centros nerviosos superiores para que en el climax, se provoque la descarga nerviosa que a su vez hará reproducir la descarga de las mucosas uterinas y de las trompas, produciéndose la sensación placentera máxima que puede experimentar el humano; el orgasmo. Este se acompaña de 3 a 10 contracciones de los músculos de la vagina y trompas de falopio.

Un trastorno frecuente relacionado con el orgasmo es la frigidez, derivada de la ausencia de orgasmo y que hace que la mujer no sienta mayor atracción por el acto sexual. Su etiología puede ser múltiple: puede ser debida a una lesión orgánica =, constitucional o adquirida, pero más frecuentemente debida a factores psicológicos o falta de técnica. Lo primero está relacionado con la falta de desarrollo de los receptores sensoriales, de las vías sensitivas correspondientes o de los centros integrativos o por su lesión. Lo segundo puede estar vinculado a trastornos profundos psicológicos producidos por una educación defectuosa que hace aparecer lo sexual como pecaminoso,

por traumas infantiles relacionados con la sexualidad (violación, homosexualidad presente o latente, recuerdo amargo del coito entre sus padres después de un disgusto en que el papá violenta a la mamá, la cual llora, y que la niña presencié etc.). Por lo que a la técnica se refiere, hay que recordar que en un gran número de cónyuges ninguno posee información sobre la anatomía y fisiología de los órganos genitales y que poquitos o ninguno de los cónyuges han sido intruidos sobre la urgente necesidad de que el hombre prepare y estimule a la mujer de manera que ella desee el coito para que el orgasmo se presente simultáneamente en hombre y mujer. Por regla general el hombre usa a la mujer como un objeto olvidando que es un sujeto. El hombre requiere a la mujer y la toma sin tener cuidado de estimularla con caricias y palabras que la dispongan al acto y que despierten en ella el deseo. Así como cuando el hombre alcanza el orgasmo la mujer apenas inicia a activar sus mecanismos fisiológicos y psicológicos que la habrían de conducir a la satisfacción sexual plena. A veces el hombre sufre de eyaculación precoz que termina el encanto del acto sexual para la mujer. Hay que recordar, también, que muchas mujeres normales experimentan gozo hasta después de haber tenido uno o más hijos, el efecto de la excitación sexual se acrecienta con la práctica de las relaciones sexuales y, después de obtenido el primer orgasmo resulta natural que la mujer anhele la relación sexual y obtenga fácilmente la satisfacción deseada.

La frigidez sexual, en ciertas condiciones, puede conducir a una "impotencia" semejante a la del hombre que no consigue la erección, por ejemplo en el caso de que una mujer es maltratada por el marido, vejada, humillada, golpeada, es tal el rechazo que definitivamente imposibilita a la mujer a ceder al requerimiento del marido. De aquí una sabia enseñanza: para que la mujer disfrute plenamente del acto sexual se necesita que sus relaciones cotidianas con el esposo sean cordiales, afectuosas, que el hombre trate con cariño y consideración a su cónyuge y que previa la relación íntima, la disponga con caricias y palabras para el disfrute pleno del acto sexual.

En el caso de anorgasmia psicológica, como es natural es indispensable la intervención de un psicólogo, del psiquiatra o del psicoterapeuta para que oriente, readuque o descubra los factores psicológicos subyacentes relacionados con el problema.

La dispareunia o dificultad para efectuar el coito puede obedecer medicamente, a 9 causas fundamentales, las cuales pueden provocar desde molestias de poca importancia hasta dolor tan intenso que hace imposible el coito. las enumeraremos sin entrar en mayores detalles: (73)

1.- Obstáculos al coito normal:

a) Himen imperforado

b) Estenosis orgánica del orificio vaginal

c) Estenosis espasmódica del orificio vaginal

d) Dolor agudo al intento del coito, ocasionado por inflamación de los genitales externos o dentro de la pelvis.

- 2.- Abrasiones simples inflamadas de la vulva o del himen roto.
- 3.- Ulceras venéreas (chancros)
- 4.- Inflammaciones gonocócicas de la vulva, vagina o glándulas vulvovaginales
- 5.- Otras inflamaciones de la vulva, vagina o uretra
- 6.- Lesiones inflamatorias periuterinas, de los ovarios.
- 7.- Retroversión uterina con inflamación
- 8.- Enfermedades de la vejiga, recto o uretra
- 9.- Causas psicósomáticas

1.1 ACTITUDES SEXUALES EN RELACION A INFLUENCIAS CULTURALES:

El aprendizaje desempeña un papel fundamental en la determinación de los patrones de respuesta sexual que se adopta para satisfacer las pulsiones sexuales (19,20,21,22). Por consiguiente es de esperar un cúmulo de variaciones amplias en las actitudes y conductas sexuales según la cultura. Algunas son restrictivas y otras permisivas.

Existen generalidades extendidas, por ejemplo, el tabú del incesto. Pero hay diferencias, no solo en la cantidad y clase de conducta sexual aceptada, variando también para cada persona, según el momento de su desarrollo dentro de la misma sociedad. Gran cantidad de niños aprende consciente e inconscientemente a sentir ansiedad ante el sexo; y luego, cuando tienen una pareja se espera que sean capaces de responder sin inhibiciones y ansiedades ante él (12), creyendo que con una ceremonia religiosa o civil cambie toda una concepción adquirida en la infancia.

Los adolescentes y los jóvenes de las clases económicamente privilegiadas son menos conservadores en sus actitudes y valores sexuales que sus coetáneos menos favorecidos económicamente, aun cuando parece que actualmente estas diferencias están desapareciendo. (23,24 y 25)

1.2 ORGANIZACIÓN FAMILIAR:

Ninguna relación es tan fuerte, ni ejerce una influencia tan duradera y determinante como la que existe entre padre e hijo, por lo que requiere vital importancia para el niño contar con la presencia de sus padres biológicos y adoptivos desde el inicio de su vida; puesto que la modelación de la personalidad del niño les compete a ellos. Lo que el niño llegue a ser, será por la influencia positiva o negativa que ellos hayan vertido.

Es en su familia donde el niño es o no amado, aceptado, seguro, capaz, feliz, etc. Los padres tienen un papel importante en la aceptación sexual del niño. Kamacheli (1931) (26), afirma que los hijos más afortunados son aquellos cuyos padres (modelo masculino y modelo femenino), son tan coherentes que desde temprana edad se adhieren al papel sexual impuesto por su fisiología y con naturalidad y facilidad se dedican a ejercitarlo también identificándose plenamente con él. Un progenitor afectuoso suele proporcionar vivencias gratas; entre otras cosas es capaz de hacer que su hijo se sienta contento de estar con él y llegue a identificarsele. El sociólogo Ralcott Parsons (1951)

(27) refiere que también con el progenitor agresor el niño puede identificarse, ya que es el encargado de aplicar sanciones y otorgar recompensas.

El profesor de Psiquiatría Seymour Fisher (28) en feminidad, descubrió que la mayor parte de las mujeres que logran un orgasmo pleno y satisfactorio han sido educadas por hombres que han cumplido "verdaderamente" con su misión de padres, los cuales han sido cariñosos y han exigido a sus hijas observar determinadas normas de conducta y corresponder a lo que se espera de ellas.

Es decisiva pues, la presencia de los padres en la vida del niño. Al respecto, Hamacheli (26) refiere "es innegable que la pérdida de un progenitor, por divorcio, separación, abandono o muerte, entorpece al ajuste del niño". Goode (29) en su investigación sobre organización familiar informa "es más probable que una familia afectada por constantes conflictos conyugales o separaciones produzca niños con problemas de ajuste personal, que una familia donde los padres estén divorciados o muerto uno de ellos".

Así pues, los padres y hermanos conforman la familia y el yo del niño crece dentro de este marco social; lo que el niño llega a ser, depende de la crianza que recibió dentro de este marco.

La reseña de Mandel (32) sobre investigaciones dedicadas a la familia revela con claridad que la interacción familiar suele girar en torno a temas, los cuales reciben forma y expresión a través de las personas de quienes integran la unidad familiar. Desde que el niño nace, requiere además de las necesidades fisiológicas que exigen imperativa satisfacción, otras de carácter psicológico, inherentes al hombre que si no son satisfechas ocasiona ciertas reacciones negativas (35).

1.3 INFORMACIÓN SEXUAL EN LA NIÑEZ:

Los primeros años de la niñez son críticos puesto que se establece la identidad de género y se desarrollan actitudes y respuestas esenciales para el funcionamiento sexual en años posteriores. La educación sexual en la niñez, se basa específicamente en actitudes conscientes o inconscientes de los adultos que rodean al niño e influyen en su vida.

Kolb (34) afirma que si la familia y el ambiente social no son favorables para su desarrollo psicosexual sano y maduro, el impulso hacia la heterosexualidad madura, se bloqueará o desviará.

La educación sexual se inicia desde los primeros años de vida. La mejor de las educaciones consiste en contestar las preguntas tan pronto como aparezcan, en forma real y sincera. Giraldo Neira (7) refiere que el niño no exige una respuesta más

allá de lo que puede entender; la pregunta sencilla y así debe ser la respuesta. La educación sexual en la familia ha de cumplirse desde la niñez y no esperar hasta la adolescencia. En la niñez es importante para la formación de actitudes y para la asimilación progresiva del conocimiento, tratando de que el niño vaya adquiriendo un sentimiento natural del concepto de sexo.

Rubin y Kirkendall (35) refieren que "educación sexual significa informar a los niños y jóvenes acerca de la reproducción". Para ayudarlos en forma conveniente es necesario un programa de educación sexual que abarque a todos los miembros de la familia. Actualmente existen fuentes para facilitar esta enseñanza, como libros, películas, láminas, etc... de modo que el niño tenga una idea clara de acuerdo a sus necesidades y edad sobre el nacimiento. No es conveniente emplear evasivas como: "los trajo la cigüeña ó lo trajeron los ángeles" (35).

Existe siempre una diferencia muy grande entre la educación sexual dada por los padres y la información obtenida de amigos y compañeros de juegos, por lo general los amigos hacen las cosas mortosas, mucha de la información es falsa y llena de malsana interpretación.

Con frecuencia, los problemas relacionados con la erección en el hombre han sido causados por mala información de conocimientos, como expectativas no realistas sobre ella, indebido énfasis en ésta o falsos conocimientos (36).

1.4 JUEGOS SEXUALES EN LA NIÑEZ.

Curtis E. Avery (37) define "juego sexual" como la actividad en la cual se desempeñan los papeles de padre, madre, enfermera o doctor, o adoptan cualquier juego en el que pueden tener la oportunidad de aprender sobre anatomía sexual. Esto se da entre los 4 y 9 años de edad. A esta edad el "juego sexual" no es verdaderamente "sexual" en el sentido adulto, ya que la sexualidad madura se manifiesta hasta la adolescencia. El niño lo que tiene es curiosidad de comparación con la anatomía del sexo opuesto.

Curtis (37) afirma que si los padres se empeñan en prohibir y castigar de modo severo estos juegos, pueden crear serias inhibiciones sexuales en los hijos; o también si se ignoran éstos, pueden ser tan desinhibidos sexualmente que la sociedad no los acepte. Se debe encontrar un punto medio entre la restricción y la licencia.

Hugo G. Beigel (38) refiere que no deben hacerse alusiones a viejas supersticiones cuando el niño incurre en juegos sexuales, como "que se vuelve loco", etc., ya que éstas le hacen daño. Giraldo Neira (7) menciona que la conducta sexual de los adultos

asi como sus actitudes, afectan la conducta sexual del niño. Desafortunadamente la obsesión por cubrir el cuerpo en sus partes sexuales, la falta de naturalidad ante la desnudez y el secreto que rodea a toda actividad sexual y a los órganos sexuales, crean las condiciones necesarias par infundir en el niño una vergüenza innecesaria y perjudicial de su cuerpo, especialmente de sus órganos genitales.

Que el niño toque no es señal de perversión, como no es señal de maldad el coger cuanto encuentra a la mano. Explora y aprende explorando, así sea lo sexual, el cuerpo de sus padres, el cuerpo de otros niños o el propio; es natural y no algo perverso ni traumático. P. Blois (39) reconfirma que ningún niño requiere un concepto exacto de las relaciones sexuales adultas; menos aún las de sus padres, quienes les sirven como modelos de identificación en sus respectivos papeles.

Es hasta la adolescencia cuando se adquiere el sentido sexual como el hecho de penetración. Tanto en el hombre como en la mujer al llegar a la adolescencia hay grandes cambios fisiológicos. En la mujer ocurre un cambio muy importante, la llegada de su primera menstruación.

1.9.- PRIMERA MENSTRUACION E INFORMACION PREVIA SOBRE ELLA:

Curtys E. Avery (37) considera que existe una inquietud de parte de los padres acerca de la manera de cómo informar a la hija sobre la llegada de su primera menstruación, ya que trae consigo cierta ósis de vergüenza para la adolescente aunado a un desconocido proceso de la menstruación por parte de los padres. Hasta hace poco tiempo se referia la gente a ella como "algo sucio" llamándole "maldición o enfermedad".

Cervera M. (8) afirma que hubo dos hechos que fueron tomados como justificación para considerar inferior a la mujer: la menstruación y la maternidad. La menstruación ha sido traducida socialmente como molestia o motivo de restricción, como una característica negativa de la mujer.

Es frecuente que sea la escuela quien brinde información al respecto substituyendo la labor de los padres quienes no lo hacen por ignorancia o vergüenza. Frecuentemente la información llega distorsionada por los tabúes existentes a través de los siglos.

Kirkendall (35) condidera que la información sexual consiste en ayudar al niño dándole ejemplo de armonía familiar y conyugal, para que pueda ir relacionando el sexo con sus sentimientos y comportamiento, de modo que pueda vivir de manera satisfactoria con los demás y consigo mismo. Todo esto se logrará con una preparación previa.

1.6 CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA GENITAL FEMENINA:

La Educación sexual cuenta con su propio lenguaje ; incluye nombres para los órganos reproductores, para las funciones y productos de esos órganos y las palabras para describir las relaciones sexuales (35). Una adecuada instrucción sexual lleva consigo el conocimiento de las partes genitales del cuerpo, así como sus respectivos nombres.

El niño desde pequeño hace preguntas y va aprendiendo gradualmente el vocabulario, aunque sea de manera limitada pero con expresiones sexuales adecuadas y con significados reales. Los padres de familia deben enseñar al niño los términos apropiados, cuando el niño comienza a preguntar. Es más fácil enseñar al niño una correcta terminología que esperar la llegada de la adolescencia con el aprendizaje de términos vulgares entre los amigos. Cuando los niños están acostumbrados a llamar a las partes del cuerpo por su nombre y hablar de funciones corporales como algo natural, les será más fácil preguntar y al padre responder adecuadamente sobre cuestiones sexuales.

Stiller R. (40) considera que se deben utilizar términos aceptables científicos (pene, vagina) pero desgraciadamente cuando el niño llega al Jardín de Niños se desequilibra al escuchar a sus compañeros utilizar otros términos, que son generalmente palabras confusas y poco aceptables. El uso de términos adecuados hará que el niño desde pequeño vea lo relacionado a la sexualidad como un proceso normal, como algo que de hecho existe. No es ocultando las cosas sexuales (malas y pecaminosas para el adulto), ni diciéndole al niño "que hasta que sea adulto estarán a su alcance", la manera como el niño va a tener una adecuada terminología para nombrar sus órganos genitales.

1.7 RELACIONES SEXUALES:

La expresión máxima del amor en una pareja es el coito y la aspiración de todo ser humano es realizarse en él de manera plena y satisfactoria, para lo cual debe prepararse con una información real sobre lo sexual a través de toda su vida, como se ha venido señalando.

En la unión sexual ideal, un hombre y una mujer comparten ternura y amor como objetivo de liberarse por completo de inhibiciones y sumergirse totalmente en los sentimientos. "Sus cuerpos se funden, de modo que dos individualidades se conviertan en una". (41)

Según Erich Fromm (73) "El amor erótico comienza con un estado de separación y acaba en la unidad". Se llaman orgasmos al clímax de las sensaciones placenteras, que corresponden al momento en que la excitación llega a su máximo y se disipa bruscamente dando la sensación de una descarga de tensión. (7)

Fensterheim y Bear (41) afirman que casi todos los seres humanos nacen con la capacidad de la respuesta sexual normal, pero que existen factores que bloquean esta culminación de la relación íntima. Como la enseñanza de que el sexo es malo, sucio o pervertido, ideas que se agravan en la mente durante los años de formación en la infancia, impidiendo que la persona sea capaz de gozar en sus relaciones sexuales y creando problemas tales como la ausencia de orgasmo en la mujer, por que aprendió a "como no tener orgasmos".

La relación sexual defectuosa representa algo más que un fallo del mecanismo biológico, repercutiendo en la relación de la pareja, produciendo tensiones y desacuerdos. El simple alivio de un problema sexual tiene efecto positivo en el matrimonio, logrando que todas las relaciones en general adquieran madurez y confianza.

El Instituto Masters y Johnson fué el marco que permitió se realizaran las pesquisas más revolucionarias respecto al funcionamiento sexual de hombres y mujeres, refiriendo ellos, que todas las personas están genéticamente determinadas para ser varones o mujeres, teniendo la capacidad de funcionar sexualmente como tales, por las posibilidades físicas de erección y lubricación y de llegar en forma innata al orgasmo. Estas capacidades funcionan en la interacción homo y heterosexual en forma idéntica.

En nuestra sociedad la sexualidad femenina ha sido considerada como un tabú. La diferencia de información sexual entre hombres y mujeres es notoria, así como el hecho de que la mayor parte de los estudios sobre sexualidad femenina hayan sido realizados por hombres, nos motivó para realizar el presente trabajo sobre sexualidad femenina al cual nos referimos.

Masters y Johnson (42) mencionan cuatro etapas del ciclo de la respuesta sexual femenina: fase de excitación, fase de meseta, fase orgásmica y fase resolutive.

Durante la fase de excitación hay un incremento de excitación sexual, evidenciándose ésta por una secreción vaginal producida por una profunda reacción vasodilatadora de los tejidos que rodean la vagina, aumentando de tono muscular cuando la cavidad vaginal se expande y distiende involuntariamente antes de la penetración. Aunque el mecanismo real de su producción aún no se conoce por completo, Masters y Johnson lo explican como un trasudado del epitelio vaginal, pues las glándulas cervicales y vaginales no pueden secretar los volúmenes de moco que producen muchas mujeres.

Existen otros cambios que ocurren en la mujer durante esta fase, como aumento de volumen y congestión de los labios mayores y menores, verticalización del útero, provocando un desplazamiento del cuello que origina expansión bulbosa del fondo de la vagina, agrandamiento del clitoris en diámetro no en longitud y erección de los pezones.

Subjetivamente la fase de la excitación es percibida como aumento de tensión placentera que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias y estímulos. Gayou (1986) (1).

La fase de meseta es una fase de transición, es el punto de excitación que desencadenará el orgasmo. Se caracteriza por una vasocongestión en el tercio externo de la vagina, disminuyendo la luz vaginal. Esta fase es considerada como plataforma orgásmica, es premonitrice del orgasmo femenino. La creencia de mayor o menor eficacia estimuladora de un pene grande o pequeño, respectivamente queda sin sustento por tres factores:

- a) Plataforma orgásmica.
- b) El incremento aún mayor que ocurre en el fondo del saco vaginal por la expansión bulbosa.
- c) La poca inervación del fondo del saco vaginal con respecto al tercio distal. Si esta fase es prolongada se disminuye la lubricación, originando en ocasiones desaparición de fase de meseta tardía.

En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de ser penetrada, A. Gayou (1986) (1).

La fase orgásmica se caracteriza fisiológicamente por vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. Ocurren de 3 a 15 contracciones, con intervalos de 8 segundos las primeras, y van disminuyendo de intensidad y frecuencia. En la mujer las contracciones musculares características de esta fase son similares a las del hombre.

En 1978 Savely Lowndes y Bennet plantearon la posibilidad de que haya una eyacuación en la mujer a través de la uretra durante el orgasmo. Esto se ha estudiado con mayor profundidad y vinculado a la existencia del punto de Graffenberg, conocido como punto G.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por múltiples factores: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía y muchos más. A un nivel simple es una sensación explosiva incontrolable de la liberación de tensión a través de un máximo de la misma, después de lo cual queda una tranquilidad total.

La fase resolutivea consiste en la involucion de los fenomenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales. En la mujer la plataforma orgásmica desaparece, el útero vuelve a la posición de anteroversión, la vagina y el clitoris vuelven a su tamaño normal y los labios mayores y menores regresan a su situación original. Retoman las condiciones basales y aparece una fina capa de sudación en todo el cuerpo.

William Masters y Virginia Johnson han llegado a la conclusión de que la capacidad básica fisiológica de la mujer para la respuesta sexual supera a la del hombre (43, 44, 45).

También se afirma (21,28) que la conducta sexual (frecuencias de orgasmo) puede variar entre extremos mucho más amplios en las muchachas que en los muchachos e inclusive en una misma joven en diferentes momentos.

Aún en este siglo predomina la opinión de Freud (46) que afirmó que en la mujer madura, la vagina es el centro del erotismo, en oposición al erotismo infantil, en el cual es el clitoris. Sin embargo, Freud no pudo comprobar científicamente su concepto sobre erotismo infantil. Ellis (47) refiere: "orgasmo es orgasmo y hay que experimentarlo" aunque admite que es una percepción subjetiva que puede darse por cualquiera de las dos estimulaciones y que el rango normal de intensidad orgásmica y satisfacción varía grandemente en cada individuo.

Masters y Johnson (48) argumentan que: a)orgasmos vaginal y clitorideo no son entidades separadas, b) el foco primario para la respuesta sexual femenina es el clitoris, c) durante el coito el clitoris es estimulado a través de la presión del pene sobre los labios y d)hay contracciones de la plataforma orgásmica cojetivas del orgasmo femenino.

Masters y Johnson (48) encontraron que subjetivamente el orgasmo es percibido como "una sensación de contracciones involuntarias con focos específicos de la vagina o en lo más bajo de la pelvis, seguido de una palpitación pélvica ". Existen algunos escritos sobre el orgasmo femenino en los que se menciona que, estrictamente hablando, el orgasmo no es clitorideo, ni vaginal, ni uterino, sino cerebral y psíquico (49) y que puede ser dado por una estimulación de las diferentes zonas erógenas (clitoris, vagina, etc..)

En el informe Hite(10), algunas mujeres reportaron haber experimentado un orgasmo distinto al de la cópula y al de la estimulación: refirieron haber sentido un orgasmo " real ", con contracciones vaginales e intensas sensaciones clitoricas, que llegan a un punto máximo emocional (a veces algo así como una intensa sensación de abertura en la vagina y en la garganta) acompañada por fuertes impulsos de intimidad con un anhelo de exaltación; Hite(10) lo denomina "orgasmo emocional".

Hay muchas mujeres que no llegan a experimentar orgasmo ni aún a disfrutar sus relaciones sexuales. Y una de las múltiples causas es una experiencia sexual desagradable o traumática que las haya dejado emocionalmente dañadas. Ante los efectos de una violación; generalmente no podrán mantener relaciones con ningún hombre. Muchas víctimas limitan su vida dejando de salir, no ven a sus familia o amigos íntimos, cambian de trabajo o de casa, se visten con ropas que no dejan nada de cuerpo al descubierta, llegando a durar estos cambios días, meses y aún años (51). Algunas de estas mujeres llegan a pensar en el sexo, como algo repulsivo y lo asocian con daño y horror; a otras les queda tanto daño psicológico que llegan a tener problemas como el vaginismo.

Se llama vaginismo a la contractura de los músculos perineales, principalmente aquellos que rodean a la vagina, que se presenta al intentar el coito. Se debe distinguir de la dispareunia en que en ésta, el coito es doloroso, pero posible, mientras que en el vaginismo el coito es imposible. Es un trastorno raro, sobre todo en las clases humildes. Se llega a ver con mayor frecuencia en las más cultas.

1.8 RELACIONES SEXUALES CON UNA O VARIAS PERSONAS:

Mussen, Conger y Kagan (23) afirman que la mayoría de los monógamos creen amar y ser amados por sus parejas, en la franqueza, la sinceridad entre las parejas y niegan que el sexo sea lo más importante en una relación amorosa; y expresan también una mayor satisfacción por su vida sexual, que los aventureros. Al mismo tiempo su código de conducta hace incapié en la libertad personal sin compromisos de matrimonio, aún cuando más de la mitad de los mismos creen que finalmente se casarán con su pareja. Los aventureros sexuales, se interesan en la variedad de las experiencias por sí misma; el amor no es necesario en las relaciones sexuales y no sienten responsabilidad personal de sus parejas, aunque tampoco quieren lastimar a sus parejas. Los monógamos están conformes consigo mismos y contentos con la vida en general, se entienden mejor con sus padres y son más convencionales en sus creencias sociales, políticas y religiosas.

Algo que es muy importante señalar respecto a las mujeres aventureras o con varias parejas, es que llegan a lograr el orgasmo con menos frecuencia que las monógamas. (23)

Giraldo N. (7) considera que el ejercicio de la sexualidad es una necesidad fisiológica con grandes repercusiones en la satisfacción personal y con un sentimiento de bienestar en la auto realización así como en las relaciones interpersonales efectivas y recreativas. La relación sexual se puede realizar con diferentes objetivos y logros, a saber:

- a) Cuando se busca una descarga fisiológica, un placer físico.
- b) Por satisfacción del ego, vanidad o reafirmar el sexo.
- c) Por atracción mutua de dos personas sin compromiso mutuo.

No todas las relaciones implican amor. Realizándose en gran cantidad estas relaciones fuera del matrimonio.

1.9 OBSERVACIONES DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS PADRES :

Seigel (38) afirma que cuando un niño observa a sus padres tener relaciones sexuales, en ocasiones puede llegar a tener algún desajuste sexual. Es muy importante la edad en la que sucede esto al niño, pues en ocasiones es tan pequeño que no comprende lo que sucede, pero cuando crece y la presencia es probable que quede afectado, ya que éste considera que sus padres hacen algo prohibido. Si el sexo ha sido presentado al niño como algo sucio y perverso, al sorprender éste, a sus padres haciendo "aquello" que a su vez lo condenan sus padres, estos últimos se convierten en hipócritas ante los ojos del niño, y es desilusionante ya que sus padres eran sus modelos de imitación.

En los hogares donde el sexo es considerado como un impulso normal que hay que satisfacer, el peligro disminuye pero no desaparece el niño transfiere el desprecio del sexo hacia sus padres que son los que lo practican. Hay que hacer sentir al niño que el sexo es normal, sujeto a ciertos reglamentos, enseñándole que no es sucio ni indigno y que él mismo así como toda la gente deben su existencia a la relación sexual, que cuando él crezca y se case tendrá hijos de la misma forma. Haciéndole entender esto a los niños es posible que la observación del acto sexual de los padres no sea tan trascendente. En las familias en donde lo sexual se ha envilecido, el niño, es posible que la aceptación del acto sexual en los padres no sea tan trascendente.

1.10 PRIMERA RELACION SEXUAL.

Alzate (53) refiere que las mujeres comienzan sus actividades sexuales mucho más tarde y las llevan a cabo en menor número que los hombres. Esto es comprensible, considerando que las mujeres han sido, tradicionalmente, sujetas a grandes

inhibiciones psicológicas (especialmente de tipo religioso) ; respecto a los hombres en lo que concierne a conducta sexual, así como a su machismo.

Algunos autores consideran positivo el iniciar las actividades sexuales tardíamente ; como Lopez. (54) afirma que la edad de iniciación de la vida sexual activa, así como la promiscuidad sexual son factores predisponentes para la aparición del cáncer cervicouterino. En los últimos años se le ha dado gran importancia a estos puntos. Se ha observado que la aparición de cáncer es más riesgosa entre más tempranamente se inicie la vida sexual, así como al número de compañeros sexuales que haya tenido la mujer. Parece ser que de los 15 a 20 años es el periodo susceptible para que las primeras relaciones sean el factor predisponente, ya que se han observado alteraciones en mujeres menores de 21 años de edad al iniciar su vida sexual (55). El Dr. Zuckerman C. (56) recomienda no iniciar las relaciones sexuales sino hasta después de los 16 años y evitar las relaciones sexuales con demasiados hombres.

El inicio de las relaciones sexuales es un punto importante, ya que de esto dependerá la manera en que se viva la sexualidad después del primer coito. Azcárraga G. (6) considera que cuando la mujer llega al matrimonio sin experiencia, es conveniente prepararla a ella y a su pareja para sus relaciones matrimoniales y para la función sexual. Por la importante repercusión de la primera experiencia sexual ; en todas las actividades humanas, debería haber una verdadera instrucción sexual sobre la primera noche de bodas y las relaciones sexuales posteriores. Es necesaria esta instrucción para que a los contrayentes se les hable sobre la fisiología del acto sexual y sus modalidades, la forma adecuada de disfrutarlo y de la conveniencia del cambio de impresiones. La pareja debe expresar sus dudas, tratar de aclarar sus inquietudes y que adquiera confianza al relatar sus deseos, sensaciones y preferencias en el acto sexual.

La primera noche de bodas tiene una gran importancia en nuestro medio, ya que debido a la falta de información sexual surgen en la pareja los tabúes sobre la virginidad y el mal entendido papel masculino creado en un ambiente en el que hay una mezcla de deseo sexual, temor, dudas, desconfianza, etc. ; que cuando no es manejado adecuadamente, puede producir en los recién casados, y sobre todo en la mujer, una impresión negativa que puede crear trauma psíquico capaz de producir posteriormente alteraciones en la respuesta sexual. Las orientaciones para la noche de bodas tienen por objeto prevenir desafortunados inconvenientes (57). Es erróneo considerar que el primer coito proporciona gran placer, puesto que la falta de experiencia e incomodidad por la ruptura del himen de la novia, llega a producir displacer, agravándose éste cuando el hombre se comporta bruscamente.

El hombre debe saber que la mujer responde a la excitación sexual lentamente en comparación con él, por lo cual deberá basarse en la excitación de las zonas erógenas a niveles

adecuados para un contacto sexual satisfactorio. Este deberá tranquilizar a la esposa tratándola con consideración y cariño.

Giraldo N. (7) considera que la primera relación es fundamental ; muchas veces se inicia en ella el fin de la unión afectiva. En la primera relación puede terminarse el matrimonio como institución basado en la unión psicoafectiva, si el hombre se comporta de manera brutal, de una manera que no conoce el condicionamiento ni el funcionamiento de la sexualidad femenina en nuestra cultura.

La mujer puede estar más asustada que el hombre debido a la educación a que ha sido sometida. La primera experiencia puede ser especialmente de afecto, más que de satisfacción física. No es de esperar que en las primeras relaciones haya un ajuste de la pareja a través de la experiencia, del conocimiento, de los gustos y reacciones de cada uno en el campo sexual.

Es difícil llegar al momento de iniciar la vida sexual activa, sobre todo cuando la historia sexual de la persona ha estado caracterizada (más en el caso de la mujer) por ausencia de exploraciones sexuales durante su desarrollo, falta de información adecuada por una moral y religión altamente estrictas, etc... Al paso de los años llegan a aparecer psicopatologías sexuales, sobre todo en personas que tuvieron una infancia reprimida apareciendo también aversión sexual.

Una experiencia desagradable o demasiado dolorosa puede dejar un concepto negativo acerca del placer sexual capaz de llevar a la mujer a una anorgasmia.

I.11 FRECUENCIA, GOZO Y SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES HUMANAS:

La vida sexual activa incluye aspectos que intervienen en el desarrollo de la satisfacción de ambas personas. Uno de estos aspectos importantes es la frecuencia con que se realiza el acto sexual. Stenchever (59) en su estudio refiere que la frecuencia del coito marital depende del marido, la compatibilidad y forma en que la mujer se adapte y responda a sus iniciativas. La frecuencia varía con la edad. Entre las parejas menores de 20 años (3 veces por semana) y las parejas mayores de 40 (2 a 3 veces por semana), la frecuencia disminuye gradualmente a medida que aumenta la edad en las personas. Existen marcadas diferencias entre grupos y edades. Algunas parejas tienen relaciones sexuales varias veces al día y otras, pocas veces al año. El impulso sexual no es constante, cambia con cada persona, con el tiempo y con cada pareja, ; por lo cual no se puede hablar de normalidad o frecuencia promedio, aún en distintos miembros de un grupo de personas de la misma edad y clase social.

Fensterheim y Bear (41) afirman que se nos ha educado para tener tantas dudas sobre nuestra educación sexual, que nos preguntamos si somos o hacemos lo "normal", como la normalidad depende de la salud y condiciones físicas, de la edad, de lo que siente el uno por el otro y de la clase de relaciones que se mantienen por el ambiente inmediato y por el estilo de vida en general, así como de otras variables.

Como en otros aspectos de la relación íntima, también se difieren en los deseos y necesidades de cada uno, así que es conveniente recordar que la conversación activa es mejor que la aceptación pasiva de la insatisfacción.

Para lograr una relación sexual satisfactoria y expandir las posibilidades de autorrealización sexual, es necesario "desaprender" muchas inhibiciones y falsas concepciones adquiridas en el proceso de educación o culturización. La educación familiar y escolar se olvidó de mencionar los órganos sexuales o no mostró ningún interés en prestarles atención, mientras sí nos enseñó a embellecer la cara o a desarrollar los músculos o a alimentarnos bien (7). Al niño se le enseñó que los órganos sexuales son sucios, vergonzosos, que no se usan ni necesitan de cuidados; por esto no es raro que la mujer, a veces, tenga dificultad de aceptar positiva y alegremente su genitalidad.

Parte del mito de la sexualidad es que la mujer debe ser receptiva, pasiva, esperar que el hombre la prepare, la excite y le produzca el orgasmo, o que simplemente se debe prestar para la satisfacción coital del hombre, siendo esto último más frecuente que lo primero.

Reich (60) refiere que un obstáculo para el desarrollo es la represión social y cultural de los instintos naturales y la sexualidad del individuo. Los infantes se encuentran ante una atmósfera familiar neurótica, autoritaria y que suprime al sexo.

Giraldo N. (7) considera que la relación sexual que nace de la relación afectiva entre dos personas puede reafirmar la unión si se realiza de forma satisfactoria para ambas partes. El amor es causa y efecto de la relación sexual cuando se logra la armonía y la satisfacción de los dos. A su vez, una relación no satisfactoria destruye el lazo de unión, fortaleciéndose efectivamente para las dificultades cotidianas y se llegan a limar asperezas que puedan surgir en cualquier otro aspecto.

Si un cónyuge falla en el logro de la satisfacción por falta de conocimientos, puede destruir la unión; esto sucede con mayor frecuencia en la mujer debido al excesivo pudor, prejuicios y falsas ideas acerca del sexo. Cuando la relación sexual no es físicamente satisfactoria para la mujer, tiene un significado diferente para el hombre; le resulta una actitud indiferente que le produce hastio y frustración, no es una actividad que le atraiga o que acrecienta la unión afectiva con el ser amado.

Para que la relación sea satisfactoria física y psíquicamente para los dos, la mujer debe abandonar sus temores, pudores y falsedades ; el sentimiento de culpa que es muy frecuente en la mujer , entorpece la unión . El hombre por su parte, debe contribuir con mucho dominio y amor así como controlar sus reacciones puramente físicas. Uno debe aprender acerca de la sexualidad del otro, para lograr una relación enriquecedora. Muchas relaciones se acaban porque uno o ambos desconocen las diferencias entre hombre y mujer. Para que la relación sea satisfactoria debe desaparecer la diferencia psicocultural que lleva a la separación afectiva o física entre los dos, en algunas ocasiones. Es importante tomar en cuenta las diferencias individuales y de pareja. El juego amoroso debe progresar de los afectivos a lo sensorial y finalmente a lo genital.

I.12 DISPAREUNIA :

Brady (61) refiere que la dispareunia se da cuando la aproximación sexual por parte del varón evoca disgusto en la mujer y la relación sexual se considera y experimenta dolorosa.

En términos sencillos se considera a la dispareunia como coito doloroso. Haslam (62) define a la dispareunia precisamente solo en términos de sus aspectos dolorosos y no menciona la repugnancia como la hace Brady. Yates (63) afirma que la dificultad es causada por un espasmo de los músculos perineales y por la contracción de los aductores de los muslos, haciendo de esta forma, que la relación sea dolorosa y en ocasiones imposible. Giraldo N. (7) condidera que la dispareunia es el coito doloroso que se presenta tanto en hombres como en mujeres, y que las causas pueden ser psíquicas , pero más frecuentemente de origen orgánico.

Fast J. (64) menciona que con frecuencia las mujeres que presentan el problema de dispareunia son tratadas por los médicos como si fueran lloronas crónicas, neuróticas que temen al sexo o se sienten disgustadas por el aspecto corporal del amor y recurren a la dispareunia consciente o inconscientemente para evitar las relaciones sexuales.

Azcárraga (6) refiere que la identificación de la dispareunia no ofrece mayor problema, pero el diagnóstico de la causa puede ser difícil si el trastorno no se encuentra en los genitales externos. Hay dolores que no se deben a problemas físicos. El dolor psicósomático existe y debe ser tratado por todo terapeuta que se ocupe de problemas psicofisiológicos. La inseguridad que tienen para diagnosticarla, se relaciona de manera directa con el hecho de que la dispareunia presenta un número variado de causas subjetivas y objetivas que con frecuencia provoca el surgimiento de una serie de dolores psicofisiológicos, más que de enfermedades, y que debe

descifrarse de manera individual.

Masters y Johnson (42) afirman que durante muchos años la mujer se ha quejado de que cuando realiza el coito, éste le provoca dolor, y este lamento constituyó una incógnita. Incluso, después de revisar cuidadosamente la pelvis femenina; no se puede asegurar si la paciente está padeciendo una verdadera patología, aunque no determinada, o si en cambio, es una mujer con una alteración sexual que emplea una sintomatología de dolor como un medio de escape con el objeto de reducir la cantidad de los no deseados encuentros sexuales en su matrimonio.

Si la mujer retrocede o se queja por la penetración del pene, gime y contrae su musculatura pelviana y abdominal, llora o grita ante la profunda penetración y derrama suplicantes lágrimas una vez terminada su unión coital, o se lamenta de sentir ardor en la pelvis o en la vagina durante la cópula o incluso horas después de ésta, se puede aceptar que la aproximación sexual del compañero, es la causa de su alteración sexual. Así el esposo tiene pocas posibilidades de realizar el coito.

Quando la mujer padece de dispareunia, busca auxilio médico, y al realizarse la consulta médica surge en éste un problema doble que desconcierta al profesional. El primero que debe conocer la base fisiológica específica sobre la que se define la existencia objetiva del dolor. El segundo es que si no logra lo anterior y se descarta la patología pelviana, entonces se tiene que definir esta enfermedad como dispareunia de origen subjetivo. Quando una mujer se queja de dolor durante el coito, frecuentemente se tienen pocos antecedentes del diagnóstico como para seguir un tratamiento, de manera que parece aconsejable considerar la etiología de esta respuesta dolorosa.

Segun Masters y Johnson (42) algunas causas pueden ser:

a) Orificio Vaginal:

Un himen intacto o los vestigios de un himen irritado pueden causar dolor coital. Una región cicatrizada y desprotegida, situada en la región mucocutánea de la mucosa vaginal y el perineo, resulta menos obvia. Esto se ha observado como resultado de las episiotomías realizadas durante el parto o como consecuencia de criminales técnicas abortivas o en episodios de violación por parte de una pandilla. En las mujeres postmenopáusicas, los labios y el orificio vaginal pueden perder su elasticidad y disminuir su tamaño.

b) Clitoris:

El smegma situado por abajo del prepucio del clitoris, puede producir una irritación crónica y un ardor que llegan a ser importantes. Quando al introducir el pene, el labio menor que oculta al clitoris se estira hacia el perineo puede presentar una intensa respuesta dolorosa.

c).- Vagina:

La respuesta de una irritación vaginal crónica, con frecuencia les quita a las mujeres su plena libertad de realizarse sexualmente. Las causas primarias por infección vaginal son: contaminación rectal y el coito; las secundarias son: contacto manual, ropa en mal estado de higiene, introducción de cuerpos extraños y falta de relaciones sexuales. El examen y el control de la acidez del medio vaginal son aspectos fundamentales de protección contra las bacterias patógenas que pueden producir síntomas de ardor, prurito y dolor... Las bacterias son los organismos infecciosos que se encuentran con mayor frecuencia en las infecciones vaginales.

Es probable que los invasores del conducto vaginal más resistentes y de mayor supervivencia en el tracto vaginal sean los organismos coliformes (*Streptococcus faecalis*, *Escherichia coli*, y el tipo de *Streptococcus Viridans*) que son los principales contaminadores del medio intestinal.

d). Reacciones Sensitivas:

Muchas mujeres desarrollan una hipersensibilidad vaginal a los productos químicos (como los anticonceptivos, cremas, jaleas, óvulos, supositorios y aerosoles), provocando ardor, prurito y dolor en la vagina, que dará como consecuencia una dispareunia durante o después de la cópula. Otra sensibilidad rara, pero que en ocasiones llega a presentarse en los productos de látex; material con que se fabrican preservativos y diafragmas. Una reacción más de hipersensibilidad puede ser a las duchas o a los productos usados para la higiene íntima, que pueden producir reacciones similares a las anteriores.

e). Vaginitis senil o por irradiación:

Las mujeres de edad avanzada ya no están protegidas por los esteroides, desarrollan en la vagina una superficie mucosa delgada y atrófica que sangra con facilidad si hay enérgica inserción del pene. La reacción radiológica está en la misma categoría que la vaginitis senil; se da en mujeres radiadas por carcinoma, aquí la vagina se contrae, la mucosa se torna atrófica, produciendo dispareunia, junto con pérdida de elasticidad vaginal y reducción en la lubricación.

f).- Insuficiente Secreción Vaginal:

Es probable que la causa más frecuente de dispareunia,

caracterizada por dolor, ardor y prurito, sea la falta de una producción adecuada de lubricante vaginal durante el coito. Una carencia importante de niveles funcionales de lubricación vaginal coloca a la mujer en un plano paralelo al del individuo con alteración erectiva. El origen de esta falta de lubricación tiene varias causas, pero la más común es la pérdida de interés particular por el compañero sexual o la de no identificación con él.

La mujer debe experimentar una receptividad positiva de su sistema de valores sexuales, si responde repetida y eficazmente a la aproximación de su compañero; pero no pueden pensar o sentir sexualmente aquellas mujeres que experimentan temores.

Por su realización e incluso las que asumen el rol de expectadoras en el coito y no desarrollan una lubricación suficiente como para no sentir dolor o si la penetración se produce de manera satisfactoria, pero poco después de iniciado el coito se detiene la producción de lubricante.

De manera adicional, tampoco alcanzan a sentir placer sexual las mujeres que temen a una profunda penetración, o por la posibilidad de un embarazo. La aprensión de índole social y el temor a una insuficiencia sexual producen a menudo una escasa secreción vaginal. Cualquier componente de temor que se presenta durante las relaciones sexuales, reduce la receptividad de energía sensitiva con la cual se mitiga la respuesta biofísica. Existen cientos de mujeres con notoria aprensión por el comienzo del contacto sexual, simplemente por que conocen la intensidad de su irritación vaginal experimentada no solo durante la cópula sino también horas después de haber tenido el contacto sexual.

Una cantidad importante de mujeres con tendencia a producir escasa secreción vaginal durante el coito, llegan a presentar tendencia lesbiana. Algunas mujeres que presentan tendencia psicosexual homosexual y que mantienen relaciones sexuales regulares por motivos socioeconómicos, no consiguen una buena lubricación durante la actividad heterosexual; en cambio, logran una abundante secreción cuando realizan prácticas homosexuales. En la mayoría de estos casos puede curarse con una buena terapia.

A las mujeres con irritación crónica vaginal (vaginitis de origen químico e infeccioso) se les puede proteger con un adecuado control clínico. Y a las seniles, con administraciones de esteroides sexuales.

g).- Causas Somaticas De Dolor En La Estructura Pelviana:

En oposición a los síntomas de dolor, ardor y prurito en la vagina; las quejas de fuertes dolores durante la penetración del pene, constituyen la mayor dificultad para delinear una etiología subjetiva y objetiva. Si bien, muchas mujeres declaran tener este tipo de dolor con el fin de evitar una indeseada realización del

acto sexual, existen condiciones patológicas auténticas de la pelvis femenina que puede provocar serios dolores como respuesta de una efectiva unión sexual.

Una de las dificultades para establecer la gravedad de la dispareunia es la existencia de una patología pelviana suficiente para provocar en la mujer un coito doloroso. Algunas causas son: Laceración traumática de los ligamentos uterinos. (debido a criminales técnicas abortivas, violaciones, introducción forzada de objetos extraños en la vagina, etc.), infección pelviana y endometriosis y dispareunia postquirúrgica (por alguna mala intervención quirúrgica al extirpar ovarios y matriz al mismo tiempo, algunas complicaciones postquirúrgicas tanto objetivas como subjetivas).

También debe incluirse otro factor que produce dispareunia, el mioma (fibroma), quiste ovárico, algún tipo de tumor sólido y por supuesto el carcinoma de alguno de los órganos del aparato reproductor femenino. Se deben realizar todos los esfuerzos para establecer la causa física de la dispareunia y se debe tener en cuenta y cuidado de la etiología subjetiva de la enfermedad, canalizando al paciente con un profesional competente.

1.13 COMUNICACION SEXUAL ENTRE LA PAREJA :

Lo más importante para un juego sexual agradable y constructivo es la actitud explorativa y la comunicación entre los miembros de la pareja (7). El sexo puede limitarse al coito, pero a costa de un gran placer y de un juego sexual que enriquece la unión de la pareja y sus sentimientos de satisfacción. La limitación en el número reducido de actos y formas puede rutinizarse la relación sexual y hacerla aburrida. Para evitarlo, es necesario tener una mente abierta explorando y utilizando toda clase de técnicas. Debe haber comunicación en la pareja para aprender los detalles de cada uno. Para que el juego sexual sea apropiado y la pareja obtenga la máxima satisfacción debe actuarse con plena libertad y desembarazarse de actitudes negativas acerca de las diversas prácticas sexuales.

Una de las maneras más íntimas y significativas de comunicarse, consiste en compartir una experiencia sexual con el ser amado. Muchas de estas experiencias que se comparten, son importantes para el bienestar, para sentirse contentos el uno del otro, pero la comunicación sexual como acto de amor, es especial (66).

La aceptación pasiva de una situación sexual insatisfactoria es el sello de una persona insegura (41). Se puede adoptar una actitud activa examinando y evaluando la relación sexual ; examinando con su pareja las áreas en las que se puede hacer algo por mejorarlas, haciendo ésto de modo sistemático en cooperación

con el otro. Al emprender esta acción de comunicación se va teniendo movimiento y dominio de la búsqueda de intimidad definitiva y real.

Algunas personas demuestran abiertamente sus sentimientos en relaciones superficiales, evitando la sinceridad dentro de una relación íntima.

El sexo supone mutua participación de cosas personales, sin embargo, algunas personas temen llegar a ser demasiado vulnerables. Fensterheim y Baer (41) dan algunos puntos importantes que deben tomar en cuenta para una comunicación activa y son:

Modelo ideal de comunicación entre la pareja:

- 1.- Anime a dar pasos a su pareja en una dirección positiva de comunicación.
- 2.- Limite sus conversaciones sobre el sexo a la conducta, más que al modo de ser de la persona. No se debe hechar la culpa a la persona (como "no eres lo bastante mujer") sino al acto. Deben pensar como mejorar ese acto y no en herirse .
- 3.- Decirse lo que les gusta, que hablen sobre los que les excita y lo que podrían probar.
- 4.- Sacar al exterior lo que les molesta, hablando de cosas específicas (como "tenemos este problema, "lamento lo de anoche o no me satisface esto).
- 5.- Prestar atención a lo que puede hacerse de modo distinto; sin acusar a la pareja de lo " que debería hacer" para resolver los fallos que tienen.
- 6.- Practicar la enseñanza sin palabras, demostrar que el " como"; vale más que miles de palabras.

Muchas personas desean cambiar sus conductas sexuales ; es útil que ambos estén de acuerdo en intentar un cambio que puede ser benéfico para su realización pero todo esto comenzará cuando ambos están dispuestos a comunicarse y hablar sobre su modo particular de ver, sentir y tener sus relaciones sexuales.

I.14 RELACIONES SEXUALES Y EMBARAZO:

El embarazo produce modificaciones en el organismo de la mujer ; los órganos genitales se congestionan y aumentan de

tamaño, así como las mamas las areolas que cambian de color y se vascularizan desde el primer trimestre ; la matriz ocupada por el embrión , se coloca en una posición más alta que la normal. La congestión de los órganos pélvicos aumenta el deseo sexual y se vuelven más intensas las sensaciones durante el coito; por lo cual algunas mujeres desean el coito más frecuentemente en el embarazo y tienen orgasmos más intensos (5). La congestión provocada por la excitación sexual hace que la areola sufra aumento de diámetro sobre agregado al producido por el embarazo. Durante los 2 primeros trimestres el aumento del volumen de los labios menores con la excitación es mayor que cuando no hay embarazo. La lubricación de la vagina como respuesta a la excitación sexual es más notable en el embarazo. Las contracciones vaginales del orgasmo se identifican en el primer trimestre pero en el tercero ya no, debido a la congestión de las paredes vaginales. En el orgasmo los latidos cardiacos fetales disminuyen de frecuencia.

En el estudio comparativo de Masters y Johnson se concluye que en el primer trimestre hay variaciones en la libido y la capacidad para el coito. En el segundo trimestre se nota aumento en el interés por las relaciones y en la capacidad para responder adecuadamente a la excitación sexual. En el tercer trimestre, por la incomodidad que representa el volumen del vientre, disminuye el interés por la actividad sexual. Debido a las oclusiones del útero en el orgasmo, algunas mujeres se exponen al aborto, sobre todo si tienen antecedentes de sangrados y abortos.

Masters y J. también concluyen que la excitación producida por el coito puede desencadenar contracciones del útero capaces de vaciar su contenido. Algunas persona suelen tener temores por la vida del feto y creen conveniente abstenerse de la relación sexual durante largos periodos durante el embarazo. Sin embargo, a no ser por antecedentes de abortos espontáneos , sangrados o prescripción médica, no hay razón fisiológica para suspender la actividad sexual. Azcárraga (6) refiere que la reacción en cuanto al interés sexual y la comodidad en la relación durante los meses de embarazo son factores individuales. Algunas mujeres pierden el interés sexual o lo disminuyen durante el embarazo, mientras que otras sienten un mayor interés. En estos momentos se hace necesario un variedad de posiciones en las relaciones para hacer más fácil la realización del coito en los últimos meses.

I.15 CONTACTOS Y POSICIONES SEXUALES:

"El guión sexual cultural suele incluir modelos o paradigmas de comportamiento que no necesariamente cuadran en la unicidad y diversidad de los individuos " (7). Cada persona tiene necesidades, capacidades y estilos diferentes, pero el guión sexual hace que se presente resistencia a nuevas ideas, a explorar el propio modelo de la sexualidad, desconociendo así las

posibilidades sensoriales y los placeres. Probar cosas nuevas ejerciendo creatividad e imaginación pueden añadir excitación a la experiencia. Compartir fantasías sexuales. probar diversas posiciones, cambiar el lugar donde se realizan las relaciones, llegan a acrecentar el placer así como las relaciones orogenitales y anales son practicadas y gozadas por muchas parejas. La pareja debe tener libertad de explorar todas las posibilidades y así mismo tener un gran respeto por la individualidad del otro aceptando los gustos personales, sabiendo de abstenerse de lo que pueda resultar molesto para el otro, pero al mismo tiempo tratando de pensar en vencer sus propias limitaciones.

Giraldo Neira (7) refiere que en cuanto a las posiciones lo importante es explorar con espontaneidad a fin de encontrar placer en la variedad y adaptación a necesidades o circunstancias especiales de la pareja. La relación sexual no debe terminarse en los orgasmos y menos si solo uno de los dos lo ha tenido.

Fensterheim y Baer (41) afirman que el grado de normalidad del coito se relaciona con la libertad de elección que tiene cada uno; cuando el acto se hace fuera de control o por compulsión y se carece de libertad, es anormal, pero mientras haga lo que quiere porque desea hacerlo y haya la libertad para hacer otra cosa; es normal. Tunnadine P. y Cols (51) afirman que muchas personas piensan "eso no está bien" (los contactos oral y anal) (y otras cosas) debido a que han aceptado el hecho de que el sexo es algo que no se debe disfrutar y no deben experimentar nada con él. Tampoco es obligación que deba ser agradable, puesto que lo que cada persona realiza es cuestión de preferencias personales pero si debe quedar clara para la persona, esta diferencia. Además tampoco es conveniente forzar a uno de los miembros de la pareja a hacer algo que no se desea.

Azañarraga menciona que a veces hay inutilidad en una gran variedad de posiciones rebuscadas que no aumentan el placer sexual, pero es conveniente probar diversas posiciones y prácticas sexuales para que la pareja adopte algunas de las que encuentre una satisfacción mejor. Se debe disfrutar del acto sexual, observando en la intimidad de la alcoba una conducta lo suficientemente liberal para permitir las maniobras necesarias que produzcan la tensión erótica indispensable para un coito satisfactorio ejerciendo en la pareja el derecho y respeto a la intimidad y costumbres.

1.16 INICIATIVA DE LA MUJER EN LA RELACIÓN SEXUAL :

La aceptación del erotismo femenino es tan variables como las culturas en la sociedad. En la cultura occidental, aún no se ha aceptado del todo, un papel para la mujer en la que participe iniciando la relación libremente (67,68,69). La

proposición verbal para realizar el coito de una mujer a un hombre no se usa en nuestra sociedad, si llegara ésta a sugerirlo, sería de una manera muy velada e indirecta, aunque a veces, muy bien entendida por las partes interesadas, pero no siempre (34).

Azcárraga (6) afirma que se ha llegado al grado de colocar a la mujer en una situación tan inferior a la del hombre, no sólo en el aspecto social y familiar, sino que en lo sexual se le ha dado un papel pasivo y con estrictas limitaciones en su función; mientras que al hombre se le han conferido más derechos en sociedad y en el hogar, y aún mayormente en lo que se refiere a la función sexual.

Caneiro S. y Cols (70) considera en que la mujer está castrada, pero no por la ausencia de pene, ya que este no es parte de su condición natural sino por la imposibilidad de dar un avance a su femineidad natural. La mujer ha sido considerada como un ser inferior, incapaz de tomar la iniciativa en algo que ella también debería de gozar y obtener placer y satisfacción. Caplan (71) refiere que la mujer ha sido espantada por la amenaza implícita y explícita de ser considerada no femenina, fea y vulgar, si ella no se comporta de una manera inferior al hombre.

METODOLOGIA

I.17 LA MUJER Y LA SEXUALIDAD :

Cervera (9) considera que la mujer debe buscar su imagen femenina y expresarse como mujer sin fragmentaciones. Esto quiere decir aceptar la menstruación, la expresión profesional, la sensibilidad, el cuerpo, el corazón y la cabeza libre y plenteramente como mujeres. En pocas palabras: vivir el ser femenina en todas sus posibilidades y potencialidades. Solo así se logrará una igualdad basada en la plena realización de lo femenino y masculino.

A la mujer se le debe de preguntar lo que opina de su sexo, lo que siente y lo que le gusta. El sexo es parte de un marco cultural; el lugar de una mujer en los dominios del sexo, reflejan su puesto en el resto de la sociedad (10).

Nos encontramos en la cúspide de la conciencia de edades anteriores y la sabiduría de esas edades nos es accesible. La historia, ese depósito selectivo del pasado que cada era lega a los que siguen, nos formó en el presente de manera que podamos abrazar el futuro.

CAPITULO II

METODOLOGIA

II.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

El principal objetivo del presente, es obtener y conocer la información sexual que tienen las mujeres en esta muestra en el Hospital General.

Otro objetivo que ya se está llevando a cabo desde el momento en que se inició esta investigación, es que sean las mujeres las que estamos realizando este trabajo.

A partir de esta recolección de información, es posible que se puedan plantear nuevas investigaciones y dar pie a posibles soluciones.

No existen en el presente estudio, diseños experimentales ni cuasiexperimentales debido a que no es un experimento. Se pretende dar únicamente METODOLOGIA acerca de la información obtenida y compararla con otros estudios relacionados.

II.2 DESCRIPCION DE LA POBLACION :

La población a la que se aplicó el cuestionario elaborado fueron una muestra de 100 mujeres internadas en los diferentes servicios del Hospital. Fluctuando las edades entre los 15 y 50 años de edad, todas ellas con vida sexual activa.

La muestra fue tomada al azar, ya que se encuestaba un día sí y un día no, a las mujeres que estuvieran internadas esos días en los servicios médicos, durante el mes de noviembre de 1997.

La mayoría de las mujeres encuestadas estaban dentro del servicio de gineco-obstetricia, ya que en éste se encontró que casi todas las mujeres tenían menos de 50 años de edad, así como el periodo de tiempo que duraban éstas en el servicio, aproximadamente 3 días (las mujeres que daban a luz).

La edad máxima de 50 años se tomó en cuenta en base a que en la aplicación de los cuestionarios previos al definitivo, nos percatamos que de las mujeres que tenían más de 50 años, muchas ya no tenían vida sexual activa, entonces se limitó la edad a

CAPITULO II

METODOLOGIA

II.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

El principal objetivo del presente, es obtener y conocer la información sexual que tienen las mujeres en esta muestra en el Hospital General.

Otro objetivo que ya se está llevando a cabo desde el momento en que se inició esta investigación, es que sean las mujeres las que estamos realizando este trabajo.

A partir de esta recopilación de información, es posible que se puedan plantear nuevas investigaciones y dar pie a posibles soluciones.

No existen en el presente estudio, diseños experimentales ni cuasiexperimentales debido a que no es un experimento. Se pretende dar únicamente un informe acerca de la información obtenida y compararla con otros estudios relacionados.

II.2 DESCRIPCION DE LA POBLACION :

La población a la que se aplicó el cuestionario elaborado fueron una muestra de 100 mujeres internadas en los diferentes servicios del Hospital. Fluctuando las edades entre los 15 y 50 años de edad, todas ellas con vida sexual activa.

La muestra fue tomada al azar, ya que se encuestaba un día sí y un día no, a las mujeres que estuvieran internadas esos días en los servicios médicos, durante el mes de noviembre de 1987.

La mayoría de las mujeres encuestadas estaban dentro del servicio de gineco-obstetricia, ya que en éste se encontró que casi todas las mujeres tenían menos de 50 años de edad, así como el periodo de tiempo que duraban éstas en el servicio, aproximadamente 3 días (las mujeres que daban a Luz).

La edad máxima de 50 años se tomó en cuenta en base a que en la aplicación de los cuestionarios previos al definitivo, nos percatamos que de las mujeres que tenían más de 50 años, muchas ya no tenían vida sexual activa, entonces se limitó la edad a

los 50 años. Y la edad mínima no se limitó, sólo era necesario que ya hubiera iniciado su vida sexualmente con su pareja.

Las mujeres encuestadas pertenecen a una población de escasos recursos económicos, ya que las personas que acuden a recibir servicios médicos al Hospital General es una población de subempleados, o sea que no tienen ingresos fijos. (Datos obtenidos en el departamento de Estadística el Hospital).

Proviene de medios rurales y urbanos, aunque dentro de las personas del medio urbano. Proviene de los cinturones periféricos de la ciudad.

11.3 DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO.

El Hospital General " Dr. Miguel Silva" es una Institución conocida y prestigiada en la ciudad de Morelia, está situada en las calles de Samuel Ramos e Isidro Huarte junto al bosque Cuahutemoc.

La capacidad que tiene el Hospital es de 300 consultas diarias en los diferentes servicios médicos, con un promedio de 15 minutos por consulta, hay 15 consultorios y se trabaja durante 5 horas diarias.

La capacidad en cuanto a Hospitalización es de 28 personas por día, en un margen de 6 días promedio de estancia y hay 195 camas.

En cuanto a partos se refiere, se atienden 200 por mes, con una permanencia en el hospital entre 12 y 36 horas.

El costo de los servicios en el Hospital se calcula que es un 50% menor que en un Hospital particular. el gasto de atención Hospitalaria por paciente es de \$52,000.00 diarios, pero el paciente generalmente paga una tercera parte.

El Hospital presta 4 servicios médicos divididos en 15 ramas, estos 4 son:

- 1.- traumatología y ortopedia.
- 2.- Cirugía
- 3.- Medicina interna
- 4.- Gineco - obstetricia. (ver organigrama Anexo VII .6)

11.5 ELABORACION DEL CUESTIONARIO :

La realización de este cuestionario no fue cosa fácil ya

El Hospital pertenece al segundo nivel, según la organización que maneja el Sector Salud para la atención Médica.

Se dividen estos niveles de la siguiente manera:

1er. Nivel.- Se dedica exclusivamente a consulta externa y parturientas normales. (desde casas de salud hasta los centros de salud).

2o. Nivel.- (al cual pertenece el Hospital General). son los que dan los cuatro servicios básicos a nivel Hospital, a estos servicios son: Pediatría, cirugía, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. El Hospital General tiene la característica de que no atiende pediatría por estar tan cerca del Hospital Infantil (una cuadra), y suple este servicio con traumatología.

3er. Nivel.- Son los Hospitales especializados y los Institutos.

Los padecimientos más frecuentes que se atienden en el Hospital son:

- 1.- Traumatismos y envenenamientos.
- 2.- Enfermedades de aparato Genito-urinario.
- 3.- Enfermedades Infecto-contagiosas y parasitarias.
- 4.- Complicación del Parto, del embarazo y del puerperio.

5.- Enfermedades del aparato circulatorio

11.4 INSTRUMENTO UTILIZADO :

- 1.- Historia sexual.
- 2.- Historia sexual.
- 3.- Información Anatómo-fisiológica

Analizando las diferentes técnicas metodológicas a las que se hubiera podido recurrir para la realización de este trabajo, y considerando el objetivo del mismo, se decidió por la técnica de cuestionario. Definido por Mitrani como un instrumento de recolección de información" (72).

11.5 ELABORACION DEL CUESTIONARIO :

La realización de este cuestionario no fue cosa fácil ya

que se tuvo que elaborar y probar en varias ocasiones ; Se encontró desde rechazo por parte de las pacientes a contestar cierto tipo de preguntas , hasta la no comprensión de algunos términos utilizados inicialmente.

A continuación se detallan las situaciones por la que el cuestionario fué evolucionando para llegar a conseguir los datos que se requerían.

Se elaborón primeramente con 6 ítems en el fin de conocer a las personas que presentaban el problema de dispareunia, que originalmente era lo que se pretendía estudiar. Se aplicó a 15 mujeres de la cuales, 2 refirieron padecerlo. A estas dos se les aplicó un segundo cuestionario de 20 preguntas. al ir aplicando el cuestionario de prueba, se obtuvieron datos relevantes sobre la no satisfacción ni goce de las mujeres por parte de las mujeres en sus relaciones sexuales. Algo muy sobresaliente y sorprendente , fueron los resultados acerca de la falta de información sexual, encontrando personas que nunca hablaron con nadie, ni tampoco les hablaron del sexo antes del matrimonio, tampoco con su pareja han hablado sobre sus relaciones sexuales.

Esto anterior, nos dió la idea de la escasa información sexual que tenían los pacientes. así mismo, esto nos motivó a establecer el objetivo de tratar de conocer el grado de información sexual que tienen las mujeres sobre su propia sexualidad.

De las 15 primeras encuestadas 13 afirmaron no sentir satisfacción ni gozar de las relaciones coitales. Esto provocó que se revisaran cada uno de los ítems y así tratamos de abarcar más áreas, además de la dispareunia.

Posteriormente se realizó un tercer cuestionario y se aplicó a otras 15 personas diferentes , éste constó de 42 preguntas , dividiéndose en 5 áreas de recolección de información. Estas áreas son:

- 1.- Organización familiar.
- 2.- Historia sexual.
- 3.- Información Anatómo-fisiológica.
- 4.- Goce sexual.
- 5.- Problemas de dispareunia.

Todo esto con la finalidad de obtener mayor información.

En base a esto, se aplicaron 2 nuevos cuestionarios a otras 15 pacientes, no siendo aún plenamente satisfactorios, por lo que se construyó uno final tomando en cuenta los lineamientos establecidos por Mitrani (72) a excepción del punto de validez concurrente, el cual consiste en comparar el cuestionario con otro instrumento realizado por la institución en la cual se va a realizar el estudio, debido a que este estudio es el primero que

se realiza en el Hospital General " Dr. Miguel Silva" de la ciudad de Morelia, Mich.

Este cuestionario es de tipo mixto, ya que tiene preguntas abiertas y cerradas. Y finalmente quedó estructurado de la siguiente manera: El instrumento se dividió en 2 cuestionarios (ver anexos 1 y 2), el primero que se aplicó a las 100 encuestadas, compuesto de 38 preguntas y dos reactivos , uno , el 39, para dudas que hubieran tenido en ellas y el 40 para las observaciones que se tuvieran de ellas. Y el segundo cuestionario, a las que presentaban el problema de dispareunia.

En el reactivo número 15 se mostró a las encuestadas una lámina en la que se observaban algunas de las partes del aparato sexual femenino. (Y otra con el aparato sexual masculino ; y se les pidió a las mujeres que mencionaran qué partes conocían y cuáles no. (ver anexo # 3).

En el reactivo número 16 se preguntó acerca de algunos términos relacionados con la fisiología de las relación coital y algunos nombres del aparato sexual masculino, en caso de que la respuesta fuera equivocada o nula, se les explicó a las entrevistadas el significado de cada término con palabras de fácil comprensión y un vocabulario común para ellas.

Los términos explicados fueron:

Menstruación : " Es el sangrado que presenta la mujer, cada mes".

Eyacuación: "Es el liquido que el hombre arroja por su miembro o su parte , en el momento de más excitación en la relación sexual " .

Coito: "Es el momento de unión del cuerpo del hombre y la mujer, cuando el hombre la penetra con su miembro".

Orgasmo: "Es una sensación placentera alrededor de la vagina con contracciones rítmicas involuntarias, con latidos del corazón muy acelerados, esa sensación placentera se extiende por todo el cuerpo, como una sensación explosiva incontrolable "

Hubo ocasiones en que las mujeres no entendían y teníamos que cambiar un poco los términos de la explicación.

Tomando en cuenta los reactivos mencionados anteriormente, se puede decir que el cuestionario además de recopilar información para el estudio, sirvió para informar y

orientar a las mujeres sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad.

Como el estudio se realizó con el apoyo de algunos médicos del Hospital, éstos solicitaron se anexaran ítems para recabar datos importantes para el Hospital, desde el punto de vista médico. Las preguntas son: la 12, 30, 31, 27.9 y 27.10. Estas preguntas no interfirieron con el manejo de datos para el estudio, por que no las tomamos en cuenta para el presente estudio.

El variado de los datos se inició después de terminar las
11.6 APLICACION DEL CUESTIONARIO: duró en el variado fue de un mes y medio. En este se utilizaron hojas estadísticas para anotar todos los datos.

Como se mencionó anteriormente se aplicó el cuestionario definitivo a 100 mujeres. El tiempo de duración en la aplicación de cada cuestionario sencillo, sin el anexo de dispareunia, era aproximadamente de 20 minutos, y aplicándolo con el anexo se utilizaban 10 minutos más, o sea, 30 minutos en total a las mujeres que referían la dispareunia.

El lugar donde se aplicó el cuestionario fue una limitante para el estudio, ya que se les aplicaba el cuestionario a cada paciente en su propia cama, y en ocasiones había hasta 8 mujeres en cada sala.

La aplicación del cuestionario la llevamos a cabo cada una de nosotras a diferentes señoras, para ayudar al rapport, ya que en los cuestionarios preliminares pudimos percibir que cuando las 2 entrevistadoras encuestábamos a una misma paciente, se mostraba más resistente y reservada en sus respuestas, pues no había rapport adecuado.

Antes de aplicar el cuestionario se les explicó a cada una, el motivo de nuestras visitas y se les solicitó su cooperación platicándoles acerca de lo que se pretendía hacer.

La consigna con la que nos presentamos fué:

"Sra. buenos días, mi nombre es "fulanita de tal". somos Psicólogas y estamos trabajando en el Hospital. Estamos haciendo una investigación sobre la sexualidad femenina, queremos saber si puede y gusta colaborar con nosotras. Las respuestas que Ud. nos dé son confidenciales nadie va a saber que Ud. nos dijo y no es necesario que nos dé su nombre.

Está de acuerdo en contestar algunas preguntas?

De la muestra de 100 pacientes que se tomó para que los resultados fueran más representativos de la población que asiste el Hospital sólo 2 mujeres se negaron a contestar el cuestionario. Mencionando una, que no le gustaba "eso" y la otra manifestó que se "sentía mal". Así que en total se les solicitó a 102 mujeres su cooperación.

II.7 MANEJO DE DATOS :

El vaciado de los datos se inició después de terminar las 100 encuestas. El tiempo que se duró en el vaciado fue de un mes y medio. En éste se utilizaron hojas estadísticas para anotar todos los datos.

Posteriormente se elaboraron las tablas o cuadros con los resultados, debido a que la mayoría de los datos obtenidos son de tipo descriptivo, por el objetivo del estudio. Se hizo una tabla por cada uno de los ítems.

Se obtuvieron frecuencias absolutas y frecuencias relativas, las cuales se obtuvieron fácilmente ya que la muestra fue de 100. Se realizaron gráficas sólo de los ítems donde se manejaron promedios y números, como son las edades en diferentes aspectos. (estos ítems son el 12 y 21). En la mayoría de los ítems sólo se hicieron tablas, pues los resultados como se mencionó anteriormente, son de tipo descriptivo.

Ya con las tablas y gráficas realizadas se continuó con la discusión y comparación de lo obtenido en la investigación con el marco teórico, y se sacaron conclusiones.

CAPITULO III

III.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA :

- 1 - La mayoría (94 %) de las pacientes desconoce la opinión que tienen sus padres acerca de la sexualidad.
 - 2 - Sólo en 4% de la personas tuvo información real sobre el proceso de nacimiento ; a las demás 96 %, se les dan falsas concepciones como la cigüeña, el avión, burro, etc. y a otras no les informan nada, hasta que llegan a tener sus propios hijos, (35%).
 - 3 - El 76% no hablan sobre las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, hasta tener relaciones sexuales (incluso algunas, tampoco lo hacen aun después de tenerlas).
 - 4 - El 60% de las mujeres no tienen juegos sexuales durante su info
- RESULTADOS**
- 5 - Un 62% desconoce que es la menstruación y que ésta les llegará a determinada edad. Experimentan susto cuando tienen su
- GRAFICAS**
- 6 - Por lo general la primera información sexual es proporcionada por amistades, escuela, algún familiar, esposo y en ocasiones ninguna persona les habla sobre sexualidad ; sólo al 23% su madre les dio la información al respecto.
 - 7 - Son pocas las mujeres que conocen su propia anatomía, la vagina la conocen el 35% ; el útero el 34% ; los labios mayores un 19% ; los labios menores un 15% ; el clitoris un 5%.
 - 8 - Sobre la información que se tiene sobre algunos términos sobre sexualidad : el 2 % conoce coito ; el 5 % conoce eyaculación ; el 60 % menstruación ; el 34 % pena ; el 29 % conoce testículos y sólo el 5 % conoce el término orgasmo.
 - 9 - El 29 % no ha experimentado ni un solo orgasmo.
 - 10 - Debido a la falta de información sexual y al desconocimiento de lo más esencial de las relaciones sexuales para el 79 % la primera relación es un suceso doloroso física y emocionalmente y cargado de miedo.

CAPITULO III

11.- El 20 % llega a tener su primera relación sexual ,
describiendo de que se trata

III.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA :

12.- El 40 % no experimenta gozo y/o satisfacción en sus
relaciones

- 1.- La mayoría (94 %) de las pacientes desconoce la opinión que tienen sus padres acerca de la sexualidad.
- 2.- Sólo en 4% de la personas tuvo información real sobre el proceso de nacimiento ; a las demás 96 %, se les dan falsas concepciones como la cigüeña, el avión, el burro, etc. y a otras no les informan nada, hasta que llegan a tener sus propios hijos,(35%).
- 3.- El 76% no hablan sobre las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, hasta tener relaciones sexuales (incluso algunas, tampoco lo hacen aún después de tenerlas).
- 4.- El 60% de las mujeres no tienen juegos sexuales durante su infancia.
- 5.- Un 62% desconoce qué es la menstruación y que ésta les llegará a determinada edad. Experimentan susto cuando tienen su menarca.
- 6.- Por lo general la primera información sexual es proporcionada por amistades, escuela, algún familiar, esposo y en ocasiones ninguna persona les habla sobre sexualidad ;sólo al 23% su madre les dió la información al respecto.
- 7.- Son pocas las mujeres que conocen su propia anatomía, la vagina la conocen el 35% ; el útero el 34% ; los labios mayores un 19% ; los labios menores un 15 % ; el clitoris un 5%.
- 8.- Sobre la información que se tiene sobre algunos términos sobre sexualidad ,e 2 % conoce, coito ; el 5 % conoce eyaculación ; el 60 % menstruación ; el 34 % pene ; el 29 % conoce testiculos y sólo el 5 % conoce el término orgasmo.
- 9.- El 29 % no ha experimentado ni un solo orgasmo.
- 10.- Debido a la falta de información sexual y al desconocimiento de lo más esencial de las relaciones sexuales para el 79 % la primera relación es un suceso doloroso física y emocionalmente y cargado de miedo.

11.- El 20 % llega a tener su primera relación sexual , desconociendo de que se trata.

12.-El 40 % no experimenta gozo y /o satisfacción en sus relaciones.

13.- El 44% condidera que es el hombre el que goza más de sus relaciones.

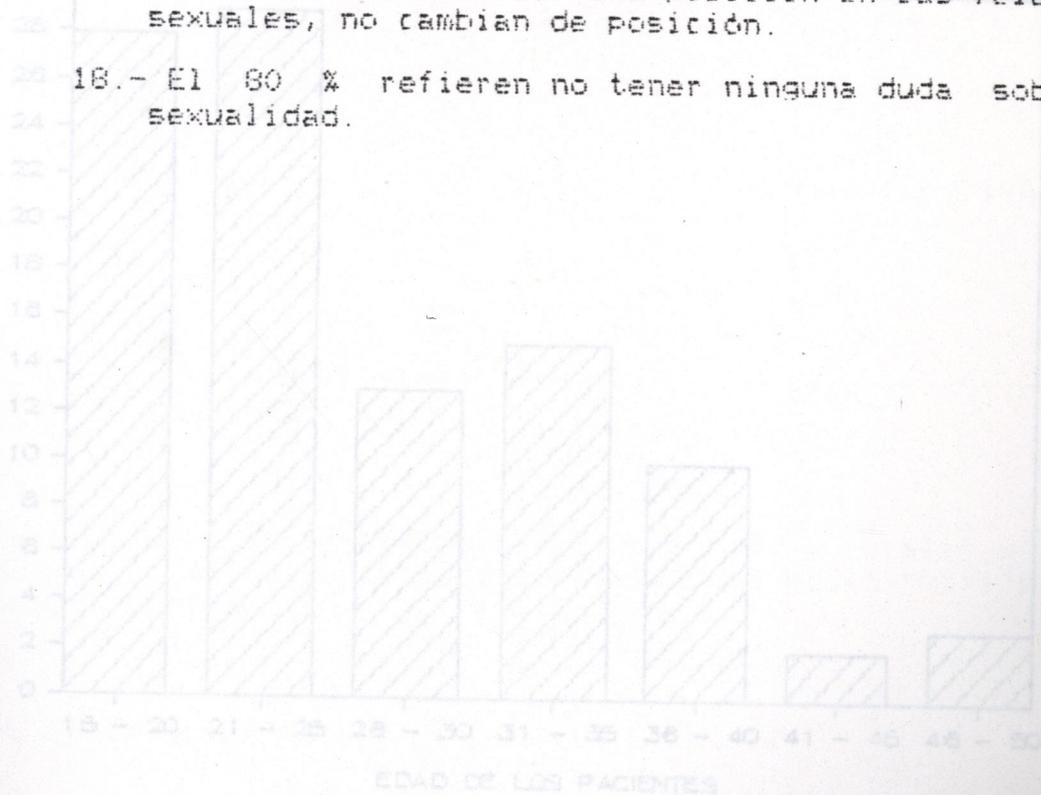
14.- El 31 % de las mujeres refieren dipareunia.

15.- De las mujeres con dipareunia el 3.3 % le han hecho estudios (de las 31 mujeres sólo una.)

16.- El 16 % ha tenido contacto sexual oral y el 9 % ha tenido contacto sexual de tipo anal en sus relaciones sexuales.

17.- El 51 % utiliza sólo una posición en sus relaciones sexuales, no cambian de posición.

18.- El 80 % refieren no tener ninguna duda sobre la sexualidad.



III.2

EDADES DE LOS PACIENTES

1.- EDADES DE LA MUJERES ENCUESTADAS.

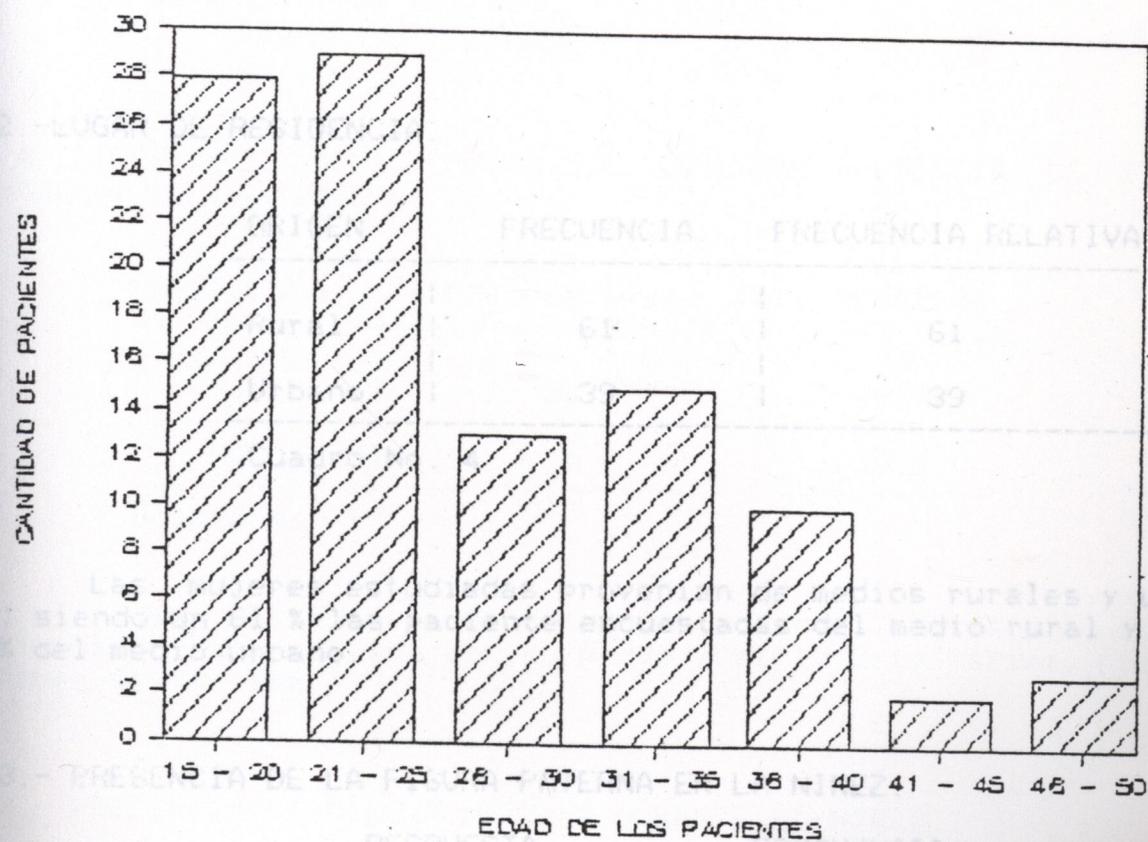
Las edades de las mujeres encuestadas, en su mayoría son entre los 26 y los 35 años, estas un 57 % de

EDADES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
15 - 20 AÑOS	28	28
21 - 25 "	29	29
26 - 30 "	13	13
31 - 35 "	15	15
36 - 40 "	10	10
41 - 45 "	2	2
46 - 50 "	3	3

$\bar{X} = 25.2$
 $M = 22$ con F. de 8
 $M = 32.5$

Cuadro No. 1

La mediana fue de 22 1/2 años de edad.



Cuadro No. 5

Cuadro No. 2

La muestra seleccionada el 90 % reportaron haber vivido

EIDADES DE LOS PACIENTES

Las edades de las mujeres encuestadas, en su mayoría fluctuaron entre los 15 y los 25 años, formando estas un 57 % de la muestra.

Las mujeres con edades que abarcan de los 26 a los 35 años, fueron el 28 % de las encuestadas en el estudio.

Las mujeres de los 35 a los 50 años de edad integraron solamente el 15 % de la muestra total.

La media obtenida fue de 26 años con 2 meses de edad.

La moda fue de 22 años de edad con una frecuencia de 8 personas.

De las 61 mujeres del medio rural el 90.1 % (55 partes) La mediana fue de 32 1/2 años de edad. el 9.8 % (6 partes) negaron haber vivido con él.

2.-LUGAR DE RESIDENCIA.

PACIENTES DEL MEDIO URBANO QUE TUVIERON PRESENCIA DE FIGURA PATERNA DE LA NINEZ.

ORIGEN	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Rural	61	61
Urbano	39	39
Cuadro No. 4	4	10.2

Cuadro No. 7

Las mujeres estudiadas provenian de medios rurales y urbano ; siendo un 61 % las paciente encuestadas del medio rural y el 39 % del medio urbano. ido con su padre y el 10.2 (4 partes) negaron haber vivido con él.

3.- PRESENCIA DE LA FIGURA PATERNA EN LA NINEZ.

PRESENCIA DE FIGURA PATERNA DURANTE LA NINEZ

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	90
NO	10

Cuadro No 5

De la muestra seleccionada el 90 % reportaron haber vivido

con su padre y sólo el 10% reportó padre ausente.

PACIENTES DEL MEDIO RURAL QUE TUVIERON PRESENCIA DE FIGURA PATERNA EN LA NINEZ.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
SI	55	90.1
NO	6	9.8

Cuadro NO. 6

Cuadro No. 9

De las 61 mujeres del medio rural el 90.1% (55 pctes) afirmaron haber vivido con su padres y el 9.8% (6 pctes.) negaron haber vivido con él.

PACIENTES DEL MEDIO URBANO QUE TUVIERON PRESENCIA DE FIGURA PATERNA DE LA NINEZ.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
SI	35	89.7
NO	4	10.2

Cuadro No. 7

De las 39 mujeres del medio urbano el 89.7% (35 mujeres) afirmaron haber vivido con su padre y el 10.2% (4 pctes.) negaron haber vivido con él.

4.- PRESENCIA DE FIGURA MATERNA DURANTE LA NINEZ.

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	97
NO	3

Cuadro No 8

De la muestra seleccionada el 97% reportaron haber vivido con su madre y solo el 3% reportaron madre ausente.

PACIENTES DEL MEDIO RURAL QUE TUVIERON PRESENCIA DE FIGURA MATERNA DURANTE LA NINEZ.

NÚMERO	FRECUENCIA	NÚMERO	FRECUENCIA
1-2	34	1-2	30
3-4	13	3-4	40
5-6	13	5-6	21
7--3	5	7--3	5

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	59	96.7
NO	2	3.2

Cuadro No. 9

De las 61 mujeres del medio rural 96.7% (59 pctes) afirmaron haber vivido con su madre, y el 3.2% (2 pctes) negaron haber vivido con ella.

PACIENTES DEL MEDIO URBANO QUE TUVIERON PRESENCIA DE FIGURA MATERNA DURANTE LA NINEZ.

RESPUESTA	FRECUENCIA	REC. REL.
SI	38	97.4
NO	1	2.5

Cuadro NO. 10

De las 39 mujeres del medio urbano el 97.4% (38 pctes) afirmaron haber vivido con su madre y el 2.5% (1 pcte) negó haber vivido con ella.

Cuadro NO. 13

El total de los hermanos (hombres y mujeres) fue:

- el 6% tenía uno y dos hermanos
- el 14% de tres a cuatro
- el 20% de cinco a seis
- el 30% de siete a ocho
- el 16% de nueve a diez
- el 7% de once en adelante

5.- NUMERO DE HERMANOS. 6.- NUMERO DE HERMANAS

NUMERO	FRECUENCIA		NUMERO	FRECUENCIA
0	4		0	4
1-2	34		1-2	30
3-4	44	$\bar{X}=3.11$	3-4	40
5-6	13	$M=3$ con f. de 27	5-6	21
7-->	5		7-->	5

Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

Las pacientes reportaron tener:

- el 4 % ningún hermano.
- el 4 % ni una hermana
- el 34% entre uno y dos hermanos
- el 30% entre una dos hermanas
- el 44% de tres a cuatro hermanos
- el 40% de tres a cuatro hermanas
- el 13% de cinco a seis hermanos
- el 21% de cinco a seis hermanas
- el 5 % más de 7 hermanos
- el 5 % más de 7 hermanas

NUMERO TOTAL DE HERMANOS Y HERMANAS QUE COMPONEN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES.

NUMERO	FRECUENCIA	
0	0	
1-2	6	
3-4	14	
5-6	28	$\bar{x}=65$
7-8	30	$m=7$ con frec. de 17.
9-10	15	
11---	7	

Cuadro NO. 13

El total de los hermanos (hombres y mujeres) fué:

- el 6% tenia uno y dos hermanos
- el 14% de tres a cuatro
- el 28% de cinco a seis
- el 30% de siete a ocho
- el 15% de nueve a diez
- el 7% de once en adelante.

7.- PELEABAN LOS PADRES DE LOS PACIENTES SOBRE LA SEXUALIDAD.

RESPUESTA FRECUENCIA ON FRECUENCIA.

SI	46	No sabe	El 46% de las pacientes encuestadas reportó que sus padres si peleaban; el 54 % informaron que sus padres no peleaban.
NO	54	Era pecado	

Cuadro No. 14 No debía juntarse con hombres

FORMA DE PELEAR Cuadro FRECUENCIA FREC.REL.

Discutir y gritar	20	43.4
golpes fisicos	26	56.5

Cuadro NO. 15 Era la opinión de sus padres sobre el sexo era que es pecado.

De las 46 pacientes que afirman que sus padres peleaban; el 43.4% discuten y gritan, el 56.5% llegan a los golpes fisicos.

FRECUENCIA DE PLEITOS FRECUENCIA FREC. REL:

Diario	11	23.9
Cada 3 días	7	15.2
Cada semana	11	23.9
Cada 15 días	2	4.3
Cada mes	9	19.5
Rara vez	6	13

Cuadro No. 16 nada hasta grandes o casados 35

Los compraban a alguien en el Hospital 8

El 29.3 % (11 pctes) afirman que sus padres peleaban diario; el 25.2% (7pctes) peleaban cada 3 días el 23.9% (11 pctes) peleaban cada semanana 4 el 4.3% (2 pctes) peleaban cada 15 días el 19.5% (9 pctes) peleaban cada mes y el 13% (6 pctes) peleaban rara vez.

El 46% de las entrevistadas reportó que cuando eran niñas

8.- OPINION DE LOS PADRES DE LAS PACIENTES SOBRE LA SEXUALIDAD.

Les dijeron que a los bebés los traía la cigüeña, avión o burro.

OPINION	FRECUENCIA
Un 71% no sabe	94
Les regalaban en un Era pecado una señora partera	3
El 35% no No debía juntarse con hombres	3

Cuadro No. 17.

10.- LA PACIENTE HABLO DE LAS DIFERENCIAS SEXUALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

El 94% de los pacientes informaron no saber nada sobre la opinión que tenían sus padres acerca del sexo.

El 3% reportó que la opinión de sus padres sobre el sexo era que es pecado.

El otro 3% de la muestra sus padres les dijeron que no debían juntarse con hombres.

Cuadro NO. 19

9.- INFORMACION DADA A LA PACIENTE SOBRE EL NACIMIENTO DE LOS NIÑOS.

El 76% de las pacientes informaron que cuando eran niños les dijeron que a los bebés los traía la cigüeña, avión o burro.

Los traía la cigüeña , avión o burro.	46
No les dijeron nada hasta grandes o casados	35
Los compraban a alguien en el Hospital	8
Los regalaban en el Hospital o una partera	7
Que nacían de la madre.	4

Cuadro NO. 18

CUADRO NO. 20

El 46% de las entrevistadas reportó que cuando eran niños

El 40% de la muestra reportó haber participado en juegos les dijeron que a los bebés los traía la cigüeña, avión o burro.

A un 6% reportaron haberles informado que los compraban a alguna persona en el Hospital.

Un 7% manifestó que les informaron que los bebés los regalaban en un hospital o una señora (partera).

El 35% nunca se les dijo nada.

Al 4% les dijeron que nacen de la mamá.

10.- LA PACIENTE HABLO DE LAS DIFERENCIAS SEXUALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES ANTES DE TENER RELACIONES SEXUALES.

13-14 años	RESPONDIERON	FRECUENCIA
15 años	SI 13	24
16 años	NO 7	76

17 años Cuadro NO. 19

El 24% de la muestra afirmó haber hablado de las diferencias sexuales masculinas y femeninas antes de tener relaciones sexuales.

El 76% negó haber hablado sobre dichas diferencias antes de tener relaciones sexuales.

11. JUEGOS SEXUALES DURANTE LA NINEZ.

RESPONDIERON	FRECUENCIA
SI	40
NO	60

CUADRO NO. 20

El 40% de la muestra reportó haber participado en juegos infantiles de padre y madre, incluyendo juegos sexuales como verse o tocarse los genitales.

El 60% negó haber participado en estos juegos sexuales.

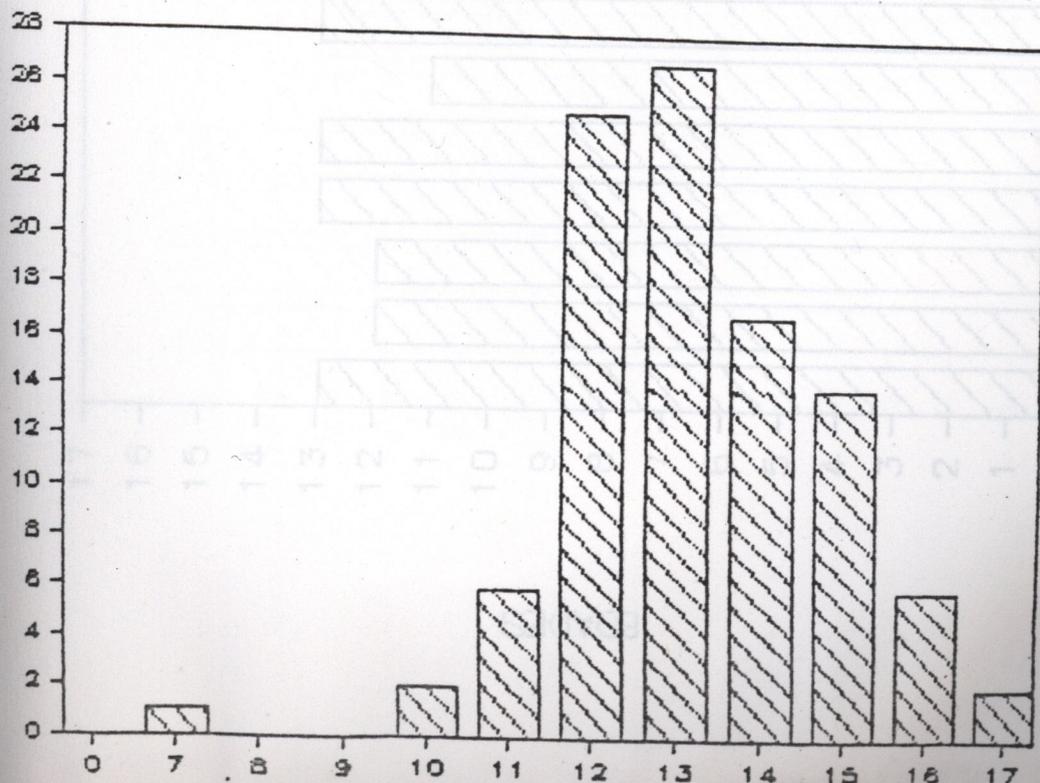
* Hablaron de las diferencias sexuales masculinas y femeninas tuvieron juegos sexuales incluyendo verse y tocarse genitales 15%.

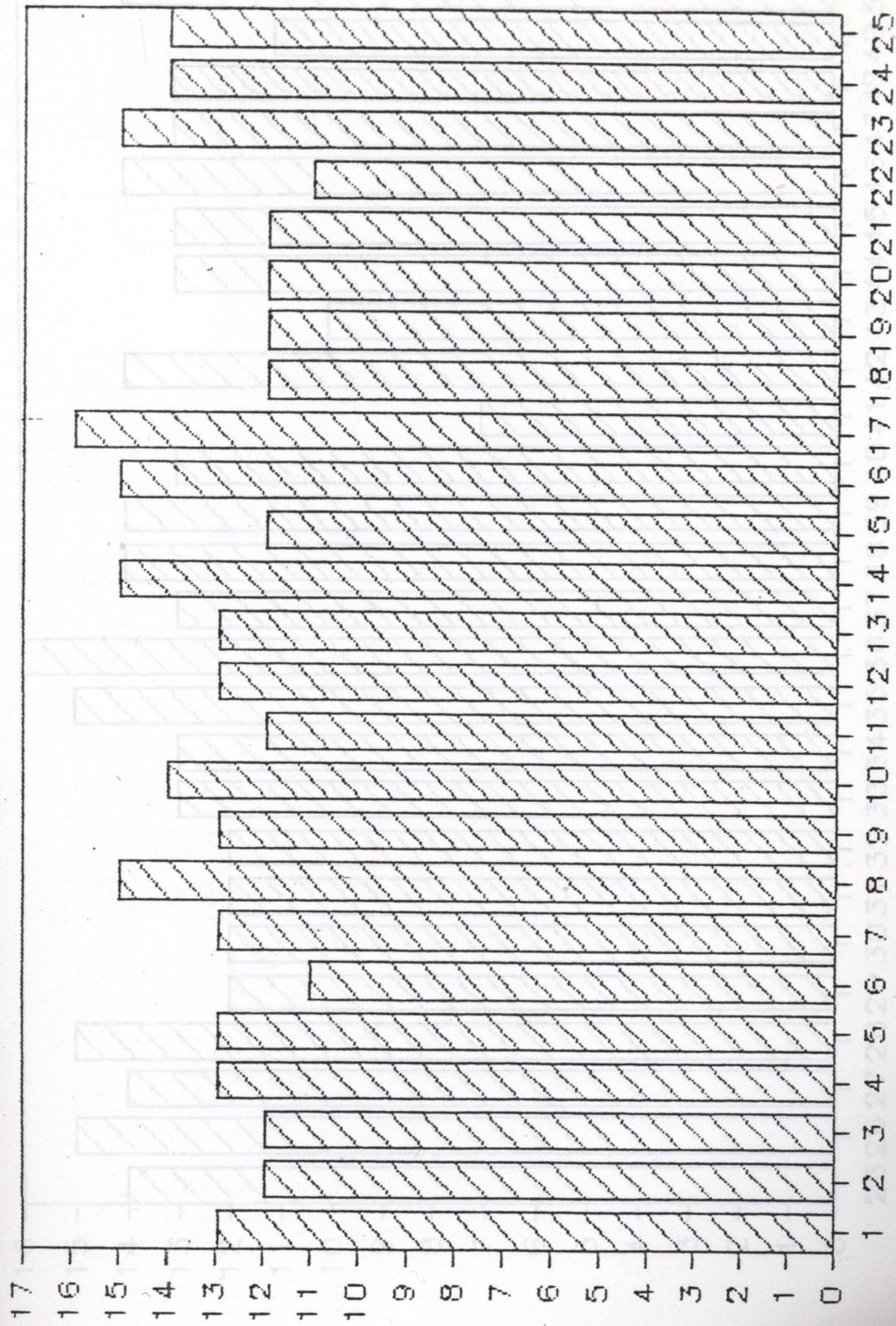
- EDAD DE LA MENARCA DE LOS PACIENTES.

EDAD	FRECUENCIA	
7 años	1	
10 años	2	
11-12 años	31	
13-14 años	44	
15 años	13	
16 años	7	$\bar{X} = 13.2$ años
17 años	2	Md = 12 años
		Mo = 13 años

Cuadro No. 21

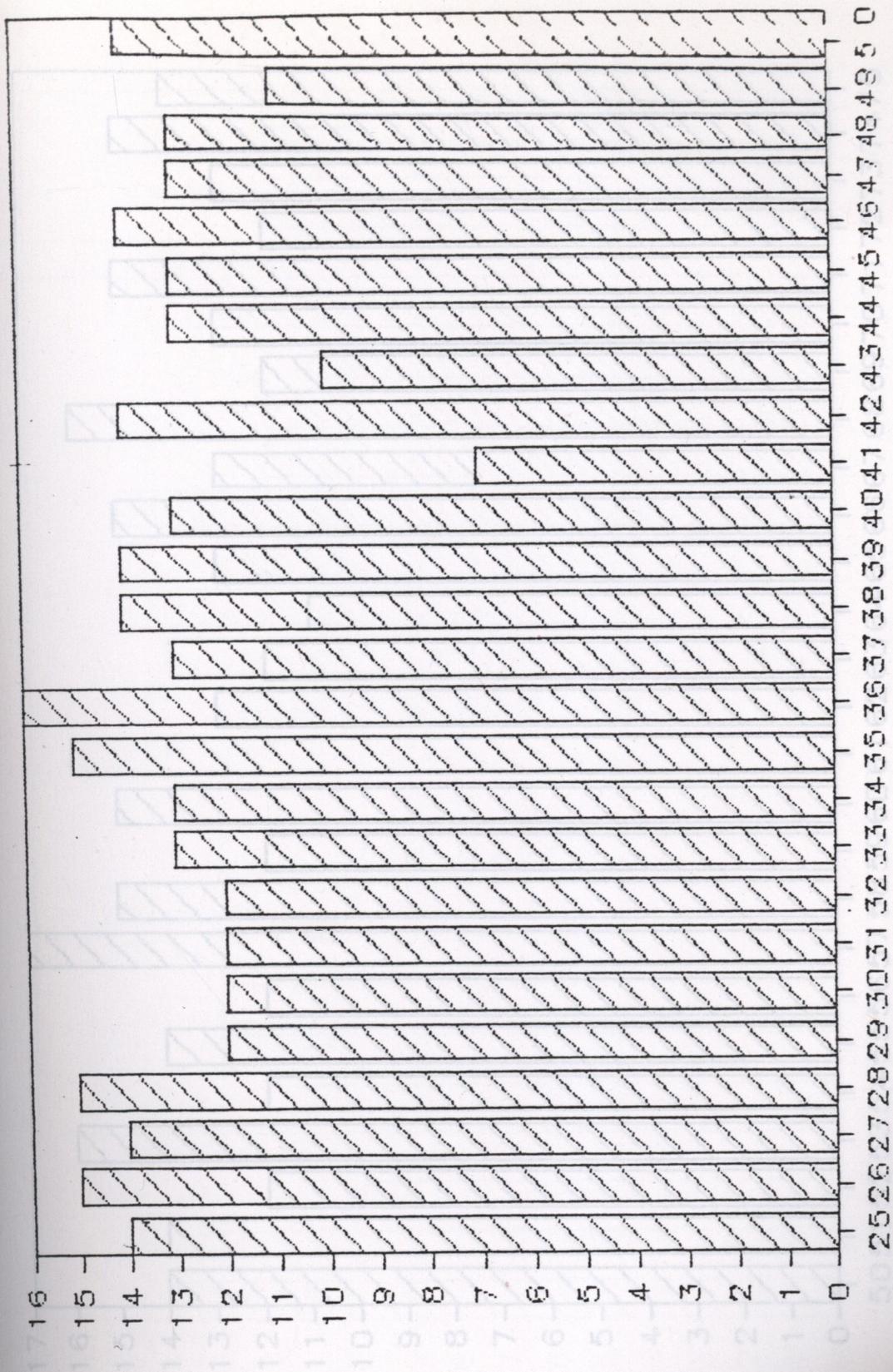
EDAD DE LA MENARCA DE LOS PACIENTES





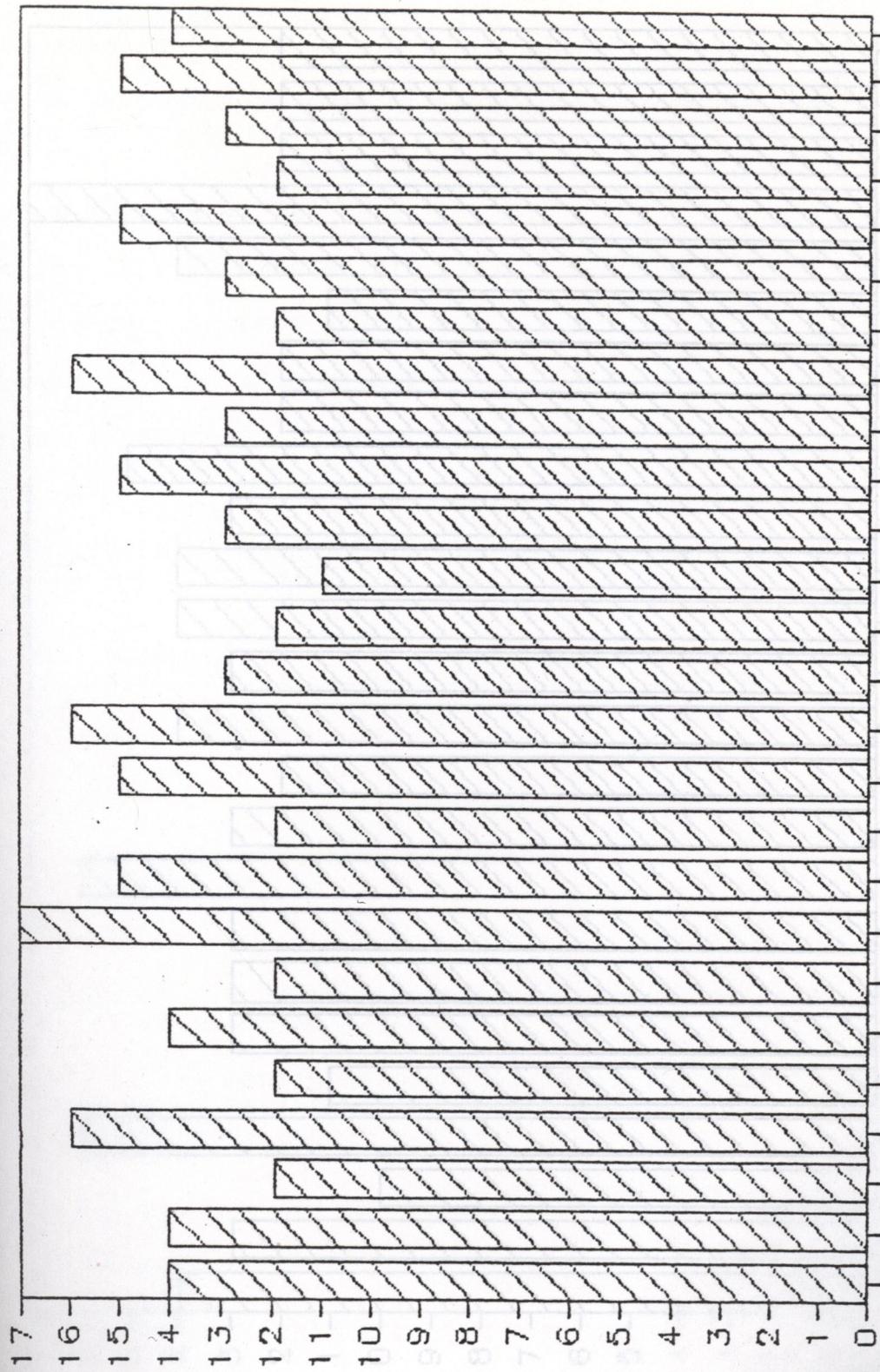
EDADES

PACIENTES



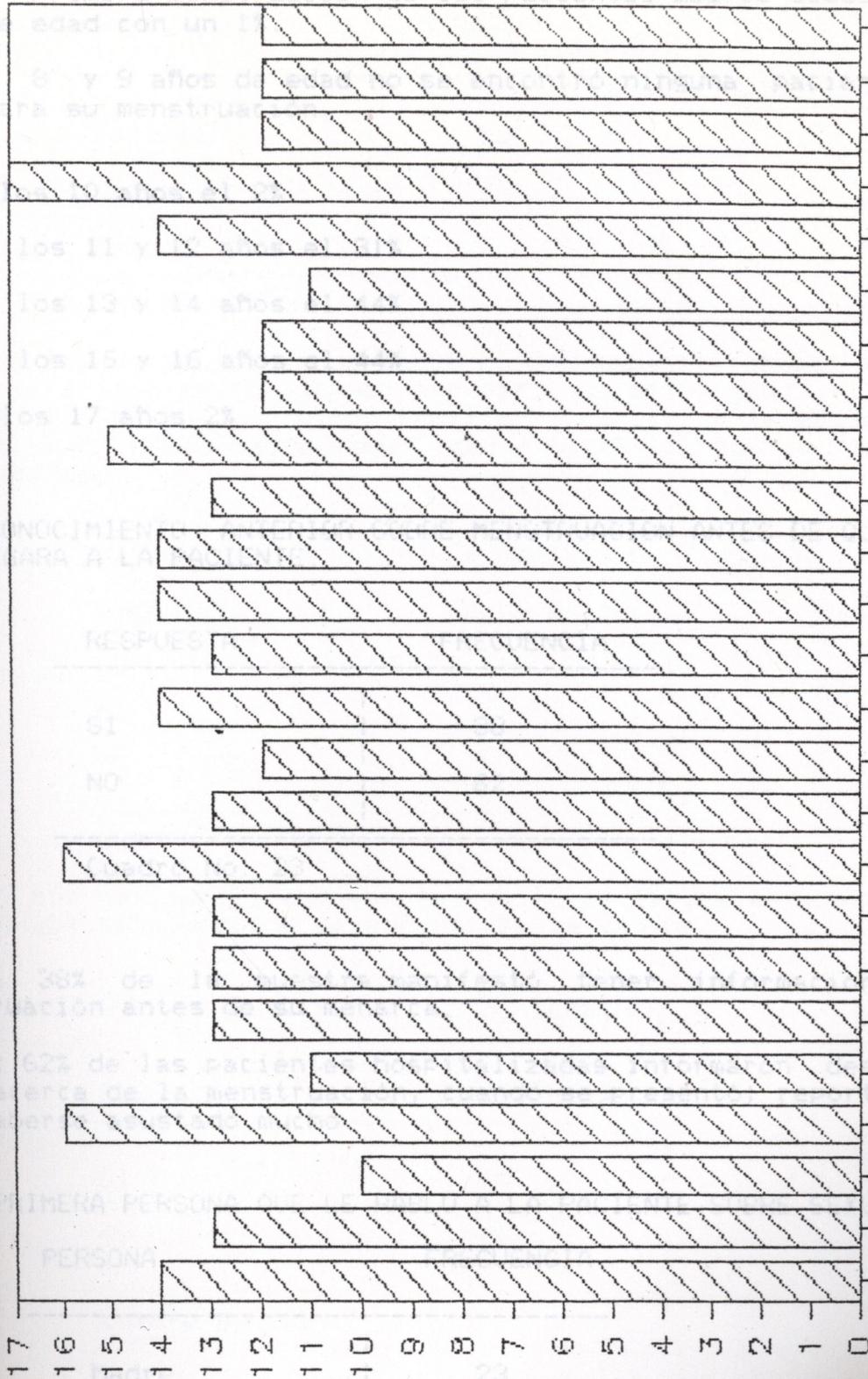
EIDADES

PACIENTES



EIDADES

PACIENTES



767778798081828384858687888990919293949596979899100

PACIENTES

EDADES

La primera menstruación de las pacientes abarcó desde los 7 años de edad con un 1%.

De 8 y 9 años de edad no se encontró ninguna paciente que reportara su menstruación.

A los 10 años el 2%.

De los 11 y 12 años el 31%.

De los 13 y 14 años el 44%.

De los 15 y 16 años el 44%
 De los 17 años 2%.

13.- CONOCIMIENTO ANTERIOR SOBRE MENSTRUACION ANTES DE QUE ESTA LE LLEGARA A LA PACIENTE.

RESUESTA	FRECUENCIA
SI	38
NO	62

Cuadro No. 23

El 38% de la muestra manifestó tener información sobre menstruación antes de su menarca.

El 62% de las pacientes hospitalizadas informaron desconocer todo acerca de la menstruación, cuando se presentó; reportando el 62% haberse asustado mucho.

14.- PRIMERA PERSONA QUE LE HABLO A LA PACIENTE SOBRE SEXUALIDAD.

PERSONA	FRECUENCIA
Madre	23
Amistades	34
Escuela	14

PERSONA

FRECUENCIA

PERSONA	FRECUENCIA
Familiar	18
Nadie	7
Esposo	4

Cuadro Nú. 24

61

De las pacientes encuestadas el 34% manifestó haber recibido la primera información sexual por parte de amistades; el 23% por sus madre; el 18% por algún familiar; el 14% de la escuela; al 7% no se le habló sobre sexualidad y el 4% la recibió por parte de su esposo.

El 19% indicó acertadamente los labios mayores en la lámina.
15.- LOCALIZACIÓN DE LA VAGINA EN LAMINAS DE ILUSTRAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA
-----------	------------

SI	35
NO	65

Cuadro No. 25

NO

85

El 65% no logró localizar la vagina en la lamina mostrada. el 35% señalo dónde se encontraba la vagina.

El 65% de las pacientes no localizó los labios menores en la
LOCALIZACIÓN DEL ÚTERO EN LAMINAS DE ILUSTRAR.

El 15% indicó acertadamente los labios mayores en la lámina.

RESPUESTA	FRECUENCIA
-----------	------------

SI	34
NO	66

Cuadro No. 26

FRECUENCIA

El 66% de las pacientes no logró localizar el útero en la lámina mostrada.

NO

95

El 34% señaló dónde se encontraba el útero.

Cuadro No. 29

El 95% manifestó desconocer el clitoris
LOCALIZACION DE LOS LABIOS MAYORES EN LAMINAS DE ILUSTRAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	19
NO	81

Cuadro No. 27

El 81% de las pacientes no localizó los labios mayores en la lámina mostrada.

El 19% indico acertadamente los labios mayores en la lámina.

LOCALIZACION DE LOS LABIOS MENORES EN LAMINAS DE ILUSTRAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
SI	15	50
NO	85	28.3

Cuadro No. 28

El 85% de las pacientes no localizó los labios menores en la lámina mostrada.

El 15% indico acertadamente los labios mayores en la lámina.

LOCALIZACION DEL CLITORIS EN LAMINAS DE ILUSTRAR.

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	5
NO	95

Cuadro No. 29

El 95% manifestó desconocer el clitoris.

El 5% respondió saber lo que era el clitoris y su localización.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
16.1 CONOCIMIENTO DEL TERMINO MENSTRUACION.		66.08

Sangrado 2 1.72

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Perio		4.34

Andar SI la falda 60 .87

Costum NO 40 .87

Chor Cuadro No. 30 1 .87

El 60% las pacientes afirmó saber lo que era menstruación.

El 40% negó saberlo. 1 .87

Su mes 1 .87

Relinchando 1 .87

DEFINICION DE LOS PACIENTES QUE CONOCIAN EL TERMINO.

Concepción 1 .87

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REALATIVA
-----------	------------	-----------------

Regla 30 50

No respondieron 0 0

Sangrado de cada mes 17 28.3

Cuadro No. 32

Lo que baja cada mes 10 16.66

Lo que limpia a uno 1 1.68

Algo de la matriz 1 1.68

El 66.08% conoce el termino menstruación como regla

Secreción normal de la mujer 1 1.68

Cuadro No. 31

costumbre

87% como: andar chorriente

87% como: andar de luna

87% como: enfermedad de cada mes

De las pacientes que afirmaron saber lo que era menstruación el 50% la definió como regla; el 28.3% como sangrado de cada mes; el 16.66% como lo que baja cada mes; el 1.68% como lo que limpia; el 1.68% como algo de la matriz y el 1.68% como una secreción normal de la mujer.

Todas las pacientes respondieron mencionando algún otro

* Se les explico el termino menstruación a las que no lo conocian y se les hizo la siguiente pregunta, a todas las pacientes.

CONOCIMIENTO DEL TERMINO EVACUACION

CON QUE OTROS NOMBRE LA CONOCE ? FRECUENCIA

RESPUESTA	SI	FRECUENCIA	FREC. REL
Regla	NO	99	86.08
Sangrado	Cuadro No. 30	2	1.73
Periodo	Las pacientes entrevistadas el 85% desconocieron lo que es evacuación; el 5% afirmó saberlo.	5	4.34
Andar con la paloma		1	.87
Costumbre	Las pacientes que desconocían el termino	1	.87
Chorriente		1	.87
Andar de luna	Un de espina	1	.87
Enfermedad de cada mes		1	.87
Su mes	el hombre en las relaciones	1	.87
Relinchando	arroja el hombre	1	.87
Compañera	Los hombres se vacia	1	.87
La memo	se vacia el hombre en las	1	.87
No respondieron		0	0

Cuadro No. 32

Las pacientes que afirmaron conocer el termino evacuación lo mencionaron así:

La menstruación fue conocida entre las pacientes con otros términos:

- El 86.08% conoce el termino menstruación como regla.
- El 4.34% la conoce como periodo.
- .87% como: andar con la paloma
- .87% como: costumbre
- .87% como: andar chorriente
- .87% como: andar de luna
- .87% como: enfermedad de cada mes
- .87% como: su mes
- .87% como: andar relinchando
- .87% como: compañera
- .87% como: la memo

¿Con que otro nombre la conocen ?

Todas las pacientes respondieron mencionando algún otro termino sinónimo para ellas de menstruación.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
16.2 CONOCIMIENTO DEL TERMINO EYACULACION.		30.47
Descansar	2	2.85
Desocupar	5	2.85
Facos	95	1.90
Esperma	1	.95

De las pacientes entrevistadas el 95% manifestaron desconocer lo que es eyaculación ; el 5% afirmó saberlo.

DEFINICION DE LAS PACIENTES QUE SI CONOCIAN EL TERMINO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Salida de secreción de esperma del hombre	1	20
Se vacía el hombre en las relaciones	1	20
Lo que arroja el hombre	1	20
cuando los hombres se vacían	1	20
Lo que secreta el hombre en las relaciones	1	20

Cuadro No. 34

16.3 CONOCIMIENTO DEL TERMINO COITO

Las pacientes que afirmaron conocer el término eyaculación lo definieron así:

Un 20% como salida de secreción de esperma del hombre ; otro 20% como vaciarse el hombre en las relaciones ; 20% como lo que arroja el hombre ; 20% como el vaciarse los hombres y el otro 20% como lo que secreta el hombre en las relaciones.

Cuadro No. 35

El 98% de las pacientes reportó desconocer lo que es coito ; afirmando saberlo sólo un 2%.

SE LES EXPLICO A TODAS LAS PACIENTES EL SIGNIFICADO DE EYACULACION Y ENSEGUIDA SE LES PREGUNTO.

A las que respondieron afirmativamente se les pidió la definición.

Con qué otro nombre la conocen ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Vaciarse	32	30.47
Descansar	3	2.85
Desocupar a relación sexual	3	2.85
Mecos hace entre dos	2	1.90
Esperma	1	.95
Terminar respondió que era el momento de la relación sexual y el otro 50% que cuando se hace entre dos	2	1.90
Clima	1	.95
Acabar explicó el significado de coito y se les preguntó como lo hacían o llamaban.	1	.95
No respondieron	59	56.19

Cuadro No. 35

La eyaculación fué conocida en otros términos por el 30.4% como vaciarse ; el 2.85% como descansar ; el 2.85% como desocupar ; el 1.90% como mecos ; el 1.90% como terminar ; el .95% como esperma ; el .95% como venirse ; el .95% como clima y el .95% como acabar.

El 56.19% se negó a dar algún otro término argumentado que no les decían de alguna forma especial o diciendo que no recordaban.

16.3 CONOCIMIENTO DEL TERMINO COITO.

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	2
NO	98

Cuadro No.36

El 98% de las pacientes reportó desconocer lo que es coito ; afirmando saberlo sólo un 2%.

* A las que respondieron afirmativamente se les pidió la definición.

RESUESTA FRECUENCIA FREC. REL.
 DEFINICION DE LOS PACIENTES QUE SI CONOCIAN EL TERMINO.

RESUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Momento de la relación sexual	1	50
Cuando se hace entre dos	1	50

Cuadro No. 37

El 50% respondió que era el momento de la relación sexual; y el otro 50% que cuando se hace entre dos.

17.54% lo conoce como hacer el amor

* Se les explicó el significado de coito y se les preguntó como lo conocían o llamaban.

10.33% como relación

7.01% como agarrar

6.14% como juntarse

6.14% como cochar

3.50% como sexo

3.50% como haberlo y

2.63% como demostrar lo que se quieren

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

2.63% negaron a dar algún término con el coito

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Hacerlo	1	.87
Hacer cositas	1	.87
Mostrar lo que se quiere	1	.87
No respondieron	34	29.82

Quadro No. 38

Las pacientes dieron otros términos con los cuales designan al coito:

- El 17.54% lo conoce como hacer el amor;
- el 10.59% como tener relaciones ;
- el 7.01% como cogerse ;
- el 6.14% como relación ;
- el 3.5% como agarrar ;
- el 3.5% como ocuparse ;
- el 3.63% como relación sexual
- el 2.63% como juntarse
- el 2.63% como contacto sexual
- el 2.63% como usar
- el 2.63% como acostarse
- el 2.63% como joder
- el .87% como hacer cositas
- el .87% como cochar
- el .87% como intimidad
- el .87% como sexo
- el .87% como acto sexual
- el .87% como hacerlo y
- el .87% como demostrar lo que se quieren

El 29.82% negaron a dar algún término con el cual designaron al coito.

16.4 CONOCIMIENTO DEL TERMINO PENE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	34	33.10
NO	66	23.64

Quadro No. 39

De las pacientes entrevistadas un 66% negó conocer el término pene.
El 34% afirmó conocerlo.

RESPUESTA FRECUENCIA FRE. REL.

* De las pacientes que respondieron afirmativamente se les hizo la siguiente pregunta.

Cosa 3 2.02

DEFINICION DE PENE.

3 2.02

RESPUESTA	FRECUENCIA	FRE. REL.
Pollo	2	1.35
Parte del hombre	14	41.17
Lo de los hombres	11	32.35
Parte de ellos por delante	5	14.70d
Miembro del hombre	1	2.94
Organo sexual del hombre	1	2.94
Aparato del hombre	1	2.94
Parte de adelante	1	2.94

Cuadro No. 40 1 .67

Pistano 1 .67

El pene fue definido como parte del hombre por el 41.17% ; como lo de los hombres, por el 32.35% ; como parte donde ellos orinan por el 14.70% ; como miembro del hombre por el 2.94% ; como órgano sexual del hombre , por el 2.94% ; como aparato del hombre ; por el 2.94% y como parte de adelante, por el 2.94%.

Gusano 1 .67

Espeine 1 .67

* Se les explicó a los pacientes el término pene y se les preguntó.

Torombolo 1 .67

CON QUE OTROS NOMBRES LO CONOCEN ?

Parte 1 .67

RESPUESTA	FRECUENCIA	FRE. REL.
Pájaro	49	33.10
Pito	35	23.64
Vergas	7	4.72
Cola	4	2.70
Pirinola	3	2.02
Palo	3	2.02

RESPUESTA

FRECUENCIA

FRE. REL.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FRE. REL.
Cosa	3	2.02
Perico	3	2.02
Conga	2	1.35
Pollo	2	1.35
Membrana	1	2.02
Pirrin	1	.67
Cucas	1	.67
Pinga	1	.67
Coronga	1	.67
Chonda	1	.67
Tilico	1	.67
Plátano	1	.67
Pilinga	1	.67
Reata	1	.67
Gusano	1	.67
Empeine	1	.67
Pio	1	.67
Torombolo	1	.67
Parte	1	.67
Tiliche	1	.67
Miembro	1	.67
Guilota	1	.67
Congocha	1	.67
No respondieron	18	12.16

Cuadro No.41 conocer lo que son testiculos.
El 20% de las pacientes afirmó saberlo.

Los términos utilizados para denominar el pene fueron más abundantes:

	FRECUENCIA	FREC. REL.
El 33.10% conocen también como pájaro ;		
el 23.64% como pito ;		
el 4.72% como verga ;		
el 2.70% como cola ;		
el 2.02% como cosa ;		
el 2.02% como palo ;	9	31.04
el 2.02% como perico ;		
el 2.02% como pirinola ;	6	20.68
el 1.35% como tonga ;		
el 1.45% como pollo ; del pene	5	17.24
el .67% como membrana ;		
el .67% como chonda ;		
el .67% como pinga ;	2	6.89
el .67% como pilinga ;		
el .67% como pirrinola ;	2	6.89
el .67% como cucas ;		
el .67% como tilico ;	2	6.89
el .67% como plátano ;		
el .67% como coronga ;	1	3.44
el .67% como reata ;		
el .67% como gusano ;	1	3.44
el .67% como tiliche ;		
el .67% como empeine ;	1	3.44
el .67% como miembro ;		
el .67% como pio ;		
el .67% como guilota ;		
el .67% como torombolo ;		
el .67% como congocha y		
el .67% como parte.		

El 31.04% ; como huevos, por el 20.68% ; como parte de atrás del pene, por el 17.24% ; como otras partes del pene, por el 6.89% ; como órgano del hombre donde está el pene, por el 3.44% ; y el 3.44% no supo decir que eran los testículos.

16.5 CONOCIMIENTO DEL TERMINO TESTICULOS.

RESUESTA	FRECUENCIA
SI	29
NO	71

Quadro No. 42	FRECUENCIA	FREC. REL.
El 71% negó conocer lo que son testiculos.	71	71.00
El 29% de las pacientes afirmó saberlo.	29	29.00

* A las pacientes que afirmaron conocerlos se les preguntó.

DEFINICION DE TESTICULOS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
Bolsas	1	3.44
Partes de abajo de los hombres	9	31.04
Los huevos	6	20.68
Parte de atrás del pene	5	17.24
Organó del hombre donde esta el esperma	2	6.89
Lo que les cuelga	2	6.89
Otras partes del hombre	2	6.89
Cosas que ellos tienen	1	3.44
Las bolsas que tiene el hombre	1	3.44
No sabe decir	1	3.44

Cuadro No. 43

Los testiculos fueron definidos como: partes de abajo de los hombres, por el 31.03% ; como huevos, por el 20.68% ; como parte de atrás del pene, por el 17.24% ; como otras partes del hombre, por el 6.89% ; como órgano del hombre donde está el esperma, por el 6.89% como lo que les cuelga por el 6.89% ; como cosas que ellos tienen , por el 3.44% ; como las bolsas que tiene el hombre, por el 3.44% ; y el 3.44% no supo decir que eran los testiculos.

* A todas las pacientes se les explicó lo que son testiculos y después se les preguntó:

CON QUE OTROS NOMBRES LOS CONOCIAN ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
Huevos	79	69.11
Bolsas	13	11.50

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Bajos	1	.88
Parte débil	1	.88
Bolas	1	.88
Tomates	1	.88
Aguacates	1	.88
Blanquillos	1	.88
Congas	1	.88
No respondieron	14	12.38

Cuadro No.44

Los testículos fueron conocidos entre las pacientes entrevistadas como:

- huevos, por el 69,91% ;
- bolsas, por el 11.50% ;
- bajos, por el .88% ;
- parte débil, por el .88% ;
- bolas, por el .88% ;
- tomates, por el .88% ;
- aguacates, por el .88% ;
- blanquillos, por el .88% ;
- congas, por el .88%.

El 12,38% no respondieron ningún término sinónimo para ellas.

16.6 CONOCIMIENTO DEL TERMINO ORGASMO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	5	
NO	95	5.60

Cuadro NO. 45

El 95% de las pacientes negaron conocer el término

orgasmo.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Solamente un 5% reportó saberlo.		
Caliente	2	2.80

* A las pacientes que respondieron afirmativamente se les hizo la pregunta de:

Subirse	2	1.86
Terminar	2	1.86
Satisfacción	2	1.86

DEFINICION DE ORGASMO.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Placer	1	33
Cuando está en éxtasis	1	20
Desocupar	1	33
La flor de la sexualidad	1	20
Venirse	1	33
Momento de máxima satisfacción.	1	20
Lo que se produce cuando la relación sexual.	1	20
Cuadro No. 47	1	20
Cuando él se vacía	1	20

Cuadro No. 45
 4.67% como excitación ; el 4.67% como vaciar ; el 3.73% como sentir bonito ; el 2.8% como caliente ; el 2.8% como naturalizarse ; el 1.86% como subirse ; el 1.86% como terminar ; el 1.86% como satisfacción ; el 33% como placer ; y el 33% como venirse.

Un 20% de las paciente definió el orgasmo como cuando está en éxtasis ; 20% como la flor de la sexualidad ; el 20% como el momento de máxima satisfacción ; 20% como lo que se produce cuando las relaciones sexuales u y el otro 20% como el vaciarse.

* A todas las pacientes se les explicó el término y enseguida se les preguntó:

17 - HA EXPERIMENTADO ORGASMOS LA PACIENTE ?

CON QUE OTRO NOMBRE LO CONOCE ?

RESPUESTA SI	FRECUENCIA	FREC. REL.
NO	23	
Excitación	6	5.60
Cuadro No. 48		
Vaciar	5	4.67
El Sentir bonito	4	3.73

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Caliente	3	2.80
Naturaleza	3	2.80
Subirse	2	1.86
Terminar	2	1.86
Satisfacción	2	1.86
Emoción	1	.93
Placer	1	.93
Desocupar	1	.93
Venirse	1	.93
Agitar	1	.93
No respondieron	75	70.09

Cuadro No. 47

Siempre ; en todas las relaciones los experimenta:

El 5.60% conocían el orgasmo como excitación ; el 4.67% como vaciar ; el 3.73% como sentir bonito ; el 2.8% como caliente ; el 2.8% como naturaleza ; el 1.86% como subirse ; el 1.86% como terminar ; el 1.86% como satisfacción ; el .93% como placer ; y el .93% como agitar.

Nunca ; al una vez los ha experimentado:

El 70.09% se negó a dar algún término con el cual designara al orgasmo.

El 61% muy rara vez ha experimentado orgasmos ; el 29% nunca lo ha sentido ; el 27% a veces ; el 8% siempre y el 5% casi siempre.

17.- HA EXPERIMENTADO ORGASMOS LA PACIENTE ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	71	
NO relaciones	29	21.12
No sabe	11	15.49

Cuadro No. 48

Ella está de buen humor

El 71% de las pacientes afirmó haber experimentado orgasmos y el 29% lo negó.

RESPUESTA

FRECUENCIA FRE. REL.

FRECUENCIA CON QUE LOS EXPERIMENTARON.

y cariñosos 8 11.26

El está RESPUESTA y contento FRECUENCIA FRE. REL.

Cuando el la toca espaldas Muy raro 31 31

Duran Nuncaarlo 29 29

Al car A veces e tiene a el 27 27

Tienen Siempre sexual y 8 8

caricias antes del acto 4 4.22

Casi siempre 5 5

Porque se calienta el cuerpo 2 2.81

Embaraz Cuadro No.49 20 2.81

La frecuencia con que las paciente experimentan orgasmo fue distribuida así:

-Siempre : en todas las relaciones los experimenta.

-Casi siempre: de 10 relaciones, las experimenta de 6 a 9 veces.

-A veces: de 10 relaciones, experimenta en 3 o 5 ocasiones.

-nunca: ni una vez los ha experimentado

El 31% muy rara vez ha experimentado orgasmos ; el 29 % nunca lo ha sentido ; el 27% a veces ; el 8% siempre y el 5% casi siempre.

CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE LOS HA EXPERIMENTADO :

RESPUESTA FRECUENCIA FRE.REL.

Desea tener relaciones 15 21.12

No se ha dado cuenta, no sabe 11 15.49

Ella está de buen humor o contenta 8 11.26

RESPUESTA	FRECUENCIA	FRE. REL.
Los dos están contentos y cariñosos	8	11.26
El está cariñoso y contento	6	8.45
Cuando él la toca espaciadamente	5	7.04
Duran sin hacerlo	5	7.04
Al cariño que le tiene a él	3	4.22
Tienen jugueteo sexual y caricias antes del acto	3	4.22
Porque se calienta el cuerpo	2	2.81
Embarazada de hombres	2	2.81
Cuando él tiene ganas y lo hace a fuerzas ella	1	1.4
Cuando terminan juntos	1	1.4
Cuando acaba de reglar	1	1.40

Cuadro No. 50

Las circunstancias en las que las pacientes de la muestra, han experimentado orgasmo fue reportada de la siguiente manera:

El 21.12% es debido a que desea tener relaciones sexuales ;
 el 11.26% porque ella está contenta y de buen humor ;
 el 11.26% porque los dos están cariñosos y contentos ;
 el 8.45% porque él está cariñoso y contento ;
 el 7.04% porque él la toca espaciadamente ;
 el 7.04% cuando duran tiempo sin tener relaciones ;
 el 4.22% se debe al cariño que le tiene a él ;
 el 4.22% tienen jugueteo sexual y caricias ;
 el 2.81% en el embarazo de hombres ;
 el 1.4% cuando él tiene ganas y lo hace ella a la fuerza ;
 el 1.4% cuando terminan juntos ;
 el 1.4% cuando termina de reglar y
 el 15.49% desconoce las causas (" No saben").

18.- EXPERIENCIA SEXUAL DESAGRADABLE O TRAUMÁTICA.

RESUESTA

FRECUENCIA

SI 11
NO 89

Cuadro No. 51

El 11% de las pacientes han tenido alguna experiencia sexual desagradable.

El 80% ha ha tenido experiencias sexuales desagradables.

- CUALES ?

RESPUESTA

FRECUENCIA

FREC. REL.

Su esposo se la llevó a la fuerza y sufrió 4 36.3
Intento de violación 2 18.1
Susto con un exhibicionista 2 18.1
La golpearon y la violaron 2 18.1
Violencia del esposo durante las relaciones 1 9

Cuadro NO. 52

Susto y tristeza, no supo lo que pasaba. De la mujeres encuestadas que reportaron haber tenido algún tipo de experiencia sexual desagradable, manifestaron haber sido : intentos de violación el 18.1% ; susto con algún exhibicionista, el 18.1% ; su esposo se la llevó a la fuerza y sufrió mucho ; el 36.3% la golpearon y violaron, el 18.1% ; su esposo fue violento durante las relaciones, el 9%.

19.- RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PERSONA. 7.1

RESUESTA

FRECUENCIA

SI 14
NO 86

Cuadro No. 53

El 14% de las mujeres encuestadas reportaron haber tenido relaciones sexuales como más de un persona y el 86% lo negaron.

20.- ESCUCHAR O PRESENCIAR LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS PADRES DE LAS PACIENTES.

RESUESTA	FRECUENCIA
SI	14
NO	86

Cuadro No. 54

El 14% de mujeres encuestadas reportaron haber visto y escuchado a sus padres tener relaciones sexuales. El 86% manifestaron no haber escuchado o visto algo.

QUE PENSO ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Nada, estaba chica	4	28.5
Susto y tristeza, no supo lo que pasaba	3	21.4
Le dio pena y verguenza	3	21.4
Mal, se imaginó lo que hacian	1	7.1
Le dio igual, se imaginó lo que hacian	1	7.1
Mal, muy mal	1	7.1
Se imaginó la que hacian, deseó hacerlo	1	7.1

Cuadro NO. 55

El 28.5% de las pacientes afirmaron estar chicas y no sentir o pensar algo cuando escucharon y vieron la relación sexual ; el

21.4% experimentó susto y tristeza ; sin saber lo que sucedía, el 21.4% ; le dió pena y vergüenza ; el 7.1% se sintió mal , se imaginaron lo que hacían ; el 7.1% se imaginó también, pero le dió igual ; el 7.1% mal, muy mal ; y otro 7.1% se imaginó lo que hacían y deseó hacerlo.

21.- EDAD INICIO DE LAS RELACIONES DE LA PACIENTE.

EDAD	FRECUENCIA
21-24	21
15-16	20
17-18	20
19-20	19
13-14	16
25-29	2
30	2

Cuadro NÚ. 56

EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL

$X = 18.2$

Mo = 14 Y 19 con frec. de 13

Mediana = 22

La media de la edad en la que las mujeres de la muestra de la investigación iniciaron sus relaciones sexuales fué de 18 años de edad.

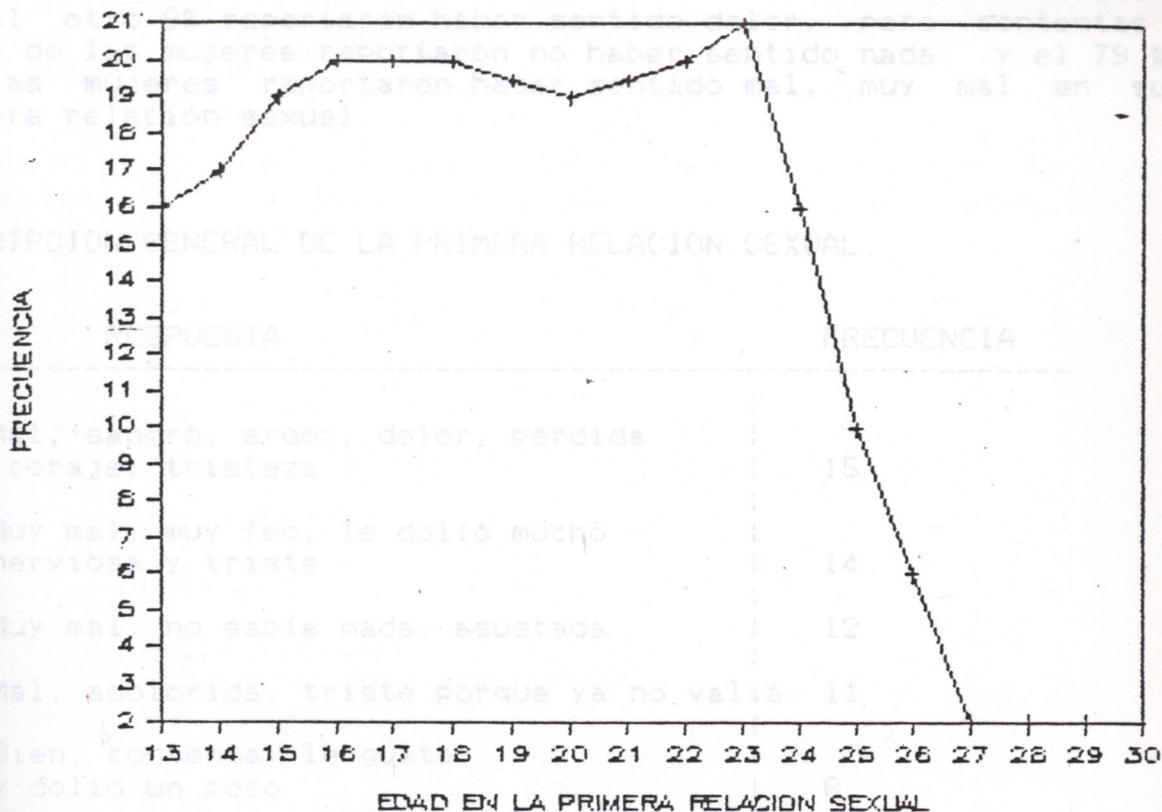
La moda fué de 14 y 19 años con una frecuencia de 13 cada una. La mediana fué de 22 años de edad.

RESPUESTA	FRECUENCIA
Se sintieron bien y contentos	8
Mucho dolor pero contentos	8
Nada	5
Mal, muy mal	79

Cuadro No. 58



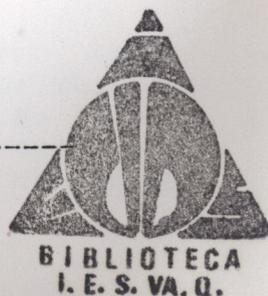
CUADRO No. 57



EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL.

22.- COMO SE SINTIO EN SU PRIMERA RELACION SEXUAL ?

RESPUESTA	FRECUENCIA
Nada	5
Normal, feo, le dolió	3
Se sintieron bien y contentos	8
Mucho dolor pero contentos	8
Nada	5
Mal, muy mal	79
Cuadro No. 58	2



RESPUESTA

FRECUENCIA

En el cuadro 59 se resumen todas las formas del cuadro 58 en 4 tipos de sentimiento en las mujeres. De las 100 mujeres, solo el 8% reportaron haberse sentido bien en su primera relación sexual otro 8% reportaron haber sentido dolor, pero contentas. El 5% de las mujeres reportaron no haber sentido nada. y el 79% de las mujeres reportaron haber sentido mal, muy mal en su primera relación sexual.

En el cuadro 58 se muestra una descripción de los sentimientos y pensamientos que las mujeres reportaron haber
 DESCRIPCION GENERAL DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL.

DE LAS QUE REPORTARON MAL

RESPUESTA

FRECUENCIA

RESPUESTA	FRECUENCIA
Mal, sangró, ardor, dolor, pérdida ,coraje, tristeza	15
Muy mal, muy feo, le dolió mucho nerviosa y triste	14
Muy mal, no sabia nada, asustada	12
Mal, adolorida, triste porque ya no valía	11
Bien, contenta, le gustó y dolió un poco	8
Mal, mucho dolor, sangró mucho pero contenta.	8
Regular, tristeza por el dolor	5
Miedo pena de que la agarraran	5
Odio, coraje, no sabia nada , ya se moria y sangró mucho	5
Nada	5
Normal, feo, sangróy le dolió	3
Golpeada, dolor en cadera, pies sueltos, no sabia nada.	3
En las caricias bonito, bien al principio, pero la introducción dolorosa y tristeza porque no valia ya nada.	2
En el momento contenta, dolor, culpable por hacer lo indebido.	2

RESPUESTA

FRECUENCIA

Mal, feo, sangro, asustada, pensó
que le iban a pegar sus padres

FRECUENCIA

Cuadro NO. 59

Siempre

11

En el cuadro 58 se muestra una descripción de los sentimientos y pensamientos que las mujeres reportaron haber tenido en su primera relación sexual.

61

Nunca

11

DE LAS QUE SE SIENTIERON MAL.

Cuadro No. 62

RESPUESTA

FRECUENCIA

No sabían nada

20

Culpables, ya no valían

19

Fueron violadas

6

Cuadro No. 60

23.- FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES.

CAUSA O MOTIVO

FRECUENCIA

FRE. REL.

NUMERO DE RELACIONES SEXUALES

FRECUENCIA

1 a 2 por semana

24

24.9

3 a 4 por semana

22

36

5 a 7 por semana

17

31

1 a 2 por mes

9

19.1

Tarda en hacerlo

3

14

1 cada 2 meses

7

10.1

3 a 4 meses por años

7

10

Siente que lo quiere más

7

7.8

1 cada 2 meses

4

7

3 a 4 meses por años

4

2.4

Cuadro No. 61

3

3.3

De las 100 mujeres encuestadas el 36% reportaron tener relaciones sexuales de 1 a 2 por semana. el 31% de las mujeres reportaron tenerlas de 3 a 4 por semana. un 10% de 5 a 7 por semana. el 14% de 1 a 2 por mes. El 7% una vez c/2 meses. y el 2% de las mujeres reportaron tener las relaciones solo durante un periodo de uno a tres meses por año.

24.- GOZO Y SATISFACCION EN LAS RELACIONES SEXUALES.

El Cuadro No. 62 se describe los diferentes motivos que refirieron las 79 mujeres que mencionaron gozar de sus relaciones sexuales.

RESPUESTA	FRECUENCIA
Siempre	11
La mayoría de las veces	17
A veces	61
Nunca	11

Cuadro No. 62

El 11% de las mujeres de la muestra reportaron gozar siempre de sus relaciones sexuales. El 17% mencionaron que gozan la mayoría de las veces. El 61% reportaron que a veces gozan de sus relaciones. Y el 11% reportaron que nunca sienten gozo ni satisfacción en sus relaciones sexuales.

El 2.2% porque experimenta orgasmos y solo el 1.1% refirió gozar por la comunicación sexual que tiene con su pareja.

25.- A QUE CREE QUE SE DEBA CUANDO GOZA DE SUS RELACIONES ?

26.- QUE LE INTERESA MAS LAS RELACIONES SEXUALES ?

CAUSA O MOTIVO	FRECUENCIA	FRE. REL.
Están contentos y y la trata bien	24	26.9
Ella tiene ganas	22	24.7
No sabe	17	19.1
Tarda en hacerlo	9	10.1
Siente que lo quiere más	7	7.8
El cuerpo tiene ganas	4	4.4
Queda satisfecha	3	3.3
Experimenta orgasmos	2	2.2
Tiene comunicación sexual y orgasmos	1	1.1

Cuadro No. 63

El cuadro 63 se describe los diferentes motivos que refirieron las 79 mujeres que mencionaron gozar de sus relaciones sexuales.

El 26.9% de las mujeres refieren gozar de sus relaciones sexuales cuando están contentas y él las trata bien.

El 24.7% de las mujeres mencionan que gozan porque ellas tiene ganas de la relación.

El 19.1% dijeron no saber la causa del goce sexual.

El 10.1% porque tardan en hacerlo.

El 7.8% siente que lo quiere

El 4.4% porque el cuerpo tiene ganas

El 3.3% refiere gozar porque queda satisfecha

El 2.2% porque experimenta orgasmos y solo el 1.1% refirió gozar por la comunicación sexual que tiene con su pareja.

26.- QUIEN DISFRUTA MAS LAS RELACIONES SEXUALES ?

RESPUESTA	FRECUENCIA
Los dos	54
Su pareja	44
Ella	2

Cuadro No.64

El 13% de las mujeres refirieron sentir bonito en sus relaciones sexuales. De las 100 mujeres entrevistadas el 44% refirieron que es su pareja quien goza o disfruta más de las relaciones sexuales.

El 54% mencionaron que los dos gozan igual de las relaciones sexuales.

Y el 2% refirió ser ellas la que gozan más de la relaciones sexuales.

29.- COMUNICACION CON LA PAREJA DE LA PACIENTE SOBRE SUS RELACIONES INTIMAS

27.- LE PRODUCEN DOLOR O MOLESTIA SUS RELACIONES INTIMAS ?

RESUESTA	FRECUENCIA
SI	46
SI alguna vez	31
NO	69

Cuadro No. 65

El 46% de las mujeres del estudio refirieron no haber presentado dolor o molestia en sus relaciones sexuales. El 31% de las mujeres refirieron que las relaciones sexuales le han producido dolor o molestia.

El 46% refirieron que han platicado con su pareja de sus relaciones. El 69% no han presentado dolor ni molestia en sus relaciones sexuales.

El 31% refirieron que solo alguna vez han platicado con sus parejas sobre sus relaciones sexuales.

30.- EMBARAZOS

28.- SIENDE BONITO EN SUS RELACIONES SEXUALES ?

RESUESTA	FRECUENCIA
SI	13
NO	40
A VECES	47

Cuadro No. 66

El número de embarazos promedio que presentaron las mujeres de la investigación fue de 4.1 embarazos con una moda de uno con frecuencia. El 13% de las mujeres refirieron sentir bonito en sus relaciones sexuales.

El 40% refirió no sentir bonito en las relaciones sexuales.

Y el 47% mencionó sentir bonito solo a veces en sus relaciones sexuales.

29.- COMUNICACION CON LA PAREJA DE LA PACIENTE SOBRE SUS RELACIONES INTIMAS.

RESUESTA	FRECUENCIA
NO	48
SI	46
Alguna vez	6

Cuadro No. 67

El 46% de la mujeres del estudio refirieron no haber platicado con su pareja acerca de sus relaciones sexuales.

El 48% refirieron que han platicado con su pareja de sus relaciones sexuales.

El 6% refirieron que solo alguna vez han platicado con sus parejas sobre sus relaciones sexuales.

30.- EMBARAZOS.

NUMERO	FRECUENCIA
0-2	47
3-5	25
6-10	19
10 --	9

Cuadro No. 68

En partos la media fue de 3.2% y la moda fue de uno con un frecuencia de 30.

CEASAREAS

$\bar{x}=4.1$
Mo=1 con frec 30

El número de embarazos promedio que presentaron las mujeres de la investigación fue de 4.1 embarazos con una moda de uno con frecuencia de 30 personas que tienen un solo embarazo.

-ABORTOS.

NUMERO	FRECUENCIA
0	57
1	29

En cesareas la media fue de .29% y la moda de cero en 70 pacientes.

NUMERO	FRECUENCIA
2	8
4	5
3	1

Cuadro No. 69

$$\bar{x} = .75$$

Mo = 0 con frecuencia de 57

OCASIONES

FRECUENCIA

- PARTOS.

NUMERO	FRECUENCIA
0-2	55
3-5	25
6-10	13
10	7

Cuadro No. 70

$$\bar{x} = 3.2$$

Mo = 1 con frec. de 30

de 30.

En partos la media fue de 3.2% y la moda fue de uno con una frecuencia de 30.

OCASIONES

FRECUENCIA

- CESAREAS.

NUMERO	FRECUENCIA
0	78
1	17
2	3
3	2
4	0

$$\bar{x} = .29$$

Mo = 0 con frec de 78

Cuadro No. 71

En cesáreas la media fue de .29% y la moda de cero en 78 pacientes.

- DOMICILIO PARTICULAR

El 78% de las pacientes no ha tenido cesáreas, el 17% una cesárea; e; 3%, 2 cesáreas y el 2%, 3 cesáreas.

OCCASIONES FRECUENCIA

31.- HOSPITAL PUBLICO.

OCCASIONES	FRECUENCIA
0-2	68
3-5	27
6-10	5

Cuadro No. 72

La media de las mujeres que se han aliviado en domicilio particular fué de 1.85% $\bar{x}=22$

Mo = 1 con frec de 38

Y la moda fué de cero con una frecuencia de 67%

De las 100 mujeres encuestadas la media de las que se han aliviado alguna vez en hospital público fué de 2.2%.

- TIENE RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO?

La moda fué de uno en el 38% de las mujeres.

RESPUESTA FRECUENCIA

-CLINICA PRIVADA.

OCCASIONES	FRECUENCIA
0	81
1	13
2-3	5
4-6	1

Cuadro No. 73

$\bar{x} = .99$

Mo. 0 con frec de 81

La media de las mujeres que se han aliviado en clinica privada fué de .99%

Y la moda fué de 0 con una frecuencia de 81%

Cuadro No. 76

DOMICILIO PARTICULAR.

El 13% Ocasiones que no tienen relaciones sexuales.

Ocasiones	Frecuencia
0	67
1	9
2-3	6
4-5	6
6	12

Cuadro NO. 74

La media de las mujeres que se han aliviado en domicilio particular fué de 1.85%.

Y la moda fué de cero con una frecuencia de 67%.

2.- TIENE RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO ?

El RESPUESTA Frecuencia

SI	87
NO	13

Cuadro No. 75

MOTIVO POR EL QUE NO TIENEN RELACIONES SEXUALES Frecuencia Frec. Rel.

No se debe hacer, puede perder el producto	4	30.7	11.1
NO está su esposo	3	23	8.0
No puede, le duele y lastima	2	23	8.0
Lo prohibió el doctor	2	15.3	5.6
El no la toca	1	7.6	2.2

Cuadro No. 76

El 87% de la mujeres refirieron que si tienen relaciones sexuales durante el embarazo.

El 13% refirieron que no tienen relaciones sexuales.

En el cuadro 76 % se muestran los motivos por los que las mujeres no tienen relaciones sexuales.

A veces si goza

3.- SON SATISFACTORIAS LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO ?

El 61.7% de las mujeres (42) mencionaron no gozar de sus relaciones sexuales durante el embarazo, describieron en el siguiente cuadro algunas de las causas por las que creen no gozan

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
SI	42	48.3
NO	45	51.7

Cuadro No. 77

De las 87% mujeres que tienen relaciones sexuales durante el embarazo, el 48.3% refirieron que si gozan de sus relaciones sexuales.

El 51.7% refirieron que no gozan de sus relaciones sexuales durante el embarazo.

CAUSAS POR LAS QUE NO GOZAN.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
Es muy molesto, no se adapta y lastima	20	44.4
Le duele y dan calambres	5	11.1
No le gusta	5	11.1
No goza, el estómago le estorba	4	8.8
Siente feo	4	8.8
Nunca siente bonito	3	6.6
Piensa que no es necesario tener relaciones sexuales	1	2.2

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Siente que aborta	1	2.2
No sabe	1	2.2
A veces si goza	1	2.2

Cuadro No. 78

El 51.7% de las mujeres (45) mencionaron no gozar de sus relaciones sexuales durante el embarazo, describieron en el siguiente cuadro, algunas de las causas por las que creen no gozan su relación.

34.- HASTA QUE TIEMPO DEL EMBARAZO TIENEN RELACIONES ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
1er - 2 mes	1	1.1
1er - 5 mes	16	18.4
1er - 9 mes	70	80.4

Cuadro No. 79

De las mujeres que tienen relaciones sexuales durante el embarazo, el 1.1% tienen relaciones sólo durante los 2 primeros meses del embarazo. El 18.4% de las mujeres que tienen relaciones del 1o al 5o mes y el 80.4% las tienen durante todo el embarazo.

35.- TIPO DE CONTACTO SEXUAL.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Por vergüenza	100	7.6
Siente mal in	18	5.0
Le tiene cora	9	1.9

Cuadro No. 80

El 9 % de las mujeres refirieron haber tenido contacto sexual de tipo rectal.

El 18% de las mujeres estudiadas refirieron haber tenido contacto sexual de tipo oral.

6.- UTILIZA DISTINTAS POSICIONES EN SUS RELACIONES SEXUALES ?

RESPUESTA	FRECUENCIA
SI	49
NO	51

Cuadro No. 81

De las mujeres encuestadas el 51% refirieron que no utilizan distintas posiciones durante sus relaciones sexuales.

El 49% refirieron que si utilizan distintas posiciones durante sus relaciones sexuales.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	49	67.6
NO	51	30.7

CAUSA O MOTIVO POR EL CUAL NO CAMBIA DE POSICION ?

Cuadro No. 84

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
No sabia que se podia	21	41.1
No sabe, cree que a él no le gusta	12	23.5
No se le antoja	10	19.6
Por verguenza	4	7.8
Siente mal intentarlo	3	5.8
Le tiene coraje	1	1.9

Cuadro No .82

El 41.1% no sabía que se podían variar las posturas en las relaciones sexuales; el 23.5% tampoco sabía, pero creía que al esposo no le gustaría; al 19.6% no se le antoja; el 7.0% le da vergüenza; el 5.8% se siente mal al intentarlo; y el 1.9% lo tiene coraje al marido y no lo hace.

37.- ES USTED LA QUE DESEA TENER RELACIONES SEXUALES ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	65	100.0

En el cuadro anterior se describen los motivos que mencionan las mujeres cuando ellas desean tener relaciones sexuales.

9. MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN.

38.- SE LO DICE A SU ESPOSO O LAS INICIA ? (Se las preguntó a las 65 que respondieron afirmativamente la pregunta anterior.)

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	44	67.6
NO	20	30.7

Cuadro No. 84

De las 65 mujeres que refirieron desean tener relaciones sexuales. El 67.6% se lo dicen a su esposo o las inician. El 30.7% de las mujeres no se lo dicen a sus esposos ni las inician.

-DE LAS 20 QUE NO SE LO DICEN ES POR QUE ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
No sabe	1	5
No le gusta hablar de eso	1	5

En RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
No debe ser así	1	5
Ella no decide	1	5
No es importante	1	5
El la nota	1	5
El no está	1	5
Le da pena	13	65

Cuadro No. 85

En el cuadro anterior se describen las causas o motivos que mencionan las mujeres por los que no le dicen a sus esposos cuando ellas desean tener relaciones sexuales.

Si perjudica el contacto sexual oral y rectal. 3

3.9 MOTIVO DE LA HOSPITALIZACION.

CAUSA	FRECUENCIA
Parto	68
Aborto	10
Cesárea	7
Hernia umbilical	3
Quieste ovárico	3
Embarazo extrauterino y abdominal	2
Anemia y jaqueca	2
Colostomia	1
Vescicula	1
Amibiasis	1

El 80% Hemorragia oral y recta eran no tendi dudas sobre la sexualidad ni sobre el cuestionario aplicado. Operaciones de la tiroides 1

Las Dolor abdominal el 20% restante de las mujeres están descritas

Cuadro No. 86

En el cuadro 86 se mencionan los motivos de hospitalización de las mujeres que fueron encuestadas para el estudio de investigación.

RESPUESTA	FRECUENCIA
40.- DUDAS Y PREGUNTAS SOBRE EL TEMA O CUESTIONARIO.	
Ninguna	80
Salpingo y anticoncepción	4
Si puede tener relaciones sexuales embarazada y cuanto tiempo después del parto.	4
Si perjudica el contacto sexual oral y rectal.	3
Sobre su dispareunia	2
Información sexual para sus hijas.	1
Motivo por el cual su esposo no la toca.	1
Medicamento par el flujo	1
Si daña tener contacto sexual cuando el está ebrio	1
Porque le duele cuando él va a eyacular	1
Si daña sentir bonito, eyacular fuera y hacerlo seguido.	1
Sobre la salida del semen	1
Cuadro No. 87	
El 80% de las mujeres refirieron no tener dudas sobre la sexualidad ni sobre el cuestionario aplicado.	
Las dudas que tuvieron el 20% restante de las mujeres están descritas en el cuadro.	

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
GRADO DE OCUPACION DE LAS PACIENTES.	1	3.2
Le duele el abdomen, (ree tener "lombrices")		3.2
FORMA	FRECUENCIA	
No sabe		3.2
Se sienta Muy participativa	15	3.2
Por intermedio Participativa	71	3.2
No quiere Poco participativa	14	3.2
Tiene frío Cuadro No. 88	1	3.2

El 71% de las mujeres encuestadas se mostraron participativas para contestar el cuestionario.

El 15% se mostraron muy participativas, el 14% se mostraron poco participativas para contestar el presente cuestionario.

2. DESDE CUANDO LE DUELE ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
"DISPAREUNIA"		
Desde el primer contacto sexual	15	31.5
27.1 MOTIVO POR EL QUE LE DUELE SEGUN LA PACIENTE.		
Después de un parto	6	19.3
RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Durante el embarazo		6.4
No sabe	9	29
Después de 6 y 12 meses		6.4
La lastima	3	9.6
Desde el primer parto		3.2
El le da recio (violento)	3	9.6
Desde una operación		3.2
Dura sin hacerlo	2	6.4
Cuadro No.		
Ella no tiene ganas	2	6.4
Por lo gordo	1	3.2
Le lastima y sangra mucho	1	3.2
Por hacerlo seguido	1	3.2
Tiene fría la matriz	1	3.2

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Várices en vagina y piernas	1	3.2
Le duele el ombligo, cree tener "lombrices"	1	3.2
No eyacula pronto él	1	3.2
Se siente muy cerrada	1	3.2
Por inflamación	1	3.2
No quiere y está fría	1	3.2
Tiene hernia	1	3.2
Cree tener un bola adentro	1	3.2

Cuadro No. 89

En este cuadro se describen textualmente los motivos por los cuales las mujeres creen que les producen dolor las relaciones sexuales.

27.2 DESDE CUANDO LE DUELE ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Desde el primer contacto sexual	16	51.5
Después de un parto	6	19.3
Después de un aborto	3	9.6
Durante el embarazo	2	6.4
Hace tiempo (6 y 12 meses)	2	6.4
Desde su nueva pareja	1	3.2
Desde una operación	1	3.2

Cuadro No. 90

El 51.6% de las mujeres mencionaron que tienen dolor o molestia desde la primera relación sexual. El 19.3% mencionaron que le dolor lo tuvieron después de algún parto. El 9.6% después de un aborto.

El 6.4% refirieron sólo que desde hace tiempo aproximadamente de 6 a 12 meses y este mismo porcentaje lo presentaron mujeres con dispareunia durante el embarazo y el 3.2% mujeres que tienen dolor o molestia desde su nueva pareja y después de alguna operación.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
Todas las veces	11	35.4
Está de mal humor y cansada	9	29
Embarazada	3	9.6
A veces	2	6.4
El esto tomado y de mal humor	2	6.4
Cuando lo hace seguido	1	3.2
Cuando tarda en eyacular	1	3.2
La agarra a la fuerza	1	3.2
En su regla y época de frío	1	3.2

Cuadro No. 91

De las mujeres que tuvieron molestia o dolor al tener relaciones sexuales.

El 35.4% refirieron que sienten el dolor todas las veces que tienen relaciones sexuales.

El 29% cuando están de mal humor o cansadas.

El 9.6% sienten molestias cuando están embarazadas.

El 6.4% cuando su pareja está tomado y de mal humor.

Otro 6.4% refirieron que solo a veces lo sienten y el 3.2% cuando lo hacen seguido otro 3.2% cuando tarda en eyacular otro 3.2% cuando el la toma a la fuerza y otro 3.2% cuando esta menstruando y en época de frío.

27.4 COMO ES EL DOLOR ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Ardor	14	45.1
Punzante	7	22.5
Cólico	4	12.9
Muscular	4	12.9
Calambres	1	3.2
Como si lastimara algo	1	3.2

Cuadro No.92

La forma en que las 31 mujeres definieron su dolor fué ; Un 45.1% como ardor. El 22.5% de las mujeres con dispareunia lo definieron como punzante. Un 12.9% lo definieron como muscular y cólico. Un 3.2% solo lo definieron "como calambres" y otro 3.2 % "como si lastimara algo".

27.5 REGION DONDE LOCALIZA LA PACIENTE EL DOLOR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	22	70.9
NO	9	29.1

Cuadro No. 93

El 70.9% de las mujeres con dipareunia reportaron sentirla en región interna.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	22	70.9
NO	9	29.1

Cuadro No. 94

27.6 MOMENTO DE LA RELACION EN QUE LE DUELE.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
Durante la penetración	12	38.7
Durante el acto sexual	12	38.7
Al comenzar la relación	7	22.5

Cuadro No. 94

De las mujeres con dispareunia el 38.7% refirieron sentir la molestia durante la penetración.

Otro 38.7% refirieron sentir la molestia después del acto sexual.

Y un 22.5% refirieron tener la molestia al comenzar la relación sexual.

27.7 ESTUDIOS SOBRE EL DOLOR.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	1	3.3
NO	30	96.7

Cuadro No. 95

27.9 FLUJO O SECRECIÓN VAGINAL.

Al 96.7% (30) de la mujeres que presentaron dispareunia no les han hecho ningún estudio relacionado con su dolor o molestia.

Solo el 3.3% (una mujer) le han hecho estudios sobre su dolor o molestia.

27.8 PROBLEMAS GINECOLOGICOS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC. REL.
SI	14	45.1
NO	17	54.8

Cuadro No. 96

El 54.8% (17) de las mujeres que tuvieron dispareunia refirieron no haber tenido ningún tipo de problema ginecológico.

El 45.1% (14) (mujeres) refirieron que si tuvieron algún problema ginecológico.

En el cuadro 97 se muestran los diferentes tipos de problemas ginecológicos que refirieron las mujeres haber tenido.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
Cesárea	6	42.8
Salpingo	2	14.2
Aborto	1	7.1
Várices	1	7.1
Absceso	1	7.1
Operación Vaginal	1	7.1
Infección	1	7.1
Legrado	1	7.1

Cuadro No.97

27.9 FLUJO O SECRECION VAGINAL.

En el cuadro 100 se mencionan los diferentes tipos de tratamiento que han recibido las mujeres.

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
SI	22	70.9
NO	9	29.1

Cuadro No.98

El 70.9% (22 mujeres) refirieron haber tenido alguna vez flujo vaginal.

El 29.1% (9 mujeres) refirieron no haber tenido flujo vaginal.

29.10 RECIBIO TRATAMIENTO PARA EL FLUJO ?

RESPUESTA	FRECUENCIA	FREC.REL.
SI	9	40.9
NO	13	59.1

Cuadro No.99

De la 22 mujeres que han tenido flujo, el 59.1% (13 mujeres) dijeron no haber recibido tratamiento para el flujo vaginal.

El 40.9% (9 mujeres) mencionaron si haber recibido tratamiento.

-TIPO DE TRATAMIENTO , PARA EL FLUJO DE LA PACIENTE.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	FREC.REL.
Ovulos	6	66.6
Remedio casero	2	22.2
Gestanon	1	11.1

Cuadro No.100

En el cuadro 100 se mencionan las diferentes tipos de tratamiento que han recibido las mujeres que han tenido flujo alguna vez.

CRUZAMIENTO DE TABLAS

Personas que carecieron de figura paterna y su satisfacción en su vida actual.

Paciente No.	1	6	11	21	36	56	76	89	98	99	98	99
Orgasmo y satisfacción.	a veces	no veces	a veces	no veces	no veces							
Satisfacción satisfactoria	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO

Quadro No. 101

Personas con figura paterna y experiencia de orgasmos.

Paciente No.	2	3	4	5	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18
Orgasmo	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
Paciente No.	19	20	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Orgasmo	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Paciente No.	35	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Orgasmo	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Paciente No.	51	52	53	54	55	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
Orgasmo	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Paciente No.	67	68	69	70	71	72	73	74	75	77	78	79	80	81	82
Orgasmo	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Paciente No.	83	84	85	86	87	88	90	91	92	93	94	95	96	97	100
Orgasmo	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI

Quadro No. 102.

3.- Pacientes con carencia de figura paterna, su primer contacto coital y dispareunia.

Paciente No.	1	6	11	21	36	56	76	89	98	99
1er. relación SEX.	Muy mal	Muy mal	Muy mal	bien contenta	Mucho muy mal	Muy mal	Muy mal	Muy mal todo cambio	Muy mal violento	Muy mal la forzaron
dispareunia	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO

Cuadro No. 103.

4.- Ausencia de figuras materna, primera experiencia sexual y dispareunia.

Paciente No.	1	6	76
1 REL. SEX.	Muy mal, no sabia nada	Muy mal, muy asustada	Mal no sabia nada
Dispareunia	NO	SI	SI

Cuadro No. 104.

5.- Inicio temprano de la vida sexual y experiencia en la primera relación sexual de las parientes.

Paciente No.	4	5	6	8	13	24	27	28	30	31	33	40	41	43	48
Edad	15	15	13	16	14	16	16	15	16	16	15	14	16	15	14
Experiencia	Muy mala	Muy mala	Mal feo	Muy mal	Mal	Des-mayo	Bien	Bien mal	Feo	Mal	Muy mal	Bien feo	Feo	Asco	Pena

Paciente No.	49	50	54	56	58	59	62	67	72	73	75	78	81	83	88
Edad	14	15	14	14	16	16	14	16	14	13	14	14	15	13	14
Experiencia	Feo	Mal	Mal	Muy mal	Susto	Mal-vio-	lada	Miedo	Bien feo	feo mal	mal	Bien feo	Miedo	tris-teza	Bien

Paciente No.	89	90	91	96	100										
Edad	15	16	15	16	14										
Experiencia	Mal	Dolor	Mal	Nau- sea	Bien feo										
Quadro No.	105					SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI

6.- Pacientes que recibieron una información real sobre el nacimiento de los niños, sobre las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, y el grado de goce sexual.

Paciente No.	63	67	69	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Información real	Estaban en la madre		Su mamá le platiro		Se lo dijo todo su mamá		SI	Le dijeron algo sobre eso		SI	SI	NO	NO		
Diferencias sex.	Le hablaron		Le dijeron		Le dijeron			Le Hablaron							
Goce sexual.	76	77	Ninguno	79	81	siempre	82	83	SI	84	SIEMPRE	87	88	89	90
Quadro No.	106					SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO

7.- Pacientes que tuvieron juegos sexuales en la niñez y su experiencia en orgasmos en su vida sexual actual.

Paciente No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Juegos sex.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
Orgasmos	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI

Quadro No. 107

Paciente No.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Juegos sex.	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Orgasmos	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO

Paciente No.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Juegos sex.	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI							
Orgasmos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI

Pacientes que fueron violadas y su grado de goce sexual.

Paciente No.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Juegos sex.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Orgasmos	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI

A A Siem A La no A P A A A A
 veces pre veces yoria veces veces veces veces veces

Paciente No.	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Juegos sex.	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Orgasmos	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO

Pacientes que tuvieron relaciones sexuales con más de una persona y su experimentación de orgasmos.

Paciente No.	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Juegos sex.	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Orgasmos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI

SI SI SI NO SI SI

Paciente No.	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Juegos sex.	NO	SI	NO	SI						
Orgasmos	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI

Quadro No. 107

Frecuencia 1 por 1 por 2 por 1 por 1 por 1 por 1 por 1 por 3 a 4 1 por 1 por 4 por 2 por 1 por 1 por
 veces pre veces yoria veces veces veces veces veces veces pre veces veces veces pre pre

Observación del acto sexual paterno, grado de goce sexual en las pacientes y dispareunia.

Paciente No.	22	24	29	39	47	52	58	60	66	72	79	83	88	89
Observación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Goce sex.	Nunca	Siem	Nun-	A	Nun-	A	A	A	Siem-	A	A	A	Siem-	Siem-
	pre	ca	ca	veces	ca	veces	veces	veces	pre	veces	veces	veces	pre	pre
Dispareunia	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO

Quadro No. 108

- Pacientes que fueron violadas y su grado de goce sexual.

Paciente No.	3	20	24	49	61	62	72	83	98	99	100
Violación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Grado de goce sexual	A	A	Siem	A	La ma	A	A	A	A	A	A
	veces	pre	veces								
Orgasmos	SI	SI	NO	SI							

Quadro No. 109.

0.- Pacientes que tuvieron relaciones sexuales con más de una persona y su experimentación de orgasmos.

Paciente No.	9	10	20	41	49	50	60	62	65	71	72	83	97	99
Múltiples pers.	SI													
Orgasmos	SI	SI	SI	NO	SI									

Quadro No. 110.

1.- Pacientes con dispareunia y frecuencia de sus relaciones sexuales.

Paciente No.	4	6	11	16	21	22	23	26	29	30	33	37	38	40	41
Frecuencia de rel. sexual.	1 por semana	1 por semana	2 por semana	1 por semana	1 por mes	1 por mes	1 por semana	diario	3 a 4 semana	1 por mes	1 por mes	4 por semana	2 por semana	1 por mes	1 por semana
Grado de goce sexual	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Paciente No.	47	49	52	56	60	67	69	71	76	83	85	86	94	96	97	98
Frecuencia de rel. sexual.	1 al mes	4 por semana	1 por semana	1 por semana	3 por semana	3 por semana	1 al mes	4 por semana	1 por semana	4 por semana	1 por semana	1 por semana	1 por semana	3 por semana	4 por semana	3 por semana

Quadro No. 111

12.- Pacientes con dispareunia y edad inicio de su vida sexual.

Paciente No.	4	6	11	16	21	22	23	26	29	30	33	37	38	40	41
Edad inicio	15	13	17	21	25	17	19	21	18	16	15	21	17	14	16

Paciente No.	47	49	52	56	60	67	69	71	76	83	85	86	94	96	97	98
Edad inicio	19	14	20	14	18	16	23	20	18	13	14	22	19	16	17	18

Cuadro No . 112

13.- Pacientes que tienen comunicación sobre su sexualidad con su pareja y gozo en las relaciones sexuales.

Paciente	1	2	4	8	11	12	15	18	19	23	27	29	30	31	32
Gozo	A veces	La ma- yoria	La ma- yoria	A veces	A veces	A veces	Siem- pre	La ma- yoria	Siem- pre	La ma- yoria	Siem- pre	La ma- yoria	Nunca	A veces	Nunca

Paciente	34	37	39	40	43	45	49	52	53	56	57	58	60	61	62	65
Gozo	A veces	Siem- pre	A veces	A veces	La ma- yoria	A veces	A veces	A veces	La ma- yoria	A veces	A veces	A veces	A veces	La ma- yoria	A veces	A veces

Paciente	66	67	69	70	71	77	79	80	83	85	86	88	89	90	91	92
Gozo	Siem- pre	A veces	Siem- pre	A veces	Siem- pre	La ma- yoria	A veces	A veces	A veces							

Cuadro NO 113.

DISCUSION

Como referimos en la parte de la metodología: las entrevistadas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. El tipo de población que recurre al Hospital General Dr. Miguel Silva, son personas de escasos recursos económicos de medios rurales y urbanos.

El costo de la hospitalización varía en las personas debido a que hay quienes no tienen absolutamente nada para pagar. Además de que los servicios del Hospital son más baratos en relación a las otras instituciones de salud en la ciudad de Morelia.

Las pacientes refieren que con frecuencia no tienen para comer lo suficiente.

La mayoría de las mujeres que acuden a este Hospital y fueron tomadas al azar para la muestra; son mujeres jóvenes entre los 15 y 25 años de edad. (ver cuadro No. 1) el 57 % es decir más de la mitad de la muestra, abarcan estas edades. Todas con vida sexual activa.

Para iniciar la discusión de este estudio, debemos mencionar que sus 5 áreas (organización familiar, historia sexual, información anatómico-fisiológica, grado de pose sexual y dispareunia), están inter-relacionadas por lo que se repite alguna información.

IV.1 a) Organización familiar.-

En el ambiente familiar de las pacientes que se aplicó esta encuesta, muchas reportaron que sus padres (hombres) eran alcohólicos, trabajadores migratorios o que habían abandonado el hogar y tenían un padastro. Por lo cual se considera que había una desorganización en la estructura familiar.

La influencia paterna tiene un papel importante en la aceptación sexual del niño (26); y en los resultados de este estudio se pudo observar que las mujeres que carecieron de padre (Cuadro No. 5) reportaron con frecuencia no haber tenido un desarrollo y vida sexual satisfactorios (Cuadro No. 10); ocasionándoles esto múltiples conflictos. Ni una sola paciente de estas refiere una plena satisfacción sexual.

De un 50% de las mujeres que sí tuvo figura paterna (cuadro No. 5); sólo un 26.6% reportó no haber experimentado orgasmos; el 73.4% si los tuvo (cuadro No. 10). Probablemente si halla relación entre presencia del padre y su aceptación de su vida sexual satisfactoria.

Del 10% de la población que careció de figura paterna, 9 mujeres refirieron su primer contacto sexual como algo "sumamente

desacreditable". Siendo interesante señalar que 6 de estas mismas pacientes no padecen dispareunia (Cuadro No. 103).

DISCUSION

Como referimos en la parte de la metodología; las entrevistadas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. El tipo de población que recurre al Hospital General Dr. Miguel Silva, son personas de escasos recursos económicos de medios rurales y urbanos.

La ausencia de figura paterna es también importante como reacción. El costo de la hospitalización varía en las personas debido a que hay quienes no tienen absolutamente nada para pagar. Además de que los servicios del Hospital son más baratos en relación a las otras instituciones de salud en la ciudad de Morelia. falta alguno de los dos, el niño tendrá problemas. Se confirma esto en los datos de esta investigación, en donde la ausencia de la figura paterna afecta a las pacientes. Las pacientes refieren que con frecuencia no tienen para comer lo suficiente.

La mayoría de las mujeres que acuden a este Hospital y fueron tomadas al azar para la muestra; son mujeres jóvenes entre los 15 y 25 años de edad. (ver cuadro No.1) el 57 % es decir más de la mitad de la muestra, abarcan estas edades. Todas con vida sexual activa.

Para iniciar la discusión de este estudio, debemos mencionar que sus 5 áreas (organización familiar, historia sexual, información anatómico-fisiológica, grado de goce sexual y dispareunia), están inter-relacionadas por lo que se repite alguna información.

Se refiere el tipo de convivencia particular de cada entrevistada, debido a que no se indagó a fondo su relación con hermanos, pero si podemos afirmar que todas las pacientes provienen IV.1 a) Organización familiar. - más de 5 hermanos (cuadro No.8 y 9) por lo cual se deduce, que tuvieron la

En el ambiente familiar de las pacientes que se aplicó esta encuesta, muchas reportaron que sus padres (hombres) eran alcohólicos, trabajadores migratorios o que habían abandonado el hogar y tenían un padrastro. Por lo cual se considera que había una desorganización en la estructura familiar.

La influencia paterna tiene un papel importante en la aceptación sexual del niño (26); y en los resultados de este estudio se pudo observar que las mujeres que carecieron de padre (Cuadro No. 5) reportaron con frecuencia no haber tenido un desarrollo y vida sexual satisfactorios (Cuadro No.101), ocasionándoles ésto múltiples conflictos. Ni una sola paciente de éstas refiere una plena satisfacción sexual.

De un 90% de las mujeres que si tuvo figura paterna (cuadro No.5), sólo un 26.6% reportó no haber experimentado orgasmos, el 73.4% si los tuvo (cuadro No. 102). Probablemente si halla relación entre presencia del padre y su aceptación de su vida sexual satisfactoria.

Del 10% de la población que careció de figura paterna, 9 mujeres refirieron su primer contacto coital como algo "sumamente

desagradable". Siendo interesante señalar que 6 de estas mismas pacientes manifestaron padecer dispareunia (Cuadro No. 103).

Estos datos apoyan los resultados de Seymour Fisher (28), que considera que la mayoría de las mujeres que logran orgasmos plenos y satisfactorios, fueron educadas por hombres que cumplieron adecuadamente con su papel de padres.

La ausencia de figura materna es también importante como menciona Hamacheli (26), "el niño desde temprana edad se adhiere al papel sexual impuesto por su fisiología, si su padre y su madre son coherentes con su modelo masculino y femenino". Afirma también que la pérdida de un progenitor entorpece el ajuste del niño; si falta alguno de los dos, el niño tendrá problemas. Se confirma esto en los datos de esta investigación, en donde la ausencia de figura materna se notaba en el grado de nula información sexual en la niñez.

Sólo un 3% de las entrevistas refirió no haber tenido figura materna durante la niñez; todas reportaron su primera relación sexual como desagradable, así mismo coincidiendo en que desconocían todo lo relacionado al acto sexual y dos de ellas confesaron padecer de dispareunia. (cuadro No.104).

La influencia de los hermanos es tan decisiva como la de los mismos padres según Madrigal S.(31), ya que la convivencia, las diferencias físicas y psicológicas, el favoritismo y el tipo de inter-relación originan diferentes rasgos en su sexualidad. Al respecto no podemos referir el tipo de convivencia particular de cada entrevistada, debido a que no se indagó a fondo su relación con hermanos, pero sí podemos afirmar que todas las pacientes provienen de familias numerosas (el 80%, más de 5 hermanos) (cuadro No.5 y 6) por lo cual se deduce, que tuvieron la oportunidad de tratar en su niñez a hermanos de ambos sexos, sin embargo, el resultado obtenido en el presente estudio no nos indica que el hecho de haber tenido hermanos les haya servido para lograr una sexualidad más positiva. Ya que en general no hay goce sexual por parte de las pacientes.

Algo que es importante hacer notar es que los programas de planificación familiar en este medio, no han sido del todo aceptados, ya que la mayoría de las entrevistas pertenece a familias numerosas, lo cual nos hace pensar en el hecho de que las mujeres en este medio con frecuencia son utilizadas como máquinas de hacer niños, sin gozar ni conocer lo suficiente a cerca de la sexualidad.

Dentro de la organización familiar cabe mencionar que el 46% de las entrevistas reportó graves desaveniencias conyugales entre sus padres, refiriendo algunas que "gritaban y discutían", llegando a los golpes físicos la mayoría de éstos; esto indica que el ambiente familiar no fué el adecuado en su infancia para el logro de un desarrollo psicosexual sano y maduro, bloqueándose y desviándose su heterosexualidad, como menciona Kolb (34). Sabemos que todo estímulo que el niño percibe en su infancia

llega a ser importante en su vida adulta, por lo que si el niño aprende a pelear como una cosa natural indudablemente se le dificultara tener una vida en pareja sana y madura.

El 14% de las entrevistas reportaron haber presenciado el acto sexual de sus padres refiriendo diferentes sentimientos, desde "nada", hasta "deseos de hacerlo también. Hubo sentimientos de pena, vergüenza, susto y tristeza. (cuadro No. 54 y 55). Beigel (52) considera que la observación del acto sexual paterno produce desajustes en el niño que lo observa, dependiendo mucho de la edad y concepto que tenga el niño sobre la sexualidad. De cualquier manera llega a afectar, en algunas ocasiones con gran trascendencia.

IV.2 b) .- Historia Sexual.

Es tanto lo que se oculta sobre aspectos sexuales a las adolescentes, que llegan a desconocer el proceso normal fisiológico de su cuerpo, como por ejemplo en el caso de la menstruación.

Se observó diferencia variable entre las edades de presentación de la menarca (Cuadro No.3). Una paciente la presentó a los 7 años de edad, refiriendo ésta, que nunca ha gozado de sus relaciones sexuales, (cuadro No.62). Dos pacientes a los 10 años, de las cuales una refiere falta de satisfacción sexual y la otra, esporádicamente las goza. Las mujeres que presentaron su menarca entre los 12 y los 15 años no refirieron nada en especial en cuanto a su goce sexual; y las mujeres que la presentaron entre los 17 y 18 años refieren una completa satisfacción en las relaciones sexuales. Esto se presta a cuestionar si el grado de satisfacción sexual tuviera algo que ver con la edad en que la que se presentó la menarca.

Se confirmó que entre más joven fue el inicio de la vida sexual fué más traumática su primera experiencia. (cuadro No.105). Esto tal vez se deba a que los órganos sexuales no tengan madurez suficiente para el coito, aunado esto a la mala información y nula preparación que se tiene para la iniciación de una relación sexual.

El Dr. Zuckerman (56) recomienda el inicio de las relaciones sexuales después de los 16 años. También menciona la posibilidad de la cancerización cervical en las mujeres que las inician más jóvenes. Según él, el 36% de las mujeres las iniciaron antes de los 16 años y según López S. (54), el 75 % las inician antes de los 21 años de edad.

De 75 mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 20 años, sólo 4 manifestaron haberse sentido bien y 3 no se sintieron ni bien ni mal.

De la muestra total, el 79% se sintió muy mal en su primera relación, 8% bien y contentas y 5% nada. Tal parece que son demasiadas las mujeres que refieren haber experimentando malestar físico o emocional en su primer coito, (Cuadro No. 59).

Así pues podemos ver que la mayoría de las entrevistadas iniciaron su actividad sexual de los 15 a los 20 años (59%), el 16% de los 13 a 14 años de edad, el resto después de los 20 años. (cuadro No 56).

Como dato estadístico para el Hospital encontramos que la mayoría de las entrevistadas habían tenido varios embarazos y abortos. Encontrando también alto el número de mujeres que son atendidas en domicilios particulares, estando expuestas a infecciones póstpartum por falta de higiene, exponiéndose a morir tanto ellas como el producto.

Otro dato estadístico fue el de las relaciones sexuales durante el embarazo. Un 87% manifestó tenerlas, de las cuales el 51.7% manifestó insatisfacción (cuadro No.77)

IV.3 c).- Información Anatómico-Fisiológica.

Es impresionante la poca información que ellas refirieron tener; sólo el 35% sabían donde está y qué es la vagina?, el 34% conocían lo que es el útero, y de las 100 mujeres sólo 5 supieron lo que es el clitoris. (cuadros 25, 26 y 29).

Al indagar si las pacientes conocían términos para designar sus partes genitales, encontramos que no solo desconocían sus nombres, sino que en algunos casos nunca los habían llamado de ninguna manera, y en otros utilizaban términos corrientes. Se considera que se deben utilizar términos aceptables científicamente (40), por desgracia desde que el niño es pequeño empieza a escuchar y aprende términos no adecuados que hacen aparecer el tema como algo sucio, convirtiéndolo en morboso cualquier aspecto sexual normal. Como ejemplo se puede relatar lo siguiente: a cada paciente se le preguntó qué era la menstruación; sólo un 60% lo supieron (cuadro No. 31) el resto lo designó con términos diferentes (la mayoría como regla). (cuadro No. 32).

El término eyaculación fue usado y definido por 5 de las 100 mujeres (cuadro No. 33). Después de una breve explicación, 30 pacientes lo reconocieron como "vaciar" y 8 términos más. Sin embargo después de la explicación el 56% se negó a responder, incluso una mujer refirió desconocer que su esposo eyaculaba (una mujer casada con 5 hijos). (cuadro No. 35).

Referente al coito, sólo 2 de las 100 mujeres conocían el término. Después de haberseles explicado el significado resultó que el 17.5% lo conocían como "hacer el amor", otras usaban 16 diferentes términos (Cuadro No. 38), un 29% se negó responder con que nombre lo designaban.

Al cuestionarles sobre el orgasmo sólo el 5% supieron a lo que se refiere este término; después de explicarlo resultó que un 5.6% lo conocían como excitación, encontrándose con 12 términos diferentes; 75 pacientes se negaron a responder (cuadro No 77). Es notable el número de pacientes que se negaron a dar respuesta, argumentando "no le llamo de ningún modo", "no se de eso", "Me da pena" etc.

Se observó que la causa principal por la que las mujeres no se atrevían a contestar las preguntas, ni a cuestionar sus dudas, es la falta de un lenguaje adecuado que facilite ver la sexualidad como un proceso normal. Esto origina la imposibilidad de llevar una vida en pareja adecuada (40), pues el aprendizaje que se tiene de lo sexual con el uso de términos embarazosos y banales hacen ver el sexo como "algo" malo y pecaminoso.

La información que las encuestadas refirieron tener con anterioridad a su menarca era escasa y errónea, el 62% de ellas no conocían ni sabían lo que era hasta el momento en que se les presentó, refiriendo la mayoría que llegaron a asustarse (Cuadro No.23). Curtis E. Avery menciona al respecto que es vergonzoso para la adolescente y para los padres, ya que ellos mismos desconocen lo que es este proceso fisiológico. Además explicar el concepto de la menstruación implica para los padres hablar sobre la preparación del cuerpo para la futura vida sexual de la mujer.

Ninguno de los padres de las encuestadas enseñó a ver a sus hijas la sexualidad como algo natural, de un forma real y sincera para la adquisición del concepto de sexualidad (31). Por el contrario, les dieron falsas ideas sobre la concepción y nacimiento de los niños, transmitiéndoles mentiras, miedos y confusiones, y al conocer la realidad se llenaron de desilusión, frustración y coraje.

Sólo el 4% de las entrevistadas se les había dado información verdadera sobre el nacimiento de los niños, refiriendo también que durante su infancia les hablaron sobre las diferencias sexuales entre hombre y mujer. Coincidentemente de estas 4 mujeres, 3 relataron gozar en sus relaciones sexuales. (Cuadro 106). Será que estas mujeres llegaron a la iniciación de su vida sexual sin miedos y con una información real de sus sexualidad que le permitió aceptarla adecuadamente?

Giraldó Neira (7), afirma que la educación sexual es una función primordial que debe iniciarse desde la más temprana niñez, para la formación de actitudes y la asimilación progresiva de conocimientos, lo cual requiere de bases sólidas que consolidarán el inicio de una vida sexual positiva.

Cuando la información proviene de amigos, no siempre es verídica y generalmente esta llena de ideas falsas. Lo adecuado e ideal es que la educación sexual desde sus inicios sea impartida por los padres en el seno familiar; en el estudio se

encontró que al 23% quién les brindo esta información fué la madre, no encontrándose intervención del padre en ningún caso. La mayoría de las entrevistadas recibieron la mayor parte de información de fuentes ajenas al grupo familiar. (Cuadro No.24)

Azcarraga (6), hace hincapié en la importancia que reviste la instrucción sexual prematrimonial para la pareja, aunque la labor de información se tendría que dar primeramente a los padres para que éstos pudieran auxiliar y orientar a sus hijos, logrando así que las nuevas generaciones pudieran llegar a tener un desarrollo sexual sano y libre de culpas y tabúes.

Con respecto a la primera relación sexual, hubo mujeres que refirieron que su pareja les produjo desgarrres vaginales, debido probablemente a que el hombre no conoce cómo responde la mujer a la excitación sexual. En el hombre es preponderante su ya sabido machismo y en la mujer, el temor, dudas, desconfianza y tabúes.

Es asombrosa la cantidad de parejas que sufren conflictos debido a que en su primera relación no se confirmaron sus expectativas, como la creencia de que la mujer "debe sangrar abundantemente al romperse el himen", o "debe desmayarse", o bién, que "debe haber gran satisfacción para ambos", estos son argumentos dados por las mismas pacientes.

En nuestra encuesta encontramos que el 79% de las mujeres se sintieron "muy mal" ; 20 de éstas "no sabían lo que iba a suceder esa noche" , 6 refirieron "ser violadas en su noche de bodas por su marido" y 19 se "sintieron culpables y si valía personal." (Cuadro No. 60)

Giraldo Neira (7), afirma que la mujer está siempre más asustada que el hombre en su primera relación. Esto es el resultado de la restringida educación que recibe la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad.

En este estudio se confirmó lo que menciona Hite (10), acerca de que anteriormente nunca se les había preguntado a las mujeres lo que piensan y sienten sobre su sexualidad; es probable que las mujeres de nuestra encuesta hubieran pasado su vida sin conocer por lo menos, aspectos básicos de su sexualidad, en caso de no haber sido encuestadas.

Qué expectativas tienen de lograr una sexualidad aceptada por ellas mismas, cuando se les ocultó y engañó sobre el proceso más natural del mundo; como es el nacimiento de un ser humano?. Sin una educación y orientación sexual conveniente, nunca se logrará una vida sexual satisfactoria.

Al conocer el bajo nivel de información sexual que presentaron las mujeres encuestadas, surgió la inquietud de proponer planes de trabajo a las instituciones indicadas para que se impartan pláticas y cursos sobre el tema; crear dependencias que se encarguen de promover información adecuada sobre sexualidad. Creemos que esto sería de gran utilidad para que las

mujeres lleguen a tener una vida en pareja satisfactoria, y sana física y psicológicamente.

IV.4. d) Grado de Goce Sexual.

Para indagar sobre el grado de satisfacción sexual en las relaciones sexuales, se formularon dos preguntas distintas: la 24 y 28. Le producen gozo y satisfacción las relaciones sexuales?; y 2a.- Siente bonito en sus relaciones sexuales?. Ambas fueron separadamente en el cuestionario para así obtener una fidelidad en su contestación. Aún así obtuvimos respuestas no coincidentes.

En la primera pregunta el 61% manifestaron que "a veces", (cuadro No 62) y en la segunda el 47% contestaron de la misma manera (a veces); el 11% contestó a la primera pregunta "nunca" sin embargo en la segunda pregunta un 40% contestó que no siente bonito en sus relaciones sexuales. (Cuadro No 66). Es obvio pues, que en las dos cuestiones obtuvimos resultados de una alta insatisfacción, aunque no concuerdan con precisión.

A la primera pregunta sólo un 27% reportó estar satisfechas, en cambio a la segunda pregunta, sólo un 13% reportó "sentir bonito". A pesar de los resultados contradictorios es importante reconocer que el grado de insatisfacción sexual de las entrevistadas es alto, son muy pocas las mujeres que se sienten satisfechas. A pesar de que para el fuero común la satisfacción sexual es sólo algo complementario, de acuerdo a lo que hemos referido en la bibliografía a cerca de lo que es sexualidad, sabemos que sexualidad es uno de los pilares básicos para que la vida en pareja tenga un desarrollo sano y satisfactorio.

Giraldo Neira (7) manifiesta que: "la relación sexual nace de la relación afectiva entre dos personas. Se puede decir que es la expresión máxima del amor". Todas las mujeres que manifestaron haber gozado del acto sexual, concidieron en sentir gran cariño por su pareja y fueron pocas las que argumentaron haber gozado sólo por que tenían deseo.

La mayoría de las mujeres que refirieron poca satisfacción sexual aparentemente desconcian tener capacidad y derecho de vivir su vida con placer y satisfacción aceptando en forma pasiva ser sólo un instrumento de gozo para su pareja. (cuadro No 68).

Se puede decir que tal vez la falta de información sexual antes del matrimonio, así como lo mitos y tabues, predisponen a la mujer de una manera negativa ante las relaciones sexuales.

En la niñez, el niño aún no conoce el sentido real de la penetración tal como lo concibe el adulto. Pero el niño necesita conocer su cuerpo y el de los demás niños, explorandolo lo cual para muchos padres es considerado como perversión (38), al grado de que a muchas pacientes se les prohibía jugar con niños. Así

encontramos que el 60% de la muestra no tuvo juegos sexuales; de estas, el 10% fueron anorgásmicas. Del 40% que reportó haber tenido juegos sexuales durante la infancia, el 57.3% fué anorgásmico y el otro 42.5% si experimentó orgasmos (cuadro No. 107).

Es importante hacer notar el grado de anorgasmia encontrado en las mujeres que reportaron haber tenido juegos sexuales y si checamos lo que Hugo G. Beigel (38) señala acerca de que es dañino que al niño no se le permita tener juegos sexuales, parece ser contradictorio a los resultados de este estudio por lo que nos atrevemos a pensar en el sentimiento de culpa que vivieron estas mujeres al haber tenido en su experiencia el recuerdo de algún juego sexual en su niñez. Podemos argumentar también que el grado de información sexual se vió alterado por los mitos y tabúes que le impidieron gozar de sus relaciones sexuales.

Se intentó encontrar alguna posible relación entre el grado de anorgasmia y desconocimiento de la anatomía genital, así como de sus términos. Pero no fue posible, debido a que es deficiente toda la información en general que tienen las pacientes sobre la anatomía y sus términos.

Es importante observar que las personas del estudio, tienen orgasmos, afirman que es debido a que ellas desean tener relaciones; están de buen humor y contentas. Esto corrobora algo muy significativo desde el punto de vista afectivo referido por Fensterheim y Baer (41), acerca de la importancia de que el hombre y la mujer compartan el deseo, ternura, excitación y amor librándose de inhibiciones. Es nuestro medio la mujer se dedica en demasía a la crianza de los hijos, llegando a descuidar este aspecto, que hace que la vida en pareja crezca y se desarrolle en un clima maduro y positivo.

Otro punto en el cual no se encontró relación fue en el grado de goce sexual y en el hecho de haber observado a sus padres tener relaciones sexuales, ya que de las 14 mujeres que manifestaron haberlo observado, (Cuadro No.54) 3 nunca han gozado de su sexualidad, 7 a veces gozan, y 4 siempre logran el goce de sus relaciones. Cabe mencionar que de estas 14, 6 presentaron el problema de dispareunia. (Cuadro No.108).

Referente a las experiencias sexuales desagradables, se encontró que un 11% de las pacientes fueron violadas. (Cuadro No.51). Se afirma que las mujeres violadas quedan dañadas emocionalmente, que no experimentan orgasmos, ni disfrutan de su vida sexual, asociando el sexo con daño y horror.(41)

Los efectos de la violación no se limitan a la inmediata brutalidad del ataque. Además de la tensión y humillación que supone la presencia ante el juez, que muchas víctimas de violación tienen que afrontar, la experiencia de este tipo puede, probablemente desembocar en un periodo de crisis personal que

destruye la confianza sexual de la mujer.

Contradictoriamente en este estudio no se comprueba esto, pues de las 11 mujeres violadas solo una es anorgásmica, las otras reportan que algunas veces disfrutaban y gozaban sus contactos sexuales. (Cuadro No.109)

El 14% de las mujeres reportaron haber tenido relaciones sexuales con más de una persona, (cuadro No.63), de las cuales, solo el 1% es anorgásmica. (Cuadro No.110). Probablemente el hecho de haber tenido relaciones con otros hombres haya hecho que estas mujeres aceptaran el sexo sin conflictos.

Stenchever (59), refiere que las parejas menores de 20 años tienen relaciones sexuales tres veces por semana en promedio, y las mayores de 40, dos o tres veces quincenales. Que la frecuencia disminuye con la edad. Al respecto en nuestro estudio encontramos que la mayoría de las pacientes tienen un promedio de 1 a 4 veces por semana incluyendo varias de 40 o más años. Encontrando también quienes manifestaron tener relaciones solo una vez por mes. (Cuadro No. 61) Probablemente va a depender también de otro tipo de factores no solo de la edad de las personas.

Tunnadine P. y Cols (51), afirman que muchas personas creen, al referirse al contacto sexuales orales y anales que " eso no está bien", debido a que aceptan que el sexo se debe disfrutar pero no experimentar nada nuevo. En este estudio nos dimos cuenta que la mujer no piensa que el sexo pueda ni deba disfrutarse ; mucho menos elige los tipos de posiciones diferentes que pudieran darle más satisfacción. (Cuadro No. 81). La variedad de posturas es algo que debiera intentar toda pareja como posibilidad de mejorar el contacto sexual.

Cuando se llevó a cabo la entrevista, al cuestionar sobre el cambio de posiciones muchas mujeres se asustaron y manifestaron que no sabían nada de "eso". Vimos que la mujer no está en posibilidad de contestar si le agrada o no tal o cual cambio, puesto que nunca lo ha intentado. (Cuadro No. 82).

Respecto a lo anterior se encontraron lo siguientes resultados: El 51% de las mujeres manifestaron no haber cambiado nunca de posición. Los motivos que expusieron, fueron múltiples desde "que no sabían que se podía "y hasta que" les daba vergüenza cambiar de formas". La mayoría de ellas manifestó que la posición convencional es siempre ellas abajo del hombre. Creemos que no sólo es una posición física, sino que también psicológica. Las pocas que manifestaron hacerlo en forma invertida (ella arriba y el abajo) confesaron que " él era demasiado gordo y alto" pero nunca por querer experimentar un cambio para tener más placer. Un 49% de mujeres manifestaron cambiar de posición, pero esto debido a su embarazo.

Azcarraga (7), considera que las reacciones por el interés sexual y la comodidad del embarazo dependen de factores individuales. Esto es muy conveniente hacerlo notar, ya que algunas pierden el interés sexual, otras lo van disminuyendo y en muy pocas aumenta. Todo esto, quedó confirmado en el presente estudio, ya que se encontró diversidad en opiniones de las encuestas en cuanto al acto sexual durante el embarazo. (Cuadro No.77 y 78).

En la cultura occidental no está bien aceptado que la mujer inicie la relación (67,68,69), la proposición de la mujer no se usa en nuestro medio como algo natural. El consenso general debe ser "cuándo y cómo el hombre quiera". En el presente trabajo encontramos que un 65% de las mujeres confiesan que son ellas las que muchas veces desea el contacto sexual. Pero de estas 65, 44 solamente se atreven a manifestarlo. Las otras 21 refieren razones para no hacerlo, tales como "me da pena", "no les gusta hablar de eso", "no debe ser así", "a ella no le toca decidir", "no es importante", "el lo nota", etc... (Cuadro No. 84 y 85).

A todas las pacientes se les brindo información sexual al contestar sus preguntas, y aunque frecuentemente nuestras contestaciones las sorprendían, creemos que sembramos la inquietud, sobre si se debe o no gozar de la sexualidad.

IV.5. e) Dispareunia.-

En nuestro estudio nos encontramos un alto porcentaje de dispareunia (31%).(Cuadro No.89). Fueron 17 los diferentes motivos que manifestaron las entrevistadas, y en la mayoría de los casos descubrimos que no han hecho absolutamente nada para solucionar el problema, arrastrándolo como parte de su vida, dispuestas pasivamente a recibir a su pareja concientes no sólo de que no gozan, sino de que sufrirán dolor al contacto con su hombre. Todas coinciden en el desconocimiento de la etiología del problema.

Algunas mujeres sienten dolor sólo durante el embarazo, otras refieren sentirlo cuando están de mal humor, pero hay pacientes que siempre lo presentan. El tipo de dolor también varía: calambres, cólicos, ardor o punzadas. (Cuadro No. 91 y 92).

Al cuestionar a las pacientes sobre la zona del dolor, únicamente pudo clasificarse en interna (70.9%) y externa (29.1%). Esto es debido a que la mayoría desconoce su anatomía y nombres de sus órganos genitales. Solamente expresaban que les dolía "adentro" y "afuera" o "a la entrada", sin especificar bien el nombre de la región. (Cuadro No. 93).

Masters y Johnson (65), consideran que la dispareunia muchas veces es utilizada como un medio de escape o para reducir la cantidad de coitos, sin embargo los resultados en el presente

estudio no corroboran claramente ésto, ya que de las 31 con dispareunia, 7 refirieron tener relaciones una vez por mes, 13 una o 2 veces por semana, 10 tres o cuatro veces por semana y sólo una refirió tenerla todos los días. (Cuadro No. 111). Todas coincidieron en que la mayoría de las veces realizaban el acto por la presión de su pareja. Ya que están acostumbradas a que "las use" el marido cuando éste quiere, sin saber él nada acerca de este problema. habían informado del problema a su pareja, ya que la mujer insegura (41), no busca maneras de disputar su relación, ni busca el diálogo al respecto, todo lo ve como una

Fast J. (64) menciona que hay dolores sexuales que no se deben a problemas físicos, ya que el dolor psicósomático también existe. El principal problema es la alteración psicofisiológica que se presenta frecuentemente en mujeres que han vivido en tabúes y prejuicios que las predisponen a sentirse culpables ante lo natural del acto sexual. Estas causas son de origen subjetivo.

Un dato que corrobora lo importante que es la comunicación en la pareja es el siguiente: Del total de la muestra, el 48% Azcarraga, (6), dice que la identificación de la dispareunia no tiene dificultad, pero que el diagnóstico de la causa puede ser difícil si el trastorno se encuentra en genitales internos, cuando se encuentra en externos puede fácilmente encontrarse la etiología.

Así pues, las dos cuestiones más importantes al respecto de la dispareunia son: Del total de las mujeres, que presentan dispareunia, sólo el 29.1% refieren malestar externo. Es posible que en estos casos la causa sea de origen emocional, cosa que es fácil de comprobar al hacer una revisión ginecológica.

Encontramos muy alto el número de pacientes que nunca se han gozado. De las mujeres que tienen dolor antes del coito, (Cuadro No.94),; 4 refieren gozar algunas veces de su relación sexual, el resto manifestó que muy pocas veces gozaban. Lo cual ratifica que siendo el malestar externo es más fácil el diagnóstico, ya sea objetiva o subjetiva la causa que lo origina.

En cuanto a las mujeres que manifestaron sufrir dolor durante la penetración, sólo una manifestó gozar de el acto sexual.

Se corroboró lo que afirman Huhner M. (73) y Walker K., Strauss E. (74), acerca del vaginismo. No se encontró en esta muestra ninguna mujer con vaginismo. Los autores afirman que es un trastorno raro en clases humildes.

Al checar la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres que refirieron dispareunia, se pudo observar que la mayoría de ellas, las iniciaron muy jóvenes (antes de los 19 años) (Cuadro No 112). Sin embargo, se carecen de pruebas para poder afirmar que existe relación entre la dispareunia y la edad de inicio de las relaciones sexuales. Aunque se podría considerar importante el hecho de que una mujer muy joven generalmente carece de preparación sexual, que le permita gozar sus relaciones sana y plenamente; así mismo la inmadurez de sus órganos genitales, podría ser otro motivo de dispareunia.

Al buscar alguna relación entre la dispareunia y la falta de figura paterna, no encontramos ninguna cifra significativa que nos hiciera pensar que existe.

Un dato muy importante de mencionar es el que la mayoría de las mujeres con dispareunia, por inseguridad, vergüenza o pasividad, nunca habían informado del problema a su pareja, ya que la mujer insegura (41), no busca maneras de disfrutar su relación, ni busca el diálogo al respecto; todo lo ve como una obligación que debe cumplir y que dolorosamente forma parte de su vida. Es pues importante orientarlas para que lleguen a una comunicación abierta, y participen a su pareja de sus inquietudes y necesidades sexuales, ya que esto ayudará a lograr una integración positiva en el núcleo de nuestra sociedad, que es la familia.

A) - ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Un dato que corrobora lo importante que es la comunicación en la pareja es el siguiente: Del total de la muestra, el 48% manifestaron tener comunicación sobre sexualidad con sus cónyuges, de éstas se encontró que sólo, un 2% no goza de sus relaciones. En aquellas que nunca habían hablado de sexualidad con su pareja fué más alto el porcentaje de mujeres insatisfechas. (Cuadro 113).

De lo cual se deduce, que la presencia de figuras paternas no así pues, las dos cuestiones más importantes al respecto de la dispareunia son: por qué las mujeres, a pesar de su dolor, siguen complaciendo a su pareja? y por qué dichas mujeres no han buscado auxilio médico?

Encontramos muy alto el número de pacientes que nunca se han hecho estudios al respecto (96.7%) (Cuadro No.95) y todas estas pacientes refirieron haber tenido diferentes problemas ginecológicos, problemas que en algunos casos pudieran ser la causa anatomofisiológica de la dispareunia. Nuestra limitación en cuanto a una instrucción médica adecuada nos imposibilitó a determinar si el problema de las pacientes es o no anatómico.

Desde la niñez, a las pacientes se les enseñó vivir desde una propuesta para la Institución, es que este problema de dispareunia se investigue más a fondo; que cuando una mujer lo presente se busque la etiología para dar un tratamiento adecuado, ya que muchas veces las causas de dispareunia se pueden remediar con algún tipo de cirugía o un simple tratamiento médico en el caso de infecciones de los genitales. Todo esto encaminado a que la mujer logre un vida sexual satisfactoria y digna.

Aunado a todo ésto, programas de educación sexual para las pacientes; ya que es evidente la necesidad de impartir los conocimientos elementales sobre sexualidad.

B) - INFORMACIÓN ANATOMO-FISIOLÓGICA

Esto va ligado al punto anterior, debido a que es algo que el niño ignora; ya que no sabe de ninguna clase de

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El trabajo de investigación, dividido en 5 áreas (Organización familiar, Historia sexual, Información Anatómo-fisiológica, Grado de goce sexual y Problemas de dispareunia), nos reportó información de suma importancia, la cual es sorprendente debido al grado de desconocimiento en todos los aspectos relacionados a la sexualidad ; por parte de las pacientes encuestadas.

A).- ORGANIZACION FAMILIAR.-

La mayoría de las pacientes provenían de familias numerosas, donde por lo menos el 90% tuvo presencia de figuras paterna y materna, incluyendo también convivencia con hermanos ; más ésto, no significó que el ambiente familiar fuera adecuado para un desarrollo satisfactorio en armonía familiar.

De lo cual se deduce, que la presencia de figuras paternas no asegura una educación sexual adecuada , que lleve al individuo a vivir satisfactoriamente su sexualidad.

Las familias de la mayoría de las mujeres encuestadas fueron numerosas, lo que hace suponer que no tuvieron la suficiente atención por parte de sus padres ; aunado a ésto, que en algunas ocasiones tanto el padre como la madre trabajan. Haciendo ésto que la estructura familiar se llegue a desorganizar.

B).- HISTORIA SEXUAL.-

Desde la niñez, a las pacientes se les enseñó vivir su propia sexualidad, con culpabilidad. Dándose escasa o nula información sexual, prohibiéndoseles hablar de las mismas cuestiones sexuales, o tener contacto con niños del sexo contrario. Probablemente ésto hace que la paciente viva sus sexualidad como algo ajeno élla, que además sucio y pecaminoso.

Llevando a las pacientes a vivir los procesos naturales fisiológicos y biológicos, como son: la menaraca, primer coito (y los subsecuentes), y los partos, como una obligación muy dura de llevar a cuestras ; y con su desinformación sexual no lo pueden aceptar como un proceso natural de la mujer.

C).- INFORMACION ANATOMO-FISIOLOGICA.-

Esto va ligado al punto anterior, debido a que la sexualidad es algo que el niño ignora ; ya que no se le da ninguna clase de

conocimientos sobre su propio cuerpo y funcionamiento de éste. Debido a que probablemente ni los padres tienen esos conocimientos, por lo cual, aunque quieran no pueden transmitírselos a sus hijos.

Las pacientes desconocen lo más esencial de su fisiología genital; y por vivirse de tabú es algo que tampoco le preguntan a nadie. Se ignora; como si no existiera. Sería conveniente que dejara de parecer vergonzoso y sucio el sexo; para que se vuelva algo natural y digno de gozo.

A veces la información sexual obtenida, es de fuentes que la distorsionan. Muchas pacientes conocen sus genitales con nombres tan inadecuados que ni ellas mismas se atreven a repetirlos fácilmente. Esto influye para que se vea, con más razón, sucio a todo lo que implica sexo, que además no se habla abiertamente.

Uno de los principales objetivos de este estudio fué recabar el grado de información sexual que tienen las mujeres en este medio, así pudimos darnos cuenta que los conocimientos acerca de su sexualidad son en su mayoría nulos; no conocen ni su anatomía sexual, mucho menos el funcionamiento y características del proceso y desarrollo sexual.

Es importante hacer notar que como la mayoría de estas mujeres es impresionante la poca información que ellas refirieron tener; sólo el 35% sabían dónde está y qué es la vagina, el 19% conocían lo que es el útero, y de las 100 mujeres sólo 5 supieron lo que es el clitoris. Esto nos hizo sentir que hay mucho por hacer en este campo, luchar por que las mujeres tengan conocimiento de sí mismas y aprendan a gozar de su sexualidad y rompan con los mitos y tabúes impuestos ancestralmente.

D).- GRADO DE GOCE SEXUAL.-

Al no tomarse su actividad sexual como algo que de hecho forma parte de la mujer, tampoco se disfruta, no hay gozo en la mayoría de las mujeres, debido a que es "malo" y además ella es sólo es objeto de uso para satisfacción del hombre.

Estas mujeres hablan sólo del "deber" de cumplir con su esposo, cuando éste la ocupa.

Pareciera que la mujer considera que el hombre es el único que tiene el privilegio de obtener placer de una actividad sexual de ambos. Comenzando esto desde la primera relación sexual que fue tan dura (física y emocionalmente) para la mujer.

Creemos que es conveniente proporcionar una información sexual a nivel de padres de familia, para que éstos a su vez, tengan la capacidad de transmitir a sus hijos una visión más completa y clara y sin represiones. Así obtendrían doble beneficio; uno, que las mujeres (e incluso los hombres) disfruten más de la sexualidad; y dos, que las nuevas

generaciones puedan tener un desarrollo psicosexual sin conflictos. (desde la asesora de tesis); aspecto que creemos, facilitó la recopilación de información.

E).- PROBLEMA DE DISPAREUNIA.- Este es el estudio de la sexualidad, y relativamente menos conocida, la sexualidad femenina. Se sabe que el porcentaje de dispareunia es realmente alto (31%); pero lo aún más sorprendente es la poca importancia que se le da al problema. Esto confirma todo lo anterior. No es significativo si siente o no dolor físico durante su actividad sexual, debido a que es algo que se hace por "cumplir" con el hombre y no se goza.

Estas mujeres dispareunicas no le han dicho a ningún doctor o ginecólogo del problema, ni se hacen estudios. Es algo que se intenta ignorar, hace como si no existiera, y es mejor aguantar y callar.

La mitad de estas 31 mujeres con dispareunia (Cuadro 90), han vivido sus coitos como un proceso doloroso físicamente (y es probable, que psicológicamente también). Acaso consideran el dolor como parte natural de sus coitos?

Es importante hacer notar que como la mayoría de estas mujeres desconocen la etiología del problema, no se puede desechar que una probable causa sea que el hombre desconoce la manera adecuada de llevar a su pareja por las etapas de la respuesta sexual humana.

Consideramos que hay un gran campo de actividad para trabajar sobre esto con las personas de este medio. Es increíble el poco conocimiento de las pacientes y el poco interés por parte de los relacionados y preparados en el área que pueden proporcionar instrucción a las personas. No es posible cambiar todo un concepto de vida de un momento a otro, pero si intentar que se vea de modo distinto poco a poco, con una instrucción adecuada.

Esta instrucción debe impartirse por un equipo interdisciplinario; pero desgraciadamente, ni aún las personas egresadas de carreras profesionales tienen información sexual adecuada impartida por las instituciones universitarias en la ciudad de Morelia.

Personalmente podemos decir que tampoco tuvimos una información sexual escolar, y que para la realización del presente estudio, buscamos la información que fuera suficiente para nosotras mismas y posteriormente ir elaborandolo; desde vagas ideas hasta objetivos definidos.

Es importante mencionar como parte de las conclusiones, que el objetivo principal fue conocer la información sexual que tienen las mujeres en esta muestra, objetivo que consideramos haber logrado.

Con satisfacción podemos decir que el estudio fué realizado por mujeres (desde la asesora de tesis); aspecto que creemos, facilitó la recopilación de informacin.

Interminable y polifacético es el estudio de la sexualidad, y relativamente menos conocida, la sexualidad femenina. Se conocerá hasta que la mujer decida confesarse publicamente en obras serias escritas por ellas .

CAPITULO VI

ALCANCES Y LIMITACIONES

CAPITULO VI

ALCANCES Y LIMITACIONES

Al inicio del presente estudio se tenían el planteamiento u objetivo de recabar la información que tienen las mujeres de la muestra obtenida, sobre su propia sexualidad. Al llevarlo a cabo nos encontramos con algunas limitaciones como el lugar en el cual se entrevistó a las mujeres, ya sea que sus casas se encontraban en salas generales de 8 a 10 pacientes ellas, en algunas ocasiones para no ser escuchadas por las demás compañeras, se concretaban a dar respuestas breves, al parecerles pesado el tema. Desgraciadamente el Hospital no disponía de un sitio adecuado para hacer las entrevistas y muchas de las pacientes no hubieran podido levantarse de sus camas para ser encuestadas en otro lugar.

La limitación más importante y ajena al control del entrevistador fué la timidez y dificultad de ellas para hablar sobre sexo. Se requirió de un gran esfuerzo para establecer rapport, esfuerzo de ambas partes (paciente y psicólogo), y en la mayoría de los casos, se logró un resultado positivo.

El conocimiento de estas limitaciones, nos daba ya los primeros indicios sobre el **CAPITULO VI** a en la información sexual de las mujeres encuestadas, y a medida que se avanzaba en los interrogatorios se les informaban los conceptos básicos sobre sexualidad, aclarando **ALCANCES Y LIMITACIONES**

Otro aspecto que hubiera sido importante tomar en cuenta, fue el estado civil de las pacientes. Todas tenían vida sexual activa; pero se desconoce si eran o no casadas; y a su vez, si esto influye de alguna manera sobre la concepción psicológica que se tenía de su sexualidad. Se entrevistó a varias pacientes que tenían contactos sexuales con distintas personas, en un solo día o trabajaban en centros nocturnos. Pero fue un dato no cuestionado directamente, sino muchas veces, lo reportaban al dar alguna de las respuestas del cuestionario.

Tampoco se tomó el dato sobre el número de personas que dormían bajo el mismo techo de la habitación o casa. Tal vez esto nos habría ayudado a tener un visión más clara sobre su desarrollo, durante la infancia y a su vez sobre la observación del acto sexual de los padres.

Un dato que fue saliendo durante las entrevistas fue que muchas pacientes tenían padres alcohólicos, trabajadores migratorios, padrastros o padres sustitutos ocasionales. Esto nos habría dado más referencias sobre la estructura familiar de las pacientes durante la infancia.

A pesar de estas limitaciones consideramos que hubo un gran logro; al recabar toda esta información; aunado a la

CAPITULO VI

ALCANCES Y LIMITACIONES

Al inicio del presente estudio se tenían el planteamiento u objetivo de recabar la información que tienen las mujeres de la muestra obtenida, sobre su propia sexualidad. Al llevarlo a cabo nos encontramos con algunas limitaciones como el lugar en el cual se entrevistó a las mujeres, ya sea que sus camas se encontraban en salas generales de 8 a 10 pacientes. Ellas, en algunas ocasiones para no ser escuchadas por las demás compañeras, se concretaban a dar respuestas breves, al parecerles penoso el tema. Desgraciadamente el Hospital no disponía de un sitio adecuado para hacer las entrevistas y muchas de las pacientes no hubieran podido levantarse de sus camas para ser encuestadas en otro lugar.

La limitación más importante y ajena al control del entrevistador fue la timidez y dificultad de ellas para hablar sobre sexo. Se requirió de un gran esfuerzo para establecer rapport, esfuerzo de ambas partes (paciente y psicólogo), y en la mayoría de los casos, se logró un resultado positivo.

El conocimiento de estas limitaciones, nos daba ya los primeros indicios sobre la deficiencia en la información sexual de las mujeres encuestadas, y a medida que se avanzaba en los interrogatorios se les informaban los conceptos básicos sobre sexualidad, aclarando sus múltiples dudas.

Otro aspecto que hubiera sido importante tomar en cuenta, fue el estado civil de las pacientes. Todas tenían vida sexual activa ; pero se desconoce si eran o no casadas ; y a su vez, si esto influía de alguna manera sobre la concepción psicológica que se tenía de su sexualidad. Se entrevistó a varias pacientes que tenían contactos sexuales con distintas personas, en un sólo día o trabajaban en centros nocturnos. Pero fue un dato no cuestionado directamente, sino muchas veces, lo reportaban al dar alguna de las respuestas del cuestionario.

Tampoco se tomó el dato sobre el número de personas que dormían bajo el mismo techo de la habitación o casa. Tal vez esto nos habría ayudado a tener un visión más clara sobre su desarrollo, durante la infancia y a su vez sobre la observación del acto sexual de los padres.

Un dato que fue saliendo durante las entrevistas fue que muchas pacientes tenían padres alcohólicos, trabajadores migratorios, padrastros o padres sustitutos ocasionales. Esto nos habría dado más referencias sobre la estructura familiar de las pacientes durante la infancia.

A pesar de estas limitaciones consideramos que hubo un gran logro ; al recabar toda esta información ; aunado esto a la

impartición de los escasos conocimientos y la aclaración de dudas de las pacientes.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación son limitados, ya que sólo alcanzan a un tipo determinado de población, que es la que acude a solicitar servicios médicos al Hospital General Dr. Miguel Silva.

Al aplicar el instrumento se recabó más información de la prevista, la cual no fue manejada en su totalidad, debido a limitaciones personales como : escasa experiencia en estudios de investigación, por lo tanto, dificultad en el manejo de datos, y poco conocimiento médico.

CAPITULO VII

ANEXOS

QUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD FEMENINA

1. - Qué edad tienes ? _____
2. - En qué lugar vive ? _____
3. - Durante la niñez vivió con su padre ? Si _____ No _____
4. - Durante su niñez vivió con su madre ? Si _____ No _____
5. - Tiene hermanos ? Si _____ Cuántos ? _____ No _____
6. - Tiene hermanas ? Si _____ Cuántas ? _____ No _____
7. - Oyó o vió pelear a su padres cuando era niña ? Si _____ No _____
8. - Qué opinan sus padres sobre sexo ? _____
9. - Cuando estaba chiquita, cómo le dijeron que nacen los niños ? _____
10. - Llegó a hablar de CAPITULO VII sobre las diferencias sexuales entre niños y niñas antes de tener relaciones sexuales ? Si _____ No _____

ANEXOS

11. - De niña jugaba con otros niños al papá y mamá (incluyendo juegos sexuales como verse y tocarse los genitales) ? Si _____ No _____
12. - A qué edad tuvo su primera menstruación ? _____
13. - Antes de esa edad conocía algo sobre menstruación ? Si _____ No _____
14. - Quién fué la primera persona que le habló sobre sexualidad ?
a) Madre _____ b) Padre _____ c) Familiar _____
d) Amistadas _____ e) Esposo _____ f) Nadie _____
15. - Conoce alguna de las partes del aparato sexual de la mujer en esta lámina ?
a) Vagina _____
b) Utero ó matriz _____
c) Labios menores _____

CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD FEMENINA

- 1.- Qué edad tienes ? _____
- 2.- En qué lugar vive ? _____
- 3.- Durante la niñez vivió con su padre ? Si _____ No _____
- 4.- Durante su niñez vivió con su madre ? Si _____ No _____
- 5.- Tiene hermanos ? Si _____ Cuántos ? _____ No _____
- 6.- Tiene hermanas ? Si _____ Cuántas ? _____ No _____
- 7.- Oyó o vió pelear a su padres cuando era niña ? Si _____ No _____
- 8.- Qué opinan sus padres sobre sexo ? _____
- 9.- Cuando estaba chiquita, cómo le dijeron que nacen los niños ?

- 10.- Llegó a hablar con su amistades sobre las diferencias sexuales entre niños y niñas antes de tener relaciones sexuales ?
Si _____ No _____
- 11.- De niña jugaba con otros niños al papá y mamá (incluyendo juegos sexuales como verse y tocarse los genitales ?
Si _____ No _____
- 12.- A qué edad tuvo su primera menstruación ? _____
- 13.- Antes de esa edad conocía algo sobre menstruación ?
Lo conoce Si _____ No _____
- 14.- Quién fué la primera persona que le habló sobre sexualidad ?
a) Madre _____ b) Padre _____ c) Familiar _____
d) Amistades _____ e) Esposo _____ f) Nadie _____
- 15.- Conoce alguna de las partes del aparato sexual de la mujer en esta lámina ?
a) Vagina _____
b) Utero o matriz _____
c) Labios menores _____

d) Labios mayores _____

e) Clitoris _____

16.- Conoce los siguientes nombres ?

a) Mestrucación No _____ Si _____ Qué es? _____

La conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

b) Eyacuclacio No _____ Si _____ Qué es? _____

21.- A qué edad inició sus relaciones sexuales ? _____

22.- Cómo se sintió en su primera relación sexual ? _____

La conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

23.- Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales ? _____

a) A la semana _____ b) Al mes _____
c) Una sola vez _____ d) Esporádicamente por qué? _____

c) Coito No _____ Si _____ Qué es? _____

Lo conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

24.- Le producen goce y satisfacción sus relaciones sexuales? _____

d) Pene No _____ Si _____ Qué es? _____

a) Siempre _____ b) La mayoría de la veces _____
Lo conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

c) A veces _____ d) Nunca _____

e) Testiculos No _____ Si _____ Qué es? _____

26.- Al tener relaciones sexuales ¿cómo las disfruta más ? _____

Lo conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

a) Usted _____ b) Su pareja _____ c) Los dos _____

27.- Sus relaciones sexuales le producen dolor o molestia ? _____

f) Orgasmo No _____ Si _____ Qué es? _____

28.- Siente bonito cuando tiene relaciones sexuales ? _____

Lo conoce con otros nombres? No _____ Si _____ Cuál? _____

29.- Ha platicado con su pareja acerca de sus relaciones sexuales? _____

17.- Ha experimentado Usted orgasmos? No _____ Si _____

a) Frecuencia _____

30.- Ha tenido:
b) Circunstancias _____

- 18.- Ha tenido alguna experiencia sexual desagradable ?
 No _____ Si _____ Cuál? _____
- 19.- Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona ?
 Si _____ No _____
- 20.- Vió o escuchó alguna vez a su padre y madre, tener relaciones sexuales ?
 No _____ Si _____ Qué pensó? _____
- 21.- A qué edad inició sus relaciones sexuales ? _____
- 22.- Cómo se sintió en su primera relación sexual ? _____
- 23.- Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales ?
 a) A la semana _____ b) Al mes _____
 c) Una sola vez _____ d) Esporádicamente, por qué? _____
- 24.- Le producen goce y satisfacción sus relaciones sexuales ?
 a) Siempre _____ b) La mayoría de la veces _____
 c) A veces _____ d) Nunca _____
- 25.- Cuando experimenta gozo , a qué cree que se deba? _____
- 26.- Al tener relaciones sexuales, quién cree que las disfruta más ?
 a) Usted _____ b) Su pareja _____ c) Los dos _____
- 27.- Sus relaciones sexuales le producen dolor o molestia ?
 Si _____ No _____
- 28.- Siente bonito cuando tiene relaciones sexuales ?
 Si _____ No _____ A veces _____
- 29.- Ha platicado con su pareja acerca de sus relaciones sexuales?
 Si _____ No _____ Alguna vez _____
- 30.- Ha tenido:

- a) Embarazos No _____ Si _____ Número _____
- b) Abortos No _____ Si _____ Número _____
- c) Partos No _____ Si _____ Número _____
- d) Cesáreas No _____ Si _____ Número _____

31.- En qué lugar le han atendido de sus partos ? _____

- a) Hospital Público No _____ Si _____ Núm. de veces _____
- b) Clínica privada No _____ Si _____ Núm. de veces _____
- c) Domicilio particular No _____ Si _____ Núm. de veces _____

32.- Tiene relaciones sexuales durante el embarazo ? _____

Si _____ NO _____ Porqué? _____

33.- Son satisfactorias en éste estado ? _____

Si _____ NO _____ Porqué? _____

34.- Hasta qué tiempo del embarazo tiene relaciones sexuales ? _____

35.- Ha tenido contacto sexual de tipo :

- a) Vaginal _____ b) Rectal _____ c) Bucal _____

36.- Utiliza distintas posiciones cuando tiene relaciones sexuales ? _____

Si _____ NO _____ Porqué? _____
 c) Ardor _____
 d) De otra forma _____

37.- En ocasiones es usted quién desea tener relaciones sexuales ? _____

Si _____ No _____

38.- Se lo dice a su esposo ó las inicia ? _____

Si _____ No _____ Porqué? _____

39.- Quisiera agregar algo más sobre este tema ? _____

27 6 _____

40.- Observaciones _____

- b) Durante la penetración _____
- c) Después del acto sexual _____

27.7.- ¿Le han hecho estudios sobre el dolor? No _____ Si _____

¿Qué le dijeron los doctores?

CUESTIONARIO SOBRE DISPAREUNIA

27.8.- ¿Ha tenido algún problema ginecológico como:

a) Ictericación, de qué? _____

27.1.- ¿Por qué motivo cree que le duele? _____

b) Infección urinaria, cuál? _____

27.2.- ¿Desde cuándo siente dolor? _____

c) Enfermedad venérea, cuál? _____

a) Desde la primera relación sexual _____

d) Contagio infeccioso, cuál? _____

b) Después de algún parto _____

e) Otro tipo? _____

c) Otro incidente _____

27.9.- ¿Ha tenido flujo o secreción vaginal? No _____ Si _____

27.3.- ¿Cuándo siente el dolor o molestia? _____

a) Todas las veces _____

b) Cuando está de mal humor o cansada _____

c) Cuando su esposo está de mal humor o tomado _____

d) Otro motivo _____

27.4.- ¿Cómo es el dolor o molestia? _____

a) Punzante _____

b) Quemante _____

c) Ardor _____

d) De otra forma _____

27.5.- ¿En dónde le duele? _____

a) Región interna _____

b) Región externa _____

c) No localizada _____

d) Otro lado, cual? _____

27.6.- ¿En qué momento de la relación le duele? _____

a) Al comenzar _____

b) Durante la penetración _____

c) Después del acto sexual _____

27.7 .- Le han hecho estudios sobre el dolor ? No _____ Si _____

Qué le dijeron los doctores? _____

27.8 .- Ha tenido algún problema ginecológico como :

a) Operación, de qué? _____

b) Infección urinaria, cuál? _____

c) Enfermedad venérea, cuál? _____

d) Contagio infeccioso, cuál? _____

e) Otro tipo? _____

28.9 .- Ha tenido flujo o secreción vaginal? No _____ Si _____

Olor _____

Cantidad _____

Mancha la ropa _____

Color _____

Produce comezón _____

27.10.- Recibió algún tratamiento? No _____ Si _____

Cuál? _____

Puntos De La Anatomia Femeninas

VII.6

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL GENERAL

" DR. MIGUEL SILVA "

DIRECCION

INFORMACION Y ENSEÑANZA

SUBDIRECCION
MEDICA

SUBDIRECCION
ADMINISTRATIVA

SERVICIOS
MEDICOS

SERVICIOS
AUXILIARES
DE
DIAGNOSTICO

SERVICIOS
PARAMEDICOS

SERVICIOS
ADMINISTRA-
TIVOS.

SERVICIOS
GENERALES

CIRUGIA

LABORATORIO
CLINICO

ENFERMERIA

RECURSOS
HUMANOS

INTENDENCIA

MEDICINA
INTERNA

ANATOMIA
PATOLOGICA

TRABAJO
SOCIAL

RECURSOS
FINANCIEROS

VIGILANCIA

GINECOLOGIA

R. X.
ULTRASONIDO

DIETOLOGIA

RECURSOS MANTENIMIENTO
MATERIALES

TRAUMATOLOGIA

BANCO DE
SANGRE

FARMACIA

LAVANDERIA
ROPERIA

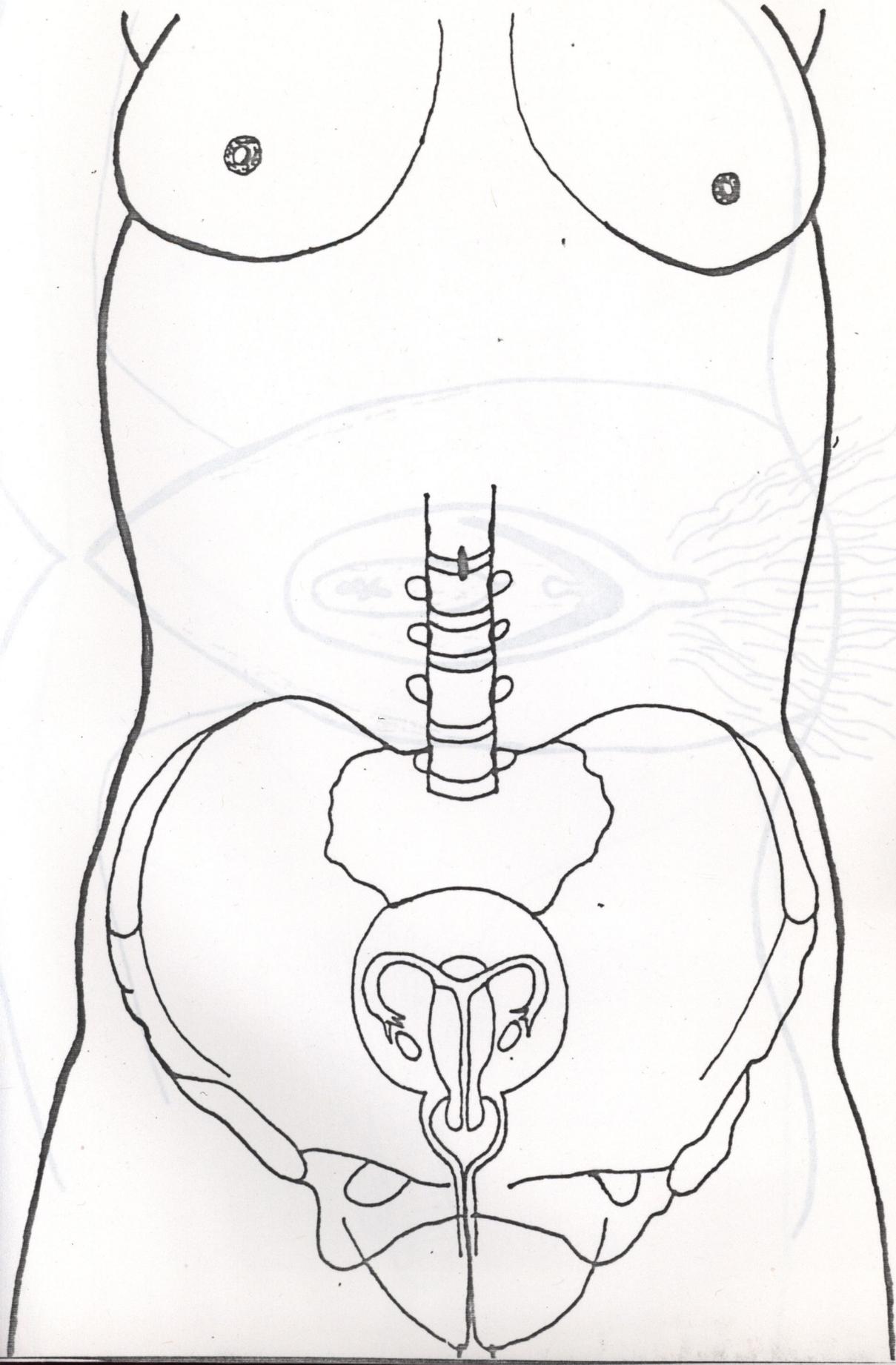
QUIROFANO

ARCHIVO
CLINICO

TRANSPORTES

ESTADISTICA

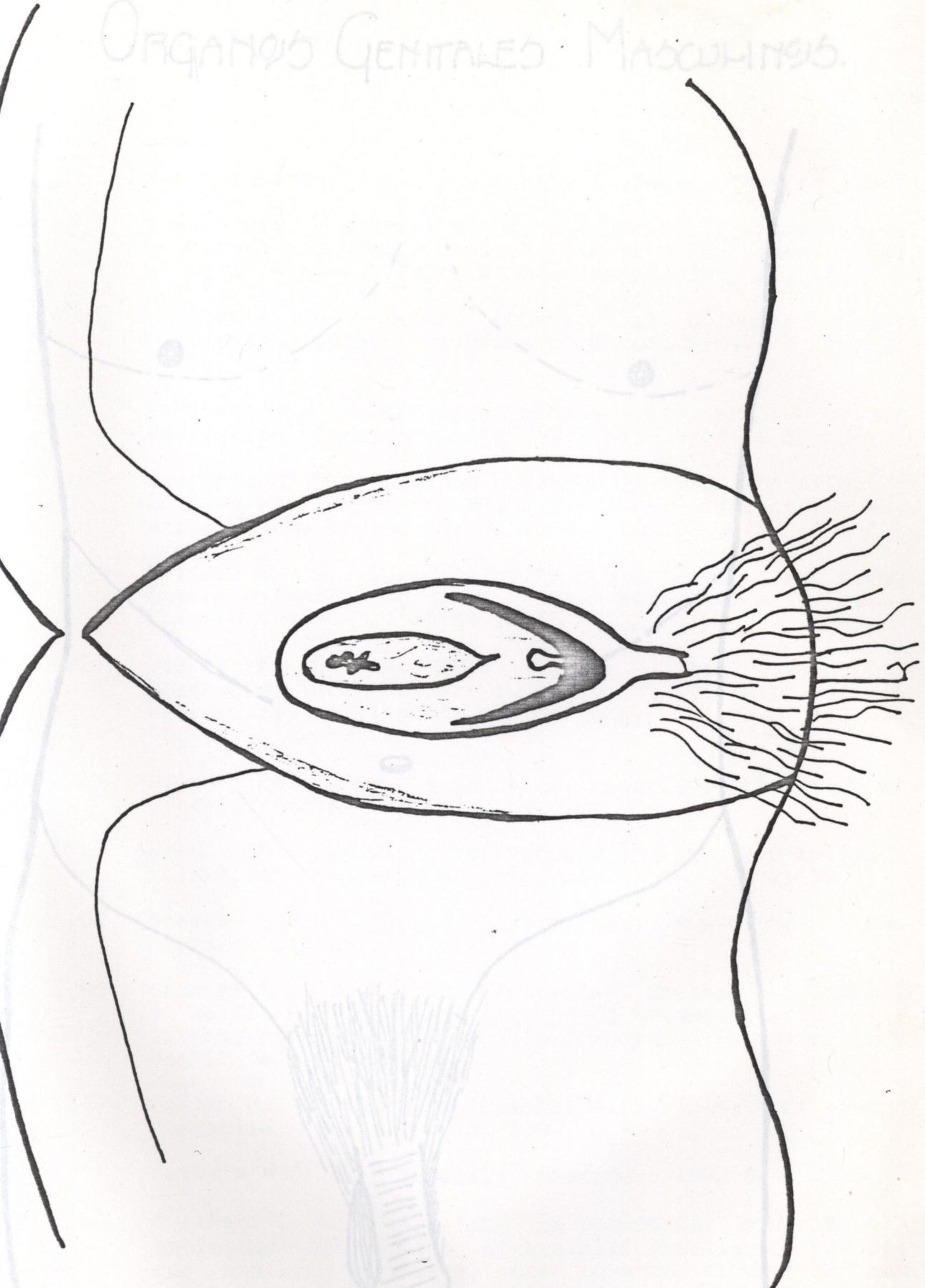
PUNTOS DE LA ANATOMIA FEMENINO/S



ORGANOS SEXUALES FEMENINO/S

ORGANOS GENTALES MASCULINOS.

ORGANOS SEXUALES FEMENINOS



ORGANOS GENITALES MASCULINOS.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Gayou J. L. Sexoterapia Integral. Mexico, 1986.

Alzate Heli. Journal of Sex and Marital Therapy. Vaginal Eroticism and Female Orgasm: A current appraisal. Vol. 11 No.4 Winter, 1985. Brunner-Mazel, Inc. 382.

Alzate H. Sexual Behavior of Columbian Female University Students. Archives of Sexual Behavior. Vol 7.

Azcárraga G. Sexología Básica. El sexo: origen, definición, funcionamiento. 1991. 1,3,5,32,4,86.

Bandurci R. Personal and Guidance Journal. The affect of mothers employment on the achievement aspirations and expectations of the child. 1967. 46,263,27.

Beigel G. H. Cuando el Niño Preguntó. Juego sexual entre hermano y hermana. Observación de acto sexual paterno. 1986. 1,45-48,70-76.

Biller M. B. and Weiss S. Journal of Genetic Psychology. The Father-Daughter relationship and the personality development of the female. 1970. 116, 79-93.

Blos P. Psicoanálisis de la adolescencia. Niñez temprana y adolescencia. 1971. 44.

Brady J.P. Behavior Research and Therapy. Brevital - relaxation treatment of frigidity. 1966. 71-77.

Brecker E. M. The Sex Reactions. Nueva York. New American Library, 197.

Caneiro S., Cruz M., Wonderley, Brettas J., Guedes P., y Nailon R. Análisis de Psiquiatría. Introducción a la sexualidad femenina. 1982. Vol.32. No.

Caplan P. Journal of Psychology. Therapy of women's masochism. 130-139.

Cervera M.D. Evolución Emocional. 1962-63. 3-13.

Chilman C. S. Psychological aspects of adolescent sex. An analytic overview of research and theory. Center advances studies in human sciences. University of Wisconsin.

B I B L I O G R A F I A

- (1) Alvarez Gayou J. L. *Sexoterapia Integral*. México, 1986.
- (49) Alzate Heli. *Journal of Sex and Marital Therapy*. Vaginal Eroticism and Female Orgasm: A current appraisal. Vol. 11 No.4 Winter, 1985. Brunner-Mazel, Inc. 282.
- (53) Alzate H. Sexual Behavior of Columbian Female University Students. *Archives of Sexual Behavior*. Vol 7. 1978.
- (6) Azcárraga G. *Sexología Básica*. El sexo: origen, definición, funcionamiento. 1981 1,3,5,32,54,56.
- (15) Banducci R. *Personal and Guidance Journal*. The affect of mothers employment on the achievement aspirations and expectations of the child. 1967. 46,263,267.
- (38) Beigel G. H. Cuando el Niño Pregunta. El juego sexual entre hermano y hermana. Observación del acto sexual paterno. 1986. 1,45-48,70-76.
- (32) Biller M. B. and Weiss S. D. *Journal of Genetic Psychology*. The Father-Daughter relationship and the personality development of the female. 1970. 116, 79-93.
- (39) Blos P. *Psicoanálisis de la adolescencia*. Níñez temprana y adolescencia. 1971. 44.
- (61) Brady J.P. *Behavior Research and Therapy*. Brevital - relaxation treatment of frigidity. 1966. 4,71-77.
- (19) Brecker E. M. *The Sex Researches*, Nueva York. New American Library, 1971.
- (70) Caneiro S., Cavadal M., Wonderley, Brettas S., Guedes P., y Nailor R. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*. Introducción al estudio de la sexualidad femenina. 1982. Vol.32. No. 5.
- (71) Caplan P. J. *American Psychologist*. Themyth of women's masochism. 1984. 39, 130-139.
- (9) Cervera M.D. *La diferencia Femenina*. 1982-86 . 3-13.
- (16) Chilman C. S. *Social and Psychological aspects of adolescent Sexuality : an analytic overview of research and theory*. Milwaukee Center advances studies in human Sciences. School of social Welfare. University of Wisconsin.

- (67) Colverton V.F. and Smalhausen S.D. (eds). Sex in Civilization. New York. Macaulay, 1929.
- (23) Coover J.J. Contemporary Issues and Adolescent Development. Sexual attitudes and behavior of contemporary adolescents. Nueva York. Harper and Row. 1975. P. 221-230.
- (58) Crenshaw T.L. Journal of Sex and Marital Therapy. The sexual aversion syndrome. Vol 11. No.4, Winter, 1985.
- (37) Curtis E. A. Cuando el Niño Pregunta. Los juegos sexuales de los niños. 1986. 16,91-93.
- (73) Crossen Robert James. Enfermedades de la mujer. Ginecología Médica. Editorial Hispano Americana. EU 1959.
- (4) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 1970. S. El informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina 1931. 3, 205-206.
- (3) Diccionario Enciclopédico Sopena.
- (2) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. 1968.
- (55) Dollon M.B., Rosenleim N.B., Parmlay T.H., Ruther J., Grembine F.C., y Grupa P.K. The diagnosis and management of cervical intraepithelial neoplasia in the patients under the age of twenty one. Int. J. Gynecol. Obstet. 19/97. 1981.
- (5) Dorland's The American Illustrated Medical Dictionary. W. B. Sanders Co. Filadelfia, 1943.
- (57) Educación sexual en el matrimonio. 694 Manuales Científicos. Nueva York. 1986. P.280,337.
- (47) Ellis A. Sexual Behavior and Personality Characteristics. Is the vaginal orgasm a myth? In MF De Martino (ed.) New York. Grava, 1966. 236.
- (64) Fast J. La Nueva Adecuación Sexual. Dispareunia o acto sexual doloroso. Las causas de la dispareunia. 112-115. Fromm 1982. 3,84.
- (41) Fensterheim H. Y Baer J. No Diga si Cuando Quiere Decir No. El enfoque activo de la relación sexual. 1983. 6, 203-204, 232, 205-207. La mujer en algunos padecimientos ginecológicos. Vol 51. No.2. 1983. P. 141-142.
- (28) Fisher S. The female orgasm : Psychology, Physiology Fantasy. New York : Basic Books Inc. 1972. Los hermanos
- (20) Ford C.S. y Brach F. A. Patterns of Sexual Behavior. New York ; Harper Hoyer, 1951.

- (46) Freud S. *Obras Completas*. vol 1. Madrid. Biblioteca Nueva. 1967.
- (7) Giraldo Neira. *Explorando las Sexualidades Humanas*. 1981. 263,264, 169-171, 179-181,128,130.
- (29) Goode William J. *Contemporary Social Problems. Family Disorganization*. In R. K. Merton and R. A. Nisbet (eds.). Harcourt, Brace and World, Inc. 1966. P.P. 425-426.
- (26) Hamacheli. *Encuentros con el yo. Conceptos del yo y su nexa con las relaciones familiares y con las prácticas de la crianza del niño*. 1981. 2,136,141,148,167,168.
- (62) Haslam M.T. *British Journal of Psychiatry*. The treatment of psychogenic dyspareunia by reciprocal inhibition. 1965. 111,280-282.
- (10) Hite S. *El informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*. 1981. 3,205-206.
- (52) Hunner, M. *Sexual Disorders*. Davis, Filadelfia, 1946. P. 241,418.
- (68) Kardiner A. *Sex and Morality*. Indianapolis, Ind. Bobbs Merrill, 1954.
- (22) Kinsey A.G., Pomeroy W. G. y Gebhard. P11. *Sexual Behavior in the Human Female*. Filadelfia Saunders, 1953.
- (21) Kinsey A.G., Pomeroy W.B. y Martin G.E. *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadelfia Saunders, 1948.
- (34) Kolb Lawrence C. *Psiquiatría Clínica Moderna. Trastornos de la personalidad*. 1985 ; 24, 694.
- (36) Limban E. Rothenberg I., Fichten C. y Amsel R. *Journal of Sex and Marital Therapy*. The SSESE; A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. Vol 11. No.4. Winter 1985. Brunner/Mazel, Inc. 233.
- (33) Lindsey G., Hall C. y Manosevitz M. *Teorías de la Personalidad. El carácter y el proceso social*. (Erich Fromm) 1982. 3,84.
- (54) López S.L.M. *Cirujía y Cirujanos. Influencia de la conducta social de la mujer en algunos padecimientos ginecológicos*. Vol 51. No.2, 1983. P. 141-142.
- (31) Madrigal Llorente A. *"Los Niños Son Así"*. Los hermanos 1983. 111. 39, 176-180.
- (74) Martínez Gutiérrez Ubaldo. *Profesor de Biología y*

Fisiología de la U.M.S.N.H.

- (43) Masters W. y Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. Boston ; Little Brown, 1970.
- (48) Masters J. y Johnson V. *Human Sexual Response*. Boston ; Little Brown. 1966.
- (50) Masters W. y Jonson V. *Homosexualidad en Perspectiva* . Discusión Clínica. 1979. 18,315.
- (42) Masters W. Johnson V. *Incompatibilidad Sexual Humana*. Sistema de influencia psicofisiológica. Dispareunia en la mujer. 1976. 8,10,183-184,223,242.
- (11) Masters W. y Johnson V. *Respuesta Sexual Humana*. Sexualidad de los sujetos estudiados. 1978. 6,19,269.
- (17) Mead M. *From the South Seas*. Part Hill: Sex and Temperament in the three primitive societies. New York, Morrow. 1939.
- (18) Mead M. *Male and Female*. New York. Morrow, 1939.
- (69) Money J. *Components of Eroticism in man*. The hormones in relations to sexual morphology and sexual desire. J. Nerv. Ment. Dis. 132,239, 248. 1961.
- (12) Mussen. P., Conger J., Kagan. *Desarrollo de la Personalidad en el Niño*. Cambio físico, sexo y desarrollo sexual. 1982. 10,437,439,443 y 445.,
- (72) Nadelsticher Mitrani Abraham. *Técnicas para la Construcción de Questionarios de Actitudes y Opinión Múltiple*. México, 1983. Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- (27) Parsons T. *Family Socialization and Interaction-Process*. Family structure and the socialization of the child ; in T. Parsons and R. F. Bales (eds) New York. The free press. 1953. 1953 ; 35-131.
- (60) Reich W. *Discovery of the Orgone*. La función del orgasmo. Vol. 1 Nueva York, Orgone Institute Press. 1948.
- (35) Rubin y Kirkendal. *Cuando el Niño Preguntó*. 1986. 26,80,32,34.
- (8) Sears R.L. *En Sexo y Conducta*. Desarrollo del rol genérico. 1975. 110 y 111.
- (66) Smith M.J. *Cuando Dice No. Me siento culpable*. Relaciones entre iguales, realmente íntimas (Sexo y Aserción). 1983. 11, 373-375.

- (59) Stenchever M. A. Cómo Orientar en Conducta Sexual ? Para Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Sociólogos, Profesores, Abogados y Trabajadores Sociales. Reacciones de hombres y mujeres ante el contacto sexual. 1985. 3,40.
- (40) Stiller R. Cuando el Niño Eresunia. El problema es decir la verdad. 1986. 7,45-48.
- (44) Stolz H. R. y Stolz L.M. Adolescente: forty-third Yearbook of the National Committee for the study Education. Adolescent Problems related to somatic variations. En N.B. Henry. Chicago ; Departamento de Educación de la Universidad de Chicago. 1944.
- (45) Stone L.J. y Church J. Childhood and Adolescence : a Psychology of the growing person. Nueva York. Random House, 1973.
- (30) Tomas W. Psychology Today. Bithe order rules all. December 1970.
- (51) Tunnadine P. y Cols El Mundo de la Pareja. Como recuperarse de una violación. 1986. 46.
- (65) Walker K. y Strauss E. Sexual Disorders on the Male. Cassell, Londres. 1954. P. 215,227.
- (13) Wilson W.C. Technical of the Commission on Obscenity and Pornography. Vol. VI. National Survey Washington D.C., U.S. Government Printing office. 1971.
- (25) Yankelovich D. A Profile of American Youth in the 70s The new morality. New York. Mac Grae Hill, 1974.
- (24) Yankelovich D. Generations Apart. Nueva York. CBS News, 1969.
- (63) Yates A.J. Terapia del Comportamiento. Terapia de transtornos específicos. 1983. 12,277.
- (14) Zubin J. y Money J. Contemporary Sexual Behavior. Critical Issues in the 1970s. Baltimore ; John Hopkins University Press. 1973.
- (56) Zuckerman C. Lo Social, lo Médico y lo Ginecológico. Semana Médica de México. Vol. 1 No.1 1984. P.24.