

Disfunciones sexuales en médicos aspirantes a Post-grados universitarios*.

Mirna Pérez Feo, Pedro José Salinas.

* Trabajo financiado por el CCHT. Proyecto M-280-87. U.L.A.
Unidad de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Resumen

La presente investigación, pretende precisar la presencia de disfunciones sexuales, determinar el porcentaje de frecuencia de los síntomas referidos y agruparlos en las diferentes categorías de clasificación, en 504 médicos, hombres y mujeres, inscritos en 1987 en la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, para realizar postgrados Clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes, a partir de 1988. Se utilizó un cuestionario para exploración de disfunciones sexuales, realizado según los criterios del DSM III (1980), para cada sexo. Los resultados obtenidos, indican que el rango de edad entre 22y 39 años, (promedio de 30) para las mujeres. Entre 24y 42 años, (promedio de 31), para los hombres. 54% de las mujeres son solteras. 65% de los hombres son casados. 100% de los hombres y 84% de las mujeres, tienen vida sexual activa. 90% de las mujeres tienen pareja sexual fija. En los hombres, 44% tienen pareja fija y 46% pareja fija y ocasional. 53% de las mujeres y 47% de los hombres, tienen síntomas de disfunción sexual. En las mujeres predominó la dificultad para obtener la lubricación vaginal (64%) y el orgasmo (46%) (fases de excitación y orgásmica). En los hombres predominó la eyaculación rápida (53%) y la retardada (40%) (fase orgásmica) (62%). En las mujeres predominó la excitación sexual inhibida (48%) y en los hombres, la eyaculación rápida (34%), con diferencias estadísticamente significativas con el Ji Cuadrado, para una $P < 0.005$, en las mujeres y $P < 0.01$, en los hombres.

Palabras Claves: Disfunciones - Sexo - Sexual - Profesionales - Médicos - Universitarios.

Abstract

Sexual dysfunctions in physicians aspirants to University Post-grades

With the present work, we intend to determine type of sexual dysfunction, frequency of referred symptoms and classify them in different categories. The sample were 504 physicians (257 men and 247 women), enrolled in 1987 in the Faculty of Medicine, Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), to start in 1988 clinic post-grades at the Hospital Universitario de Los Andes. For each sex a questionnaire was used for the exploration of sexual dysfunctions, elaborated following the criteria of DSM-III. The results indicate that the age range is between 22-39 years (average of 30) for women, and between 24-42 years (average of 31) for men. 54% of women were single, 65% of men were married. 100% of men and 84% of women have active sexual life. 90% of women have fixed sexual partner. 44% of men have fixed sexual partner and 46% have fixed and occasional sexual partner. 53% of women and 47% of men indicated sexual dysfunction symptoms. In women predominated difficulties to obtain vaginal lubrication (64%) and to reach full orgasm (46%), (excitement and orgasm phases respectively). In men predominated the premature (53%) and delayed (40%) ejaculation, (orgasm phase). In women predominated the inhibited sexual excitement (44%), and in men predominated full quick ejaculation, (34%). Statistical differences were found for both groups was $X^2 14.26$, $P < 0.005$ (***) in women and $X^2 13.28$, $P < 0.01$ (**) in men.

Key words: Dysfunctions - Sex - Sexual - Professionals - Physicians - Universities.

Disfunciones sexuales en médicos

INTRODUCCION

Uno de los grandes avances en la sexología contemporánea ha sido la observación directa de las modificaciones corporales fisiológicas, tanto genitales, como extragenitales, que se presentan en el ser humano durante la respuesta sexual. Tales modificaciones, observadas por Masters y Johnson, se ordenaron y agruparon en lo que se llamó Ciclo de Respuesta

Sexual fisiológica (Masters y Johnson, 1976). En la práctica clínica, cuando se presenta una alteración de dichas modificaciones fisiológicas, se habla de Fisiopatología de la respuesta sexual (Bianco, 1978) o Disfunción Sexual (DSM-III, 1980), la cual se manifiesta con síntomas diferentes según la fase del ciclo que esté alterada y en forma independiente de la causa. El DSM-III (1980) incluye además un grupo de síntomas característicos de las alteraciones del deseo

sexual, los cuales han sido considerados por algunos autores como consecuencia de alteraciones de las otras fases del ciclo (Pérez de O., 1983), o por otras causas no psicogénicas (Mijares, 1988). La prevalencia de las disfunciones sexuales no se conoce en extensión en la población general (Hawton, 1982), posiblemente porque la mayoría de las disfunciones masculinas, tales como la impotencia eréctil o la eyaculación prematura; o las femeninas, como son los problemas de la fase excitación o la disfunción orgásmica, no son un fenómeno como tal, según lo expresan Crown y D'ardene (1982), sino que están en un espectro de disfunciones las cuales van de leves a severas.

En un simposium sobre disfunciones sexuales, Crown y D'ardene (1982), manifestaron que ha sido difícil precisar la prevalencia de los trastornos psico-sexuales con estudios epidemiológicos, ya que es un tema de difícil acceso a las comunidades; sin embargo, en algunas estimaciones de Prevalencia de disfunciones sexuales, Masters y Johnson (1972) reportaron que la disfunción sexual más común en las mujeres norteamericanas, era la incapacidad para obtener la fase orgásmica. Así mismo, (Masters y Johnson, 1972), encontraron que el 50% de los matrimonios norteamericanos estaban afectados por problemas sexuales. La prevalencia de las disfunciones sexuales ha sido restringida a grupos circunscritos de pacientes que asisten a consultas médicas (Hawton, 1982), tales como las consultas de Planificación Familiar (Begg et al., citados por Hawton, 1982; Kornfield 1985; Mijares 1988) sexual (Catalán et. al., 1981; Crown y D'ardene y Hawton, 1982); consultas de parejas (Hawton, 1982; Kilman et al. 1984); en clínicas de Medicina Física y Rehabilitación (Fügl-Meyer y Sjogren, 1983) en relación con la actitud de algunos estudiantes de Ciencias de la Salud, hacia la sexualidad de los incapacitados; en las consultas de sexología realizadas dentro de consultas de Psiquiatría (Pérez de O., 1987).

Desde el punto de vista de la situación actual de la definición y clasificación de las disfunciones sexuales, Benker et al. (1985), refieren que los datos más recientes sobre las mismas, no se pueden incluir de manera adecuada en ninguno de los sistemas de clasificación usados habitualmente. La terminología sobre disfunciones sexuales se ha modificado con el avance de los estudios y se usan términos como disfunción o impotencia eréctil, disfunción orgásmica etc. lo cual ha permitido eliminar en parte términos peyorativos, tales como "frigidez" o "impotencia", los cuales tienen implicaciones psicológicas en el paciente (Crown y D'ardene, 1982).

Se han descrito diversos tipos de clasificaciones y definiciones de las disfunciones sexuales, las cuales se han revisado en trabajos anteriores (Kaplan, 1979; ICD-9, 1980; DSM-III, 1980; González, 1980; Schover et al., 1982, citados por Verhulst y Heiman, 1985; Benkert et. al., 1982 citados por Verhulst y Heiman, 1985; Benkert et. al., 1985; Pérez de O., 1987; Bianco, 1988). Actualmente se estudia la clasificación del DSM-III-R(1990), en la cual se incluye los trastornos del deseo sexual (deseo sexual inhibido o hipoactivo y trastorno por aversión al sexo); trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual de la mujer y trastorno de la erección en el hombre); trastorno del orgasmo (disfunción orgásmica femenina~ disfunción orgásmica masculina y eyaculación precoz); trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo); disfunción sexual no especificada y otros trastornos sexuales no especificados. Además existe en este momento la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-IO, 1992), la cual incluye dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, la disfunción sexual no orgánica, con el código F52 (ausencia o pérdida del deseo sexual, rechazo sexual y ausencia de placer sexual, fracaso de la respuesta genital, disfunción orgásmica, eyaculación precoz, vaginismo no orgánico, dispareunia no orgánica, impulso sexual excesivo, otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos y disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico); sin embargo, se considera que las disfunciones sexuales se presentan en cualquier individuo, en forma independiente de la edad sexo, raza, religión, estado civil, profesión, etc., y la causa de las mismas puede ser múltiple (Pérez, 1982).

MATERIALES y METODOS

El material utilizado en la presente investigación consistió, por una parte, en un grupo de 504 profesionales médicos, aspirantes a cursar postgrados clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes, en Mérida, Venezuela, e inscritos para comenzar los mismos en el mes de Enero de 1988. Dicha muestra no se limitó en edad ni en procedencia geográfica y estuvo constituida por 247 mujeres (49%) y 257 hombres (51%). Por otra parte, se utilizó una encuesta formada por dos cuestionarios, uno para los hombres y otro para las mujeres. Los mismos fueron elaborados por la autora, para explorar la presencia de síntomas de disfunciones

sexuales, de acuerdo con los criterios clínicos del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de las Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM4II, 1980). Los cuestionarios constan de siete preguntas con dos o más alternativas para la exploración de las disfunciones sexuales en los hombres y de ocho preguntas con dos o más alternativas para el caso de las mujeres. Cada cuestionario ofrece además las alternativas "SI," o "NO" para explorar, en primer lugar, si tiene vida sexual activa y en segundo lugar, si tiene pareja sexual fija, ocasional o ambos tipos de pareja. En el instructivo anexo al cuestionario se indicó el carácter estrictamente confidencial del tratamiento de la información suministrada y la característica de ser anónimos dichos cuestionarios, ya que no se solicitó ningún tipo de información sobre la identificación de los aspirantes. La prueba del instrumento se realizó en un grupo de médicos cursantes, en ese momento, de algún post-grado clínico en el HULA, e inscritos en la Facultad de Medicina en el año 1986, por ser el grupo más parecido posible a la muestra a investigar. La recolección de los datos se realizó en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Los Andes, para lo cual se convocaron a todos los aspirantes, el mismo día de la inscripción en la Oficina de Post-grado, a presentarse en dicha Facultad en la fecha y hora previstas para realizar las Pruebas Psicotécnicas previas, requeridas para concursar. Los médicos aspirantes fueron ubicados en diez salones, en grupos de aproximadamente 50 individuos en cada uno, de acuerdo con un listado previo realizado en la Oficina de Informática de la Coordinación Docente de Postgrado en el HULA. Al momento de la entrega del material de las Pruebas Psicotécnicas, se hizo entrega también del material de la presente investigación; se hizo además la aclaratoria de ser material de investigación y cuyos resultados no serían tomados en cuenta para su ingreso al Post-grado, con la intención de no orientar las respuestas hacia la ausencia de los síntomas en estudio.

RESULTADOS

El promedio de edad para los hombres, fue de 31 años (2442). Las edades más frecuentes se observaron entre 26 y 33 años. La mayor frecuencia de edad se observó en los grupos de 29 y 31 años (Valor absoluto: 15 y 17; frecuencia relativa: 13% y 12%, respectivamente). El promedio de edad para las mujeres, fue de 30 años (22-39). Las edades más frecuentes se observaron entre 26 y 32 años. La mayor frecuencia de edad

se observó en los grupos de 27 y 29 años (Valor absoluto: 18 y 15; frecuencia relativa: 16% y 13%, respectivamente (Fig. 1). En el grupo de las mujeres, 40% son casadas, 56% solteras y 4% divorciadas. En el grupo de los hombres 65% son casados, 32% solteros y 3% divorciados (Fig. 2). El 70% de las mujeres indicó la Región de Los Andes como lugar de procedencia geográfica, de ellas 34% pertenecía al Estado Mérida. En el grupo de los hombres se observó 45% con procedencia de Los Andes y 20% del Estado Mérida. El 100% de los hombres manifestó tener vida sexual activa; de ellos, 44% manifestó tener pareja sexual fija, 10% pareja sexual ocasional y 46% pareja sexual fija y ocasional. En el grupo de las mujeres, 84% manifestó tener vida sexual activa; de ellas, 90% con pareja sexual fija, 6% con pareja ocasional y 4% con pareja fija y ocasional (Fig. 3). Entre las mujeres que refirieron tener vida sexual activa, 53% manifestaron tener algún síntoma de disfunción sexual o combinaciones de síntomas. En el grupo de los hombres, 47% de ellos refirieron tener algún síntoma de disfunción sexual o combinación de síntomas. En los hombres, se pudo observar, que la respuesta de eyaculación rápida ocupó el primer lugar de frecuencia ya que fue referida 64 veces (53%); en segundo lugar se observó el retardo en la eyaculación, referido 49 veces (40%); en tercer lugar de frecuencia se presentó la dificultad parcial para obtener la erección del pene, la cual fue referida 27 veces (23%). Con porcentajes menores fueron referidos los síntomas de dificultad parcial para mantener la erección del pene, manifestado 19 veces (16%); la inhibición del deseo sexual, referida 11 veces (10%) y el dolor recurrente durante o después del coito, referido 10 veces (8%). Los otros síntomas explorados en la encuesta fueron referidos en porcentajes mucho menores y agrupados representan el 4.8% (Fig. 4). En las mujeres pudimos observar que la dificultad parcial para obtener lubricación vaginal, fue referida 72 veces (64%). La dificultad parcial para obtener el orgasmo aparece 52 veces (46%). En tercer lugar aparece la dificultad parcial para mantener la lubricación vaginal, referida 48 veces (43%). En cuarto lugar, el dolor recurrente durante o después del coito, referido 32 veces (29%). En quinto lugar, el espasmo vaginal involuntario, referido 22 veces (20%) y en sexto lugar, la inhibición del deseo sexual, referido 20 veces (17%). Los demás síntomas de disfunción sexual fueron referidos en porcentajes menores y agrupados representan el 23% (Fig. 5).

La relación entre los síntomas y las fases del ciclo de respuesta sexual, presentada en la Tabla 1, indica

que los síntomas referidos con mayor frecuencia en el grupo de los hombres, se encuentran en la fase orgásmica, donde están incluidos los trastornos de la eyaculación, tales como la eyaculación rápida (referida 64 veces), retardada (49 veces) y ausente (2 veces), referidas en total 115 veces (62% del total de los síntomas referidos). En las mujeres, los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia, se encuentran en las fases de excitación y orgásmica del ciclo, tales como dificultad parcial (72 veces) o total (5 veces) para obtener la lubricación vaginal, referida en total 77 veces (31%) y la dificultad parcial (52 veces) o total (12 veces) para obtener el orgasmo, referida 64 veces en total (26%). Otros síntomas fueron referidos en porcentajes menores (Tabla 1). El análisis estadístico realizado mediante tabla de contingencia de 2 x 5 y Ji cuadrado, indica que hay diferencia estadística-mente significativa entre el valor observado y el valor esperado, solo en la fase orgásmica, para $P < 0.005$ (***), tanto en los hombres como en las mujeres. En cuanto a la presencia de síntomas de disfunción sexual según el tipo de patología de la respuesta sexual, de acuerdo con el DSM-III (1980), se observó, en el caso de las mujeres, que la mayor frecuencia se refiere a la excitación sexual inhibida, referida 129 veces (48%) y en segundo lugar, el orgasmo inhibido, referido 64 veces (24%). En el caso de los hombres la mayor frecuencia se observó en la respuesta sexual rápida, referida 64 veces (34%) (Tabla 2). El análisis estadístico realizado mediante el cálculo de X^2 indica diferencia altamente significativa ($P \leq 0.01$) en los síntomas de excitación sexual inhibida y contracción vaginal involuntaria, en el caso de las mujeres y el síntoma de respuesta sexual rápida (eyaculación precoz), en el caso de los hombres.

DISCUSION

La mayoría de los aspirantes a cursos de postgrado son médicos recién egresados. Los resultados obtenidos indican que el límite inferior del rango de edad fue de 24 y 22 años para hombres y mujeres respectivamente, aunque los datos de mayor frecuencia fueron, para las mujeres, entre 26 y 32 años, en su mayoría, y 33 años, para los hombres, todo lo cual podría coincidir con la edad de finalización de la carrera de Medicina y los años de ejercicio rural obligatorio. Pérez de O., (1980), observó que el grupo de estudiantes del último nivel de la carrera universitaria tenía entre 21 a 26 años, en diferentes Facultades de la Universidad de Los Andes, incluyendo Medicina. Más de la mitad (54%) de las

mujeres del estudio son solteras, mientras que más de la mitad (65%) de los hombres son casados; lo que podría coincidir con el proceso socio-cultural de profesionalización de la mujer, en general, con el fin de mantener su independencia económica. Los hombres mantienen, aparentemente, el patrón social tradicional. Casi dos tercios (84%) de las mujeres manifestaron tener vida sexual activa y la mayoría de ellas (90%), refirió tener pareja sexual fija, posiblemente por los cambios en los patrones sociales que le permiten tener vida sexual de manera independiente al estado civil. Labby (1985) opina que el estado marital, para la mujer, tiene mucha importancia. Shen (1982) y Kornfield (1985), por su parte reportan el inicio de la actividad sexual en mujeres jóvenes entre 13 y 19 años, en términos generales. Los resultados obtenidos para el caso de los hombres coinciden con el patrón socialmente establecido, generado del modelo "machista" característico de algunas sociedades. Todos tienen vida sexual activa, aunque menos de la mitad (44%) tienen pareja fija y casi la misma proporción tienen pareja fija y ocasional (46%). En el grupo de mujeres con vida sexual activa, 53% refirieron algún síntoma de disfunción sexual y con mayor frecuencia en la fase de excitación (31%) y orgásmica (26%) del ciclo de respuesta sexual. Crown y D'ardene (1982) consiguieron 63% en ambas fases y datos similares se encontraron en estudios de Masters y Johnson (1972) y Hawton (1982). La dificultad para iniciar el ciclo de respuesta sexual en este grupo de mujeres, se debe posiblemente a razones de orden psíquico, las cuales son citados por Kilman et al., (1984), Haslam (1982), Labby (1985), Verhulst y Heiman, (1985); siendo en este caso, el componente de ansiedad asociado con la respuesta sexual (Bianco, 1978; Haslam, 1982) ocasionado por la condición de pareja sexual y estado civil, lo cual genera el temor a ser descubierta, ano casarse o no tener familia, la inseguridad de la condición marital y el rechazo social. En el caso de los hombres, los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son los trastornos de la eyaculación (62%), siendo la eyaculación rápida la más frecuente, lo cual parece coincidir con el modelo social que le hace creer al hombre que debe ser "rápido" para funcionar bien sexualmente, con la creación, por consiguiente, de un hábito de respuesta rápida. Cuando se relacionan los síntomas de disfunción sexual con el tipo de patología presente, de acuerdo con la clasificación del DSM-III (1980), se pudo precisar el predominio de excitación sexual inhibida (48%), en el caso de las mujeres y respuesta sexual rápida (34%) en el caso de los

hombres. En los dos casos se podría relacionar la respuesta de ansiedad como la responsable de la presencia de tales síntomas (Bianco, 1978; Haslam, 1982) debido a que por ser médicos podrían ellos mismos llegar al diagnóstico de alguna patología sistémica.

CONCLUSIONES

Las edades más frecuentes de las médicas mujeres que participaron en la presente investigación, se observaron entre 26 y 32 años. Las edades más frecuentes observadas entre los médicos hombres que participaron en la investigación, estuvieron entre 26 y 33 años. Más de la mitad (56%) de las mujeres son solteras y el resto refirieron ser casadas, divorciadas o viudas. Más de la mitad (65%) de los hombres son casados. El resto refirió ser solteros o divorciados. La mayoría de las mujeres (57%) proviene de la región de Los Andes y de la ciudad de Mérida (34%).

En cuanto a la vida sexual activa, ésta fue manifestada por el 84% de las mujeres y por el 100% de los hombres. Las mujeres que refirieron tener vida sexual activa, tienen pareja fija en el 90% de los casos. Los hombres refirieron tener pareja fija solamente, en el 44% de los casos y pareja fija y ocasional de manera simultánea, en el 46% de los casos. Las médicas mujeres con vida sexual activa, manifestaron tener algún síntoma de disfunción sexual, en el 53% de los casos. Los médicos hombres manifestaron algún síntoma de disfunción sexual en el 47% de los casos. Los síntomas referidos con más frecuencia por las mujeres correspondieron a las fases de excitación (31%) y orgásmica (26%). Los síntomas referidos con más frecuencia por los hombres correspondieron a la fase orgásmica (62%).

En el caso de las mujeres, según la clasificación del DSM4II, predominó la excitación sexual inhibida. En el caso de los hombres, predominó la eyaculación rápida (34%) según la clasificación del DSM-III. El análisis estadístico con X² indicó diferencias estadísticamente significativas para la excitación sexual inhibida, con una P≤0,005 y para la eyaculación rápida, con una P≤0,01.

REFERENCIAS

BENKERT, O., MAJER, W., HOLSBOER, F. 1985. Multiaxial classification of male sexual dysfunction. *Brit. J. Psychiat.* 146: 628-632.

BIANCO, F. 1978. *Sexología Clínica*. Edit. CIPPV. Caracas.

BIANCO, F. 1988. *Manual Diagnóstico de las enfermedades en Sexología*. Asociación Mundial de Sexología. Edit. CIPPV. Caracas.

CATALAN, J., BRADLEY, M., GALLWEY, J., HAWTON, K. 1981. Sexual dysfunction and psychiatry morbidity in patients attending a clinical for sexually transmitted diseases. *Brit. J. Psychiat.* 138: 292-296.

CROWN, S., D'ARDENNE, P. 1982. Symposium of sexual dysfunction. Controversies, Methods, Results. *Brit J. Psychiat.* 140: 70-71.

D.S.M. III.1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. (APA).

D.S.M. III-R. 1990. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. (APS).

FUGL-MEYER, A., SJOGREN, K. 1983. Sexuality of health care students. *Scand. J. Rehabil. Med.* 15 (2): 47-51.

GONZALEZ, F. 1980. *Tratamiento de algunas disfunciones sexuales*. Tesis de Acreditación (no publicado). Unidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

HASLAM, M. 1982. Psychosexual dysfunction. *The Practitioner* 226:1880-1886.

HAWTON, K. 1982. Symposium on sexual dysfunction: The behavioral treatment of sexual dysfunction. *Brit. J. Psychiat.* 140:94-101.

I.C.D. - 9 1980. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la salud (OMS).

I.C.D. -10 1992. *Clasificación internacional de Enfermedades*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud (OMS).

KAPLAN, H. 1979. The evaluation of sexual disorders: Psychological and Medical Aspects. *Am. J. Psychiat.* 141(7): 915-925.

KILMANN, P., MILLS, K., CMD, CH; BELLA, B., DAVIDSON, E., WANLASS, R. 1984. The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. *Arch. Sex. Behav.* 13 (1): 4149.

KIRKPATRICK, M. 1984. Women' 5 sexual experience: Explorations of the Dark Continent *Am. J. Psychiat.* 141(3): 460-461.

KORNFIELD, R. 1985. Who's to blame: adolescent sexual activity. *J. Adolesc.* 8, 17-31.

LABBY, D. 1985. Age's effects on sexual function.

Expected changes and treatable dysfunction. Post. Grad. Med. 78 (7): 3243.

MASTERS, W., JOHNSON, Y. 1972. Incompatibilidad sexual. Edit. Intermédica. México. D.F.

MASTERS, W., JOHNSON, V. 1976. Respuesta sexual humana. Edit. Intermédica. México. D.F.

MIJARES, Z. 1988. Disfunciones sexuales en grupos de pacientes que usan anticonceptivos orales y D.I.U. Tesis de Acreditación (no publicada).

Unidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida Venezuela.

PEREZ DE G., M. 1980. Conocimientos en Sexología en un grupo de estudiantes universitarios. Acta Científica Venezolana. 31: 299-295.

PEREZ DE G., M. 1983. Los Modelos de Condicionamiento en la Etiología de las Disfunciones Sexuales.

Revista del Colegio de Médicos del Edo. Mérida. 14 (36): 45-57.

PEREZ DE G., M. 1987. Fantasías sexuales y personalidad en pacientes con disfunciones sexuales. Edit. Venezolana. Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. 3007. Medicina. Mérida. Venezuela.

PEREZ, M. 1992. Sexualidad Humana y causas de disfunciones sexuales. Rev. Fac. de Med. MedULA. 1(3): 101-109.

SHEN, J. 1982. Adolescent sexual behavior. Post Grad. Med. 71(4): 46-55.

VERHULST, J., HEIMAN, J. 1985. Sexual dysfunction. A guide to evaluation and intervention. Post Grad. Med. 77(4); 295-303.

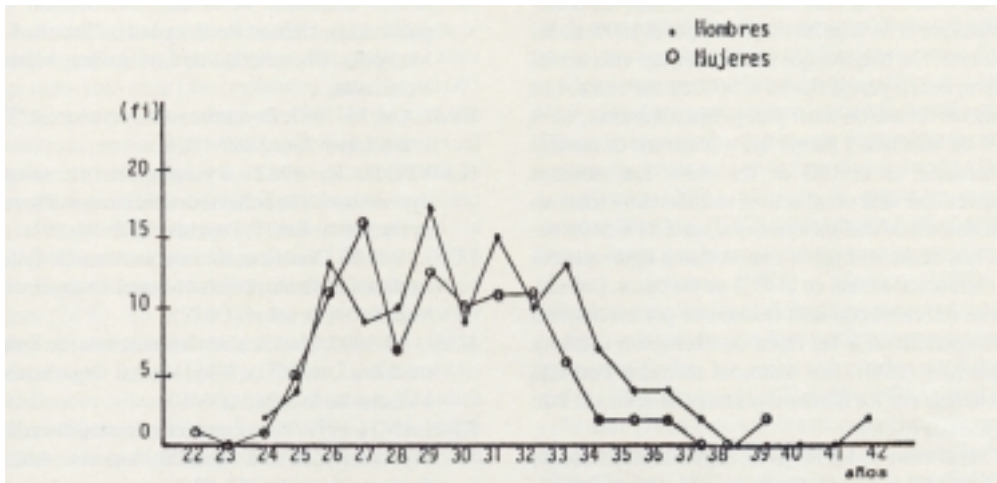


Figura 1. Médicos. Aspirantes a Postgrados Clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes. Rango, Promedio y grupos de edad más frecuentes. Valores absolutos. Comparativos entre hombres y Mujeres. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1988.

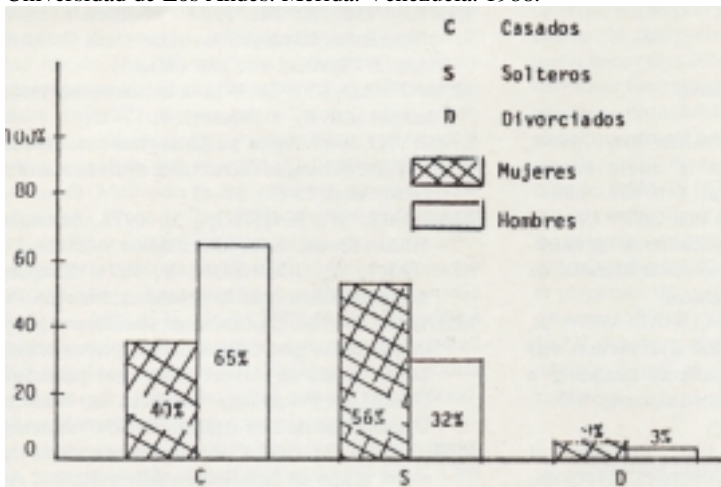


Figura 2. Médicos. Aspirantes a Postgrados Clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes. Estado Civil. Valores comparativos en hombres y mujeres. Porcentaje. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1988.

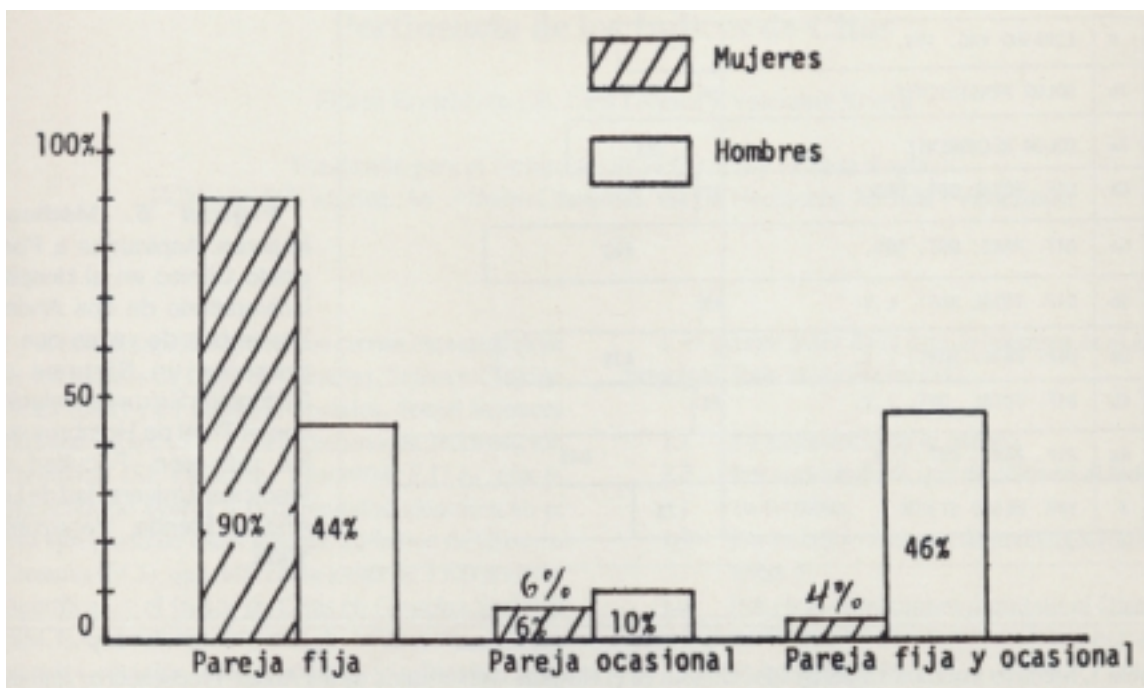


Figura 3. Médicos. Aspirantes a Postgrados Clínicos en el Hospital Universitario de los Andes. Tipo de Pareja sexual. Valores comparativos. Porcentaje Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Mérida . Venezuela. 1988

7b	DOLOR PERSISTENTE	0.8%
7a	DOLOR RECURRENTE	8%
6c	EYACULACION RAPIDA	53%
6b	AUSENCIA DE EYACULACION	16%
6a	RETARDO EN LA EYACULACION	40%
5b	DIFICULTAD TOTAL MANT. EREC.	0.8%
5a	DIFICULTAD PARCIAL MANT. EREC.	16%
4b	DIFICULTAD TOTAL OBT. EREC.	1.6%
4a	DIFICULTAD PARC. OBT. EREC.	23%
3	INHIB. DESEO SEXUAL	10%

Figura 4. Médicos. Hombres. Aspirantes a Postgrados Clínicos en el Hospital Universitario de los Andes. Porcentaje de veces que se presenta un Síntoma de Disfunción Sexual en relación con el Total de Hombres que los refirieron. Facultad de medicina. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. 1988

8	ESPASMO VAG. INV.	20%
7b	DOLOR PERSISTENTE	3%
7a	DOLOR RECURRENTE	29%
6b	DIF. TOTAL OBT. ORG.	12%
6a	DIF. PARC. OBT. ORG.	46%
5b	DIF. TOTAL MANT. L.V.	4%
5a	DIF. PARC. MANT. L.V.	43%
4b	DIF. TOTAL OBT. L.V.	4%
4a	DIF. PARC. OBT. L.V.	64%
3	INH. DESEO SEXUAL	17%

Figura 5. Médicos. Mujeres.

Aspirantes a Postgrado Clínico en el Hospital Universitario de los Andes. Porcentaje de veces que se presenta un Síntoma de Disfunción Sexual en relación con el total de Hombres que los refirieron. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. 1988

Tabla 1. Médicos aspirantes a postgrados clínicos en el Hospital Universitario de los Andes. Frecuencia de síntomas de disfunción sexual agrupados según las fases del ciclo de respuesta sexual fisiológica. Valores absolutos y relativos. Comparación entre hombres y mujeres. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1988

Fases del C.R.Sx.F.	Mujeres		Hombres	
	V.A	%	V.A.	%
Deseo Sexual	20	8	11	6
Excitación	77	31	29	16
Meseta	52	21	20	11
Orgásmica	64	26	115	62
Resolutiva	34	14	11	6
Total	247	100	186	100

Tabla 2. Médicos. Aspirantes a postgrados clínicos en el Hospital Universitario de Los Andes. Frecuencia de síntomas de disfunción sexual por tipo de patología de la respuesta sexual. Valores absolutos y relativos. Comparación entre hombres y mujeres. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. 1988

Disfunción Sexual.	Mujeres		Hombres	
	V.A	%	V.A.	%
Deseo Sexual Inhibido	20	7	11	6
Excitación Sexual Inhibida	129	48	49	26
Orgasmo Inhibido	64	24	51	28
Dolor Coital	34	13	11	6
Respuesta Sexual Rápida	—	—	64	34
Cont. Vaginal Involuntaria	22	8	—	—
Total	269	100	186	100